

Комментарии к статье «ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА В ОСВОЕНИИ БАЗОВЫХ НАВЫКОВ ЛАПАРОСКОПИИ»

Комментарий проф. Коссовича М.А., Москва

Коссович Михаил Александрович, д.м.н., руководитель отделения хирургии неотложных состояний ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН, профессор кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, г. Москва.

Уже в названии статьи авторы показывают свою позицию и стремление к максимальной объективизации оценки результатов практической подготовленности хирургов. Настало время определения уровня компетентности потенциальных лапароскопических хирургов с целью получения допуска для самостоятельной работы в операционной. Авторы справедливо отмечают необходимость адаптации имеющихся за рубежом тестовых заданий для нужд отечественной лапароскопической хирургии.

Основной задачей российской хирургии на современном этапе ее развития является подготовка достаточно большого количества хирургов, которые смогут гарантированно качественно выполнять наиболее востребованные плановые и экстренные лапароскопические операции, а именно лапароскопическую холецистэктомию и лапароскопическую аппендэктомию с учетом возможных нештатных ситуаций и осложнений. Необходимо добиться, чтобы в России в ближайшее время подавляющее большинство вмешательств по поводу хирургической патологии желчного пузыря и червеобразного отростка выполнялись лапароскопическим способом.

В связи с этим из описанной в статье системы оценочных упражнений MISTELS, предназначенной для тренинга и оценки лапароскопических навыков и включающей 7 «станций»: перемещение колечек, иссечение круга, наложение клипс, лигатурная петля, размещение сетки, экстракорпоральный и интракорпоральный эндоскопические швы, целесообразно исключить «лишнее», а именно – последние 3 упражнения. При выполнении традиционной лапароскопической холецистэктомии и стандартной лигатурной лапароскопической аппендэктомии такие навыки, как размещение сетки, наложение экстракорпорального и интракорпорального эндоскопических швов, не являются необходимыми и актуальными. В дальнейшем по мере профессионального роста лапароскопического хирурга и естественного желания освоить другие вмешательства, например герниопластику при паховых грыжах или фундопликацию при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, возникнет необходимость овладения и этими 3 «исключенными» навыками. Но это уже проблема непрерывного профессионального образования, а не вопрос допуска для выполнения лапароскопических вмешательств, о котором идет речь.

Необходимо отметить, что «оставшиеся» тестовые задания – перемещение колечек, иссечение круга, клипирование и наложение лигатурной петли – позволяют максимально полно оценить уровень практических навыков лапароскопического хирурга. Однако, исходя из поставленных задач, эти упражнения должны быть максимально ясно и детально описаны, однозначно трактованы, иметь возможность многократного и однообразного воспроизведения практически в любом лечебном или учебном заведении, иметь четкие и понятные оценочные критерии. В качестве последних необходимо использовать только объективные величины – например, время правильного выполнения задания, количество перемещенных предметов, пройденное инструментом расстояние и другие, но в любом случае только те, которые можно измерить или посчитать.

Для определения значений объективных критериев качества выполнения тестовых заданий возможно привлечение для выполнения упражнений опытных лапароскопических хирургов, которые оперируют достаточно давно, много и с хорошими результатами. Например, выполняют хирургические вмешательства более 10 лет в объеме более 50-70 лапароскопических холецистэктомий в год без травм внепеченочных желчных путей. И по средним результатам выполнения этими хирургами представленных заданий определить проходные параметры для претендентов.

Мотивированный для выполнения лапароскопических операций хирург должен иметь возможность адекватной по времени и условиям проведения подготовки для сдачи тестовых заданий на допуск к самостоятельному проведению стандартных лапароскопических вмешательств.

Кроме того, необходимо отметить, что поскольку речь идет о допуске к самостоятельному выполнению основных лапароскопических операций – лапароскопической холецистэктомии и лапароскопической аппендэктомии – целесообразно введение для претендентов 3 дополнительных тестовых заданий по 7-10 вопросов каждое: по теории лапароскопических операций, оборудованию и инструментарию; по топографической анатомии внепеченочных желчных путей, этапам выполнения лапароскопической холецистэктомии, алгоритму действий при возможных нештатных ситуациях и осложнениях; по топографической анатомии илеоцекальной зоны, этапам выполнения лапароскопической аппендэктомии, алгоритму действий при возможных нештатных ситуациях и осложнениях.

В итоге получаем 7 тестовых заданий – 4 практических и 3 теоретических. При этом необходимо определить объективные критерии проходных баллов в качестве допуска для самостоятельного выполнения основных лапароскопических операций. Вполне возможно, что при проведении оценки подготовленности хирургов целесообразно использовать какие-либо другие задания и тесты. Для этого необходимо проанализировать уже имеющиеся программы и адаптировать их к нашим условиям.

Необходимо создать реальную простую и жизнеспособную систему, которую можно было бы быстро внедрить в России и получить от этого определенные положительные результаты. Предстоящая работа не только крайне важна и интересна для тех, кто будет ей заниматься, но она также чрезвычайно актуальна и своевременна для отечественной хирургии. Предложенная в конечном итоге система определения качества подготовки лапароскопических хирургов и допуска их для самостоятельного выполнения основных лапароскопических вмешательств позволит навести определенный порядок в наших рядах, мотивировать хирургов для обучения и дополнительного тренинга, повысить качество выполнения лапароскопических операций начинающими хирургами и защитить пациентов от непреднамеренных ошибок и возможных осложнений.

Для **простой и объективной** оценки степени освоения базовых лапароскопических навыков целесообразно иметь систему заданий, позволяющих определить подготовленность претендента для выполнения наиболее востребованных лапароскопических операций в скрининговом режиме. При этом, исходя из поставленных задач, эти упражнения должны быть максимально ясно и детально описаны, однозначно трактованы, иметь возможность многократного и однообразного воспроизведения практически в любом лечебном или учебном заведении, иметь четкие и понятные оценочные критерии. В качестве последних необходимо использовать только объективные величины – например, время правильного выполнения задания, количество перемещенных предметов, пройденное инструментом расстояние и другие, но в любом случае только те, которые можно измерить или посчитать.

Исходя из этого, единственным реальным вариантом тестирования в настоящее время в нашей стране будет выполнение базовых заданий на коробочном тренажере. Конструкция такого тренажера должна быть разработана и детально описана для того, чтобы он мог быть сделан по единому образцу с минимальными затратами всеми желающими в необходимом количестве в различных лечебных и учебных заведениях. Целесообразно наладить выпуск таких тренажеров в достаточном объеме и по приемлемой цене.

Возможно, тестирование на виртуальных симуляторах может дать более развернутую и глубокую информацию об уровне практической подготовленности претендентов, но стоимость таких тренажеров серьезно затрудняет их широкое распространение, а конструктивные различия и постоянная модернизация устройств различных производителей делают практически невозможной стандартизацию методов оценки освоения базовых лапароскопических навыков.

Выполнение тестовых упражнений на биологических тканях и лабораторных животных имеет много сложностей организационного плана, экономически нецелесообразно и существенно ограничивает стандартное воспроизведение заданий. Кроме того, работу с нативными тканями и животными целесообразно рассматривать в виде продвинутых, а не базовых

навыков лапароскопической хирургии. В то же время ассистенция в операционной при грамотной организации и методической обеспеченности позволяет достаточно полно оценить уровень подготовленности хирурга к самостоятельной работе. Выполнение самостоятельных эндохирургических вмешательств в качестве способа объективной оценки мастерства базовых лапароскопических навыков молодых хирургов имеет серьезные препятствия юридического, организационного и морально-этического характера, которые в настоящее время быстро преодолеть не удастся.

Следует подчеркнуть, что мотивированный для выполнения лапароскопических операций хирург должен иметь возможность адекватной по времени и условиям проведения подготовки для сдачи тестовых заданий на допуск к самостоятельному проведению стандартных лапароскопических вмешательств.

Необходимо создать реальную простую и жизнеспособную систему, которую можно было бы быстро внедрить в России и получить от этого определенные положительные результаты.

Комментарий проф. С.А. Совцова, Челябинск

Кого и как учить эндоскопической хирургии?

Совцов Сергей Александрович, д.м.н., профессор кафедры хирургии ФДО ГБОУ ВПО Южно-Уральского государственного медицинского университета МЗ РФ, Челябинск.

1. Для чего учить?

Обучение должно быть конкретным и предметным. Для этого необходимо иметь перечень базовых эндохирургических операций в конкретном ЛПУ. Это зависит прежде всего от вида хирургического стационара (оказывающего первичную специализированную хирургическую помощь – уровня ЦРБ или ЦГБ или стационара, оказывающего специализированную, в т.ч. высокотехнологичную хирургическую помощь или межтерриториальные (межрайонные) хирургические отделения). С этим тесно связана материально-техническая база хирургического стационара, наличие в нем эндовидеохирургического оборудования, кадрового потенциала, уровня его хирургической компетентности. Кроме этого, следует учитывать виды планируемых или уже применяемых эндохирургических вмешательств:

а) плановые – хронический калькулезный холецистит, хронический аппендицит, грыжи передней брюшной стенки, грыжи ПОД, бариатрическая хирургия, колопроктология и т. п.

б) экстренная хирургия – диагностическая лапароскопия, острый аппендицит, холецистит, панкреатит (дренирующие и санирующие операции) прободная язва и т.п. Желательно иметь реестр имеющегося эндохирургического оборудования и степень его загруженности.