

знает об этом. В результате формируются навыки выполнения тех или иных манипуляций, уверенность в собственных силах, знаниях и работе в команде согласно отработанному алгоритму. При этом главным является то, что необходимые практические навыки приобретаются без вреда здоровью пациента, при сохранении реалистичности. Применение симуляционных технологий в последипломном образовании призвано повысить эффективность обучения практикующих врачей. Оценить эффективность симуляционных технологий в подготовке врачей акушеров-гинекологов с различным стажем трудовой деятельности стало целью нашего исследования. Было проанализировано качество освоения цикла ПК «Клиническое акушерство (практический курс с использованием симуляционных платформ и тренажеров родов)» 306 врачами акушерами-гинекологами из 54 субъектов РФ, прошедшими обучение на кафедре акушерства и гинекологии, неонатологии, анестезиологии и реаниматологии ФГБУ «ИВ НИИ Мид имени В.Н.Городкова» Минздрава России. Средний возраст обучающихся составил $36,6 \pm 0,8$ лет. Средний стаж работы в должности врача акушера-гинеколога - $14,5 \pm 0,6$ лет, причем достоверно чаще среди обучающихся были врачи со стажем до 5 и свыше 20 лет по сравнению с коллегами с другим стажем работы ($p < 0,05$ считался достоверным). Учебный план цикла ПК «Клиническое акушерство (практический курс с использованием симуляционных платформ и тренажеров родов)» включает в себя проведение семинаров и практических занятий по следующим модулям: базовые принципы ведения родов, ведение осложненных родов, акушерские операции, экстренные и неотложные ситуации в акушерстве. Первым этапом обучения является тестовый контроль исходных знаний по изучаемым темам. По результатам исходного тестирования установлено, что лучшую теоретическую подготовленность обучающиеся имели по теме - «Базовые принципы ведения беременности и родов» (средняя оценка $4,2 \pm 0,04$), низкую оценку по темам - «Ведение осложненных родов» и «Экстренные и неотложные ситуации в акушерстве» ($3,4 \pm 0,05$ и $3,2 \pm 0,05$ соответственно). Средняя оценка при итоговом тестировании, проводимом по окончании цикла, по всем темам достоверно выросла - $4,5 \pm 0,02$ (исходная $3,6 \pm 0,02$, $p = 0,001$). На втором этапе проводится самооценка профессиональных навыков. Анализ карт самооценки, разработанных на кафедре, показал, что исходный уровень собственной оценки профессиональных навыков составил - $31,1 \pm 0,9$ балла, тогда как после проведенного цикла отмечено достоверное повышение данного показателя до $72,5 \pm 0,9$ баллов (при максимально возможных 80 баллов) ($p = 0,001$). Специалисты с опытом работы менее 5 лет имели более низкие показатели исходного тестирования ($3,7 \pm 0,05$) и уровня самооценки ($26,5 \pm 1,7$ баллов) по сравнению со своими коллегами, стаж которых более 20 лет ($4,4 \pm 0,08$ и $39,1 \pm 2,2$ балла, $p = 0,007$ и $p = 0,001$ соответственно). Третий этап обучения включает отработку отдельных практических навыков на медицинских тренажерах. Так, одним из важнейших навыков в оказании неотложной помощи при экстренных состояниях в акушерстве является выполнение комплекса реанимационных мероприятий при остановке сердца (сердечно-легочной реанимации - СЛР). При анализе качества выполнения навыков СЛР выявлено достоверное улучшение результатов после отработки навыка на тренажере. Так, процент правильно проведенных вентиляций после обучения достоверно вырос с 32% до 80% ($p = 0,01$), как и верно выполненных компрессий - с 34% до 85% ($p = 0,01$). Также достоверно уменьшилось количество допущенных ошибок (неправильное расположение рук и вентиляции в желудок) - от 47% до 10% ($p = 0,02$). Четвертый этап учебы посвящен решению клинических ситуационных задач с использованием высокотехнологичных манекенов и медицинского оборудования. В учебных залах, обстановка в которых максимально приближена к реальной, врачи совершенствуют свои навыки по работе с пациентами, оборудованием, отрабатываются алгоритмы действий и мо-

дели поведения каждого обучающегося и команды в целом. Работа оценивается с помощью чек-листов, разработанных для каждого клинического случая. Многократность повторения одной и той же ситуации позволяет довести практические навыки до автоматизма, дает возможность вернуться в исходную точку в случае совершения обучающимся ошибки. Таким образом, применение методов симуляционного обучения значительно улучшает качество овладения практическими навыками специалистов с различным опытом работы и повышает эффективность последипломного образования врачей акушеров-гинекологов.

ОПЫТ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ В АКУШЕРСТВЕ

Николаева М.Г., Чечина И.Н.

Город: Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ

Симуляционная практика является новым методологическим подходом к обучению студентов медицинского ВУЗа. Современные выпускники, владея хорошей теоретической подготовкой, оказываются совершенно неспособными к проведению неотложной помощи. Сложность практической подготовки студентов заключается в том, что права пациента защищены законом (п. 9 ст. 21. Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ), согласно которому «пациенты вправе отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи». Таким образом, на современном этапе при отсутствии симуляционной подготовки невозможно вырастить компетентного врача, способного к самостоятельной практической деятельности.

В симуляционном центре Алтайского государственного медицинского университета симуляционный курс по дисциплине «Акушерство» проходят студенты 4 курса лечебного факультета. На наш взгляд, миссия обучения на симуляторах складывается из нескольких составляющих: отработка практических навыков, умение работать в команде, устранение психологических блоков.

Перед проведением тренингов на симуляторах нами проведен опрос студентов, направленный на определение основных причин, мешающих/не позволяющих им работать с реальными пациентами.

Рейтинг возможных затруднений, возникающих у студентов при контакте с беременной, определен как:

- невозможность установить контакт с пациенткой (81%);
- страх выполнить манипуляцию на реальном пациенте (76%);
- страх неправильных вопросов, заключений (48%);
- страх возможности навредить пациентке (32%);
- страх оказаться «один на один» с проблемой (27%);
- страх показаться пациентке некомпетентным (18%).

Опрос показал, что наряду с недостаточной практической и теоретической подготовкой в половине случаев имеет место психологический блок общения с пациенткой. Неуверенность в знаниях, действиях снижает мотивацию студента к обучению.

Цикл симуляционного обучения был построен с учетом результатов анкетирования: психологическая поддержка студентов, отработка стандартных вопросов/ответов. На первом занятии проводилось тестирование с целью определения базового уровня знаний. Следующим этапом было знакомство студентов с симулятором (NOELLE 554-555). При непосредственном участии и контроле преподавателя каждый обучающийся имел возможность последовательно отработать необходимые навыки, алгоритм действий. Второй день занятий был посвящен тренингам. На общем брифинге моделировалась ситуация оказания помощи роженице во втором периоде не осложненных родов в переднем виде

затылочного предлежания. Для проведения сценария отводилось 10 минут реального времени. С пациенткой был возможен диалог, студент самостоятельно мог прекратить сценарий, если расценивал ситуацию как непреодолимую. Дебрифингу отведено основное время тренинга. В благоприятной психологической обстановке обсуждалось каждое действие студента. При желании студента повторить сценарий правильно, ему предоставлялась такая возможность (с целью закрепления положительного опыта). Все обучающиеся справились с освоением практических навыков.

Повторное анкетирование, проведенное по окончании тренингов, наглядно показало преимущества имитационного обучения студентов. Рейтинг основных выводов:

- эмоциональное удовлетворение (95%);
- «наконец-то я все понял» (90%);
- уверенность в себе (82%);
- желание работать с реальными пациентами (72%);
- возможность исправить допущенную ошибку без ущерба для пациентки (46%);
- победа над собой (38%).

Еще одним доказательством полезности симуляционного обучения студентов стало проведение в нашем ВУЗе внутривузовской олимпиады по практическому акушерству, инициатором проведения которой стали сами студенты. Олимпиада проводилась в два тура. В отборочном туре приняли участие студенты 4 - 6 курсов лечебного и педиатрического факультетов в количестве 91 человек. Проводился сценарий оказания помощи роженице во втором периоде не осложненных родов в переднем виде затылочного предлежания. По итогам 1 тура к финалу были допущены 18 студентов. Для финалистов сценарий был усложнен: оказание помощи роженице во втором периоде родов при годичном предлежании плода акушерской бригадой (акушерка и врач). Экспертами в жюри были приглашены сотрудники кафедры и представители практического здравоохранения, не имеющие до этого опыта проживания клинической ситуации в симуляционной среде. Все 9 пар конкурсантов успешно справились с поставленной задачей. Эксперты отметили высокий уровень подготовки студентов, уверенность в выполнении манипуляций, своевременность действий. Основные ошибки были связаны с неумением работать в команде, слушать и слышать друг друга.

Членам жюри предложили оценить симуляционные тренинги по 10-бальной шкале по ряду характеристик (реалистичность, практическая значимость, наглядность, формирование профессиональной уверенности), в итоге были получены следующие результаты:

- Реалистичность - 8,5
- Практическая значимость - 10,0
- Наглядность - 9,5
- Формирование профессиональной уверенности - 8,9

По окончании олимпиады организаторы предложили проиграть сценарий экспертам, желающих не нашлось.

Таким образом, первый опыт проведения симуляционных тренингов для студентов позволяет сделать следующие выводы:

1. Правильно организованное имитационное (симуляционное) обучение даёт возможность повысить мотивацию студентов к освоению необходимых практических навыков, формирует потребность научиться работать в команде.
2. Знакомство с симуляторами, работа с ними должна начинаться с начальных курсов обучения студентов в медицинском ВУЗе.
3. Симуляционное обучение не заменяет, а только дополняет подготовку к реальной клинической практике, обеспечивая при этом безопасность пациентов.
4. Преподавателями (тренерами) имитационного обучения должны быть кадры, прошедшие специальную подготовку, включая обучение коммуникативным навыкам.

Опыт организации студенческой олимпиады по акушерству и гинекологии с позиции практико - ориентированного обучения.

Ящук А.Г., Масленников А.В., Даутова Л.А., Нафтулович Р.А., Зайнуллина Р.М.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа

В 1901 году свет увидела биографическая повесть знаменитого русского врача и публициста Викентия Викентьевича Вересаева (Смидовича) «Записки врача», где была обстоятельно описана одна из серьезнейших проблем высшей медицинской школы того времени - отсутствие у выпускников готовности к самостоятельной практической деятельности. Так это описывает сам автор: «То, что в течении последнего курса я начинал сознавать всё яснее, теперь встало передо мной во всей своей наготы: я, обладающий какими-то отрывочными, совершенно неусвоенными и непереваженными знаниями, привыкший только смотреть и слушать, а отнюдь не действовать, не знающий, как подступиться к больному, я - врач, к которому больные станут обращаться за помощью! Да что буду я в состоянии дать им?...». С момента написания этих строк прошло более ста лет, и в медицинские вузы пришла новая парадигма образования, подразумевающая компетентностный подход в подготовке специалиста, появились новые образовательные стандарты, стали внедряться новые образовательные технологии: обучение с использованием кейс - технологий, широкая информатизация учебного процесса с привлечением робототехники, появились такие понятия как «стандартизованный пациент», «тьюторство» (иногда такой подход в образовании называют «равный равному») и ряд других. Но внедрение новых технологий не должно приводить к поломке имеющейся системы преподавания, оно должно происходить гармонично, чтобы и обучающий, и обучаемый понимали необходимость этих изменений и были готовы к ним. С этой целью новые технологии комфортно внедрять сначала в рамках внеаудиторной работы студента, но под контролем преподавателя, например, при проведении научного кружка или олимпиады, последняя должна быть максимально приближена к реальной клинической практике.

В стенах Башкирского государственного медицинского университета начиная с 2012 года регулярно проводится Внутривузовская олимпиада по акушерству и гинекологии для студентов. Традиционно, олимпиаде предшествует отборочный тур, позволяющий оценить степень мультипликативности знаний, полученных на кафедрах, преподающих фундаментальные дисциплины. Основным этапом Олимпиады подготавливается сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии №2 и проводится на базе Обучающего симуляционного центра БГМУ (руководитель - доц. А.Г. Какауллин). Для объективизации мониторинга прохождения участниками испытаний Олимпиады в качестве экспертов приглашаются руководители профильных лечебно - профилактических учреждений и отделений, в качестве наблюдателей - представители учебно - методического управления вуза и члены общественных студенческих объединений. Порядок проведения Олимпиады предусматривает прохождение участниками четырех профильных платформ.

Первая платформа - теоретическая, позволяет оценить готовность участника оказывать медицинскую помощь в соответствии с имеющимися клиническими рекомендациями. На данном этапе все участники как правило демонстрируют хороший уровень подготовки. Вторая платформа позволяет оценить базовые мануальные навыки - наложение хирургических швов, приём физиологических родов, введение внутриматочного контрацептива и ряд других. Большинство участников справляются с заданиями на должном уровне. Наибольшие трудности возникают у конкурсантов на тех платформах, которые требуют продемонстрировать результат синтеза теоретических знаний и мануальных навыков.