количество вопросов можно было снизить. В 6% случаев у студентов отмечалось стеснение — вопросы про половые органы и связанные с этим жалобы были заданы достаточно скромно. В 6% случаев студент забывал представиться. В 12% другие вопросы — пропуск или неправильная техника осмотра, невозможность правильной формулировки диагноза или жалобы, грубоватое отношение к пациенту, затягивание времени осмотра, чтобы «вспомнить, что спрашивать или смотреть дальше», а также студент не всегда мог правильно интерпретировать имеющиеся у пациента выписки или данные амбулаторных карт. У 10% врачей претензий к осмотру не было. Со стороны же пациента, мнение было практически диаметрально противоположное: 40% — недостаточно представился, пациент не понял, кто его опрашивает (новый врач или студент, или медбрат). В 5% случаев — пациент не понял, с какой целью его опять опрашивает другой врач (не был озвучен факт, зачем пришёл студент-ординатор), 5% — вопросы или отношение студента показались грубоватыми. В 10% другие недочёты: неопрятный вид — халат недостаточно хорошо выглядит, или не нравится внешний вид (пирсинг, татуировки и др.). У 40% пациентов претензий к осмотру не было.

Выводы

Ключевым моментом в оценке статуса учебного учреждения, медицинского центра или больницы является его оценка, как со стороны пациентов, так и в оценке эффективности работы. Пospособствовать повышению рейтинга учреждения может грамотное обучение студентов, либо ординаторов навыкам коммуникации. Необходимо выработать у студента-ординатора навык логического мышления, для построения закономерной цепочки патогенеза жалоб и течения заболевания. А также обязательное информирование пациента о том, кто его смотрит и с какой целью. Многие пациенты очень рады, что есть возможность пospособствовать росту молодых специалистов. В качестве одной из базисных мер можно рекомендовать студентам ознакомиться с Калгари-Кембриджской моделью медицинской консультации. Но некоем образом не ставить навыки общения выше навыков лечения, как хирургического, так и терапевтического. Ведь наша цель — это обеспечить качественное медицинское лечение пациента.

Материал поступил в редакцию 11.08.2021

Received August 11, 2021

Симуляционные методики: актуальность старых методов в век информационных технологий. Хирургическая сторона вопроса

Simulation techniques: the Relevance of Old Methods in the Information Technology Age. Surgical Side of the Issue

Мырсаев Т.М., Мырсаев А.М.

Murasov T.M., Murasov A.M.

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Республика Башкортостан, Российская Федерация

Городская клиническая больница №21, г. Уфа, Республика Башкортостан, Российская Федерация

Bashkir State Medical University, Ufa, Republic of Bashkortostan, Russian Federation

City Clinical Hospital No. 21, Ufa, Republic of Bashkortostan, Russian Federation

Аннотация

В образовании студентов медицинских вузов используется и внедряется всё большее количество симуляционных методик и способов обучения. Техника их работы базируется как на теоретическом аспекте обучения, так и на освоении практических навыков. Однако, финальной целью всех этих методик, является повышение качества и освоение методик оказываемой медицинской помощи в будущей практиче-

ской деятельности. В данной работе использована одна из древнейших и везде используемых методик практического обучения для стимуляции индивидуальной заинтересованности студентов хирургического профиля.

Abstract

In the education of medical students, an increasing number of simulation techniques and teaching methods are being used and implemented. The technique of their work is based both on the theoretical aspect of teaching and on the development of practical skills. However, the final goal of all these techniques is to improve the quality and mastery of the methods of medical care provided in future practical activities. In this work, one of the most ancient and everywhere used methods of practical training was used to stimulate the individual interest of students of the surgical profile.

Актуальность

Использование симуляционных методик в настоящее время становится всё более и более актуальным, и прогрессивно технологичным. Но все симуляции завязаны на повышении умения и качества манипуляций или навыков студентов. Существуют как виртуальные компьютерные программы, так и технологичные заменители тканей человеческого тела, на которых студенты или ординаторы хирургической направленности получают опыт. Эффективность данных методов не вызывает вопросов. Целью всех этих методов является обучение студента необходимой технике выполнения необходимых действий. Ежегодно выпускаются тысячи молодых врачей, которые хотят быть хирургами разных специализаций, но отнюдь не все из них оперировали за время обучения. Данная работа была проведена с целью оценки заинтересованности обучающихся в хирургической практике в условиях нахождения в стационаре. А именно в повышении возможности получить опыт на операции. А наилучший путь запомнить и понять операцию — выполнить её самому, либо ассистировать. Наблюдение со стороны не так хорошо запоминается и хуже в аспекте понимания каждого этапа операции. Естественно, ассистентом любой хирург захочет взять наиболее способного, или наименее мешающего во время операции ординатора.

Цель

Провести анализ результатов обучения студентов и ординаторов в условиях хирургического стационара и выявить влияние методики на актуальность данного аспекта обучения.

Материалы и методы

База данных основывалась на результатах обучения студентов 6 курса лечебного факультета, заинтересованных в хирургическом направлении и ординаторов по хирургии. Оценка была на основе опроса 36 студентов и ординаторов. Возможности закрепления 1 студента и 1 ординатора за 1 хирургом не было. Заранее давалось задание изучить ход операции, планируемой в день обучения. Утром выполнялся быстрый устный опрос по основным этапам стандартной операции. Далее ежедневно проводилась оценка результатов умений и качества выполняемого задания, данного куратором. Куратор давал студентам скальпель, пинцет и объект для задачи (как правило какой-либо фрукт). Использование мяса, кожи и других биологических тканей от животных было нецелесообразно по гигиеническим соображениям. Цель — очистить объект по возможности аккуратно и быстро. Время было ограничено 40 минутами. Комплексно оценивалась аккуратность, быстрота, уверенность студента. В ходе обучения в дальнейшем добавлялся этап наложения швов. По результатам объявлялись победители, которые могли отправиться в операционную в качестве ассистента, остальные могли быть наблюдателями. Естественно, каждый студент или ординатор в любом случае мог увидеть ход операции, даже если не мог лично в ней ассистировать.

Результаты

В ходе обучения студенты сами отметили появление некоторой конкурсной основы, в результате которой им хотелось показаться более умелыми, чем одноклассники или коллеги по учёбе. Каждый из студентов заинтересованный в хирургии, заявил, что дома или в университете на кафедрах

оперативной хирургии или анатомии осуществлял подобные манипуляции с целью не отстать от других, или же повысить свои навыки. В ходе подобного обучения было отмечено некоторое улучшение навыков ассистирования (особенно заметно в том, как студент начал держать скальпель, пинцет, иглодержатель) и значительное повышение уверенности перед и в ходе операции. Повысилась точность выполнения запрашиваемых манипуляций у студента или ординатора, которые просят сделать оперирующий хирург. По данным опросов и зачётов в конце обучения студент или ординатор мог с большей правильностью ответить на вопросы, касающиеся операции и особенно хорошо в тех операциях, где он ассистировал.

Обсуждение

Таким образом, при проведении оценки владения мануальными навыками и базовыми знаниями хода операции был получен позитивный результат в сравнении с группой без использования симуляции хирургических манипуляций. Что способствует приверженности повышению качества оперативных техник в будущем и росту техники выполнения операций в последующем.

Выводы

Этап обучения в медицинском вузе с использованием как сложных, так и простейших методов симуляционного обучения у студентов-ординаторов может стать стимулом индивидуального роста как специалиста хирургического профиля. Что позволит повысить качество оказываемой хирургической помощи в практической работе и минимизировать возможное количество негативных моментов в начале практической деятельности как врача. К сожалению, в настоящее время по причине эпидемиологических ограничений произошёл некоторый откат в опыте практической работы из-за дистанционных методов обучения, но с введением вакцинации и снижения риска заболеваемости можно надеяться на возобновление прежнего режима обучения и работы в операционных блоках.

Материал поступил в редакцию 11.08.2021

Received August 11, 2021

Эндоскопические технологии в медицине

Endoscopic technologies in medicine

Логвинов Ю.И., Карпова А.Ю.

Logvinov Yu.I., Karpova A.Yu.

Учебно-аккредитационный центр – Медицинский симуляционный центр Боткинской больницы, г. Москва, Российская Федерация

Training and Accreditation Center — Medical Simulation Center of Botkin Hospital, Moscow, Russian Federation

Аннотация

Впервые эндоскопическая практика в нашей стране началась в 1976 году, приказом МЗ СССР № 1164 вводилась должность врача-эндоскописта в поликлинике одна ставка на пятьдесят тысяч, в общих больницах, стационарах и в онкодиспансерах и онкологических стационарах на сто коек — одна ставка.

Abstract

For the first time, endoscopic practice in our country began in 1976, by order of the USSR Ministry of Health No. 1164. The post of endoscopist was introduced in a polyclinic, one rate per fifty thousand patients, in general hospitals, inpatient clinics and in oncological dispensaries and oncological hospitals, one rate per hundred beds.

Актуальность

На сегодняшний день в стране имеется развитая эндоскопическая служба. Разработка специального оборудова-

ния, инструментария и использование при эндоскопических вмешательствах рентгенологических методов, электрического тока, УЗИ, лазера и других физических, химических и биологических факторов превратили эндоскопию в самостоятельный раздел медицинской науки с возможностями изучения патогенеза и патофизиологии заболеваний, решения диагностических, тактических и лечебных задач. Квалифицированная работа врачей многих специальностей теперь невозможна без эндоскопических методов.

Цель

1. Развитие эндоскопической службы на территории Российской Федерации;

2. Модернизация оказания эндоскопической помощи;

3. Улучшение качества оказания эндоскопической помощи населению.

Материалы и методы

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы является лидером по оказанию эндоскопической помощи в Российской Федерации, т.к. помимо основного стационарного отделения, которое успешно работает с 1974 года, в нём находится 9 эндоскопических кабинетов, 2 из которых оснащены искусственным интеллектом, в отделении работает 13 врачей-эндоскопистов, 12 медицинских сестер. За 2020 год эндоскопическое отделение под руководством профессора, д.м.н., заведующего кафедрой «Эндоскопии» РМАНПО МЗ РФ Коржевой И.Ю. выполнено 23 023 эндоскопических исследования, из них 2 896 эндоскопических операций.

В июле 2021 года на территории Государственного бюджетного учреждения здравоохранения ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы Сергей Семенович Собянин открыл крупнейший дневной стационар эндоскопической помощи населению, который ежедневно будет выполнять диагностику и лечение 300 пациентам по направлению гастроскопия, колоноскопия и ультрасонография. Центр оборудован новейшими видео-стойками экспертного уровня и эндоскопами компании «Fujifilm», которые не имеют аналогов на территории РФ. Новый центр повысит качество онкологической помощи в городе. Злокачественные опухоли будут выявлять на ранних стадиях. В рамках проекта планируется обследовать прежде всего москвичей, относящихся к группам особого риска, в том числе:

- пациентов с предраковыми состояниями и заболеваниями;
- родственников пациентов с ЗНО желудка и кишечника в семейном анамнезе;
- пациентов в возрасте 60–70 лет.

При выявлении риска развития онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта врачи поликлиники, в том числе с помощью возможностей телемедицины, сообщают пациенту о необходимости проведения обследования, организуют подготовку к этой процедуре (помогут сделать необходимые анализы) и направят в эндоскопический центр. Кроме того, сотрудники кол-центра напоминают о записи к врачу, проинформируют о сдаче необходимых анализов и правилах подготовки к эндоскопическому исследованию.

Специалисты новых эндоскопических центров проведут диагностические процедуры и, по возможности, удалят новообразования прямо на месте или же направят на хирургическое лечение. Взятый у пациентов биоматериал при необходимости будет доставлен в одну из шести городских специализированных патоморфологических лабораторий для проведения гистологических, молекулярно-генетических и иммуногистохимических исследований.

Исследования будут проводиться под внутривенной седацией, которая минимизирует неприятные ощущения пациента, создаёт комфортные условия для работы врача и уменьшает время выполнения обследования и вмешательства.

Своевременная диагностика, доступная в центре, позволит выявить на ранних стадиях онкозаболевание (рак желудка и толстого кишечника), своевременно начать лече-