

РОЛЬ КАФЕДРЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ФОРМИРОВАНИИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Формирование и профессиональная подготовка современного врача-специалиста в любой области клинической медицины начинается в медицинском Вузе с изучения основ медицинских наук, овладения и совершенствования практических навыков и умений во время обучения, продолжается в период последиplomной стажировки по специальности и в последующем путем периодического повышения квалификации.

Поскольку будущая врачебная деятельность большинства студентов будет осуществляться в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения и в качестве участкового врача-терапевта, кафедра поликлинической терапии университета определила цель и задачи обучения студентов – систематизировать и закрепить знания по внутренним болезням, усвоить амбулаторные аспекты работы участкового врача-терапевта и научиться свободно использовать их на практике.

Для успешного достижения этой цели используются активные формы и методы обучения студентов, когда углубление и закрепление теоретических знаний идет параллельно с отработкой и совершенствованием практических навыков и умений. На цикле поликлинической терапии широко применяются такие традиционные и эффективные формы обучения, как клинические разборы больных, решение клинических ситуационных задач, решение тестовых ситуационных задач, деловые (ролевые) игры, участие в амбулаторном приеме больных с участковым врачом-терапевтом и врачами «узких» специальностей под контролем преподавателя, самостоятельное выполнение визитов к больным на дому, представление больных преподавателю, заведующему терапевтическим отделением, участие в работе врачебно-консультационной комиссии (ВКК), медицинской реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК), оформление медицинской документации и др. Все эти виды обучения способствуют приобретению навыков общения и обследования пациентов, развивают клиническое мышление, умение кратко и логично излагать полученные данные, формируют личность врача.

Обучение на кафедре начинается с 4 курса, как правило, после прохождения цикла на кафедре внутренних болезней, поскольку базовые знания и умения студентов, приобретенные к этому времени, служат основой индивидуализации поликлинического обучения. На 4-м и 5-м курсах традиционно разбираются нозологические формы заболеваний внутренних органов применительно к диагностике, лечению, реабилитации и профилактике в амбулаторно-поликлинических условиях. Для закрепления знаний, отработки и совершенствования практических навыков и умений в течение последних 8 лет (с открытия кафедры) после 4 курса проводится месячная летняя производственная практика по поликлинической терапии в поликлиниках г. Минска, иногда и за пределами г. Минска (по месту жительства родителей студентов). Естественно, на этих курсах теоретическое обучение явно преобладает над практическим, имеет место существенный разрыв между

теоретической и практической подготовкой, а также уровнем клинического мышления. Этот дисбаланс теории и практики устраняется на 6-м курсе в субординатуре. Для субординаторов-терапевтов нами избран синдромный подход к изучению патологии внутренних органов, поскольку студенты уже знают основные нозологические формы заболеваний, владеют, хотя и неуверенно, методами исследования и лечения больных. В течение цикла обучения изучаются кардиалгический, бронхообструктивный, гипертензивный, диспепсический, мочевого, суставной, лихорадочный, анемический и другие синдромы, неотложные состояния и т. п. Синдромный подход к диагностике болезней и определения дальнейшей тактики предусматривает действие врача по алгоритму: выбор наиболее информативного и достоверного (ведущего) синдрома или симптома из числа имеющихся у данного больного – определение группы заболеваний, при которых выделенный синдром является ведущим, основным – проведение дифференциальной диагностики – установление конкретного заболевания с проведением дополнительных лабораторно-инструментальных исследований для уточнения диагноза — индивидуализированное лечение и решение других вопросов, связанных с болезнью. Если установление нозологической формы заболевания не удастся, то проводится так называемая перекрестная диагностика, когда выбирается какой-либо другой синдром, имеющийся у данного больного, а полученные результаты сопоставляются с выявленными при дифференциальной диагностике по первоначально выбранному синдрому [4]. Именно в практической деятельности врачей всех специальностей диагностический процесс происходит в таком направлении. Синдромный подход к изучению патологии позволяет ориентировать мышление студентов не только на поиск оптимального диагностического алгоритма, но и на понимание причин и патогенеза симптомов и синдромов, умение назначить оптимальный объем дополнительных исследований для уточнения диагноза. А это не что иное, как вариант проблемного обучения, так как содержит все элементы учебной проблемы: 1) известное (данные задачи, симптомы); 2) неизвестное (требование задачи, объяснение генеза симптомов и синдромов); 3) исходные знания студента. Проблемность задачи определяется именно уровнем прежних знаний студента. Если он высок, то задача может не быть проблемной, поскольку студент знает способ ее решения. Если уровень знаний низкий, то студент просто не осознает проблему, задача для него трудна. Если же уровень знаний достаточен, но он не знает ответа на какие-то требования задачи, то последняя осознается как проблема и поиск ответа идет путем логики, а не догадок и установившихся схем [2]. Это заставляет студента мыслить, искать ответ на проблему. Вопросы синдромной диагностики заболеваний, встречающихся в практике участкового терапевта, отрабатываются теоретически в учебном классе на практических занятиях и семинарах, которым уделяется в среднем 1/3 учебного времени, остальная часть (более 2/3) посвящается самостоятельной работе субординаторов по приему больных в поликлинике и на дому, участию в заседаниях ВКК, участию в проведении профилактических прививок, оформлению медицинской документации, проведению бесед с больными по вопросам профилактики заболеваний, здоровому образу жизни, оформлению санитарных бюллетеней, плакатов, выполнению индивидуального задания по

оценке качества и эффективности диспансеризации и других видов учебно-исследовательской работы (студенческие научные конференции, участие во врачебных конференциях, самостоятельное изучение медицинской литературы, рекомендованной преподавателем и др.). Огромное значение при этом имеет предоставление студенту максимальной самостоятельности, так как только самостоятельное выполнение врачебных манипуляций (опрос больного, физикальное исследование, назначение параклинических методов исследования, их интерпретация и т. п.) позволяют приобрести необходимые практические навыки и умения. Естественно, это осуществляется под контролем преподавателя и врача-куратора, на которых ложится вся полнота юридической ответственности за больного. На амбулаторном приеме субординатор должен принять до 10 больных. Полная самостоятельность предоставляется студенту и при выполнении визитов к больным на дом, причем он всегда имеет возможность получить помощь преподавателя, заведующего терапевтическим отделением, участкового врача-куратора. Трудности, возникающие при осмотре больного на дому (сомнения в диагностике, выборе лечения или тактики и др.) субординатор может получить по телефону или по возвращению на кафедру для отчета о выполненных за день визитах и оформлении записей в медицинской карте амбулаторного больного. Только самостоятельность формирует ответственность и сознательность, понимание своей роли в судьбе пациента [1].

Анкетирование студентов показало, что каждый из них стремится именно к самостоятельной работе, хотя при этом испытывает неуверенность и даже некоторую боязнь. Каждый субординатор за время 6-недельного цикла должен выполнить самостоятельно не менее 60 визитов к больным на дом, ежедневно работать на амбулаторном приеме с участковым врачом. Поскольку к участковому врачу-терапевту нередко обращаются пациенты с разнообразной патологией (инфекционной, хирургической, неврологической и т. д.) субординатор в отдельные дни работает с врачами «узких» специальностей. Студент-выпускник при этом видит и оценивает негативные стороны в работе участкового терапевта (его перегруженность, обилие функциональных обязанностей, многие из которых отсутствуют у других врачей, и др.). Иногда участковые врачи просто «советуют» субординатору не посвящать себя участковой работе, терапии, как «неблагодарной» специальности. Естественно, это не способствует формированию из студента-выпускника участкового врача-терапевта и его личности, как врача. На цикле поликлинической терапии, где значительное место отводится практической работе студента с выполнением всех аспектов деятельности участкового врача-терапевта, весьма важно неукоснительное соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии, что должно стать нормой его профессиональной деятельности. Критериями положительной оценки практической подготовки субординатора является умение правильно выполнить следующие виды деятельности: - целенаправленно и полно собрать анамнез заболевания; - правильно и последовательно провести физикальное исследование пациента; - выделить главные симптомы, ведущий синдром; - сформулировать диагноз (предварительный, окончательный); - определить объем дополнительных методов исследования; - определить тактику и стратегию лечения; - решать вопросы медико-социальной экспертизы; - определять профилактические и

реабилитационные мероприятия; - оформлять медицинскую документацию; - соблюдать деонтологические требования в отношении коллег, больных, их родственников; - проявлять добросовестность и готовность к самостоятельной работе. Проведенное среди студентов анкетирование [3] показало, что 100 % опрошенных считают необходимым для себя изучение поликлинической терапии и выполнение самостоятельных визитов к больным, работу на приеме с терапевтом и «узкими» специалистами (72,7 %). Абсолютное большинство (95,4 %) отмечают, что на цикле они полностью овладели практическими навыками амбулаторной работы. С подобной самооценкой вряд ли можно согласиться, поскольку только 72,5 % опрошенных указали, что они научились правильно оформлять медицинскую документацию (важнейший практический навык!) и лишь 36,6 % считают себя подготовленными к самостоятельной работе. Среди трудных разделов программы обучения, отмечались вопросы медико-социальной экспертизы, реабилитации и диспансеризации, оформление медицинской документации и оказания неотложной помощи. Таким образом, многолетнее применение современных инновационных технологий обучения и воспитания студентов, их постоянное совершенствование при соблюдении последовательности и преемственности базовой подготовки по внутренним болезням и смежным с ней дисциплинам позволяют на кафедре поликлинической терапии существенно активизировать творческие способности студентов, стимулировать их познавательную деятельность, формировать профессиональную компетенцию и добиться целевых результатов обучения, максимально приближенных к работе участкового врача терапевта. Литература

1. Барт Б.Я., Стадченко Н.А. //Тер архив. - 1991. Т. 63, № 1. - С. 137 - 140.
2. Бочкарев М.В., Буторов И.В., Софроний А.В.//Тер. архив. - 1989. Т. 61, № 9. - С. 126-129.
3. Зюзенков М.В., Хурса Р.В.//Инновационная технология обучения и воспитания студентов в медицинском ВУЗе: Тез. докл. науч.-метод. конф./Под ред. С.Д. Денисова и Н.Н. Щетинина. - Мн.: БГМУ, 2002.-С.77-80.
4. Синдромная диагностика внутренних органов/Под ред. Г.Б. Федосеева.- Санкт-Петербург, 1996.-Т.3.- С. 3 - 5.