

і лікарями-невропатологами поліклінічної ланки. Ними ж було призначено проведення МРТ головного мозку, й усі хворі звернулися за консультацію з наявними результатами нейровізуалізаційного обстеження.

У 28 % пацієнтів за даними неврологічного обстеження було виявлено одне вогнище ураження ЦНС: зорового нерва (15 %), задніх або бічних канатиків (10 %), мозочка (3 %). У решти хворих (72 %) за наявності скарг на порушення однієї функції виявлялись об'єктивні ознаки багатовогнищового ураження пірамідних шляхів глибокої чутливості, мозочкова або сенситивна атаксія. Переважна більшість хворих (91 %) мали численні вогнища на МРТ головного мозку різної локалізації, гіперінтенсивні у T2 33 і у 53 % гіпоінтенсивні у T1 33. Дослідження з контрастуванням було проведено при першому МРТ всього 21 % пацієнтів, у 18 з яких знайдено накопичення контрасту і у 10 — у безсимптомних вогнищах. Лише у цих хворих була можливість підтвердити діагноз РС на самому ранньому етапі хвороби завдяки одночасному виявленню на МРТ гіпоінтенсивних (так званих «чорних дірок») і вогнищ, що накопичували контрастну речовину.

Отже, діагностичне значення важливого критерію, який дозволяє за першого ж звернення пацієнта визначити діагноз РС, в клінічній практиці не можна назвати високим. За нашим досвідом, воно складає від 9,5 до 17 %. Пояснюється це недостатнім проведенням МРТ-досліджень з контрастуванням в перший місяць захворювання, яке, здебільшого, не призначають лікарі поліклінічних установ. Проведення такого дослідження після звернення до спеціалізованого центру не завжди відповідає активній стадії хвороби з можливим накопиченням контрастної речовини на МРТ.

УДК 378.147-051:616.8

Соколова Л. І., Ілляш Т. І.
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)
**Вдосконалення підготовки
лікарів-інтернів неврологів**

Результатом підготовки лікарів-невропатологів у інтернатурі має бути отримання первинної професійної підготовки, що включає знання та вміння з базових клінічних і теоретичних наук у обсязі, що необхідний для виконання професійної кваліфікованої допомоги. Сьогодні суттєво змінюються вимоги до професійної підготовки фахівців. По-перше, це пов'язано зі стрімким зростанням кількості інформації з неврології, по-друге, з переходом до стандартів надання медичної допомоги відповідно до принципів доказової медицини. Нажаль, не завжди рівень підготовки лікарів відповідає бажаному. З одного боку, це пов'язано з низькою мотивацією інтернів. Частина з них не має конкретного місця майбутньої роботи і не до кінця усвідомлює практичні завдання, які будуть ставитися перед ними. Інші не задоволені отриманим місцем, низькою майбутньою оплатою праці і тому мають на меті лише отримати сертифікат спеціаліста, але працювати в іншому напрямку.

Ще кілька років тому недостатньо уваги приділялося післядипломній підготовці внаслідок низької мотивації професорсько-викладацького складу, але зі створенням у Національному медичному університеті Інституту післядипломної освіти ситуація значно поліпшилася. Наводимо досвід підготовки лікарів-інтернів на кафедрі неврології НМУ.

Інтерни проходять навчання за двома формами: очна та заочна. Очна форма є базою для удосконалення теоретичних і практичних знань з неврології. Заочна — дозволяє закріпити набуті знання і розвинути свої здібності до само-

стійної роботи. Не зменшуючи значення заочної форми навчання, на наш погляд, надзвичайно важливою для формування майбутнього фахівця має очна форма. У період очного навчання інтерни вивчають основні розділи неврології згідно з програмою і складеним планом навчання. Він передбачає поглиблене вивчення загальної пропедевтичної неврології, методів обстеження неврологічних хворих, окремих захворювань нервової системи, а також проходження циклів на деяких суміжних кафедрах. Чимало уваги на кафедрі приділяється питанням топічної діагностики. Саме під час навчання в інтернатурі закладаються основи методології визначення топічного діагнозу, без чого неможлива безпомилкова клінічна діагностика в майбутній роботі лікаря-невролога. Після вивчення окремих тем інтерни складають заліки, а наприкінці навчання — іспит, який поєднує комп'ютерне тестування, контроль практичних навичок і усну співбесіду.

Очна форма навчання містить різні варіанти вивчення матеріалу. Це і лекції з головних проблем неврології, семінарські і практичні заняття, участь у обходах професорів і доцентів, докладне обговорення клінічних випадків. На практичних і семінарських заняттях регулярно проводиться контроль рівня знань лікарів-інтернів. Надзвичайно важливим для розвитку клінічного мислення і створення алгоритму ведення пацієнтів мають клінічні огляди хворих з професором або доцентом з подальшим докладним обговоренням. Кожному лікарю-інтерну надається можливість висловити й обґрунтувати свою думку щодо діагнозу, обстеження і лікування конкретного пацієнта. Значна частка такого заняття відводиться для обговорення диференціального діагнозу. На кафедрі неврології НМУ заняття з інтернами проводять висококваліфіковані професори і доценти, які мають достатній практичний і педагогічний досвід, можуть зацікавити інтернів і передати їм свої знання. Систематично на засіданнях кафедри обговорюються проблемні питання, які виникають у підготовці лікарів-інтернів на кафедрі, ведеться пошук оптимальних форм донесення матеріалу і самостійної роботи інтернів.

Важливою складовою підвищення ефективності підготовки інтернів-неврологів сьогодні, на наш погляд, є збільшення мотивації до навчання і майбутньої роботи. Одним з шляхів досягнення цього, можливо, стане введення резидентури з неврології, як це передбачено новим Законом «Про вищу освіту».

УДК 614.2:616.89-008.441.13

*Стоянов О. М., Колесник О. О.,
Антоненко С. О.**, *Борисенко О. А.*
Одеський національний медичний університет;
*Одеська міська лікарня № 5 (м. Одеса)
**Можливості терапії дрижальних гіперкінезів
при вегетативних і судинних дисфункціях**

У ангіоневрології при початкових проявах хронічної ішемії мозку (ХІМ) тремор може бути основним або єдиним симптомом порушень рухової сфери, а також — частою ознакою порушення вегетативної регуляції, вираженої лабільності ВНС.

Обстежено 67 пацієнтів з церебральними ангіодистоніями і наявністю дрижальних гіперкінезів на тлі ХІМ і в осіб з синдромом вегетативної дистонії. Вираховували інтегральний тремографічний індекс (ТІ) за допомогою сконструйованого тремометра (Патент України № 22207). Вивчали динаміку змін ТІ в досліджуваних групах хворих під впливом розробленого лікувального комплексу (Патент України № 70543), який включає в себе використання