

**КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ КАК МЕТОД СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У ВРАЧЕЙ - ИНТЕРНОВ**

Пасиешвили Людмила Михайловна

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

E-mail: pasiyeshvili@ mail.ru

Аннотация

В работе рассматриваются вопросы подготовки врачей–интернов по специальности «семейная медицина» на этапе очного обучения. Приводятся примеры проведения практического занятия у постели больного с последующей интерпретацией клинического диагноза у пациентов с различной коморбидностью основного заболевания. Рассматриваются вопросы диагностики, индивидуального подхода к составлению лечебных мероприятий, оговариваются реабилитационные и диспансерные направления ведения указанных больных.

Ключевые слова: *клинический разбор, полиморбидность, лечебная тактика, диспансеризация*

**CLINICAL ANALYSIS AS A METHOD OF IMPROVING THE CLINICAL THINKING
AMONG MEDICAL INTERNS**

Pasiyeshvili L.M.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

E-mail: pasiyeshvili @ mail.ru

Abstract

The paper considers the issues of training of interns in "family medicine" on the stage of full-time study. Examples of practical training at the bedside with the subsequent interpretation of clinical diagnosis in patients with different underlying disease comorbidity. The questions of diagnosis, tailor-made therapeutic measures, rehabilitation and dispensary direction of conducting these patients are discussed.

Keywords: *clinical analysis, polymorbidity, treatment strategy, clinical examination*

Подготовка молодых специалистов на этапе интернатуры всегда требовала и требует индивидуального подхода. Это связано не только с тем, что закончилось студенческое, контролируемое преподавателем обучение с возможностью практически всегда уточнить возникшие вопросы. Общение с больным с глазу на глаз уже в качестве врача, умение его расположить и получить информацию, позволяющую поставить правильный диагноз, ложится в основу практической деятельности молодого специалиста. Да и не только это! Страх перед первой встречей с пациентом, когда формируется имидж молодого врача, а первые отзывы больных довольно часто определяют последующее общение и его авторитет, довольно часто затрудняет первый контакт [2]. Второй особенностью такого общения является отсутствие самостоятельной практики на предыдущих этапах, когда на занятиях все решалось сообща, обсуждалось в группе, а высказанное мнение, часто довольно необоснованное или неконкретное, не влияло на исход болезни обсуждаемого больного. Следующее момент, определяющий страх перед больным вызывает само заболевание, которое в отличие от описанного в учебнике, в повседневной жизни не имеет классической картины, да еще сочетается со многими другими, что очень характерно для пациентов средних и особенно старших возрастных групп. А эти больные составляют большинство! А если к семейному врачу на прием приходят дети, то сопровождающие их лица (родители, бабушки, тети) порой в большей степени влияют на врача, чем само заболевание или больной.

Современная полиморбидность пациента довольно часто затрудняет выделение основного заболевания, «лидирующего» на данном этапе. Это обескураживает интерна, заставляет бросаться в крайности и пытаться вылечить все и сразу. Подобрать лекарственный препарат «от всего» практически не удастся, тогда стоит вопрос, как не навредить при сопутствующей патологии и, что еще более важно, – соблюсти экономические возможности больного.

Занятия в интернатуре по семейной медицине в нашей стране построены таким образом, что в течение первого месяца после окончания университета, врач-интерн непосредственно приступает к работе. Таким образом, дается возможность не только окунуться в профессию, но и понять, что она многогранна, а полученные знания на этапе обучения, не всегда применимы на практике. Последующее полугодие интерны проводят на профильной кафедре, осваивая очный цикл интернатуры. Пытаясь разнообразить сам процесс усвоения знаний, мы используем различные методы преподавания. Одним из возможных путей пополнения знаний интернов мы видим в проведение клинических разборов, проводимых практически ежедневно в группе при обсуждении плановой темы занятия [1].

Если характеризовать такое занятие, то можно в качестве примера остановиться на проблеме сахарного диабета. В рабочей программе преподавателя этой теме посвящено два шестичасовых занятия. И обычно первое занятие рассматривает вопросы, отражающие не только клиническую симптоматику заболевания, его диагностику, особенности течения и осложнения, но и проводится обучение по назначению таблетированных сахароснижающих препаратов и расчету различных видов инсулина конкретному больному в различных ситуациях (роды, оперативное лечение, присоединение пневмонии или пиелонефрита и т.д.). При этом подбираются больные с данным диагнозом, но разного типа диабета, возраста, пола, профессии, с учетом семейного положения и его экономических возможностей. Одновременно происходит обучение молодых врачей работе с глюкометром; делается упор на профилактические мероприятия по предупреждению осложнений у таких больных. Обязательным направлением на таких занятиях является составление диеты, которая разрабатывается не менее, чем на неделю с учетом индекса массы тела больного. При этом рассчитываются хлебные единицы и оговариваются вопросы возможности замены отдельных продуктов с учетом предпочтения больных.

Во второй день по тематике сахарного диабета уже идет клинический разбор больных с сопутствующей патологией, такой, как ишемическая болезнь сердца (с инфарктом миокарда или без), артериальная гипертензия, остеоартроз, ревматоидный артрит, подагра, ожирение 2-3 ст., хроническое обструктивное заболевание легких и ряд других. Наличие таких больных в эндокринологическом отделении университетской клиники позволяет на конкретном примере провести разбор. При этом каждый врач-интерн курирует больного индивидуально, а в последующем докладывает в группе, выделяя основные клинические симптомы заболеваний. Доклад подразумевает участие всей группы в обсуждении случая. При этом рассматриваются различные подходы к выявленным заболеваниям у больного сахарным диабетом. Например, обсуждается вопрос, если есть стенокардия или если ее нет, но есть ли кардиосклероз; перенесенный инфаркт миокарда со стенокардией или без нее; ведение больного со сформировавшимися атеросклеротическими поражениями клапанного аппарата, с артериальной гипертензией и кардиосклерозом; при наличии декомпенсации, с повышенной или нормальной массой тела и т.д. При этом выбранным фоном может быть компенсация, субкомпенсация или декомпенсация углеводного обмена, наличие осложнений основного заболевания, особенности течения.

В каждом таком случае рассматривается вопрос диспансеризации – кратность посещения семейного врача, объем исследований, необходимость консультаций смежных специалистов или показания к оперативным лечением (стентирование,

подшивание водителя ритма и др.). Обсуждаются вопросы медикаментозной коррекции, возможности ЛФК, физиотерапии, санаторно-курортного лечения.

В случае сахарного диабета у детей и подростков, когда чаще идет разговор о заболеваниях верхних дыхательных путей (хронический тонзиллит, фарингит, бронхит и др.) рассматриваются вопросы ежедневных нагрузок, возможности занятий спортом и каким видом и т.д. Если же вопрос касается молодых женщин, то разбираются возможности планирования беременности и ведения родов.

Учитывая факт большого количества таких больных, причем с некоторыми из них уже пришлось столкнуться нашим коллегам на этапе месячного пребывания в должностях врачей-интернов, обсуждение конкретных ситуаций позволяет выработать определенные навыки их ведения. Немаловажное значение при таких обсуждениях имеют вопросы психосоциального характера, отношения в семье, особенностей профессии и пребывания в коллективе, экономические возможности пациента, отношения окружающих к их заболеванию и ряд других.

Такой комплексный подход к рассмотрению конкретной ситуации позволяет мотивировать молодых специалистов к работе с такими больными, а выбранная ими специальность (семейная медицина) – владеть многими звеньями в ведении и лечении таких пациентов. При этом прививаемая им самостоятельность в суждениях и обоснование своих действий позволяет надеяться в будущем на хороший результат.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические разборы в психиатрической практике / под ред. А.Г. Гофмана. 4-е изд., доп. М.: МЕДпресс-информ, 2015. 720 с.
2. Кузьминов О.М., Пшеничных Л.А., Крупенькина Л.А. Формирование клинического мышления и современные информационные технологии в образовании: монография. Белгород, 2012. 110 с.

УДК 378.046.4:371.693:616.351-072.1

ПРИМЕНЕНИЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-КОЛОПРОКТОЛОГОВ ОСНОВАМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Поздняков Артем Аркадьевич, Черданцев Дмитрий Владимирович, Таптыгина Елена Викторовна, Первова Ольга Владимировна, Попов Александр Евгеньевич

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

E-mail: artem.pozdnyakov.doc@gmail.com

Аннотация

Эндоскопическая хирургия – высокотехнологичное направление современной медицины, скорость развития этой технологии, появление нового инструментария и расширение возможностей сохраняется на высоком уровне. В КрасГМУ разработаны краткосрочные учебные программы по направлению эндоскопическая хирургия для освоения навыков базового и продвинутого уровней.

Ключевые слова: *эндоскопическая хирургия, колопроктология, симуляционные технологии*