УДК 378

ЭЛЕМЕНТЫ ТЕХНОЛОГИИ «СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ», РЕАЛИЗУЕМЫЕ НА ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ»

Щелокова Ю.В., Ворфоломеева Т.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, e-mail: vi.chumakov@rambler.ru

Проблема обучения самостоятельному клиническому мышлению студентов медицинских вузов имеет очень большое значение. В настоящее время в системе обучения существует множество разных методик, способствующих углублению и увеличению объема знаний, мотивирующих к получений новых знаний и умений. В связи с частой нехваткой опыта взаимодействия студентов с реальными пациентами методика «Стандартизированный пациент» очень активно применяется в обучении среди многих медицинских вузов зарубежных стран, а также РФ. Используя данную методику, студенты учатся собирать анамнез, приобретают навыки объективного осмотра, постановки диагноза, назначения соответствующего дополнительного обследования и лечения. Формируется клиническое мышление. Преподаватели же, в свою очередь, получают возможность оценить, как студенты усваивают новые знания и как могут применять их на практике. Поэтому есть необходимость применения элементов данной методики в обучении студентов дисциплине «Общая хирургия».

Ключевые слова: стандартизированный пациент, общая хирургия, симуляционное обучение

CELL TECHNOLOGY “STANDARDIZED PATIENTS”, IMPLEMENTED IN THE DISCIPLINE “GENERAL SURGERY”

Shchelokova Y.V., Vorfolomeeva T.V.

FGBOU IN “Volgograd State Medical University,” Health Ministry of Russia, Volgograd, e-mail: pl. Fallen Fighters

The problem of learning independent thinking clinical medical students is very important. At present, the education system, there are many different techniques that contribute to deepening and increase of knowledge, motivating to acquire new knowledge and skills. Due to the frequent lack of experience of interaction of students with real patients methods of “standardized patient” is very actively used in training among many medical schools of foreign countries, as well as the Russian Federation. Using this method, students learn to collect medical history, physical examination acquire skills, diagnosis, appropriate additional purpose of examination and treatment. Formed clinical thinking. Teachers, in turn, are able to evaluate how students learn new knowledge, and they can apply them in practice. Therefore there is the need to use elements of this technique in the training of students of the discipline “General surgery”.

Keywords: standardized patients, general surgery, simulation training

Проблема обучения самостоятельному клиническому мышлению студентов медицинских вузов имеет очень большое значение. В настоящее время в системе обучения существует множество разных методик, способствующих углублению и увеличению объема знаний, мотивирующих к получений новых знаний и умений. Использование в учебном процессе ситуационных задач, иллюстрирующих наиболее типичные заболевания широко используются в учебном процессе в современных медицинских вузах. Однако, это не позволяет в полной мере обеспечить формирование клинического мышления и обучить умению общения с пациентами. Этим задачам отвечает методика «стандартизированный пациент», которая дает возможность работать студенту самостоятельно. В процессе обучения по методике «стандартизированный пациент» обязательным является просмотр и обсуждение тактического поведения студента в различных клинических ситуациях, его способность в проведении дифференциальной диагностики, постановке предварительного диагноза, что, в свою очередь, увеличивает объем знаний и одновременно формирует навыки работы в медицинском коллективе. Весь процесс обучения по этой методике и аттестации студентов должен быть документирован, что позволяет объективно оценить знания и умения студентов. [1,2,3,4]

Методика «стандартизированный пациент» применяется в зарубежных странах более 40 лет. Людей, обученных изображать пациентов, называли по-разному. В начале 1960-х, их называли программированными пациентами, позже в 1970-х, - симулированными пациентами. При использовании для оценки умений студентов медицинских вузов их стали называть стандартизированными пациентами.

Многие авторы в последнее время уделяют методике «стандартизированный пациент» очень много внимания, подчеркивая ее эффективность в обучении и оценке практических умений. Во всем мире ак-

тивно используется этот метод обучения, совершенствует и вводит в состав сертификационных экзаменов медицинских специалистов [5,6,7].

Данная методика разработана Высшей медицинской школой Броуди штата Восточная Каролина (США). Начатые 17 лет назад исследования в области оптимизации учебного процесса воплотились в методику «стандартизированного пациента», которая в настоящее время является общенациональной государственной учебной программой [2]. Все студенты, врачи любой специальности, намеревающиеся иметь врачебную практику в

США, сдают экзамен у постели пациента, роль которого играет профессионально подготовленный актер[3]. Данная методика активно применяется в настоящее время и на базе некоторых вузов Российской Федерации. Так на базе Центра практических умений Казанского ГМУ с 2004 г. успешно реализуется программа «Стандартизированный пациент».[8,9,10,11]

Также активно применяется методика «стандартизированный пациент» на базе Уральского государственного медицинского университета. Профессорско-преподавательским составом были разработаны клинические задачи, решение которых позволяло выявить готовность студентов шестого курса лечебно-профилактического факультета к грамотному оказанию пациентам неотложной помощи на различных этапах: врач СМП, врач общей практики и врач приемного покоя многопрофильной больницы. Условия задачи включали наиболее часто встречающиеся неотложные состояния (желудочно-кишечное кровотечение, термический ожог, перелом малоберцовой кости). Были разработаны оценочные листы, в которых были предусмотрены этапы экспертизы: сбор анамнеза, объективное обследование пациента и постановка диагноза, составление плана лабораторного и инструментального обследования и плана лечения при данном неотложном состоянии. Отдельно оценивались коммуникативные навыки студента. Методика проводилась под видеонаблюдением. Эксперт находился в отдельном помещении и, наблюдая каждый шаг происходящего на мониторе, отмечал в оценочном листе правильность выполнения действий студента по шкале «выполнено», «выполнено с ошибками», «не выполнено». Это был первый опыт проведения аттестации студентов по методике «стандартизованный пациент», который позволил выявить преимущества этой методики в виде максимально приближенной к жизни ситуации и недостатки в виде значительных временных и финансовых затрат. Однако, в современных условиях данная методика является достаточно перспективной для проведения подготовки к работе в реальных условиях и объективизации оценки приобретенных компетенций [12,13,14].

Современное понятие стандартизированный пациент – это специально подготовленный человек, который принимает участие в обучении и оценки компетенций обучающегося. Стандартизированный пациент инсценирует, симулирует клинический случай, согласно заданному клиническому сценарию. [15,16,17]

Использование данной методики диктует свои правила. Так, во время обучения по этой программе студент должен работать самостоятельно, полагаясь только на свои знания. Стандартизированный пациент должен предоставлять четко сформулированную, доступную информацию, позволяющую студенту разобраться с характером демонстрируемой патологии. В распоряжение студента может быть предоставлена дополнительная информация по демонстрируемому клиническому случаю, включающая данные лабораторных и инструментальных исследований, позволяющая подтвердить свои умозаключения. Весь процесс должен быть объективно документирован, чтобы в последующем иметь возможность объективной оценки и разбора ошибок [18,19]. Существует две спорные версии того, для чего же нужна данная методика: для того чтобы студент проникся важностью проблемы и на наглядном материале лучше понял клиническую картину того или иного заболевания или для иллюстрации какой либо критической ситуации (ДТП, кровотечение и т.д.), чтобы студент своими руками мог что-нибудь сделать на живом человеческом теле. По мнению многих экспертов, методика «стандартизированный пациент» нужна для того, чтобы научиться и довести до автоматизма работу врача с пациентом. Это включает и сбор анамнеза, и умение провести физикальное обследование, и решить коммуникационные проблемы. Но чтобы была тема беседы и определена конечная цель (постановка предварительного диагноза и определение дальнейшей тактики) необходима разработка неких клинических сценариев. [20,21,22]

Поэтому первый шаг надо сделать в виде подготовки 20 - 30 сценариев. В Казанском ГМУ развитие шло именно по этой схеме.

В создание реалистичного образа больного человека вносит использование аудиограмм легочных и сердечных шумов, карточек с функциональными показателями. При

подготовке к занятиям методист использует грим, а иногда и исходные изменения объективного статуса, присущие самому актеру (например, у возрастных актеров часто имеют место дефигурация суставов, гипертрофия левых отделов сердца т.д.). Работа студента, исполняющего роль куратора больного, проходит индивидуально в отдельных боксах и в режиме строго регламентированного времени (20 мин. опрос и 25 мин физикальное обследование). Специально отведенное помещение подготовлено по подобию больничной палаты: имеются кровать, шкаф, стул, тумбочка и раковина. Соблюдение всех вышеперечисленных факторов позволяет выполнить важное условие по максимальному приближению разыгрываемой ситуации к реальной действительности. Помещения, в которых проходит учебный процесс, снабжены системой видеонаблюдения, необходимой для работы преподавателя и студента-эксперта, наблюдающего за работой своего товарища по монитору. Таким образом, в процессе разыгрывания одной ситуационной задачи задействованы 4 лица, 2 из которых являются студентами, 1 — актером и 1 — преподавателем. Материально-техническое обеспечение позволяет разыгрывать различные клинические случаи одновременно для всей группы студентов. После общения с пациентом-актером студенты - кураторы и студенты-эксперты разъединяются и продолжают работать в отдельных учебных комнатах. На самостоятельную работу отводится 45 мин, в течение которых студент анализирует лабораторно-инструментальные данные по своему клиническому случаю, демонстрирует в кратчайшие сроки навыки пользования современной научной литературой (справочниками по лабораторной диагностике, фармакологическими пособиями т.д.). Для просмотра рентгенологических снимков предусмотрено использование негатоскопа. По истечении отведенного времени с заполненным листом куратора, являющегося мини-версией истории болезни, студент предстает для защиты клинического случая перед преподавателем. Подвергается контролю и труд студента-эксперта, который наблюдал за работой куратора из операторской. Его оценка осуществляется на основании листа эксперта и его замечаний по поводу работы своего товарища из группы. Во время учебного цикла студенты меняются ролями — куратор становится экспертом.[23,24]

Принцип оценки работы учащихся носит комплексный характер, базирующийся на целом ряде критериев. Студента-куратора оценивает сразу 3 человека — актер, студент-эксперт и, конечно, преподаватель. Оцениваются полнота и последовательность сбора анамнеза, правильность проведения объективного обследования больного, деонтологические навыки общения с пациентом. Деятельность актера также строго регламентирована в отношении контроля студента-куратора. В своей оценке он исходит из четкой фиксации пунктов сбора анамнеза и физикального обследования, заблаговременно представленных в листе контроля актера. Таким образом, первая часть работы актера строится на его презентации конкретной болезни, а вторая — на постоянном наблюдении за работой студента с последующей его оценкой. Тщательный разбор всех основных пунктов истории болезни, выявление ошибок и неточностей помогает студенту создать целостный образ о конкретном человеке, с которым ему пришлось только что пообщаться. [25,26]

Опыт Казанского государственного медицинского университета показал, что полной взаимосвязи между выявленным базовым уровнем знаний на первом занятии и успешностью прохождения остальных дней цикла (2-го, 3-го) не наблюдалось. То есть был ряд студентов (23,5%), которые после повтора сбора анамнеза и проведения физикального обследования на последующих этапах демонстрировали положительные результаты. И наоборот, студенты, показавшие хорошие результаты в первый день, в последующие сроки оказывались слабо подготовленными (4,7%). Здесь мы видим несколько причин: есть студенты, требующие поддержки (помощь группы, наводящие вопросы преподавателя), а есть обучающиеся, нуждающиеся в изолированности и самостоятельности, позволяющие им сосредоточиться. Кроме того, на общем занятии не исключен элемент везения — одному студенту досталась аускультация сердечных тонов, а другому — перкуссия селезенки. Есть студенты, легко адаптирующиеся к новым условиям, а есть — с замедленным уровнем реагирования. [27,28]

По данным анкетирования, наибольшее затруднение студенты испытывали во время проведения объективного обследования (37%), дифференциальной диагностики болезни (28,6%) и во время составления программы лечения (45,7%). Сами студенты видели причины такого обстоятельства в недостатке собственных теоретических знаний (в 54%). После прохождения цикла методики «Стандартизированный пациент» 71% студентов отметили, что им стало легче общаться с пациентами и улучшились практические навыки самостоятельной работы. Как указывалось выше, подобный

цикл реализуется как на 4-м, так и на 5-м курсах. Структура цикла, подходы к оценке знаний являются схожими, однако есть и принципиальные различия. На 4-м курсе в Казанском государственном медицинском университете каждый случай болезни представляется в изолированном виде согласно тематическому плану кафедры факультетской терапии. В процессе цикла и общения с пациентами студенты оттачивают навыки опроса и обследования, знакомятся с различными лабораторно-инструментальными данными, учатся заполнять истории болезни. На 5-м курсе представляется больший перечень ситуационных задач, делается акцент на дифференциальную диагностику, дополняя главную сюжетную линию историей сопутствующего заболевания хронического характера, часто требующего приема различных лекарственных средств на постоянной основе. [29,30]

Итак, ценность методики «Стандартизированный пациент» очевидна: во-первых, студент имеет возможность отработать практические навыки на реальном пациенте, а в случае ошибок исправить имеющиеся недостатки. Во-вторых, студент учится работать самостоятельно, один на один с больным, полагаясь только на свои силы и знания. В-третьих, студент привыкает работать в условиях строго ограниченного времени (20 мин опрос, 25 мин осмотр), дефицит которого является одной из реалий трудовых будней врача любой специальности. Ниже приведены контрольные листы, по которым проводилась оценка знаний и навыков студентов в Казанском государственном медицинском университете.[31]

№	Этап экспертизы	Критерии оценки	Замечания
1.	Анамнез	Последовательность сбора анамнеза и полнота: А-все сделал правильно; В-выполнено большей частью; С-есть существенные недочеты Ключевые вопросы анамнеза: А-все заданы; В-заданы большей частью С-не позволяют сделать вывод о характере патологии	
2.	Объективное обследование	Последовательность выполнения объективного обследования: А-проведено правильно; В- выполнено большей частью; С-имеются серьезные отклонения	
3.	Деонтологические аспекты взаимоотношений врач -пациент	На Ваш взгляд: А-построены должным образом; В-имеются непринципиальные погрешности; С-имеются существенные	

Контрольный лист 1. Оценка навыков сбора анамнеза у пациента

№	Ключевые вопросы сбора анамнеза	Выполнено	
		Да	Нет
1.	Возникновение боли связано с нарушением в диете		
2.	Приступы болей провоцирует прием жирной, жареной пищи		
3.	Работа в основном имеет малоподвижный, сидячий характер		
4.	Боль снималась приемом препаратов но-шпа, аллохол		
5.	За обедом съела кусок жирного пирога		
6.	Боль носит опоясывающий характер		
7.	Боль отдает в правое подреберье, в правое плечо и лопатку		
8.	Имеется тошнота, была рвота		
9.	Рвота имеет примесь желчи		
10.	Рвота облегчения не приносит		
11.	Алкоголь не употребляет. Не курит.		
12.	Выяснил аллергологический анамнез		
13.	Выяснил семейный анамнез		

Контрольный лист 2. Навыки объективного обследования пациента

№	Этапы объективного обследования пациента	Выполнено	
		Да	Нет
1.	Осмотрел кожу, слизистую ротовой полости, язык, склеры		
2.	Определил наличие отеков (стопы и передняя поверхность голени, одутловатость лица, «мешки» под глазами)		
3.	Провел пальпацию щитовидной железы		
4.	Провел пальпацию регионарных лимфатических узлов		
5.	Оценил состояние опрно-двигательного аппарата		
6.	Провел осмотр грудной клетки, определил частоту дыхания		
7.	Определил голосовое дрожание		
8.	Провел топографическую перкуссию легких		
9.	Провел сравнительную перкуссию легких		
10.	Провел аускультацию легких		
11.	Определил частоту пульса		
12.	Определил пальпаторно верхушечный толчок сердца		
13.	Провел перкуссию его относительных и абсолютных границ		
14.	Провел аускультацию сердца по 5 точкам:		
15.	1-область верхушечного толчка;		
16.	2- 2-е межреберье у правого края грудины;		
17.	3- 2-е межреберье у левого края грудины;		
18.	4-основание мечевидного отростка		
19.	5-место прикрепления 4 ребра к левому краю грудины		
20.	Провел аускультацию сосудов (сонная и бедренные артерии)		
21.	Измерил артериальное давление		
22.	Провел осмотр полости рта (зубы, десны, язык)		
23.	Провел осмотр живота в целом		
24.	Провел поверхностную пальпацию живота		
25.	Определил симптом перкуторной болезненности		
26.	Определил напряжение мышц передней брюшной стенки		
27.	Определил симптом Щеткина-Блюмберга		
	Определил симптом Мерфи		
28.	Определил симптом Кера		
	Определил симптом Ортнера		
29.	Провел пальпацию нижнего края печени		
30.	Определил перкуторные границы печени		
31.	Провел глубокую пальпацию брюшной полости		
	Провел пальпацию селезенки		
32.	Провел перкуссию селезенки		
	Провел осмотр поясничной и надлонной областей в целом		
33.	Определил пальпаторно границу мочевого пузыря		
	Провел бимануальную пальпацию почек		
34.	Проверил симптом Пастернацкого с обеих сторон		

Контрольный лист 3. Деонтологические навыки

№	Поведение студента при проведении осмотра	Выполнено	
		Да	Нет
1.	Поздоровался, когда вошел в палату		
2.	Представился сам и поинтересовался именем пациента		
3.	Объяснил цель своего прихода		
4.	Помыл руки перед началом		
5.	Внимательно и терпеливо выслушивал все жалобы пациента		
6.	Помогал пациенту, задавая наводящие вопросы		
7.	Доступно объяснил пациенту проблемы с его здоровьем		
8.	Корректно вел себя при сборе объективных данных		
9.	Не пытался уклониться от вопросов, задаваемых пациентом		
10.	Обсудил с пациентом свои первые диагностические впечатления по данному заболеванию		

В целом использование методики «Стандартизированный пациент» позволяет преподавателям контролировать клиническое содержание обучения и обеспечивает доступность пациентов по графику. Кроме того, применение данной методики:

1. удобно, доступно в любое время, в любом месте;
2. надежно – пациенты являются стандартизированными;
3. достоверно – сопоставимо с реальными пациентами;

4. контролируемо – преподаватели приводят в соответствие с целями обучения;

5. реалистичное – преподаватели интегрируют психосоциальные проблемы в клинический случай;

6. корректирующее – студент немедленно получает обратную реакцию;

7. практическое – студенты отрабатывают на практике методы обследования;

8. повторяемое – студенты могут многократно повторять клинические ситуации, в которых они не готовы работать самостоятельно;

9. безопасное – не причиняет неудобства, дискомфорта и не несет потенциального вреда для реальных пациентов;

10. эффективное – обеспечивает непрерывное накопление опыта в сжатые временные рамки [31,32].

Объектом исследования, описанного в статье стало изучение эффективности применения элементов методики «стандартизированный пациент», реализуемых на дисциплине «общая хирургия».

Было выделено 2 группы студентов:

1-я группа студентов – занятия по дисциплине «общая хирургия» проводились с элементами методики «стандартизированный пациент».

2-я группа студентов (контрольная) – занятия проводились по классической методике.

В каждую группу вошло по 30 студентов.

Обучение у 1-й группы студентов проходило по следующей схеме:

1. Студенты объединяются в 3 группы;

2. Роли: врач-хирург; пациент с различными нозологическими формами по теме занятия (за основу взята тема «типы нарушения регионарного кровообращения»); группа экспертов

3. Содержание занятия:

Студентам 1 группы (пациенты) раздаются карточки с указанной нозологией определенного типа нарушения регионарного кровообращения. Пациенты (студент 1) обращается на прием к врачу-хирургу (студенты 2 группы). Врач (студент 2) полностью собирает анамнез, выясняет жалобы, проводит физикальное обследование, назначает дополнительные методы обследования и определяет тактику лечения. Студент 1 должен полностью обрисовать картину заболевания так, как он считает правильным и ответить на вопросы врача, перечислить симптомы заболевания. Студент-эксперт оценивает действия своих коллег и вносят соответствующие замечания. Далее группы студентов меняются ролями. []

Ниже приведены контрольные листы, по которым проводилась оценка знаний и навыков студентов экспертами и преподавателем.

№	Этап экспертизы	Критерии оценки	Замечания
1.	Анамнез	Последовательность сбора анамнеза и полнота: А-все сделал правильно; В-выполнено большей частью; С-есть существенные недочеты Ключевые вопросы анамнеза: А-все заданы; В-заданы большей частью С-не позволяют сделать вывод о характере патологии	
2.	Объективное обследование	Последовательность выполнения объективного обследования: А-проведено правильно; В- выполнено большей частью; С-имеются серьезные отклонения	
3.	Деонтологические аспекты взаимоотношений врач -пациент	На Ваш взгляд: А-построены должным образом; В-имеются непринципиальные погрешности; С-имеются существенные	

Контрольный лист 1. Оценка навыков сбора анамнеза у пациента

№	Ключевые вопросы сбора анамнеза	Выполнено	
		Да	Нет
1.	Какие жалобы предъявляет пациент		
2.	Каков характер болевого синдрома		
3.	Отеки имеют постоянный или преходящий характер		
4.	Имеются ли трофические нарушения		
5.	Работа сопряжена с длительным нахождением «на ногах»		
6.	Возраст пациента		

№	Ключевые вопросы сбора анамнеза	Выполнено	
		Да	Нет
7.	Есть ли в анамнезе инфаркты, инсульты		
5.	Пациент курит		
6.	Есть ли сахарный диабет		
7.	Возникновение боли связано с переохлаждением		
8.	Болевой синдром мешает ночному сну		
9.	Принимает гормональные препараты		
10.	Отек спровоцирован травмой, операцией		
11.	Выяснил аллергологический анамнез		
12.	Выяснил семейный анамнез		

Контрольный лист 2. Навыки объективного обследования пациента

№	Этапы объективного обследования пациента	Выполнено	
		Да	Нет
1.	Осмотрел кожу, слизистую ротовой полости, язык, склеры		
2.	Определил наличие отеков нижних и верхних конечностей		
3.	Определил наличие варикозной трансформации подкожных вен		
4.	Определил наличие пульса на магистральных артериях (аорта, бедренные, подколенные задне- и переднебольшеберцовые артерии, сонные, подключичные, подмышечные, плечевые, лучевые артерии)		
5.	Провел аускультацию сосудов (сонные, подключичные, бедренные, аорта)		
6.	Провел измерение артериального давления на обеих руках		
7.	Определение симптомов Мозеса, Хоманса		
8.	Определение объёма движений в суставах		
9.	Пальпация кожных покровов нижних конечностей, определение чувствительности		
10.	Определил пальпаторно верхушечный толчок сердца		
11.	Провел перкуссию его относительных и абсолютных границ		
12.	Провел аускультацию сердца по 5 точкам:		
13.	1-область верхушечного толчка;		
14.	2- 2-е межреберье у правого края грудины;		
15.	3- 2-е межреберье у левого края грудины;		
16.	4-основание мечевидного отростка		
17.	5-место прикрепления 4 ребра к левому краю грудины		
18.	Провел осмотр живота в целом		
	Провел поверхностную пальпацию живота		
	Определил симптом перкуторной болезненности		
	Определил напряжение мышц передней брюшной стенки		
	Определил симптом Щеткина-Блюмберга		
	Провел глубокую пальпацию брюшной полости		

Работа студента, исполняющего роль куратора больного, проходит индивидуально в режиме строго регламентированного времени (20 мин опрос и 25 мин физикальное обследование).

По истечении отведенного времени с заполненным листом куратора, являющегося мини-версией истории болезни, студент предстает для защиты клинического случая перед преподавателем. Подвергается контролю и труд студента-эксперта, который наблюдал за работой куратора из операторской. Его оценка осуществляется на основании листа эксперта и его замечаний по поводу работы своего товарища из группы. Во время учебного цикла студенты меняются ролями — куратор становится экспертом.

Принцип оценки работы учащихся носит комплексный характер, базирующийся на целом ряде критериев. Студента-куратора оценивает сразу 2 человека —студент-эксперт и, конечно, преподаватель. Оцениваются полнота и последовательность сбора анамнеза, правильность проведения объективного обследования больного, деонтологические навыки общения с пациентом. Деятельность студента 1 группы также строго регламентирована и также оценивается экспертом и преподавателем.

Тщательный разбор всех основных пунктов истории болезни, выявление ошибок и неточностей помогает студенту создать целостный образ о конкретном человеке, с которым ему пришлось только что пообщаться.

Для контроля знаний во всех группах проведено тестирование в начале и конце занятия.

Ниже приведены примеры тестовых заданий:

1. У больной с хронической венозной недостаточностью левой нижней конечности, вызванной варикозной болезнью, имеется трофическая язва левой голени размерами 3х5 см, не поддающаяся консервативному лечению. Какую операцию целесообразно выполнить больной?

А. Иссечь язву и лечить косервативно

Б. Закрыть язву свободным кожным трансплантатом

В. Выполнить поясничную симпатэктомию

Г. Закрыть язву путем перемещения местных тканей

Д. Флебэктомия

2. Какое хирургическое вмешательство необходимо выполнить в экстренном порядке при эмболии подколенной артерии?

А. Пункцию бедренной вены и введение гепарина

Б. Пункцию бедренной артерии и введение фибринолизина

В. Выполнить эмболэктомию

Г. Перевязать подколенную артерию

Д. Ампутировать конечность на уровне нижней трети бедра

3. Назовите наиболее частую причину тромбоэмболии легочной артерии

А. Атеросклероз аорты

Б. Лимфостаз верхних и нижних конечностей

В. Обширная флегмона нижних конечностей

Г. Флеботромбоз таза и нижних конечностей

Д. Мерцательная аритмия сердца с формированием сгустков крови в левом предсердии

4. Какая наиболее частая причина тромбоэмболии магистральных артерий нижних конечностей?

А. Мерцательная аритмия

Б. Тромбоз воротной вены печени

В. Ранение сердца или аорты

Г. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей

Д. Выраженный атеросклероз аорты и подвздошных артерий

5. Перечислите основные мероприятия, которые необходимы для профилактики флеботромбоза нижних конечностей в послеоперационном периоде

А. Эластическое бинтование нижних конечностей

Б. Введение антикоагулянтов

В. Возвышенное положение нижних конечностей

Г. Ранняя активизация больных

Д. Верно А, Б, Г

6. Какое лечение необходимо назначить больному при тромбофлебите поверхностных вен голени в остром периоде?

А. Противоспалительное лечение и антикоагулянты

Б. Удаление тромба из вены

В. Возвышенное положение конечности

Г. Иссечение тромбированоой вены

Д. Флеботоники

7. При каких условиях у некоторых больных может не развиться гангрена конечности при полном нарушении проходимости поверхностной бедренной артерии?

А. При хорошо развитых коллатералях

Б. При плохих коллатералях

В. При хронической венозной недостаточности

Г. При лимфостазе конечности

Д. При аневризме аорты

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите основные типы нарушения регионарного кровообращения, назовите их клинические симптомы, проведите их дифференциальную диагностику.

2. Назовите алгоритм обследования пациента с различными типами нарушения регионарного кровообращения.

3. Какие дополнительные методы инструментального обследования могут использоваться у пациентов с нарушением регионарного кровообращения.

4. Перечислите основные группы препаратов, используемых для лечения острой и хронической ишемии нижних конечностей.

5. Перечислите основные методы оперативного лечения пациентов с острой и хронической ишемией нижних конечностей.

6. Назовите тактику лечения пациентов с хронической венозной недостаточностью.

7. Назовите тактику лечения пациентов с острым флеботромбозом.

Общее количество тестовых вопросов - 20

Критерий результативности методики «стандартизированный пациент» - уровень знаний, навыков и умений.

Ниже приведены результаты измерений уровня знаний в контрольной и экспериментальной группах до и после эксперимента:

Контрольная группа (число правильно решенных задач до начала эксперимента)	Экспериментальная группа (число правильно решенных задач до начала эксперимента)	Контрольная группа (число правильно решенных задач после эксперимента)	Экспериментальная группа (число правильно решенных задач после эксперимента)
18	13	16	15
13	10	13	19
14	16	12	18
10	11	13	15
18	17	16	19
15	17	13	19
8	10	13	17
9	11	12	15
13	10	15	16
16	13	15	18
11	15	13	17
15	10	13	17
8	8	12	11
9	11	12	16
13	14	15	16
18	13	16	15
13	12	13	19
14	16	12	18
10	10	13	15
18	17	16	19
15	17	13	19
8	10	13	15
9	11	12	16
13	12	15	16
16	13	15	15
11	15	13	17
15	11	13	15
8	8	12	11
9	11	12	16
13	14	15	15

Уровень знаний	Максимальное число правильно решенных задач
Низкий	10
Средний	15
Высокий	20

Результаты измерений уровня знаний в контрольной и экспериментальной группах до и после эксперимента:

Уровень знаний	Контрольная группа до начала эксперимента (чел.)	Экспериментальная группа до начала эксперимента (чел.)	Контрольная группа после окончания эксперимента (чел.)	Экспериментальная группа после окончания эксперимента (чел.)
Низкий	10	8	0	0
Средний	14	16	26	11
Высокий	6	6	4	19

Результаты измерений уровня знаний в контрольной и экспериментальной группах до и после эксперимента, %:

Уровень знаний	Контрольная группа до начала эксперимента (чел.)	Экспериментальная группа до начала эксперимента (чел.)	Контрольная группа после окончания эксперимента (чел.)	Экспериментальная группа после окончания эксперимента (чел.)
Низкий	33	26	0	0
Средний	46	53	86	36
Высокий	20	20	13	63

Критерий Крамера-Уэлча до проведения эксперимента:

Тэмп. = 0,5<1,96 – совпадение характеристик контрольной и экспериментальной групп до эксперимента;

Критерий Крамера-Уэлча после окончания эксперимента:

Тэмп. -= 2,35>1,96 - достоверность различий характеристик контрольной и экспериментальной групп после окончания эксперимента составляет 95%.

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод: внедрение элементов методики «Стандартизированный пациент» в обучение студентов дисциплине «Общая хирургия» увеличивает эффективность получения студентами новых знаний.

Ценность методики «Стандартизированный пациент» очевидна: во-первых, студент имеет возможность отработать практические навыки на реальном пациенте, а в случае ошибок исправить имеющиеся недостатки. Во-вторых, студент учится работать самостоятельно, один на один с больным, полагаясь только на свои силы и знания. В-третьих, студент привыкает работать в условиях строго ограниченного времени, дефицит которого является одной из реалий трудовых будней врача любой специальности.[33,34,35]

В настоящее время в системе обучения существует множество разных методик, способствующих углублению и увеличению объема знаний, мотивирующих к получений новых знаний и умений. Использование в учебном процессе ситуационных задач, иллюстрирующих наиболее типичные заболевания широко используются в учебном процессе в современных медицинских вузах. Однако, это не позволяет в полной мере обеспечить формирование клинического мышления и обучить умению общения с пациентами. Этим задачам отвечает именно методика «стандартизированный пациент», которая дает возможность работать студенту самостоятельно. В процессе обучения по методике «стандартизированный пациент» обязательным является просмотр и обсуждение тактического поведения студента в различных клинических ситуациях, его способность в проведении дифференциальной диагностики, постановке предварительного диагноза, что, в свою очередь, увеличивает объем знаний и одновременно формирует навыки работы в медицинском коллективе. Перспективным видится внедрение данной методики в Волгоградском государственном медицинском университете.

Список литературы

1. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Реализация инноваций в высшей медицинской школе (андрагогический аспект). Экономические и гуманитарные исследования регионов. 2015. № 2. С. 14-20.

2. Чумаков В.И. Развитие гуманистической направленности женского образования в России во второй половине XIX - начале XX в. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук//Волгоградский государственный педагогический университет. Волгоград, 2007 г.

3. Артюхина А.И., Великанов В.В., Великанова О.Ф., Чумаков В.И. Проектное обучение в формировании базовых и профессиональных компетенций студентов. В сборнике: Альманах-2014. Международная академия авторов научных открытий и изобретений, Волгоградское отделение; Российская академия естественных наук; Европейская академия естественных наук; Волгоградская академия МВД Российской Федерации. Волгоград, 2014. С. 294-299.

4. Столярчук Л.И., Ануфриева Е.В., Полежаев Д.В., Машихина Т.П., Радзивилова М.А., Дресвянина А.В., Роговская Н.И., Шустова Л.П., Елькова Л.С., Зиновьева Э.Х., Чумаков В.И., Фролова Т.М., Розка В.Ю., Целуйко В.М., Блудилина О.А., Ворожбитова А.Л. Гендерный подход и вопросы образования//Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград, 2010 г., С. 56-63.

5. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Педагогическая рефлексия как один из ведущих факторов качественного повышения квалификации врачей-педагогов медицинского университета//В книге: Медицинское образование 2013 Сборник тезисов конференции. 2013. С. 29-32.

6. Чумаков В.И. Организация педагогического взаимодействия преподавателя и иностранных студентов на занятиях по социологии (гендерный аспект)//Грани познания. 2010. № 2 (7). С. 48-49.

7. Чумаков В.И. Развитие гуманистической направленности женского образования в России во второй половине XIX - начале XX вв. Диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук / Волгоградский государственный педагогический университет. Волгоград, 2007 г.

8. Харькова Н.Н., Чумаков В.И. К вопросу о проблемах воспитания иностранных студентов медицинского вуза// Грани познания. 2014. № 3 (30). С. 81-84.

9. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Формирование готовности преподавателей медицинского вуза к педагогическим инновациям//В сборнике: Современные аспекты реализации ФГОС и ФГТ. Вузовская педагогика. Материалы конференции. Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; Главный редактор С.Ю. Никулина. 2013. С. 199-201.

10. Гумилевский Б.Ю., Жидовинов А.В., Денисенко Л.Н., Деревянченко С.П., Колесова Т.В. Взаимосвязь иммунного воспаления и клинических проявлений гальваноза полости рта. Фундаментальные исследования. - 2014. № 7-2. - С. 278 - 281.

11. Данилина Т. Ф., Жидовинов А. В. Гальваноз как фактор возникновения и развития предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта//Волгоградский научно-медицинский журнал. -2012. -№3. -С. 37-39.

12. Данилина Т.Ф., Наумова В.Н., Жидовинов А.В. Литье в ортопедической стоматологии. Монография. – Волгоград. - 2011. - С. 89-95.

13. Данилина Т.Ф., Жидовинов А.В., Порошин А.В., Хвостов С.Н. Профилактика гальваноза полости рта у пациентов с металлическими зубными протезами//Вестник новых медицинских технологий. - 2012. -Т. 19,№ 3. - С. 121-122.

14. Данилина Т.Ф., Жидовинов А.В., Порошин А.В., Хвостов С.Н., Майборода А.Ю. Диагностические возможности гальваноза полости рта у пациентов с металлическими ортопедическими конструкциями//Современные наукоемкие технологии. -2012. -№ 2. -С. 49-51.

15. Данилина Т.Ф., Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Порошин А.В., Хвостов С.Н., Вирабян В. А. Способ диагностики непереносимости ортопедических конструкций в полости рта Современные наукоемкие технологии. -2013. -№ 1. -С. 46-48.

16. Данилина Т.Ф., Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Порошин А.В., Хвостов С.Н., Вирабян В.А. Расширение функциональных возможностей потенциалометров при диагностике гальваноза полости рта//Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. -2013. -№ 1. -С. 260.

17. Данилина Т.Ф., Михальченко Д.В., Наумова В.Н., Жидовинов А.В. Литье в ортопедической стоматологии. Клинические аспекты. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2014. С. 184.

18. Данилина Т.Ф., Михальченко Д.В., Порошин А.В., Жидовинов А.В., Хвостов С.Н. Коронка для дифференциальной диагностики гальваноза//Патент на полезную модель РФ № 119601, заявл. 23.12.2011, опубл. 27.08.2012. -Бюл. 24. -2012.

19. Данилина Т.Ф., Наумова В.Н., Жидовинов А.В., Порошин А.В., Хвостов С.Н. Качество жизни пациентов с гальванозом полости рта//Здоровье и образование в XXIвеке. 2012. Т.14. № 2. С 134.

20. Данилина Т.Ф., Порошин А.В., Михальченко Д.В., Жидовинов А.В. Хвостов С.Н. Способ профилактики гальваноза в полости рта//Патент на изобретение РФ №2484767, заявл. 23.12.2011, опубл. 20.06.2013. -Бюл. 17. -2013.

21. Данилина Т.Ф., Сафронов В.Е., Жидовинов А.В., Гумилевский Б.Ю. Клинико-лабораторная оценка эффективности комплексного лечения пациентов с дефектами зубных рядов//Здоровье и образование в XXI веке. - 2008. - Т. 10, № 4. - С. 607-609.

22. Жидовинов А.В. Обоснование применения клинико-лабораторных методов диагностики и профилактики гальваноза полости рта у пациентов с металлическими зубными протезами/Жидовинов А.В.//Диссертация. - ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет». - Волгоград, 2013.

23. Жидовинов А.В. Обоснование применения клинико-лабораторных методов диагностики и профилактики гальваноза полости рта у пациентов с металлическими зубными протезами: автореф. дис.... мед. наук. - Волгоград,. - 2013. - 23 с.

24. Жидовинов А.В., Головченко С.Г., Денисенко Л.Н., Матвеев С.В., Арутюнов Г.Р. Проблема выбора метода очистки провизорных конструкций на этапах ортопедического лечения//Современные проблемы науки и образования. -2015. - № 3. - С. 232.

25. Жидовинов А.В., Павлов И.В. Изменение твердого неба при лечении зубочелюстных аномалий с использованием эджуайз-техники. В сборнике: Сборник научных работ молодых ученых стоматологического факультета ВолгГМУ Материалы 66-й итоговой научной конференции студентов и молодых ученых. Редакционная коллегия: С.В. Дмитриенко (отв. редактор), М.В. Кирпичников, А.Г. Петрухин (отв. секретарь). - 2008. - С. 8-10.

26. Мануйлова Э.В., Михальченко В.Ф., Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Филюк Е.А. Использование дополнительных методов исследования для оценки динамики лечения хронического верхушечного периодонтита//Современные проблемы науки и образования. - 2014. - № 6. - С. 1020.

27. Медведева Е.А., Федотова Ю.М., Жидовинов А.В. Мероприятия по профилактике заболеваний твёрдых тканей зубов у лиц, проживающих в районах радиоактивного загрязнения//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. -2015. -№ 12-1. -С. 79-82.

28. Михальченко Д.В., Слётов А.А., Жидовинов А.В. Мониторинг локальных адаптационных реакций при лечении пациентов с дефектами краниофациальной локализации съемными протезами//Современные проблемы науки и образования. -2015. -№ 4. -С. 407.

29. Михальченко Д.В., Гумилевский Б.Ю., Наумова В.Н., Вирабян В.А., Жидовинов А.В., Головченко С.Г. Динамика иммунологических показателей в процессе адаптации к несьёмным ортопедическим конструкциям//Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. С. 381.

30. Михальченко Д.В., Порошин А.В., Шемонаев В.И., Величко А.С., Жидовинов А.В. Эффективность применения боров фирмы «Рус-атлант» при препарировании зубов под металлокерамические коронки//Волгоградский научномедицинский журнал. Ежеквартальный научнопрактический журнал. 2013. № 1. С. 45-46.

31. Михальченко Д.В., Филюк Е.А., Жидовинов А.В., Федотова Ю.М. Социальные проблемы профилактики стоматологических заболеваний у студентов//Современные проблемы науки и образования. - 2014. - № 5. - С. 474.

32. Поройский С.В., Михальченко Д.В., Ярыгина Е.Н., Хвостов С.Н., Жидовинов А.В. К вопросу об остеоинтеграции дентальных имплантатов и способах ее стимуляции / Вестник Волгогр. гос. мед. ун-та. -2015. -№ 3 (55). -С. 6-9.

33. Шемонаев В.И., Михальченко Д.В., Порошин А.В., Жидовинов А.В., Величко А.С., Майборода А.Ю. Способ временного протезирования на период остеоинтеграции дентального имплантата//Современные наукоемкие технологии. - 2013. - № 1. - С. 55-58.

34. Mashkov A.V., Sirak S.V., Mikhalchenko D.V., Zhidovinov A.V. Variability index of activity of masticatory muscles in healthy individuals within the circadian rhythm. International Journal Of Applied And Fundamental Research. – 2016. – № 5.

35. Matveev S.V., Sirak S.V., Mikhalchenko D.V., Zhidovinov A.V. Rehabilitation diet patients using the dental and maxillofacial prostheses. International Journal Of Applied And Fundamental Research. – 2016. – № 5.