

3. Официальное одобрение курса ведущими профессиональными сообществами хирургов и иных специалистов Российской Федерации и стран Содружества;
4. Разработка комплекса мер, облегчающих его практическое внедрение.

ВЫВОДЫ. Проведены исследования и доказаны некоторые виды валидности курса БЭСТА (Базовый эндохирургический симуляционный тренинг и аттестация); определены задачи по его практическому внедрению в образовательную практику.

Диагностическая олимпиада по хирургии - лучшая образовательная технология для студентов.

Луцевич О.Э., Жаугашев А.Е.

Кафедра факультетской хирургии № 1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова, Москва

На сегодняшний день преподаватель перестал быть единственным источником знаний студентов. Избыток информации, а также её доступность ставят под сомнение необходимость стандартных лекций и семинаров. Зачем приходить на занятие, если я могу найти ту же информацию, а зачастую даже более наглядную, в два клика? Тем не менее, вопрос применения знаний остается открытым. Как ориентироваться в потоке информации, как суметь быстро сообразить и применить свои знания? Указанные проблемы становятся настоящим вызовом для современного преподавателя, вынуждающим придумывать новые формы образовательного процесса, новые образовательные технологии.

На кафедре факультетской хирургии № 1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова с 2013 года разработана модель семинарских занятий для студентов 4 курса лечебного факультета с использованием ежедневных «диагностических олимпиад».

Диагностическая олимпиада проводится в конце занятия в качестве практической формы применения знаний. В учебной группе определяются два капитана, которые набирают себе команду участников. После чего обе группы студентов курируют реального больного. При этом больные предупреждены о том, чтобы диагнозов и результатов обследования не сообщать. За ограниченное время (обычно 5 минут) студенты должны побеседовать с пациентом, провести физикальное обследование. После чего студенты расходятся по разным комнатам для внутрикомандной дискуссии. В ходе дискуссии они должны сформулировать предварительный диагноз и план обследования данного больного. Преподаватель периодически заходит к командам с целью узнать какие мысли появились у студентов, а также по запросу предоставить данные дополнительных методов исследования без интерпретации результатов. Например, если для постановки диагноза студентам требуется обзорная рентгенография органов брюшной полости, преподаватель даст сам снимок без каких-либо пояснений. Интерпретировать данные команды должны сами. После того как преподаватель трижды зашел в каждую комнату, команды собираются в одном месте и капитаны оглашают полный клинический диагноз и его обоснование. Если обе команды ставят верный диагноз побеждает та, что использовала меньшее количество методов исследования.

За 3 года по данной образовательной технологии обучено около 300 студентов. По результатам анкетирования студентов в конце цикла выявлено следующее:

1. абсолютное большинство студентов выделяют диагностические олимпиады как «лучшее, что с ними было за время учебы в медицинском университете»
2. абсолютное большинство студентов на вопросы появился ли интерес к хирургии, а также хотели бы они, чтобы на других кафедрах преподавание велось так же ответили утвердительно

РОЛЬ МНОГОУРОВНЕВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ПО ХИРУРГИИ В ОЦЕНКЕ УРОВНЯ КОМПЕТЕНТНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Коссович М.А., Богомолов Н.И.

Город: Москва

ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ

При проведении непрерывного медицинского образования механизм объективного контроля имеющихся и полученных знаний крайне сложен. Заставить взрослых людей отвечать на вопросы билетов в виде классического школьного экзамена не интересно ни экзаменуемому, ни экзаменатору. Это не рождает мотивацию к получению знаний и даже не всегда этично. Предлагаемый нами вариант оценки знаний при решении многоуровневых ситуационных задач рождает внутреннюю положительную мотивацию к овладению определенной информацией и позволяет конструктивно изменить форму проведения экзамена, делая его интересным для обоих участников этого процесса.

Традиционные формы клинических ситуационных задач широко представлены в учебной литературе по хирургии, но содержат весьма скудную информацию о больном, изложенную в телеграфном стиле. В тоже время журнальные публикации по демонстрации редких и казуистических случаев имеют подробные сведения по клинике, методам обследования и лечения. Именно такой подход в создании многоуровневых ситуационных задач целесообразно использовать при формировании учебно-методического комплекса кафедры хирургии, занимающейся одновременно вузовским и послевузовским образованием.

Ситуационные задачи необходимо представить в виде выписки из истории болезни реального пациента с пакетом копий документов, отражающих результаты различных методов обследования и лечения. К каждой задаче прилагаются вопросы четырех уровней сложности. Первый уровень предназначен для студентов 5 курса, касается теоретических дисциплин (анатомия, патфизиология и др.) и базовых клинических данных. Второй уровень предназначен для итоговой государственной аттестации на 6 курсе и включает вопросы первого уровня и свои, касающиеся уже клинической дисциплины. Третий уровень вопросов предназначен для промежуточной и итоговой аттестации интернов и ординаторов. В него входят два предыдущих уровня вопросов и свой, включающий уже чисто хирургические моменты деталей операции и всех лечебных пособий у конкретного больного. Наконец, четвертый - самый высокий уровень вопросов, включающий три предыдущих и свои, предназначен для аспирантов, докторантов и врачей курсантов ФПК и ППС. Здесь возможен весь спектр вопросов по знаниям хирурга, аналитика, эксперта.

При этом помимо обязательных вопросов на всех уровнях по каждому приведенному исследованию могут быть еще и свои дополнительные вопросы. И это будет полноценный клинический разбор, аналогичный таковому у постели больного с описанной патологией. Благодаря разным уровням вопросов, задачи уместно применять для оценки знаний всех обучающихся на кафедре - от студентов до хирургов со стажем и врачей общей практики. Задачи имеют несколько клинических примеров по одной нозологической форме заболевания, но с разными вариантами течения и методами лечения.

Необходимо подчеркнуть, что интересных, сложных и поучительных случаев в нашей повседневной практике бывает достаточно много, не надо ничего придумывать. Необходимо «лишь» все грамотно и доходчиво изложить, сделать соответствующие акценты, убрать ненужное и украсить имеющимися иллюстрациями дополнительных методов исследования (результатами лабораторных исследований, данными лучевых и эндоскопических методов диагностики, заключениями морфологического анализа и другими). Причем, если на кафедре, в клинике такая работа

будет поручена интернам, ординаторам и молодым докторам, то и для них самих участие в составлении и редактировании подобных ситуационных задач будет являться хорошей школой теоретической подготовки по различным разделам хирургии. Контроль этого процесса со стороны администрации и руководства больницы позволит дополнительно проанализировать результаты лечения больных в клинике, оценить их с другой стороны, сделать соответствующие выводы и, возможно, принять своевременные и адекватные меры по изменению тактики лечения пациентов и техники выполнения хирургических вмешательств.

Крайне важно, что в подобном формате можно рассматривать не только классические варианты течения хирургической патологии и благоприятные результаты лечения, но и атипичные по клиническому течению ситуации, неадекватные действия врачей и даже неблагоприятные исходы, что не менее важно для приобретения в конечном итоге коллективного клинического опыта. Возможно, что имеет смысл обмениваться подобными материалами с целью создания банка(реестра) данных в рамках программы непрерывного медицинского образования РОХ, которая должна начинаться на клинических кафедрах хирургического профиля на старших курсах в ВУЗах и далее, проходя через интернатуру, ординатуру, аспирантуру и докторантуру, продолжаться всю жизнь, включая все этапы профессионального роста специалистов.

Кстати, через такие ситуационные задачи можно и нужно внедрять в сознание хирургов современные позиции диагностики и лечения различной хирургической патологии, заложенные в Национальных клинических рекомендациях. Пусть даже в некоторой игровой форме - это будет только повышать эффективность обучения в целом. При этом стоит подумать о необходимости и возможности создания определенных тестовых программ различного уровня сложности, содержащих набор из нескольких ситуационных задач, для проведения этапных, аттестационных, сертификационных экзаменов, а в дальнейшем - и аккредитаций, с целью повышения их образовательной ценности при подготовке и объективизации оценки уровня компетентности специалистов при сдаче экзамена.

ЧЕМУ УЧИТЬ ХИРУРГОВ МОСКВЫ?

Луцевич О.Э., Жаугашев А.Е.

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова, Москва

С 2012 года на кафедре факультетской хирургии №1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова, а с марта 2016 года на базе МСЦ Боткинской больницы ведется исследование корреляции базовых навыков лапароскопии со спектром выполняемых операций. За эти годы проанализированы данные более чем 450 оперирующих хирургов, урологов, гинекологов. Собранные данные позволили нам выяснить следующее:

1. более 80 % докторов, оперирующих лапароскопически не владеют навыками интракорпорального шва. 2. хирурги, владеющие навыками интракорпорального шва выполняют больший спектр лапароскопических операций.

Это позволило сформулировать следующие положения - необходимо масштабное обучение хирургов, а также обучающие программы должны быть основаны на обучении мануальному лапароскопическому шву.

С марта 2016 года на базе МСЦ Боткинской больницы по инициативе главного хирурга Москвы профессора Шабунина А.В. сотрудниками кафедры факультетской хирургии №1 МГМСУ организован авторский трехдневный курс «интракорпоральный шов». За период с марта по сентябрь курс прошли 275 хирургов городских стационаров. Результаты тестовых заданий показывают, что более чем 90% докторов овладели навыками интракорпорального шва на экспертном уровне. При последующих опросах через месяц и через три

месяца хирурги отмечали несколько моментов: 1. оперировать стали увереннее 2. начали делать более сложные операции 3. даже операции, не требующие навыков шитья стали проходить лучше.

Симуляционное обучение хирургии на младших курсах медицинского вуза: чему учить, как, когда.

Ефимов Е.В., Шапкин Ю.Г.

Саратовский ГМУ, Саратов

В настоящее время во всех медицинских учебных учреждениях нашей страны, бывших стран СССР (СНГ) и зарубежных государств большое значение уделяется применению симуляционных технологий. Ранее остро стоял вопрос об обеспечении практической базы для качественного проведения учебного процесса, настоящее время эта проблема в большинстве вузов решена. Назрела проблема - как, чему и когда обучать студентов. Преобразования в современном медицинском образовании направлены на формирование у студентов навыков врача общей практики. Кроме того, ни для кого не секрет, что лишь небольшая часть студентов посвятит себя в последующем хирургии. Однако, существует ряд вмешательств, выполнить которые в экстремальных условиях обязан врач любой специальности. Под этим подразумеваются: навыки квалифицированной временной и окончательной остановки кровотечения, хирургической обработки ран, трахеостомия и некоторые другие экстренные вмешательства. Для сохранения преемственности в преподавании, изучение предмета должно быть построено по принципу «от простого к сложному», с постоянным повторением наиболее важных разделов хирургии и отработкой практических навыков на симуляторах разной степени сложности. В Саратовском ГМУ обучение хирургическим навыкам начинается с 1 курса. Студенты при прохождении учебной и производственной практик проводят 8 часов в симуляционном центре, обучаясь выполнять простейшие манипуляции по уходу за хирургическими больными. Позже, на 2 курсе в ходе обучения по дисциплине медицина катастроф, преподаватели формируют навыки оказания первой помощи в экстремальной ситуации: наложение транспортной иммобилизации, остановки кровотечения, основам реанимации и интенсивной терапии, десмургии. Для этого выделяются 16 часов академических занятий. На 3 курсе в ходе обучения дисциплине общая хирургия перечень формируемых навыков с применением симуляционных технологий значительно расширяется. Это мероприятия по уходу за ранами разного характера, местная анестезия, дренирование плевральной полости, десмургия, наложение хирургических швов, пункция гнойников и другие манипуляции. Для адекватного освоения навыков выделено до 25 часов, что составляет почти 10% от общей часовой нагрузки. На старших курсах и при прохождении интернатуры и ординатуры студенты получают возможность обучаться на тренажерах высокой степени сложности с обратной связью. Имеется возможность освоения простейшим эндоскопическим манипуляциям и простым операциям. Методики обучения меняются. На 1 курсе предпочтение отдаем применению показательных выполнений манипуляций преподавателем, а затем многократного выполнения процедуры студентом. Начиная с 2-3 курсов помимо описанной методики применяем деловые игры с постановкой клинической задачи для групп студентов. Такая форма позволяет отработать эффективное взаимодействие в группе, распределение ролей. Контроль освоения навыков проводится по стандартной методике на всех уровнях обучения - балльная оценка на основе имеющихся стандартов. Часто применяется видеофиксация с последующей процедурой дебрифинга. Выводы: 1. Применение симуляционных технологий эффективно в освоении хирургических навыков. 2. Считаем обоснованным этапное обучение навыкам от простого к сложному и сохранение преемственности в