

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, десмургия. 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 - бальная оценка на основе имеющихся стандартов. Часто применяется видеофиксация с последующей процедурой дебрифинга. Выводы: 1. Применение симуляционных технологий эффективно в освоении хирургических навыков. 2. Считаю обоснованным этапное обучение навыкам от простого к сложному и сохранение преемственности в