

*Педагогические науки***ИННОВАЦИИ В МЕТОДИКЕ ПРЕПОДАВАНИЯ  
НА КАФЕДРЕ АМБУЛАТОРНО-  
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Володько Л.Ф., Бизенков А.В.,  
Семененко В.В., Селиверстов П.А.

*Саратовский Военно-Медицинский Институт*

Медицина - одна из областей человеческой деятельности, где вопросы качества и его оценки имеют особое значение. Тот уровень медицинской компетенции, который сегодня должен закладываться в вузе, завтра будет предоставлен пациентам.

Профессиональная компетентность будущего врача и профессионально-психологическая подготовленность самих преподавателей вуза являются залогом высокого качества медицинских услуг. Главное условие выполнения этих задач - повышение качества медицинского образования, обеспечиваемое внедрением инновационных форм обучения и информационных технологий в учебный процесс.

С. П. Боткин считал крайне необходимым обучение слушателей терапии в поликлинике на последнем курсе, поскольку, по его мнению, суровая действительность поликлинической работы значительно отличается от «тепличных условий» университетской клиники. Именно на кафедре поликлинической медицины отрабатываются и шлифуются навыки практической работы, приобретенные на клинических кафедрах факультетской и госпитальной терапии и хирургии.

Восьмилетний опыт практической деятельности кафедры амбулаторно-поликлинической помощи (АПП) подтвердил важность и необходимость её в системе как додипломной, так и последипломной подготовки выпускников военно-медицинского института. Известно, что около 80% больных начинают и заканчивают лечение в условиях поликлиники, что налагает большую ответственность на врачей первого контакта с больным. Полноценная реализация учебной программы по дисциплине «поликлиническая медицина» кафедры АПП возможна лишь на базе многопрофильных амбулаторно-поликлинических учреждений - где обучаемым демонстрируется технология организации лечебно-диагностического процесса, а также методически верно организуется любое занятие с использованием возможностей всех функциональных подразделений поликлиники. Методика преподавания в поликлинике и клинике принципиально различна. В условиях поликлиники обучаемый за короткий промежуток времени (всего 15-20 минут) должен суметь от опроса больного: жалобы, сбора анамнеза, данных объективного обследования и интерпретации данных дополнительных исследований перейти к постановке диагноза и назначению адекватной терапии, реализовав все это в правильном оформлении медицинской документации. Важнейшими задачами обучения по разделам: 1. «Пульмонология» является углубленное освоение практических навыков по диагностике, лечению и профилактике бронхолегочной патологии. При обслуживании больных в поликлинике и на дому слу-

шателям необходимо уметь дифференцировать ОРВИ, грипп от внебольничной пневмонии; бронхиальную астму от других бронхообструктивных заболеваний, а также проведении адекватной терапии, соответственно поставленному диагнозу. 2. В разделе «Кардиология» необходимо обучить слушателей своевременно диагностировать острый инфаркт миокарда на амбулаторном этапе наблюдения больного.

Сотрудники кафедры АПП постоянно работают в тесном контакте с органами практического здравоохранения, принимая активное участие в научно-практических конференциях, выступают с лекциями и докладами в базовых поликлиниках, консультируют больных в поликлиниках, дневных стационарах, а при необходимости и на дому; участвуют в консилиумах. Большую помощь в лечебной работе поликлиникам оказывают проводимые сотрудниками кафедры тематические разборы больных с наиболее распространенной терапевтической патологией. Поликлиникам оказывается постоянно методическая помощь: сотрудники кафедры АПП регулярно проводится анализ качества ведения медицинской документации врачами поликлиник с подробным разбором выявленных недостатков на врачебных конференциях. Доценты и ассистенты кафедры привлекаются к работе КЭК поликлиники для решения спорных вопросов экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности.

В методическом арсенале кафедры используются диагностические и лечебные алгоритмы, карты ориентировочных основ действий, клинические ситуационные задачи для обучения и контроля, элементы деловых игр, методические рекомендации и пособия, внедрена унифицированная учебная документация в виде учебно-методических комплексов (методические разработки, тесты, литература, дидактические материалы), которые позволяют оптимально расширить изучаемый материал по организационным формам обучения, совершенствовать методическую помощь как слушателю, так и преподавателю, пользоваться основными и дополнительными источниками информации. Учебно-методические комплексы дают возможность осуществлять интеграцию преподавания и по горизонтали, и по вертикали тем самым, обеспечивая единый подход к методическим принципам в реализации учебных программ на кафедре. В первую очередь это связано с Постановлениями Правительства РФ в реализации национальных проектов и приоритетных программ в области здравоохранения, в частности, по подготовке «Семейного врача». В основе этого лежит многопрофильная амбулаторно-поликлиническая помощь населению, которая совпадает во многом с деятельностью военного врача в гарнизонных поликлиниках и медицинских пунктах полков. Кроме того, учебно-методические материалы по основным нозологиям включают в себя стандарты оказания медицинской помощи, поскольку, молодой врач должен знать и уметь работать в объеме существующих в настоящее время медицинских стандартов. На сегодняшний день, начиная с 2004 года, имеется 540 приказов Министерства Здра-

вохранения и Социального Развития «Об утверждении стандартов оказания медицинской помощи по различным нозологиям». Контроль же качества оказания медицинской помощи населению основан на административном регламенте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2006г. N 905. Таким образом, одной из важных составляющих в преподавании дисциплины является построение занятия в целом и внедрение в учебный процесс существующих отраслевых медицинских стандартов.

Вести информационно-справочную систему в объеме оказания работ и медицинских услуг на амбулаторно-поликлиническом этапе, а также современных достижений в области военной медицины.

Компьютерный класс поможет активнее внедрить и использовать: электронные учебники, различные дидактические материалы по недостающей литературе, обучающие компьютерные программы, электронные тренажеры для отработки практических умений по оказанию помощи при неотложных состояниях, даст возможность просматривать видео-программы по эндоскопической диагностике заболеваний желудка, острым состояниям и т.д.

Для анализа деятельности слушателя, на основе компьютерного класса, планируется разработать "Карту комплексной оценки профессиональных действий и умений слушателей при самостоятельной работе с больными", которую преподаватель должен заполнить во время амбулаторного приема, проводимого слушателем под наблюдением преподавателя. При этом преподаватель выступает в роли эксперта качества и производительности самостоятельной работы слушателя, оценивая его действия по разработанной системе баллов. Для повышения надежности оценок учебных достижений необходимо активно использовать, наряду с традиционными формами контроля, научно обоснованные тестовые материалы. Одно из важнейших преимуществ тестовой формы контроля - ее эффективность, позволяющая проводить частый тотальный контроль, что существенно повышает надежность итоговой оценки. Степень использования заданий в тестовой форме на различных этапах контроля (входной, текущий, рубежный, итоговый) различна. Исключительное внимание в институте необходимо уделять формам контроля знаний. В определении качества знаний (прочность, глубина, системность, оперативность, гибкость) до сих пор в вузах приоритет традиционно принадлежит экзаменационным сессиям. При этой системе контроля процесс формирования качества знаний плохо управляем, так как в период обучения имеется мало каналов воздействия на слушателя. Сделать процесс формирования качественных знаний более управляемым помогают системы управления качеством TQM (Total Quality Management). (Для формирования высокого качества образовательных услуг на выходе необходимо активно непрерывно управлять качеством всех звеньев учебного процесса).

Регулярный контроль с активным использованием стандартизированных тестов становится инст-

рументом мониторинга учебных достижений, одним из элементов которого является регулярное отслеживание и публикация текущего рейтинга. Для всех без исключения слушателей это является мотивирующим фактором.

Также в практике необходимо широко использовать метод анализа конкретной ситуации, в котором слушатели осваивают схемы анализа ситуаций, вырабатывают навыки сбора информации. Метод позволяет включить слушателей в активную работу по применению теоретической информации в практику.

Во время работы преподаватели используют активные информационные методы для того, чтобы осознавать себя преподавателем медицинского вуза через формирование преподавательской идентичности и ее принципиального отличия от позиции просто врача. Под преподавательской идентичностью мы понимаем наличие внутренней мотивации у преподавателя, стремление наиболее полно реализоваться в данной деятельности, умение преобразовывать мотивацию слушателей в интерес к предмету, а также умение обучать слушателя с минимальными затратами времени и трудностями в обучении. Умение использовать свой научный потенциал в процессе обучения, актерское мастерство в общении и преподавании, использование разнообразных активных методов обучения, так называемый "вкус" к методической работе, стремление к развитию творческого мышления и поведения слушателя, гибкость преподавательских стилей.

Наиболее эффективно сочетание рейтинговой технологии с модульным принципом (*разделение на части*) организации материала и построения учебного процесса. Отбор и структурирование учебного материала, подлежащего модульному изложению и контролю, с одной стороны, способствует совершенствованию преподавания, с другой - значительно облегчает процесс адаптации слушателей к обучению в вузе, так как давно и верно отмечено, что слушатели не всегда могут, работая с литературой, выделять главное из прочитанного.

Применение модульно-рейтинговой технологии позволяет пересмотреть подход к экзамену, который в традиционном понимании не согласуется с принятой в период обучения рейтинговой технологией. Баллы, набранные за период обучения, слабо влияли на итоговую оценку, которая, по существу, выставлялась только по результатам устного экзамена, отсутствовала преемственность оценки. Поэтому, в соответствии с рекомендациями Российского учебно-научно-методического центра непрерывного медицинского образования, необходимо ввести поэтапную аттестацию слушателей по дисциплине «Поликлиническая медицина», которая максимально приближена к форме итоговой аттестации.

Этапы аттестации по дисциплине включают:

1. Оценку практических навыков.
2. Оценку умения решать типовые задачи.
3. Оценку знания теоретических основ по результатам экзаменационного тестирования с учетом итогового рейтинга.

Эта форма аттестации сочетает в себе два подхода к оценке учебных достижений слушателей:

1. Нормативный (в период обучения);

2. Критериальный (проверка образовательного минимума на тестовом экзамене). Оценка в зачетную книжку выставляется с учетом успешности выполнения всех трех этапов.

Каковы же преимущества поэтапной аттестации?

1. "Центр тяжести" оценки переносится с экзамена в семестр, что стимулирует слушателей к ритмичной работе, позволяет получить более глубокие и прочные знания.

2. Повышается надежность, предсказуемость и объективность итоговой оценки.

3. Оцениваются практические умения и навыки, что является важной составляющей профессиональной подготовки врачей.

4. Отдельно оценивается умение решать типовые задачи, требующее не только знания теоретических основ, но и умения мыслить логически, анализировать информацию, делать обобщения.

Таким образом, усилия членов экзаменационной комиссии при этом переориентируются на более продуктивный труд: отбор содержания и структурирование учебного материала, разработку, редактирование и рецензирование экзаменационных тестов, разработку заданий междисциплинарного характера, выработку надежных критериев оценки, организацию и проведение тестирования.

### *Медицинские науки*

#### **КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ**

Селиверстов П.А., Семененко В.В., Бизенков А.В.  
*Саратовский Военно-Медицинский Институт*

В настоящее время неуклонно увеличивается число больных деструктивным панкреатитом (ДП). Незаслуженно мало внимания уделяется их реабилитации. Выписываясь из хирургического стационара, пациенты нередко получают лишь общие, расплывчатые рекомендации без учета общего состояния, формы и тяжести заболевания, степени нарушения функций различных органов и систем. Бессистемная реабилитация в большинстве случаев оказывается не эффективной и больные вновь поступают в стационар уже с диагнозом «хронический панкреатит».

У большинства больных ДП в течение длительного времени сохраняются нарушения пищеварения различной степени, обусловленные потерей нейрогуморальных взаимосвязей между органами пищеварения и экскреторной недостаточностью поджелудочной железы (ПЖ). В этих условиях ферментозаместительная терапия имеет важное значение для устранения болевого синдрома, расстройств пищеварения и предупреждения прогрессирования фиброзно-дегенеративных изменений в паренхиме ПЖ. Применение микрогранулированных лекарственных форм препаратов ферментов позволяет практически воспроизводить физиологические процессы пищеварения, когда панкреатический сок выделяется порциями в ответ на периодическое поступление пищи из желудка. С ранних фаз ДП развивается антиоксидантная недостаточность организма, локальный и распространенный васкулит. Дегенеративно-дистрофические изменения сосудистых структур прослеживаются на протяжении от 1 месяца до 10 лет после начала заболевания (Луцевич Э.В., 2001). Изменения в системе микроциркуляции приводят к гипоксии и дезэнергизации клеток ПЖ и других внутренних органов, нарастанию процессов дистрофии. Применение антиоксидантов и препаратов, улучшающих кровообращение, при реабилитации больных ДП направлено на коррекцию интенсивности пе-

рекисного окисления липидов и активности эндогенной антиоксидантной системы, улучшение микроциркуляции, что позволяет воспрепятствовать рецидиву некротических изменений в ПЖ и активизировать репаративные процессы. При ДП формируется стойкий вторичный иммунодефицит сложного генеза вследствие грубых нарушений гомеостаза в период прогрессирующей тканевой деструкции. Нарушения в иммунной системе сохраняются в сроки от 1 до 8 месяцев (Данилов М.В., 1995) и могут способствовать хронизации патологического процесса и развитию рецидивов заболевания, что определяет необходимость при реабилитации иммунокорректирующей терапии.

Проведен сравнительный анализ эффективности реабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе 65 больных, перенесших ДП, за период с 2005 по 2007 годы. Из них 44 (67,7%) больных были ранее оперированы. 18 (27,7%) больным выполнены малоинвазивные эндоскопические вмешательства.

У всех больных после выписки из хирургического стационара в той или иной степени отмечались снижение массы тела, диспепсический, болевой синдром, связанный с приемом пищи. По данным ультразвукового исследования у всех больных имелись признаки диффузных изменений ПЖ различной степени выраженности.

Восстановительное лечение проводилось как продолжение реабилитации, начатой на госпитальном этапе, и осуществлялось в течение 3-4 недель.

Выделены две группы больных. В контрольную группу вошли 31 пациент, получавших традиционную схему реабилитации: диету, спазмолитики, анальгетики, Н2-блокаторы, антациды буферного действия, таблетированные препараты панкреатина в стандартных дозировках, физиолечение, психотерапию по показаниям.

Исследуемую группу составили 34 больных, сопоставимых с пациентами контрольной группы по полу, возрасту, тяжести состояния и распространенности патологического процесса. Схема медикаментозной реабилитации у данных пациентов дополнительно включала: церукал (по 1 таблетке 3 раза в день), трентал (по 1 драже 3 раза в день), антиоксидант мексидол (по 0,25 г 2 раза в день). Вместо таб-