

«стигм» при туберкулезе предъявляют много требований к способности врача к межличностному взаимодействию в системе «врач-больной», умению установить контакт с пациентом и его родственниками, мотивировать на выполнение рекомендаций, оказывать психологическую поддержку в сложной ситуации.

Цель

определение коммуникативных особенностей при работе с больными туберкулезом с социальными проблемами на основе анализа самооценки пациентов.

Материалы и методы

Проведен анализ модели медицинской коммуникации с пациентом с точки зрения основных задач, которые необходимо решить врачу-фтизиатру при работе с больным туберкулезом: сбора информации, выстраивания отношений, объяснения и планирования. На основании исследования самооценки больных как интегрального показателя самоуважения с учетом социокультурных эталонов, текущего жизненного опыта, меры самопрятия заболевания туберкулезом и определения психологических особенностей пациентов с использованием стандартных шкал самооценки проведен анализ данных у 120 впервые выявленных больных туберкулезом с социальными проблемами, выявлены наиболее значимые элементы самооценки больных, требующие формирования дополнительных коммуникативных навыков со стороны врача-фтизиатра.

Результаты

При обследовании больных туберкулезом с социальными проблемами установлен низкий интегральный показатель самооценки. Модель медицинской коммуникации при сборе информации у данных пациентов должна учитывать, что больные туберкулезом с социальными проблемами при недооценке тяжести своего заболевания (63,1%) одновременно испытывают сильные переживания по поводу своих бытовых и личностных проблем (64,5%), страх критических ситуаций и трудностей (53,8%), ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению (78,6%). Этот психологический дисбаланс усложняет выстраивание доверительных отношений «врач-пациент» в исследуемой группе пациентов и повышает необходимость принятия во внимание имеющихся у 52,6% больных суждений о замкнутости своего внутреннего мира, противопоставлении себя обществу, негативном отношении к ним окружающих, агрессивном настроении на внешние обстоятельства. Коммуникативные навыки врача-фтизиатра должны способствовать преодолению болезненности критических замечаний в адрес пациентов (73,5%), их стремления демонстрировать «бегство» в независимость (69,7%), учитывать имеющуюся разбалансированность ответов на суждения (56,1%). Коммуникативная модель работы врача-фтизиатра потенциально должна помогать пациентам преодолевать свойственные им негативные чувства (58,4%), отражающие низкую личную значимость, собственную ущербность. При решении задачи объяснения и планирования лечения больным туберкулезом с социальными проблемами необходимо учитывать преобладание у них пессимистического отношения к перспективам дальнейшей жизни (90,2%), снижение потребности в самореализации (94,1%) с увеличением потребительских тенденций.

Обсуждение

Сложности межличностного взаимоотношения врача с больными туберкулезом определяются не только индивидуальными психологическими характеристиками пациентов, но и патологическими изменениями высшей нервной деятельности больных под влиянием туберкулезной интоксикации. Вследствие этого повышаются требования к коммуникативным навыкам врача-фтизиатра, прежде всего в областях сбора анамнеза, выстраивания отношений и вовлечения пациента в процесс излечения. Решение этих задач зависит от способности врача-фтизиатра наладить доверительные отношения с больным, позволяющие преодолеть негативное отношение к проводимому сбору анамнестических данных, но при этом четко концентрировать внимание больного на предмет беседы. Коммуникативная способность врача на базе профессиональных компетенций позволяет реализо-

вывать клиническое мышление, формируя диагностическую концепцию на этапе первоначального консультирования больного и обеспечивая назначение оптимального комплекса обследования для определения этиологии заболевания. При подготовке врача-фтизиатра к эффективной коммуникации большое внимание необходимо уделять методам избегания конфликтов, формирования позитивного настроения на лечение у больного вне зависимости от личностных особенностей самого врача. Этому способствует знание психологии общения, знание технологий установления контакта с пациентом во время консультации, знания методов общения с негативно настроенным пациентом.

Выводы

При решении коммуникативных задач при работе с больными туберкулезом с социальными проблемами необходимо учитывать особенности самооценки пациентов. Высокий уровень коммуникативных навыков у фтизиатра способствует решению вопросов установки диагноза, повышению приверженности пациента к лечению и повышению эффективности терапии, благоприятно влияя на эпидемическую ситуацию по туберкулезу.

Материал поступил в редакцию 30.08.2021

Received August 30, 2021

Применение виртуального симулятора для отработки навыков аускультации звуков легких детей в формировании клинического мышления

The Use of a Virtual Simulator for Practicing the Skills of Auscultation of Sounds of the Lungs of Children in the Formation of Clinical Thinking

Туш Е.В., Колчина А.Н., Горох О.В.

Tush E.V., Kolchina A.N., Gorokh O.V.

Приволжский исследовательский медицинский университет, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation

Аннотация

Навыки аускультации являются одними из самых важных базовых методов обследования пациента. Учебный процесс обучения аускультации сложен сам по себе, а в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции и повсеместно вводимых эпидемиологических ограничений сложности обучения многократно усиливаются, что требует альтернативных методов обучения. Виртуальный симулятор для отработки навыков аускультации звуков легких позволяет создать платформу обучения аускультации, предоставляя реальные предварительно записанные сердечно-легочные звуки на виртуальных грудной клетке ребенка.

Abstract

Auscultation skills are some of the most important basic methods of patient examination. The educational process of teaching auscultation is complex in itself, and in the context of the pandemic of the new coronavirus infection and the widespread epidemiological limitations, the complexity of learning is multiplied, which requires alternative teaching methods. The Virtual Lung Sound Auscultation Simulator creates a learning platform for auscultation by delivering real pre-recorded cardiopulmonary sounds on the virtual chest of a child.

Актуальность

Навыки аускультации являются одними из самых важных базовых методов обследования, которым необходимо овладеть в медицинском вузе. Учебный процесс обучения аускультации сложен сам по себе, поскольку он требует наличия широкого спектра пациентов с разнообразными аускультативными феноменами, доступных во время обучения студентов и клинических ординаторов. В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции и повсеместно вводимых эпидемиологических ограничений сложности обучения многократно

усиливаются, что требует альтернативных методов обучения.

Виртуальный симулятор для отработки навыков аускультации звуков легких позволяет создать платформу обучения аускультации, предоставляя реальные предварительно записанные сердечно-легочные звуки на виртуальных грудной клетке ребенка.

Цель

Оценить возможности виртуального симулятора для отработки навыков аускультации звуков легких и формирования клинического мышления.

Материалы и методы

Виртуальный симулятор для отработки навыков аускультации звуков легких оснащен 5-ю точками аускультации на передней грудной стенке и 6-ю со спины. В эти точки аускультации с использованием обычных стетофонендоскопов возможно выслушивание как нормальных звуков, так и патологических — крупнопузырчатых и мелкопузырчатых влажных хрипов, сухих и сухих свистящих хрипов, ослабления дыхания, иных дыхательных шумов, таких как стридор, а так же их сочетания. Это позволяет формировать клинические кейсы.

Результаты

Обучение возможно проводить используя 2 стратегии. Во первых, это тренинг собственно навыка аускультации с возможностью проведения экзамена. Во вторых, на основе представленных клинических случаев, например синдрома кашля как симптома различных нозологий формирование навыка клинического мышления с обсуждением необходимой диагностики, дифференциальной диагностики и терапии. При этом симуляционный тренинг можно проводить как индивидуально с обучающимися, так и в режиме командной игры. Оптимальным представляется проведение часового занятия с 6-7 участниками с последующим проведением дебрифинга. Первая стратегия является оптимальной для обучения студентов младших курсов, вторая — для обучения студентов старших курсов и клинических ординаторов. В то же время в последней целевой группе целесообразно проведение ретренингов с использованием первой стратегии, обобщенно при ограничении доступа обучающихся к пациентам и соответственно ограниченных возможностях «прикроватного» обучения.

Выводы

Использование виртуального симулятора для имитации аускультации в дополнение к традиционному клиническому обучению, по-видимому, должно улучшить аускультационные способности студентов и клинических ординаторов по специальности педиатрия.

Материал поступил в редакцию 30.08.2021

Received August 30, 2021

Возможности отработки навыков оперативного родоразрешения в условиях симуляционного обучения

Possibilities of practicing the skills of operative delivery in the context of simulation training

Кузнецова Н.Б., Тарасова Г.Н., Бычков А.А., Ильясова Г.М.

Kuznetsova N.B., Tarasova G.N., Bychkov A.A., Ilyasova G.M.

Центр симуляционного обучения Ростовского государственного медицинского университета, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Simulation Training Center, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

Аннотация

Кесарево сечение (КС) является одним из наиболее распространенных хирургических вмешательств в мире, при этом частота его выполнения продолжает расти, особенно в странах с высоким и средним уровнем дохода. Технически

правильно выполненное КС определяет успешное течение интра- и послеоперационного периода, способствует благоприятному заживлению послеоперационной раны.

Abstract

Caesarean section (CS) is one of the most common surgical procedures in the world, and its frequency continues to rise, especially in high- and middle-income countries. A technically correct CS determines the successful course of the intra- and postoperative period, promotes favorable healing of the postoperative wound.

Ключевые слова: кесарево сечение, симуляционное обучение, симулятор C-Celia

Актуальность

Кесарево сечение (КС) в современном акушерстве является наиболее часто производимой родоразрешающей операцией. Увеличение частоты операций КС в последние годы связано с расширением показаний к оперативному родоразрешению в интересах плода. КС относится к разряду сложных оперативных вмешательств с высокой частотой интра- и послеоперационных осложнений: кровотечений, ранений смежных органов, послеоперационных инфекционно-воспалительных заболеваний — как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки после родоразрешения.

Течение и исход оперативного вмешательства во многом определяются именно квалификацией врача. Залогом успешного исхода оперативных родов путем КС является не просто знание хирургической техники, но и совершенствование своего мастерства, предикция и профилактика возможных осложнений оперативного вмешательства.

Цель

Совершенствование хирургической техники выполнения КС.

Материалы и методы

Была набрана группа из 10 врачей акушеров-гинекологов со средним стажем работы 2,7 лет. Опыт оперативного родоразрешения путем КС имели 4 человека (40%). Отработка навыка КС проводилась на современном высокотехнологичном оборудовании — симуляторе C-Celia в Центре симуляционного обучения ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. С помощью симулятора C-Celia был смоделирован полный цикл КС с различным расположением плода: в переднем и заднем виде головного предлежания, в тазовом предлежании, в поперечном положении. Доступ в брюшную полость проводился путем лапаротомии по Пфанненштилю. После вскрытия брюшной полости, уточнялись топографо-анатомические взаимоотношения органов малого таза и плода. Далее вскрывалась матка, плодный пузырь, оболочки разводились руками. Следующим этапом извлекался плод. После рождения ребенка пересекалась пуповина, проводилось рождение последа. Далее проводилось восстановление целостности матки и послойное ушивание брюшной стенки.

В процессе проведения КС оценивали уровни овладения следующих навыков: вхождение в брюшную полость; выбор места разреза на матке; разрез матки; извлечение плода из головного предлежания, тазового предлежания, поперечного положения; ушивание матки; послойное ушивание брюшной стенки.

Результаты

При оценке степени освоения практических навыков было установлено следующее: при первичной отработке навыка оперативного родоразрешения у 3 человек (30%) возникли сложности с вхождением в брюшную полость, у 7 человек (70%) возникли трудности при извлечении плода из тазового предлежания и поперечного положения, у 5 человек (50%) возникли трудности при ушивании матки и восстановлении целостности брюшной стенки. После повторной отработки навыка, с вхождением в брюшную полость справились все 10 человек (100%), трудности при извлечении плода из тазового предлежания и поперечного положения возникли лишь у 2-х человек (20%), с ушиванием матки и послойным восстановлением целостности брюшной стенки