

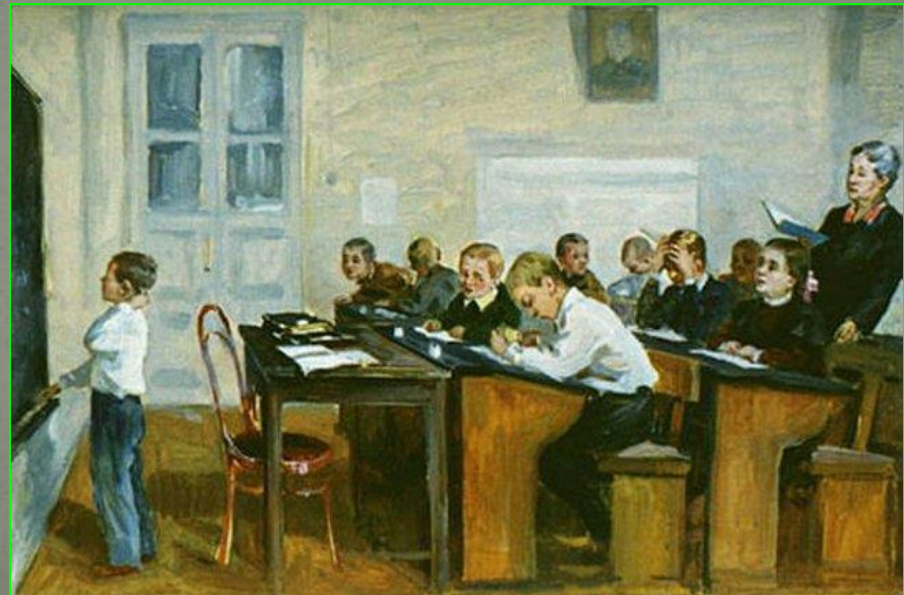
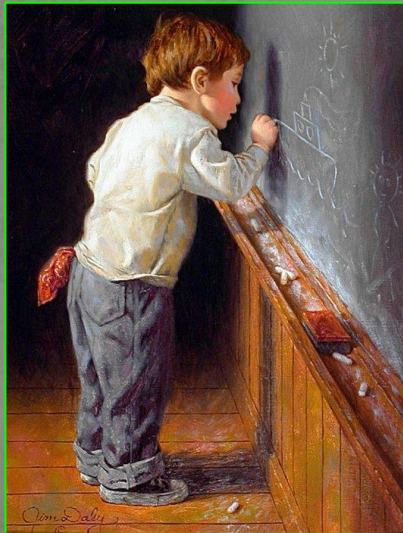
ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ,
ФГБОУ ВО «Читинская ГМА» МЗ РФ.

КОССОВИЧ М.А., БОГОМОЛОВ Н.И.

**РОЛЬ МНОГОУРОВНЕВЫХ
СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ПО ХИРУРГИИ
В ОЦЕНКЕ УРОВНЯ КОМПЕТЕНТНОСТИ
СПЕЦИАЛИСТОВ**

Москва 2016

- При проведении НМО механизм объективного контроля имеющихся и полученных знаний крайне сложен. Заставить взрослых людей отвечать на вопросы билетов у доски в виде классического школьного экзамена не интересно ни экзаменуемому, ни экзаменатору. Это не рождает мотивацию к получению знаний и даже не всегда этично.



- **Эмоции**, которые вызывают процесс и результаты экзамена у ребенка, коренным образом отличаются от восприятия экзамена взрослым состоявшимся человеком.



ОСНОВНЫЕ ПОСТУЛАТЫ АНДРАГОГИКИ:

Цель: конечная цель обучения должна быть видна.

Исходный базис: основой обучения является опыт.

Самоконтроль: результативность учебного процесса повышает принятие решений по планированию, оценке и тактике.

Конкретика и актуальность: конкретные цели привлекательнее абстрактных; максимально эффективны занятия, имеющие отношение к настоящей деятельности.

Интрига: детектив интереснее справочника; решение проблемы увлекает сильнее зубрежки.

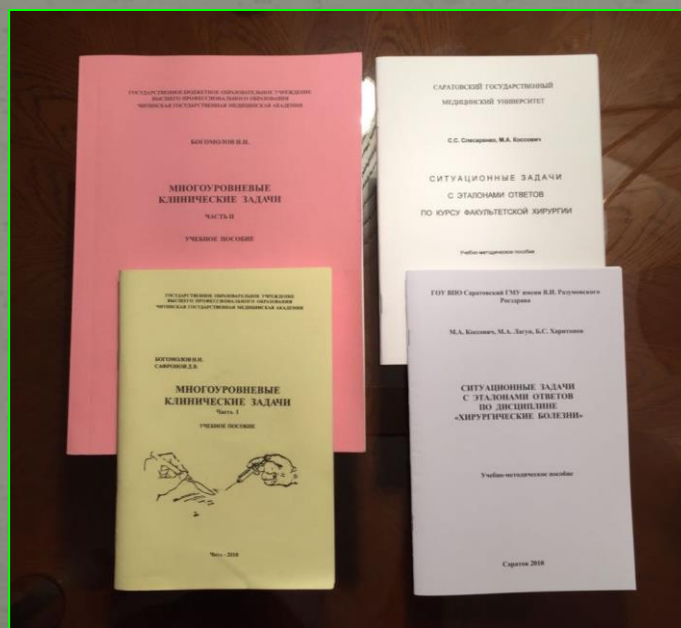
Мотивация: внутренние мотиваторы сильнее внешних.

М.Ш. Ноулз, 1970

- В этой ситуации больше уместна идеология консилиума, диалога или беседы между коллегами, пусть даже разными по опыту и статусу.



- Предлагаемый нами вариант оценки знаний при решении **многоуровневых ситуационных задач** рождает внутреннюю положительную мотивацию к овладению определенной информацией и позволяет конструктивно изменить форму проведения экзамена, делая его интересным для **обоих участников этого процесса.**



- Традиционные формы клинических ситуационных задач широко представлены в учебной литературе по хирургии, но содержат весьма скудную информацию о больном, изложенную в телеграфном стиле.

Ситуационные задачи



1

При автомобильной катастрофе пострадавший извлечен из автомобиля, но подняться на ноги не может. Состояние тяжелое, бледен, жалуется на сильную боль в области правого бедра. Раны нет. Имеется деформация бедра, укорочение правой ноги.

**Какой вид травмы у пострадавшего?
Окажите первую помощь.**

2

Пожилой человек, споткнувшись, упал на руки, возникла резкая боль в области лучезапястного сустава, усиливающаяся при любом движении кисти. Резко изменилась конфигурация сустава и лучевой кости.

**Какое возникло повреждение?
Как помочь пострадавшему?**

Ситуационные задачи

4. Больной Т., 22 года. Жалобы на боли в поясничной области с обеих сторон, повышение температуры тела, головные боли, отеки лица, тошноту. Клиника развилась через 2 недели после перенесенной инфекции.

Объективно: кожные покровы бледные, отечное лицо, распухшие, отечные веки. АД 160/95 мм рт. ст, пульс напряженный, левая граница сердца увеличена.

Лабораторные данные: количество мочи – 1000 мл уд. вес – 1025. По Нечипоренко: эритроцитов – 4000 (норма 1000), лейкоцитов – 2800 (норма 2000), гиалиновых цилиндров - 1000 (быть не должно). Отмечается протеинурия – 40мг/л, почечный эпителий. В крови – альбумины – 10г/л (норма 33 – 49,6).

Вопросы:

1. Предположительная патология?
2. Механизм развития артериальной гипертензии?
3. Каковы механизмы регуляции АД почками?
4. Основные принципы лечения.

В тоже время журнальные публикации по демонстрации редких и казуистических случаев имеют подробные сведения по клинике, методам обследования и лечения.

Резекция головки поджелудочной железы с циррозальным панкреатоневриномахом (операция Фрея)
 А.В. КОЗЛОВ, А.В. КОЗЛОВА, А.В. АЛЕКСЕЕВ, А.С. СЕРГЕЕВ, С.В. КОЗЬМОВ, С.А. СВИРИДОВ, А.А. КОСОВ

The resection of the head of the pancreas with ligandial pancreatoneurinoma (Freys operation)
 A.V. KOZLOV, A.S. SERGEEV, S.V. KOZMOV, S.A. SVIRIDOV, A.A. KOSOV

Научный руководитель: А.В. Виноградов, д.м.н., профессор, кафедра хирургической патологии и панкреатологии, ФГБУ «Национальный исследовательский центр хирургии им. А.В. Виноградова» (ФНЦХ), Москва

Панкреатоневринома является редким вариантом Фрей, характеризующимся наличием А.В. Виноградова. Пана- невриномы являются доброкачественными опухолями, формирующимися из клеток эпителиальной ткани. Они встречаются в основном в области головки и тела поджелудочной железы. В большинстве случаев они имеют диаметр от 1 до 3 см. В зависимости от степени развития опухоли выделяют три степени: I, II и III. В зависимости от степени развития опухоли выделяют три степени: I, II и III. В зависимости от степени развития опухоли выделяют три степени: I, II и III.

Выводы
 Хирургическое лечение опухоли (Фрей) является основным методом лечения. В зависимости от степени развития опухоли (I, II, III) выбирается метод операции: резекция головки, резекция тела и головки, резекция тела и хвоста. В зависимости от степени развития опухоли (I, II, III) выбирается метод операции: резекция головки, резекция тела и головки, резекция тела и хвоста.

© Коллектив авторов, 2012. **Иллюстрация 2012**

Степень распространенности опухоли при резекции головки поджелудочной железы с циррозальным панкреатоневриномахом (операция Фрея)
 А.В. КОЗЛОВ, А.В. КОЗЛОВА, А.В. АЛЕКСЕЕВ, А.С. СЕРГЕЕВ, С.В. КОЗЬМОВ, С.А. СВИРИДОВ, А.А. КОСОВ

Научный руководитель: А.В. Виноградов, д.м.н., профессор, кафедра хирургической патологии и панкреатологии, ФГБУ «Национальный исследовательский центр хирургии им. А.В. Виноградова» (ФНЦХ), Москва

Целью исследования является определение распространенности опухоли при резекции головки поджелудочной железы с циррозальным панкреатоневриномахом (операция Фрея). В зависимости от степени развития опухоли (I, II, III) выбирается метод операции: резекция головки, резекция тела и головки, резекция тела и хвоста.

Выводы
 Степень распространенности опухоли при резекции головки поджелудочной железы с циррозальным панкреатоневриномахом (операция Фрея) зависит от степени развития опухоли (I, II, III). В зависимости от степени развития опухоли (I, II, III) выбирается метод операции: резекция головки, резекция тела и головки, резекция тела и хвоста.

© Коллектив авторов, 2012. **Иллюстрация 2012**

Резекция головки поджелудочной железы с циррозальным панкреатоневриномахом (операция Фрея)
 А.В. КОЗЛОВ, А.В. КОЗЛОВА, А.В. АЛЕКСЕЕВ, А.С. СЕРГЕЕВ, С.В. КОЗЬМОВ, С.А. СВИРИДОВ, А.А. КОСОВ

Научный руководитель: А.В. Виноградов, д.м.н., профессор, кафедра хирургической патологии и панкреатологии, ФГБУ «Национальный исследовательский центр хирургии им. А.В. Виноградова» (ФНЦХ), Москва

Резекция головки поджелудочной железы с циррозальным панкреатоневриномахом (операция Фрея) является основным методом лечения. В зависимости от степени развития опухоли (I, II, III) выбирается метод операции: резекция головки, резекция тела и головки, резекция тела и хвоста.

Выводы
 Резекция головки поджелудочной железы с циррозальным панкреатоневриномахом (операция Фрея) является основным методом лечения. В зависимости от степени развития опухоли (I, II, III) выбирается метод операции: резекция головки, резекция тела и головки, резекция тела и хвоста.

© Коллектив авторов, 2012. **Иллюстрация 2012**

Резекция головки поджелудочной железы с циррозальным панкреатоневриномахом (операция Фрея)
 А.В. КОЗЛОВ, А.В. КОЗЛОВА, А.В. АЛЕКСЕЕВ, А.С. СЕРГЕЕВ, С.В. КОЗЬМОВ, С.А. СВИРИДОВ, А.А. КОСОВ

Научный руководитель: А.В. Виноградов, д.м.н., профессор, кафедра хирургической патологии и панкреатологии, ФГБУ «Национальный исследовательский центр хирургии им. А.В. Виноградова» (ФНЦХ), Москва

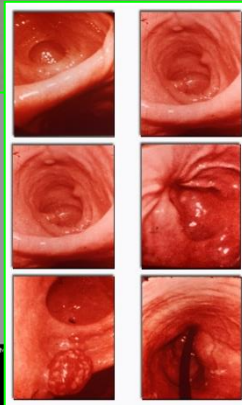
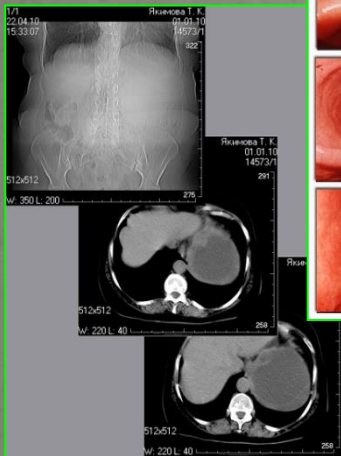
Резекция головки поджелудочной железы с циррозальным панкреатоневриномахом (операция Фрея) является основным методом лечения. В зависимости от степени развития опухоли (I, II, III) выбирается метод операции: резекция головки, резекция тела и головки, резекция тела и хвоста.

Выводы
 Резекция головки поджелудочной железы с циррозальным панкреатоневриномахом (операция Фрея) является основным методом лечения. В зависимости от степени развития опухоли (I, II, III) выбирается метод операции: резекция головки, резекция тела и головки, резекция тела и хвоста.

© Коллектив авторов, 2012. **Иллюстрация 2012**

Именно такой подход в создании ситуационных задач целесообразно использовать при формировании учебно-методического комплекса кафедр хирургии, занимающихся одновременно вузовским и госслужбовским образованием.

- Ситуационные задачи представлены в виде выписки из истории болезни реального пациента с пакетом копий документов, отражающих результаты различных методов обследования и лечения.



Выписка из анамнеза матерей
 ребенка Смирновой Елизаветы,
 рож. 28 октября 2003 г.,
 адрес: г. Екатеринбург, ул. Дзержинского, 104, кв.29

Смирновой Ю. состоит из «Дочери» и матери с рождением. До Детской городской больницы поступила с диагнозом «высокая степень». Точная причина пока неизвестна и требует дальнейшего обследования.

Ребенок – инвалид с детства.

Дочка родилась глубоко недоношенной с легкой синдромальной пневмонией в сроке гестации 27-28 нед. массой 950 г, в деформации, состоянии с рождения тяжело. Находясь на искусственном вскармливании, выхаживалась на 1,5 мес. С 8 мес. заболела пневмонией и частыми простудами с Кориной. Без эффекта, появились грубые двигательные нарушения и отставание в развитии.

В возрасте 1 г 4 мес. обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на грубую хрипоту развития двигательных и статических функций. Дочка самостоятельно не сидит, не держит игрушки, не ползает. При осмотре – голова микроцефальной формы, туберозное деформирование височных, рот округлый, гиперплазия, буллезные расширения, выросты слизистой, рот комбинированный (больше в нижней), л. гиперплазия в нижней части с 2-х сторон, выходящая за пределы фантомной с 2-х сторон, грубые нарушения слуха. Выявлена Дн. ДНП. Обращено внимание на интеллект.

Ребенок начал активно двигаться амбулаторно совместно с мамой курсом массажа, остеопатии, рефлексотерапии, гидрофитотерапии, массажа, инт. гр. В. массажа, физиотерапии. Оперативное вмешательство назначено в виде устранения двигательных функций и повышения развития – начала склеить черт 2 мес. от начала лечения, держать игрушки, черт 4 мес. появились навыки, начали речь в 2-ой год.

В 2006 г. проведена курс реабилитации в Республиканской Детской больнице «Ангели» г. Алматы. Осенью 2007 г. поступила в отделение в неврологическом центре «Дети» г. Караганды (индекс «Дети» 139 ЕД). Дочка и все увеличивающаяся система имеют интеллектуальную сферу (1 мес с 20-2007) ребенок занимается с логопедом-аудиологом по индивидуальной программе. В IV-2008 – поступила в отделение в Республиканской Детской реабилитационной школе г. Алматы («Дети» 140ЕД, начала ходить самостоятельно).

Прогноза МРТ головного мозга – структурных изменений не выявлено.

В настоящее время состояние передней стенки глотки за счет поражения ЦНС. Голова микроцефальной формы, увеличилась височная, увеличилась и развилась речь и мышление. Сильно прогрессирует в нижних конечностях, голова непропорциональна в части развития, но по мере роста, особенно с 4-х, 5-х. Ходит сама, попутно выслушивает, опира на всю ступню, но широко двигается на опорах. Речь короткая, дислексия. В физиотерапевтическом отделении округа. Частично себя обслуживает самостоятельно. Развитие туберозной гиперплазии и др. показаний для дальнейшей индивидуальной реабилитации ребенка.

Планируется продолжить терапию постропина в больших дозах с параллельной коррекцией и развитием двигательных навыков и мышления с логопедом.

Рекомендован курс реабилитации 1 раз в 3 мес.

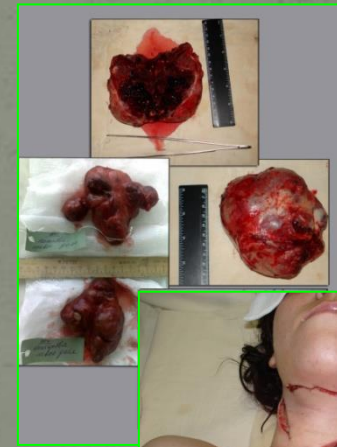
Директор Психиатрии №2
 В.Д. Давыдов

Эта выписка по вопросам формы издается в детском

Р.К. Карабалин

Детский невролог

В.К. Писарова



К каждой задаче прилагаются вопросы четырех уровней сложности.

- Первый уровень предназначен для студентов 4-5 курсов, касается теоретических дисциплин (анатомия, патфизиология и др.) и базовых клинических данных.



- Второй уровень предназначен для итоговой государственной аттестации на **6 курсе** и включает вопросы первого уровня и свои, касающиеся уже клинической дисциплины.



- Третий уровень вопросов предназначен для промежуточной и итоговой аттестации интернов и **ординаторов**. В него входят два предыдущих уровня вопросов и свой, включающий уже чисто хирургические моменты деталей операции и всех лечебных пособий у конкретного больного.

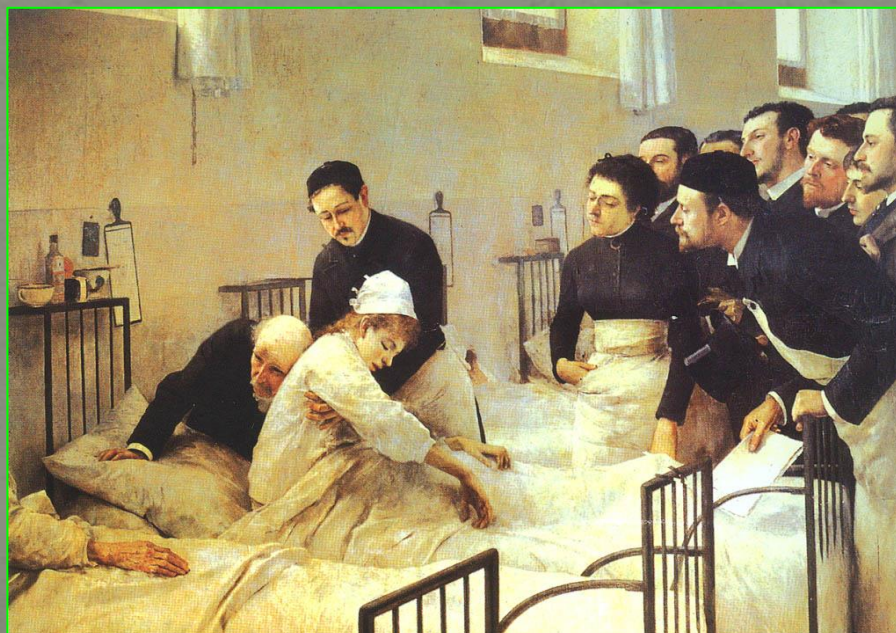


- Наконец, четвертый – самый высокий уровень вопросов, включающий три предыдущих и свои, предназначен для аспирантов, докторантов и **врачей курсантов ФПК**. Здесь возможен весь спектр вопросов по знаниям хирурга, аналитика, эксперта.



- При этом помимо обязательных вопросов на всех уровнях имеются и свои **дополнительные вопросы**.

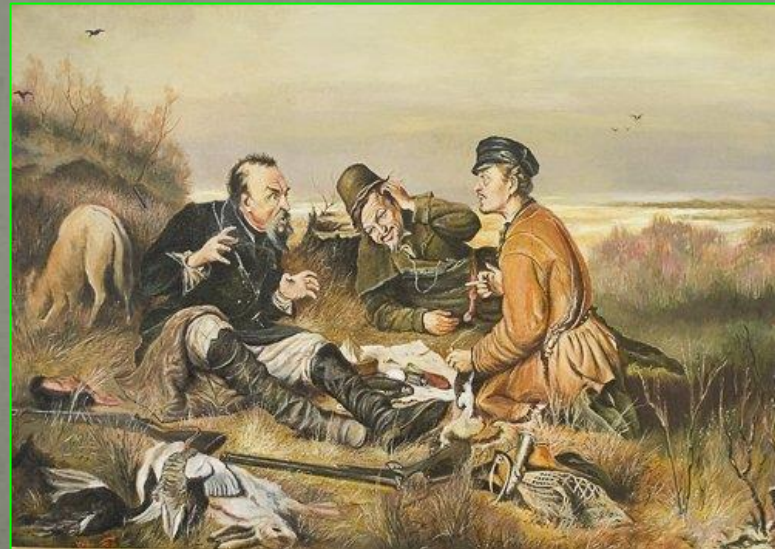
Таким образом имитируется полноценный **клинический разбор**, аналогичный таковому у постели больного с описанной патологией.



- Благодаря разным уровням вопросов, задачи применяются для оценки знаний **всех обучающихся на кафедре** – от студентов до хирургов со стажем и врачей общей практики. Задачи имеют **несколько клинических примеров** по одной нозологической форме заболевания, но с разными вариантами течения и методами лечения.



- Интересных, сложных и поучительных **случаев** в нашей повседневной практике бывает достаточно много, не надо ничего придумывать. Необходимо «лишь» все грамотно и доходчиво изложить, сделать соответствующие акценты, убрать ненужное и украсить имеющимися иллюстрациями дополнительных методов исследования.



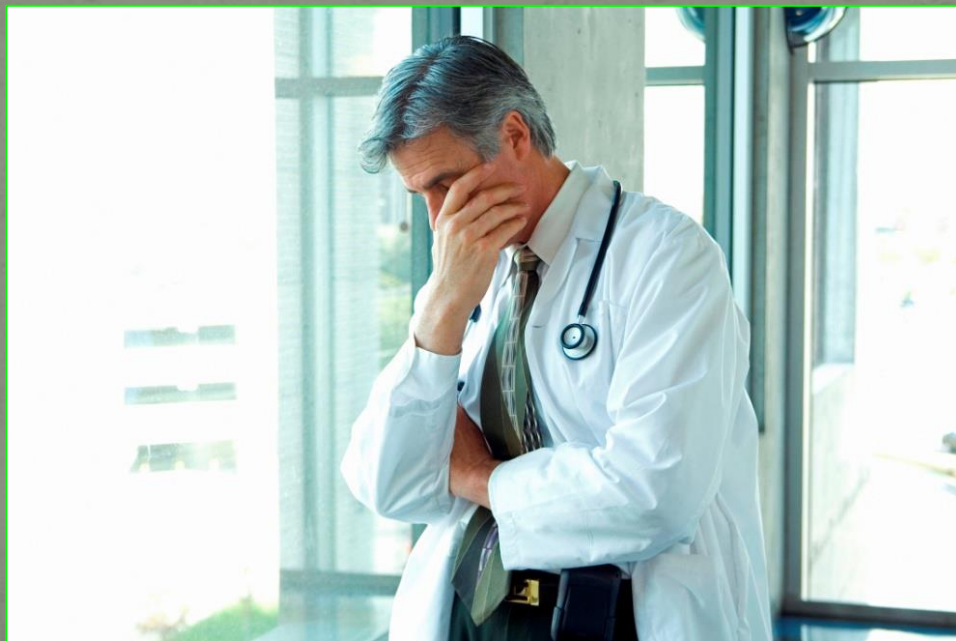
- Причем, если на кафедре, в клинике такая работа будет поручена интернам, **ординаторам** и **молодым докторам**, то и для них самих участие в составлении и редактировании подобных ситуационных задач будет являться хорошей школой теоретической подготовки по различным разделам хирургии.



- Контроль этого процесса со стороны администрации и руководства больницы позволит дополнительно проанализировать результаты лечения больных в клинике, оценить их с другой стороны, сделать соответствующие выводы и, возможно, принять своевременные и адекватные меры по изменению тактики лечения пациентов и техники выполнения хирургических вмешательств.



- В подобном формате можно рассматривать не только классические варианты течения хирургической патологии и благоприятные результаты лечения, но и **атипичные по клиническому течению ситуации, ошибочные действия врачей и даже неблагоприятные исходы.**



- Хирургия состоит не только из успехов и побед. Встречаются неудачи и поражения. И эти случаи требуют даже более детального разбора и более тщательного анализа. Подобные ситуации могут и должны быть отражены в ситуационных задачах. В этих случаях индивидуальный опыт вливается в коллективный, а затем распространяется дальше и **повышает опыт** каждого.



- Возможно, что имеет смысл обмениваться подобными материалами с целью создания банка(реестра) данных в рамках программы НМО РОХ, которая должна начинаться на клинических кафедрах хирургического профиля на старших курсах в ВУЗах и далее продолжаться всю жизнь, проходя через все этапы профессионально роста специалистов.



- Через такие ситуационные задачи можно и нужно внедрять в сознание хирургов современные позиции диагностики, тактики и лечения различной хирургической патологии, заложенные в Национальных клинических рекомендациях. Игровая форма будет только повышать эффективность обучения в целом.



- Целесообразно создать **тестовые программы** различного уровня сложности, содержащие набор из нескольких ситуационных задач, для проведения **этапных, аттестационных, сертификационных экзаменов**, а в дальнейшем – и **аккредитаций**, с целью повышения их образовательной ценности при подготовке и объективизации оценки уровня компетентности специалистов при сдаче экзамена.



- БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

