

**КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРАКТИКУМ КЛИНИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВРАЧА

(модуль 4)

*Учебно-методическое пособие по тренинговому курсу для
студентов IV курса педиатрического факультета*

Казань, 2021

УДК 614.253.5:005.963.1(075.8)
ББК 51.1(2Рос)п.я73
А П69

Печатается по решению Центрального координационно-методического совета ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Составители:

Э.Х. Харисова, А.А. Мухаметдинова, С.А. Булатов

Рецензенты:

к. м. н., доцент кафедры морфологии и общей патологии ИФМИБ
К(П)ФУ Ф.Г. Биккинеев

к. м. н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней имени
проф. С.С. Зимницкого КГМУ **М.А. Макаров**

А П69 Практикум клинических умений врача (модуль 4):
учебно-методическое пособие для студентов 4 курса
педиатрического факультета / Э.Х. Харисова, А.А. Мухаметдинова,
С.А. Булатов. - Казань: КГМУ, 2021. – 45 с.

В учебно-методическом пособии (УМП) изложены основные приемы освоения практических навыков обследования пациентов для 4 курса педиатрического факультета. В состав тренингового курса (модуль 4) входит раздел по улучшению навыков коммуникации, реализуемый с помощью методики «стандартизированный пациент», знакомство с методикой обучения «виртуальный пациент», тренажерно-симуляционный блок навыков аускультации сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также умений проведения базовой сердечно-легочной реанимации. Раскрывается сущность данных методик, представлены чек-листы и даны рекомендации по способам оценки работы студентов.

УДК 614.253.5:005.963.1(075.8)
ББК 51.1(2Рос)п.я73

© Казанский ГМУ, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

1.	Введение	3
2.	Тема 1. Методика «Стандартизированный пациент»	7
3.	Тема 2. Коммуникативная компетентность в работе врача	17
4.	Тема 3. Архитектура тренингового курса. План занятий	27
5.	Тема 4. Критерии оценки работы студента	30
6.	Тема 5. Разбор клинической задачи	34
7.	Тема 6. Заключение	41
8.	Список литературы	43

ВВЕДЕНИЕ

*"Нас трое. Ты, я и твоя болезнь.
От того, чью сторону ты выберешь,
зависит результат"
Авиценна*

Подготовка специалиста – многолетний трудный и вместе с тем творческий процесс. В XVI веке швейцарский врач Парацельс писал: «Медицина есть более искусство, нежели наука. Знание опыта других может быть полезным для врача, но все знания мира не сделают человека врачом. Природа и вызывает, и излечивает болезнь, поэтому врачу необходимо знать природные процессы, происходящие как в видимом, так и в невидимом человеке». Особое внимание высшего медицинского образования уделяется практической подготовке. В современных условиях, выпускающиеся студенты нуждаются в освоении и применении навыков умений врача.

С начальных курсов студенты медицинского университета проходят активную теоретическую и практическую подготовку к встрече с пациентом. Однако возможность их прямого контактирования ограничена не только технологией образовательного процесса, но и правовым статусом. Правила

страховой медицины разрешают работу с пациентом только квалифицированным медицинским специалистам. Студент, как обучающийся, таковым не является. Потому основная подготовка студентов в плане коммуникативных навыков носит теоретический характер и проходит в стенах университета.

Основной направленностью подготовки студентов к практике после 4-го курса является отработка умений врача клиники. Представляется важным, проводить ее по всем направлениям, формирующим компетенции будущего специалиста.

Обучающийся в рамках тренингового курса должен освоить следующие компетенции:

ПК-5: готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.

В результате освоения **ПК–5** обучающийся должен:

Знать: основные принципы построения взаимоотношений с пациентом, психологические особенности поведения пациентов с острыми и хроническими соматическими заболеваниями, основные правила и последовательность сбора анамнеза и проведения объективного обследования пациента, принципы формулирования предварительного и клинического диагнозов, ассортимент лабораторно-инструментальных тестов, используемых в клинической практике.

Уметь: установить контакт с пациентами, обладающими различными психотипическими чертами характера, выявить с помощью анамнеза причины и последовательность развития заболевания, отличать физиологические (норма) и патологические параметры состояния внутренних органов при проведении объективного обследования пациентов

Владеть: навыками сбора анамнеза у пациента с соматическим заболеванием внутренних органов, проведения объективного обследования организма пациента, формулирования предварительного и клинического диагноза, правилами составления программы дальнейшего обследования и лечения пациентов с соматическими заболеваниями внутренних органов, интерпретацией данных лабораторно-инструментальных методов обследования.

Использование различных тренажерных комплексов в отработке практических умений показала их высокую эффективность в плане выработки алгоритма и последовательности той или иной лечебно-диагностической процедуры и понимание технологии всего лечебного процесса. Поэтому обучение и тренинг в симуляционных центрах значится в большинстве профессиональных стандартов в качестве необходимых трудовых функций врача. Что касается отработки умений взаимодействия с пациентом, здесь во многом полагаются на индивидуальный опыт и интуицию врача. На сегодняшний день обеспечить наиболее реалистичные условия взаимодействия врача и пациента способна обучающая методика «Стандартизированный пациент», используемая в Казанском государственном медицинском университете с 2004 года. В последние годы с использованием данной программы список задач значительно расширился. Отработка навыков сбора анамнеза, объективного обследования пациента, составление программы диагностических мероприятий и лечения дополнились формированием профессиональных коммуникационных навыков. Изменился и сам подход к этой проблеме. На первый план вышло условие, что в своем общении и передаче информации больному и родственникам медицинский специалист должен руководствоваться действующими нормативными актами (приказами, стандартами, руководствами, практическими рекомендациями) и в тоже время не должен забывать об общечеловеческих ценностях и культуре общения.

Одной из ключевых задач ближайших лет, поставленных российским правительством, является повсеместное повышение качества медицинской помощи населению. Достоверным индикатором качества помощи выступает общее количество жалоб пациентов, среди которых – комментарии в социальных сетях, в отношении оказанных медицинских услуг. Анализ структуры жалоб, проведенный специалистами министерства здравоохранения, установил, что около 80% жалоб связаны не с врачебными ошибками, а возникли из-за недопонимания и грубости со стороны медицинских работников по отношению к пациенту или его родственникам. Причина нежелания врача популярно объяснить пациенту его проблемы со здоровьем может быть очень банальной – врача не научили тому, как это надо делать. И грубость является лишь маскировкой профессиональной

неподготовленности, того пробела в практических умениях, с которым молодой специалист начал свою трудовую деятельность. Опрос, проведенный в Саратовском ГМУ среди студентов старших курсов, показал, что около 49,4% студентов испытывают затруднения при общении с пациентом. Психологи подтверждают: большинство конфликтов в сфере практической медицины сегодня так или иначе связаны с нарушениями деонтологических и коммуникативных норм поведения.

Следует отметить, что данная проблема характерна не только для России. Мировой опыт свидетельствует, что даже в вопросах обучения взаимоотношениям врач-пациент необходим научно-методический подход. Еще в 1996 году Д.Сильверман и С.Куртз - сотрудники Кембриджского университета штата Калгари смогли опубликовать руководство, в котором описаны 5 этапов общения с пациентами. Использование данных рекомендаций позволяло значительно расширить информацию о пациенте и облегчить процесс формирования клинического диагноза. Опыт работы по Калгари-Кембриджской системе в России пока на стадии изучения. Активными разработками занимаются методический центр аккредитации Сеченовского университета г.Москва, центр симуляционного обучения Тверского ГМУ.

Способность врача вести дискуссию с пациентом о его здоровье, правильно построенная схема сбора информации, помощь в виде наводящих вопросов помогут пациенту в решении его проблем со здоровьем, формировании общественного мнения о враче как о хорошем специалисте. Специфика работы врачей педиатрического профиля очевидна: она не ограничивается только лечебным процессом, но требует еще динамического контроля за развитием ребенка, общения не только с детьми, но и с их родственниками. Одним из основных принципов преподавания для студентов педиатрического факультета - привитие идеи о том, что педиатр в первую очередь должен «считать интересы больного ребенка превыше всего», а при встрече с родителями ребенка выступать в роли добросовестного, квалифицированного специалиста.

В основе подготовки студентов с использованием предложенного тренингового курса лежит принцип когнитологии. Обучающие принципы когнитивных технологий построены на предположении, что основным средством обучения являются задания по многократному логическому анализу различных

ситуаций, позволяющим сформировать в долговременной памяти обучающихся адекватные изучаемому содержанию когнитивные схемы. Они предъявляются обучающимся на семинарских или практических занятиях, тренингах, которые проводятся в групповой форме, сочетая профессиональные и коммуникационные умения.

Таким образом, в учебно-методическом пособии раскрывается суть нескольких методик, объединенных в тренинговый курс для эффективной подготовки специалистов.

ТЕМА 1. МЕТОДИКА «СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ»

Интенсивное внедрение информационных технологий в обучение студентов высших учебных заведений требует приобретения соответствующих знаний и умений для освоения будущей профессии. Однако, умение находить общий язык с пациентом, мотивировать на выполнение врачебных указаний и одновременно взаимодействовать с его родственниками остается одной из главных умений врача. В данном аспекте, методика «Стандартизированный пациент» (СП) обеспечивает освоение в полной мере практическими навыками, включая коммуникативные.

Впервые официально методика СП была предложена учеными H.S. Barrows и S. Abrahamson (1964) института Броуди штата Восточная Каролина. Была предложена концепция программированного пациента – здорового человека, которого обучили особенностям поведения конкретного пациента. К 1994 году большинство медицинских школ Сверхой Америки использовали методику СП при подготовке будущих кадров. В процесс обучения студентов совместно с роботами входит методика СП для лучшего освоения профессиональных навыков. В настоящее время данная методика применяется в мире достаточно широко, включая Канаду, Австралию, Корею, Израиль и Швецию. Согласно результатам обзора 69 статей, посвященных применению методики СП в процессе обучения – в 62,3% исследований говорилось о том, что после прохождения цикла студенты и практикующие врачи смелее общались с пациентами, комфортней себя ощущали на практике и смелее проводили объективный

осмотр. Одновременно, улучшены были не только знания о конкретных нозологиях, но и облегчилось прохождение контрольных тестов. Методика СП активно используется не только в подготовке будущих врачей, но и среднего медицинского персонала.

Имеется информация о внедрении данной методики в Казахстане, Белоруссии, России. Так, например, в Казахском Национальном медицинском университете (г. Алма-Ата), в качестве эксперимента, для обучения коммуникативным навыкам студентов разработали следующую ситуационную задачу: пациент находится в помещении клиники, в ожидании консультации. Студенту предлагается провести врачебный прием пациента. Если в процессе работы он почувствует затруднения в общении с пациентом, он может сказать кодовое слово «перерыв», и консультация останавливается на 5 минут. За это время он может обсудить трудности с коллегами, попросить о помощи. С помощью слова «перерыв» преподаватель также может остановить процесс осмотра пациента для внесения коррективов в работу студента. Студент возвращается к общению с пациентом после кодовой фразы «рабочее время». По данным авторов количество обращений за помощью составило от 3 до 5 на каждого студента. После полного прохождения курса, этот параметр снизился, в среднем, до 1,5. В Ставропольском ГМУ использовали методику СП для подготовки студентов к олимпиаде «Асклепий 2014» в качестве основного метода оценки умений студентов. Пациентов, изображавших пострадавших в ДТП, были собраны из числа студентов 3 курса. Преподаватели моделировали различные ситуации и задавали алгоритм поведения актеров. Основная функция актеров заключалась в реалистичной передаче симптоматики и эмоций в критической ситуации. По мнению студентов, исполнение роли пострадавшего позволило усилить понимание патофизиологии критического состояния и способов оказания первой помощи для всех участников. В России оригинальная методика СП до сих пор находится в стадии изучения и апробации. Лишь несколько медицинских вузов внедряли практические занятия с использованием данной методики в основную учебную программу подготовки студентов. Приятно отметить, что центр практических умений Казанского ГМУ является пионером в этой области и с 2004 года использует

методику СП в подготовке студентов 4 курса к летней производственной практике.

Основными действующими участниками учебного процесса, согласно базовой методики являются:

а) «куратор» - студент, который непосредственно обследует пациента, работая в палате;

б) «пациент» - специально подготовленный актер, демонстрирующий болезненное состояние;

в) «эксперт» - студент или преподаватель, который осуществляет дистанционное наблюдение за работой «куратора»;

г) инструктор – модератор образовательного процесса, ответственный за подготовку актеров и осуществляющий оценку студенческой работы. Роль инструктора подготовить каждого участника процесса к будущей роли. С этой целью в начале каждого занятия объясняется общая схема и роль каждого участника.

Методический план проведения занятия. В учебном процессе одномоментно задействованы все студенты академической группы. Они делятся преподавателем на 2 группы случайно и попарно. Далее каждая пара получает для работы комнату с актером. «Кураторы» после специального сигнала входят в комнаты с пациентами, а «эксперты» отслеживают все их действия, находясь в специальной комнате, оснащенной компьютерами. В качестве сигнального средства используется электрический звонок. Первый звонок сигнализирует о начале работы. Второй звонок через 30 минут оповещает об окончании времени, отпущенного на работу с пациентом. Следующие 20 минут отводятся на заполнение медицинской документации. В задачу «кураторов» входит запись основных данных анамнеза, результатов объективного обследования, формулирование предварительного диагноза, составление плана инструментального и лабораторного исследований для пациента. «Эксперты» заполняют специальный чек-лист, в котором отражается их мнение о качестве работы своего коллеги. Для того, чтобы эти данные носили объективный характер, группы «кураторов» и «экспертов» в ходе занятия не пересекаются. Следует отметить, что экспертную оценку качества работы «кураторов» предоставляют еще и сами пациенты, формируя в виде заполненных чек-листов по разделам: полнота и качество сбора

анамнеза, проведение объективного обследования, соблюдение правил коммуникации с пациентом.

Материально-техническое обеспечение учебного процесса по методике СП заключается в следующем:

1. Подготовка рабочего места для работы студента и актера.

Помещение должно иметь достаточное освещение, температуру 24-25⁰С, иметь хорошую звукоизоляцию. Обстановка максимально приближена к реальной палате – кровать, прикроватная тумба, шкаф для белья и одежды, раковина для мытья рук, необходимый набор инструментов для работы с пациентом: термометр, тонометр, шпатель. Уединенное общение пациента со студентом в одной комнате позволяет снять стресс, вести себя более раскованно.

2. Оснащение средствами видеоконтроля и аудиозаписи.

В комнате размещены две видеокамеры и чувствительный микрофон, которые позволяют передавать всю информацию о происходящем в дисплейный зал, где располагаются «эксперты». Эффект присутствия камеры, который беспокоит студентов перед началом работы, пропадает, по нашим наблюдениям, примерно через 2-3 минуты. Аудио-и видеоинформация поступает в дисплейный зал, где сосредоточена записывающая техника.

3. Подготовка рабочего места «эксперта».

Оно представляет собой стандартное компьютерное оборудование, дополненное наушниками для изоляции от соседей. На компьютере процесс записи идет перманентно, и инструктор имеет возможность, в спорных ситуациях, пересмотреть видеозаписи недельной давности. «Эксперт» дает свое обоснованное заключение о работе коллеги по разделам сбор анамнеза, проведение объективного обследования, соблюдение норм коммуникационного общения. Заключение, в виде чек-листа, заполняется вручную на бумажном носителе. Сделано для того, чтобы упростить анализ работы «эксперта» и сопоставить с данными, представленными «пациентом».

4. Подготовка легенды «пациента». Это одна из наиболее трудных задач, требующих творческого решения. Действительно,



рис. 1. Подготовка к работе

если пациент будет жаловаться на признаки геморроя, но доктор не имеет возможности провести пальцевое ректальное обследование, то вся практическая значимость задачи теряет смысл. Поэтому подготовка актеров проводится в два этапа. В начале с ними разучивается задача, обсуждаются до состояния понимания все симптомы и жалобы. Затем подбирается необходимый антураж к задаче. Так у пациента с жалобами на наличие геморроя будет на тумбочке стоять муляж

нижней части туловища человека, позволяющий провести пальцевое ректальное обследование. «Куратор» может это сделать, надев перчатки. В прямой кишке тренажера имеются увеличенные геморроидальные узлы, подтверждающие легенду «пациента». В качестве антуража мы используем аудиоимитаторы, жидкости, имитирующие кровь, театральный грим и кисть художника (рис.1).

Процесс обучения «пациентов» проходит по определенной методике. Это персональная задача инструктора, выполняющего роль методиста. Тщательно заучивают «кейс» и обучают поведению и ответам на вопросы. В задачу актера входит отвечать только на заданные вопросы, без каких бы то ни было комментариев. Следует добиваться полного автоматизма действий, поскольку информация от «пациента» для всех «кураторов» должна быть стандартной, без импровизации.

В качестве основных параметров, которым должен отвечать актер, работающий по методике СП, выделяют следующие:

1. Актер должен играть конкретную, отработанную роль.
2. Исключена импровизация, переход на «личности».

3. Актер может остановить осмотр при неподобающем поведении студента или его внешнем виде.
4. Актер оценивает умения студента максимально объективно согласно оценочному листу (Таблица №1-3).

Таблица №1. Оценка навыков сбора анамнеза

№	Ключевые вопросы сбора анамнеза	Выполнено	
		да	нет
1. Паспортная часть.			
Данные анамнеза заболевания:			
	Периодически морщитесь от боли.		
	Беспокоят боль в животе, изжога, привкус кислого во рту, отрыжка кислым.		
	Колющие, ноющие боли в левом подреберье на момент осмотра.		
	Боли возникали через 15-20 мин после еды, иногда боли отмечались по ночам и на голодный желудок. В последние 2 дня боли в животе стали постоянными.		
	Инфаркта миокарда, инсульта, сахарного диабета не было.		
	Гепатит, венерические болезни и туберкулез отрицает. В контакт с инфекционными больными, лихорадящими больными не входил (-а).		
	Вредные привычки: алкоголь умеренно, «по праздникам», не курит.		

Таблица №2. Навыки проведения объективного обследования

№	Этапы объективного обследования пациента	Выполнено	
		да	нет
1.	Осмотрел кожные покровы.		
2.	Провел пальпацию регионарных лимфатических узлов.		
3.	Провел осмотр грудной клетки, определил		

	частоту дыхания.		
4.	Провел аускультацию лёгких.		
5	Определил частоту пульса (на обеих руках).		
6.	Провел аускультацию сердца по 5 точкам: 1 точка – область верхушечного толчка 2 точка – 2 межреберье у правого края грудины 3 точка – 2 межреберье у левого края грудины 4 точка – около места прикрепления к груди мечевидного отростка 5 точка – 3 межреберье слева у грудины		
7.	Измерил артериальное давление.		
8.	Провел осмотр полости рта (зубы, десны, язык).		
9.	Произвел осмотр живота в целом.		
10.	Произвел поверхностную пальпацию живота.		
11.	Определил симптом перкуторной болезненности.		
12.	Определил симптом Щеткина-Блюмберга.		
13.	Провел глубокую пальпацию брюшной полости.		
14.	Определил перкуторные границы печени.		
15.	Провел пальпацию нижнего края печени.		
16.	Определил симптом Кера, Мерфи.		
17.	Проверил симптом Пастернацкого с обеих сторон.		

Таблица №3. Деонтологические навыки

№	Поведение студента при обследовании больного	Выполнено	
		да	нет
1.	Поздоровался, представился пациенту.		
2.	Поинтересовался именем пациента.		
3.	Помыл руки перед началом обследования.		
4.	Внимательно и терпеливо выслушивал все жалобы пациента.		
5.	Вежливо попросил пациента прекратить телефонные звонки и отключить телефон на время общения.		
6.	Объяснил причину своей просьбы: отвлечение может помешать принять правильное решение относительно состояния пациента (использовал		

	убедительный тон, разумные доводы).		
7.	Несмотря на внешние раздражители, доктор не раздражался и не переходил на резкие и грубо-повышенные тона.		
9.	Убедил пациента в стационарном лечении ввиду возможных серьезных последствий.		
10.	Обсудил с пациентом предварительного диагноза и план дальнейшего обследования.		
11.	Вежливо попрощался с пациентом перед уходом.		

Как видно из приведенного листа, оценка действий «куратора» определяется по принципу «да» или «нет». Все вопросы скомпонованы в три блока: полнота сбора анамнеза, проведение объективного обследования, коммуникативные навыки. Количество параметров каждого контрольного листа может варьировать в зависимости от клинической задачи. Имевшие место опасения, что актер не сможет оценить умения студента, на практике не



рис.2 Экспертная оценка

подтвердились. Совпадение оценок качества работы и умений студента, выставленных инструктором и актером, достигало 95-97%. Актеры отмечают пункты, которые выполнил «куратор, ставя «+». Достаточно большое число параметров в чек-листе объясняется желанием максимально

объективизировать действия «кураторов».

За работой «куратора» наблюдает эксперт (рис. 2). Имеются определенные требования, предъявляемые к эксперту:

1. Эксперт, в силу своей компетентности, должен оценить качество сбора анамнеза, проведения объективного осмотра, использования деонтологических приемов (Таблица №4).
2. Эксперт обязан зафиксировать свои замечания как основание для своей оценки.

Таблица №4. Оценочный лист эксперта

(Необходимо выбрать один вариант ответа из нескольких)

№	Этап экспертизы	Критерии оценки	Замечания
---	-----------------	-----------------	-----------

1	Анамнез	<u>Последовательность и полнота сбора анамнеза:</u> <i>a</i>— все сделал правильно; <i>b</i>— выполнено большей частью; <i>c</i>— есть существенные недочеты; <i>d</i> — непоследовательный и крайне неполный опрос. <u>Ключевые вопросы анамнеза:</u>	...
2	Объективное обследование	<u>Последовательность и полнота выполнения объективного обследования:</u> <u>Ключевые моменты объективного обследования:</u>	...
3	Деонтологические аспекты взаимоотношений «врач – пациент», используемые психологические приемы	<u>Ключевые моменты установления коммуникации:</u>	<i>Укажите отдельно используемые куратором коммуникативные приемы</i>



рис.3. Работа куратора с пациентом

Зачастую квалификация «эксперта» соизмерима или ниже квалификации куратора». Это студенты одной группы и их базовые знания одинаковы.

Соответственно возникает соблазн поставить своему приятелю более высокую оценку. Чтобы этого избежать и добиться объективности, оценка эксперта сверяется с оценкой «пациента» и результатами «куратора». Расхождение более 15% говорит о субъективизме и служит основанием для снижения баллов за проведенную экспертизу. Одним из методов контроля, используемых инструктором - это оценка работы «эксперта» после просмотра видеозаписи действий «куратора». Видеозапись процесса курации позволяет провести комиссионный разбор действий и ошибок «куратора» (рис.3). Это имеет значение во время экзамена или при возникновении спорной ситуации. Потому «эксперт» заинтересован в максимально объективной оценке, поскольку за данную работу он также получает баллы, которые влияют на его итоговый рейтинг.

Немного о регламенте работы куратора, общее время работы с пациентом – 30 минут в первый раз и 45 минут в зачетный день. Основная часть времени, как правило, приходится на сбор анамнеза и объективное обследование. Методика СП позволяет симулировать «трудного» пациента, который отличается от реального тем, что информацию представляет строго дозированно, отвечая лишь на конкретно поставленный вопрос. Поэтому, как и в работе с реальным пациентом – если упускается какой-то из пунктов анамнеза, информацию можно получить и при проведении объективного обследования. По сценарию задач, каждый из пациентов имеет определенные характерологические особенности поведения. Мы постарались смоделировать присущие больному человеку черты поведения – говорливость, плаксивость, замкнутость, негативизм. Для преодоления подобных моментов предлагается воспользоваться арсеналом коммуникационных приемов, позволяющим успокоить, добиться доверия пациента, вызвать его на откровенность и направить разговор в нужное русло. О комплексе подобных навыков мы поговорим чуть позже.

Следующей задачей после сбора анамнеза и общеклинического обследования является постановка предварительного диагноза. Это является обязательной частью работы поскольку определяет дальнейший план обследования и лечения пациента. С этого момента начинается основная аналитическая и творческая работа. «Куратору» отпущается 30 минут для постановки предварительного диагноза и запрос результатов лабораторно-

инструментальных тестов, которые позволят сформулировать клинический диагноз. На этом этапе проверяется общая эрудиция и подготовленность обучаемого к взаимодействию с действующей системой практического здравоохранения. Поскольку необходимо не просто перечислять все известные виды диагностики, а сделать это в соответствии с действующими стандартами в пределах определенной нозологии. Студента просят избегать назначения редких, малоизвестных и дорогостоящих процедур. В качестве прообраза клиники предлагаем рассматривать республиканскую клиническую больницу, имеющую отделение лабораторной диагностики. Свободное владение арсеналом лабораторно-инструментальных методов обследования, дает дополнительные баллы, и повышают общий рейтинг. Однако, направленность данного тренингового курса подразумевает, прежде всего, развитие клинического мышления. Умение со смыслом использовать стандартный набор диагностических тестов с максимальным извлечением полезной информации оценивается преподавателем самыми высокими баллами. В реальной профессиональной деятельности такой подход способен быстрее привести к постановке клинического диагноза и быстрейшему назначению адекватного лечения. Например, если задача связана с обострением хронического заболевания, то особое внимание уделяется умению студента анализировать общий анализ крови (уровень и фракции лейкоцитов, гемоглобина, эритроцитов и гематокрита, а также – средней концентрации гемоглобина в эритроците – MCH или среднего объема эритроцита – MCV). Для инструментальных методов диагностики применяется универсальное правило – все запрошенные данные (электрокардиографии, ультразвукового исследования, обзорная или прицельная рентгенография) поступают только в виде первичного документа, без описания. Студенту предоставляется возможность выявить отклонения самому и сделать заключение.

На финальном этапе решения ситуационной задачи проходит обсуждение проделанной работы с преподавателем. Студент выступает в роли лечащего врача и отчитывается перед преподавателем о проведенной работе, записанной в карте курации пациента, обосновывает выставленный клинический диагноз, выбранную программу лечения пациента. Собеседование проводится индивидуально с каждым студентом и носит характер

беседы. Только по завершению всех этапов работы по решению задачи преподаватель проводит рейтинговую оценку работы студента, используя для объективизации: чек-лист «эксперта», чек-лист «пациента», лист «куратора», а при необходимости, просматривает видеозапись работы с пациентом.

ТЕМА 2. КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ В РАБОТЕ ВРАЧА

Общеизвестно, что взаимоотношения врача и пациента оказывают большое влияние на сроки и результат лечения. В литературе и кино встречается немало примеров, где смертельный исход становится результатом отрицательного эмоционального фона, негативизма со стороны окружающих или ошибок медицинского персонала. Успешная профессиональная деятельность врача определяется умением взаимодействовать с пациентом и его родственниками. Врач, исходя из его социальной роли, должен обладать эмпатией, владеть «языком телодвижений», быть психологом. Отзывчивость, доброта, внимание должны стать формой проявления профессионализма и основой построения взаимоотношений с пациентом и коллегами. Современное общество предъявляет очень высокие требования к врачам. Часто необоснованные, «недобрые» высказывания в отношении медицинских работников звучат с телеэкрана и в социальных сетях. Довольные пациенты после успешно проведенного лечения, как правило благодарны и молчаливы. А вот другая категория больных, которые по объективным или субъективным причинам не получили от врача ожидаемой помощи способны существенно осложнить ему жизнь. Пусковым механизмом к развитию скандала может послужить сиюминутная раздраженность пациента, грубость медицинской сестры или врача в разговоре с родственниками и масса других, казалось бы, мелких причин из которых разгорается пламя конфликта. Все это не проходит бесследно. Доказано, что высокая нагрузка, постоянный стресс, наличие судебных разбирательств приводят к профессиональному выгоранию. Психологи установили, попав в подобную жизненную ситуацию, меняется личность врача, проходя несколько стадий от агрессии до безразличия. А это уже прямая предпосылка к профессиональной

деградации и врачебным ошибкам. Можно ли остановить этот порочный процесс и по возможности избежать подобных конфликтов в будущем? Медицинские психологи считают, что да. При этом ответственность за поддержание здорового психологического климата в коллективе лежит на каждом его члене. Не стоит упускать из виду, что под маской хамства и грубости со стороны медицинского персонала часто скрываются хроническая усталость или некомпетентность. В то время как раздражительность и агрессивность со стороны пациентов или их родственников могут быть следствием страхов, чувства одиночества, обиды на жизненную ситуацию в целом. При возникновении подобного конфликта современная наука рекомендует сделать 5 минутный перерыв и задать несколько вопросов для снижения уровня стресса у всех участников спора:

- 1) Сформулируйте конкретно что Вас беспокоит в нескольких словах?
- 2) Что бы Вы хотели получить в данной ситуации?
- 3) Как Вы считаете, чем конкретно я могу Вам сейчас помочь?

Данные литературы свидетельствуют, что подобный подход в выходе из конфликтной ситуации снимает ее остроту, переводит проблему в разряд «решаемых» и не провоцирует желание искать «правду» любой ценой.

Стоит ли студента, получающего высшее медицинское образование обучать действиям в конфликтных ситуациях? Однозначный ответ, что это необходимо. С первого курса в сознание обучаемых вкладывается мысль, что «студент медицинского университета обязан соблюдать высокие этические нормы поведения с пациентом, его родственниками, коллегами по работе. Отзывчивость, доброжелательность, внимание к пациенту и его родственникам являются основой построения доверительных отношений в системе «врач-пациент». Трудно с этим не согласиться. Однако декларация намерений еще не означает их выполнения. В рамках прохождения тренингового курса на 4 курсе мы стараемся познакомить обучаемых с типичными трудными ситуациями возможными во взаимоотношениях с пациентами и даем ряд практических рекомендаций как этого избежать. Трудно дать некий универсальный совет позволяющий его мгновенно

переломить психологический настрой и «взрыв» эмоций. Но следует знать, что как кольчуга защищала воина в средние века в битве, так и внешний вид врача определяет первое впечатление пациента. Первое требование к студентам, проходящим тренинговый курс на 4 курсе с использованием методики «стандартизированный пациент» к их одежде:

1. Студент должен быть опрятным, чисто одетым. Принятая в России униформа – белый халат, шапочка должны быть выглаженными, застегнутыми на все пуговицы. Длина и размер халата определяются конституцией медицинского работника, при этом, не должны обтягивать, стеснять или наоборот свисать.
2. Волосы должны быть убраны под шапочку, или собраны в причёске, так как длинные волосы могут мешать при обследовании пациента, а также служат потенциальным переносчиком паразитарных инфекций. Старайтесь избегать ярких, дорогих украшений.
3. Не рекомендуется использовать яркий макияж, резкий парфюм.
4. Перед встречей с пациентом проверьте состояние ногтей, их чистоту и размер. Допускается проводить осмотр в одноразовых перчатках, обрабатывая их антисептиком для каждого пациента. Необходимо, чтобы пациент видел обработку Ваших рук дезинфицирующим раствором.
5. Фонендоскоп должен лежать на прикроватной тумбочке или быть у Вас на шее. Следует обработать мембрану стетоскопа перед обследованием пациента.
6. Обувь должна быть удобной и чистой.

Это правила для врача, а соответственно и для студентов, проходящих практику. На пациентов они не распространяются. Вид неопрятно одетого человека, исходящий неприятный запах в силу определенных обстоятельств, не должны давать повод для неприязненного отношения или, как минимум, Вы не должны дать повода для претензий.

Следующим навыком для будущего врача должно стать умение абстрагироваться от внешних эмоций и попыток ввязать Вас в некую дискуссию. В жизни бывает так: спорящего человека легче поймать на слове, спровоцировать на неосторожное слово или обмануть. Описаны случаи, когда врач вынужден был идти на

поводу пациента и даже совершать противоправные действия оказавшись загнанным в угол умелым интриганом. Пациент должен видеть вдумчивость и серьезность при общении с ним. Вы можете высказать предположение, но оставить последнее слово за более опытными коллегами или углубленной диагностической программой. Будьте аккуратны в общении, не стоит лишний раз манипулировать медицинской терминологией, особенно в конфликтных ситуациях. Скорее всего, Ваши слова будут истолкованы неправильно и в свою пользу, чем еще более утвердит скандалиста в его правоте. Особое место занимает проблема общения с больными с заболеваниями с высокой степенью летальности (онкология, врожденная патология и т.д.). Как правило, нужно убедить больного в необходимости хирургического вмешательства. Лучшие результаты дает тактика подбадривания. Самому больному всю правду говорить не стоит, только если он сам не настаивает на знании всей информации. Такой подход позволяет до конца сохранять надежду пациента на выздоровление. Лучше всего будет оставить подробности родственникам пациента. Тем временем, сообщить, что проблемой пациента занимаются квалифицированные специалисты и сделают все возможное для его выздоровления.

Когда мы говорим о детской онкологии, вся информация дается родителям в полном объеме. Таким образом, вы сможете обезопасить себя от претензий в желании скрыть правду. Знание детской психологии, педагогические приемы в общении с больным ребенком должны стать гарантом плодотворного доверительного общения. Ведущую роль играет эмоциональное взаимодействие. В детском лечебном учреждении должна сохраняться дружеская атмосфера, соответствовать возрастному поведению детей. В данном случае также информация о состоянии ребенка, прогнозе заболевания дается родителям в полном объеме. В разговоре следует оперировать фактами, избегать излишнего оптимизма или трагедийности.

Следующее правило современного врача – убедительность. Это необходимое условие для выработки доверия со стороны пациента. Речь должна быть аргументированной и звучать убедительно. Даже в случае, когда диагноз только предполагается, следует говорить о нем опираясь на имеющиеся данные анамнеза объективного обследования, первых лабораторных тестов. Не считается зазорным

посвятить пациента в детали диагностического процесса, что будет способствовать формированию мнения пациента о том, что он попал в «хорошие» руки и все идет по плану. В дальнейшем, по мере поступления данных, диагноз может измениться, но мнение о Вас как о вдумчивом, серьезном специалисте останется.

На данный момент существует несколько авторских методик, позволяющих в игровой форме осваивать коммуникативные навыки общения «врач – пациент». Во многом они носят, теоретический, а не прикладной характер. Реальное тому подтверждение дефицит времени, отпущенного на общение врача и пациента. Как правило, врач, ведущий прием амбулаторных больных, вынужден «ускорять» разговор с пациентами направить мышление пациента в «нужную» сторону. Однако, такой подход чреват возможной потерей истинной жалобы, которая является ключевой для постановки правильного диагноза. Этим можно объяснить тот факт, что процент расхождения предварительного и клинического диагноза по некоторым нозологиям достигает 45-50%. Часто в практике встречается ситуация кардинального изменения диагноза после госпитализации, так как пациенты только в расслабленном состоянии вспоминают свои истинные симптомы. Это связано с тем, что на первичном приеме у врача, присутствовало отвлечение от беседы перерывами на заполнение документации, телефонные звонки. Все эти факторы снижают концентрацию внимания и память. В 1996 году была опубликована книга Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz "Skills for communicating with patients", где подробно проанализированы типичные ошибки в общении врача и пациента и даны рекомендации по тому, как их избежать. Впоследствии, рекомендованную схему общения врача с пациентом назвали Калгари-Кембриджской системой (в честь медицинского факультета университета Кембридж в городе Калгари).

Структура Калгари-Кембриджской системы (ККС) организации консультации пациента и состоит из ряда последовательных шагов (этапов, рис.4). Процесс начинается с этапа «начало приёма» и делает определяющими навыки установления первичного контакта. В группу «сбор информации» объединены приемы исследования проблем пациента. Группа «структурирование консультации» представлена навыками придания диалогу открытости исследования логике, «создание отношений» – навыками адекватного

невербального поведения и вовлечения пациента в лечебный процесс. «Объяснение и планирование» — навыки предоставления пациенту информации в нужном объеме и правильной форме, помощи в точном усвоении и понимании, планирования, принятия совместного решения,

«завершение приёма» — навыки планирования и окончания приёма. В группу «условия разъяснения и планирования» входят следующие коммуникативные навыки: обсуждение обследований и процедур, обсуждение заключения и значимости проблемы, навыки составления совместного плана действий. Так, например, активное слушание предполагает выдерживание пауз во время проведения консультации. Врачу (студенту) хочется получить необходимую информацию от больного как можно быстрее, однако, в случае спешки пациент начинает сбиваться с мысли и логика его повествования может исчезнуть. Оптимальная продолжительность времени для изложения жалоб и истории настоящего заболевания составляет от 7 до 11 минут.

Стимуляция пациента в виде слов подбадривания («продолжайте», «так-так»), создание вербальных сигналов заинтересованности, повторение некоторой части информации пациента входят в понятие активное выслушивание. Открытые вопросы предполагают наличие развернутого ответа, что позволяет узнать больший объем информации за короткий промежуток времени. После чего стараются осуществить переход на закрытые вопросы, в которых ответы несут конкретность, по принципу «да» или «нет». Вопросы необходимо чередовать для того, чтобы создать эффект активной дискуссии. Структурирование беседы предполагает ее разделение на составные части, например: сначала дается объяснение настоящего состояния пациента, а после небольшой паузы разговор переходит на историю заболевания. На основании основных критериев взаимной эмпатийности, на которую рассчитана Калгари-Кембриджская система, мы сформировали чек-лист проверки коммуникационных навыков «куратора».



*Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2004). Skills for communicating with patients. 2nd Edition. Oxford: Radcliffe Medical Press. Перевод В.П. Чемерков

рис. 4. Модель осмотра пациента

Занятие по ККС повторяет архитектуру занятий по методике СП. В ней также участвуют действующие лица – «куратор», «пациент», «эксперт», инструктор. Содержание чек-листа представлено в таблице № 5.

Таблица №5. Оценочный лист пациента (актера)
коммуникативных умений куратора
 ФИО студента _____ Курс _____ бокс _____

№	Поведение студента при обследовании	Выполнено	
		да	нет
1.	Поздоровался, когда вошел в палату.		
2.	Представился и поинтересовался именем пациента.		
3.	Объяснил цель своего прихода.		
4.	Доброжелательно и терпеливо выслушал жалобы.		
5.	Помогал пациенту, задавая наводящие вопросы.		
6.	Доступно обговорил проблемы пациента.		
7.	Не пытался уйти от проблем пациента.		
8.	Корректно вел себя при сборе данных.		
9.	Резюмировал сказанное.		
10.	Поддерживал зрительный контакт.		

Заполняет этот чек-лист «пациент» сразу после выхода «куратора» из палаты. Каждая строка содержит определенное действие, которое должен выполнить «куратор». «Пациенту» лишь остается проставить галочки в соответствующих местах о выполнении. Мы специально ограничились 10 показателями в качестве характеристики коммуникационных умений. Сделано это для упрощения подсчета набранных баллов и позволяет проводить экспресс-анализ работы студента. Так, выполнение только 6 пунктов и менее, расценивается как неудовлетворительное качество работы, а полученная от «пациента» характеристика со всеми десятью «да», свидетельствует о правильном подходе «куратора» к проблеме коммуникации с пациентом.

Мы разработали специальное упражнение на проверку коммуникационных способностей студентов, проходящих тренинговый курс на 4 курсе. В качестве вводного занятия,

студентам предлагается поработать индивидуально и обследовать одного из пациентов. По условиям задачи пациент доставлен машиной скорой помощи. Когда студент входит в комнату, он встречается с ярко выраженной эмоциональной реакцией пациента. В одной из задач – это крайне рассерженная женщина. Причина состояния – долгое ожидание скорой помощи и недостаток внимания со стороны медицинских работников. Пациентка возбуждена, не находит себе места, речь отрывиста и эмоциональна. Типичная стрессовая ситуация, в которой находится пациент и вовлекается доктор, проводящий первичный осмотр больного. Для достоверности актеру разрешено импровизировать в рамках создаваемого психологического образа: слезы, трясущиеся руки, негативные эмоции на лице. Студент в комнате находится один и ему приходится выходить из этой сложной ситуации, опираясь только на собственный опыт и интуицию. Работа засчитывается, если за отведенное время обучаемый сумел погасить эмоциональный фон пациента и перевел разговор на сбор жалоб. С точки зрения педагогического подхода, это своего рода «провокация» на поиск нестандартного решения. Каждый находит такое решение индивидуально. А чтобы мыслительный процесс обучаемых двигался в нужном направлении, после подобного «практического упражнения» со стрессовой ситуацией, преподаватель-инструктор проводит дискуссию об основных ошибках в поведении медицинских работников, сложностях работы с трудными пациентами. По завершению разбора теоретической части, студентам предоставляется возможность пройти еще один подобный кейс. По мнению преподавателя, результатов анализа чек-листов от «пациентов» и «экспертов», результаты прохождения второго кейса улучшаются примерно в два раза.

Не вызывает сомнения, что такого рода «шоковая терапия», пусть в игровой форме, значительно повышает интерес и заставляет студента серьезно взглянуть на проблему взаимоотношений с пациентом. Отмечено, что в последующие дни тренинга, при решении ситуационных задач, студенты уверенно применяли приемы психологического взаимодействия и создавали атмосферу эмпатии в работе с пациентом. Вот несколько советов по выстраиванию разговора с пациентом, который негодует и требует встречи с главным врачом. Уже на этапе сбора информации для паспортной части Вы можете попытаться определить психотип

пациента, находящегося перед Вами, его настроение. Пациента, настроенного негативистски следует успокоить и постараться расположить к себе как к приятному собеседнику. Разговаривать с ним спокойным и уверенным голосом, обсудить его требования, установить зрительный контакт. Хороший седативный эффект оказывает общение с помощью открытых вопросов, например: «Давайте еще раз уточним, что конкретно Вас беспокоит?», «Чем я могу Вам помочь?» Вы сможете одновременно дать себе небольшую передышку и снизить уровень стресса. После этого, можно вернуться к обсуждению претензий пациента используя при этом закрытые вопросы, типа: «правильно я понял, что Вас беспокоит отсутствие внимания со стороны врачей?». Психологи приводят аналогию, что «скандал - это костер, в который мы сами подбрасываем дрова». Такими «дровами», которые жарко горят, могут быть грубые слова, неприличные жесты, растерянность и испуг. Уберите эти провоцирующие факторы из общения с любым пациентом навсегда. Стоит отметить еще один из важнейших аспектов в этике врача –это культура общения с коллегами. Студент только набирает свой практический опыт, ему необходимы помощь и подсказка, которые он получает от старших товарищей. Иногда это заведующий отделением, профессор, а иногда медицинская сестра и даже санитарка. В любой ситуации Вы должны уметь правильно обращаться к специалистам за советом, уметь работать с литературой и не гнушаться делиться современной информацией с коллегами. Не считается зазорным или действием, снижающим Ваш авторитет просьбу о консультации более опытного специалиста. Если Вы выявили упущение или ошибку в действиях коллеги не принимайтесь обсуждать это с пациентами или другими коллегами. При возможности, постарайтесь переговорить о проблеме лично и помните, что «не ошибается только тот, кто ничего не делает». Отношения со средним и младшим медперсоналом должны быть основаны на доверии, так, как только командная работа позволяет быстрее достигнуть положительного результата. Общий доброжелательный настрой и поддержка друг друга обеспечивает не только нужную атмосферу, но и эффективность работы всего коллектива в целом.

ТЕМА 3. АРХИТЕКТУРА ТРЕНИНГОВОГО КУРСА. ПЛАН ЗАНЯТИЙ

В настоящей главе мы постараемся рассказать о принципах построения тренингового курса на 4 курсе и акцентировать внимание на тех моментах домашней подготовки, которая должна предшествовать каждому занятию. На тренинговый курс для студентов 4 курса педиатрического факультета отпущено 36 академических часов, которые проводятся за 6 рабочих дней.

• 1 день. Практикум по коммуникативным навыкам

В ходе данного занятия обсуждаются организационные моменты



рис.5 Практикум коммуникативных навыков

проведения занятий, студенты знакомятся с принципами рейтинговой оценки своей работы (рис.5). Обсуждается методика работы с Калгари-Кембриджской системой. Во второй части занятия студенту предлагается освежить навыки сбора анамнеза и объективного обследования в форме проведения курации одного

из пациентов. Отводится 8 минут на работу с пациентом, и особое внимание уделяется проявлению профессиональных коммуникационных навыков. Дебрифинг включает обсуждение результатов работы с пациентами в преломлении к популярной в настоящее время в мире Калгари-Кембриджской системе проведения консультации.

• 2,3,4 день. Практикум клинических умений врача (методика «стандартизированный пациент»).

Ежедневное задание для каждого студента состоит из следующих этапов:

- проведение сбора анамнеза и объективного обследования пациента;

- выставление предварительного диагноза и составление плана инструментально-лабораторных тестов для пациента;
- формулирование клинического диагноза и составление программы лечения пациента;
- индивидуальное собеседование с инструктором по результатам проведенной курации;
- проведение внешней экспертной оценки работы своего коллеги с пациентом.

На работу с пациентом отводится 30 минут, на заполнение медицинской документации и составление плана диагностических тестов – 30 минут, формулирование клинического диагноза и разработка плана лечения – 30 минут, итоговое индивидуальное собеседование с преподавателем 15 минут, проведение внешней экспертизы – 30 минут.

- **5 день. Работа с виртуальным пациентом и тренажерами - роботами.**

Кафедра симуляционных методов обучения в медицине следует современным тенденциям в обучении практическим навыкам. Технология «виртуальный пациент» предполагает работу с обучающей компьютерной программой, предназначенной для



рис. 6. Виртуальный пациент

отработки навыков организации и проведения лечебного процесса. Представляется ситуационная задача в виде пациента, поступающего в лечебное учреждение. (рис.6) Необходимо провести начальный сбор информации от больного. Эта часть работы

имеет вид квеста с типичными вопросами и ответами. Следующим шагом следует провести общеклиническое обследование пациента. С помощью различных манипуляторов можно осуществить пальпацию, перкуссию и аускультацию определенных областей тела пациента. На экран выводятся основные параметры состояния пациента: АД, пульс, ЧДД, сатурация крови, температура тела,

уровень глюкозы в крови. Программа предполагает возможность проведения расширенной диагностической программы. Одной из уникальных возможностей программы – проведение поэтапного лечения пациенту с возможностью внесению изменений в лечебную тактику. По завершению работы программа выдает итоговую оценку и иллюстрирует эффективность проведенных с пациентом манипуляций. Работа на комплексе «BODYINTERAKT» проводится в группах по 2-3 человека. На решение одной клинической ситуационной задачи отводится 30 минут. За время занятия рассматриваются 2-3 задачи. Подобный вариант обучения позитивен тем, что обучающийся видит результаты своих манипуляций и с помощью имеет возможность обсудить свои действия с преподавателем.



рис. 7 Роботы-тренажеры

Вторая часть занятия посвящена аускультативному тренингу на японских тренажерах-роботах Physiko (рис.7). Роботы-пациенты дают возможность отработать навыки аускультации легких, сердца, органов брюшной полости, выявить возможные первые признаки инсульта, рецидива фибрилляции

предсердий. Время, отводимое для тренинга на роботах, составляет 60 минут.

- **6 день. Освоение навыков проведения сердечно-легочной реанимации.**

Согласно выпущенным международной ассоциацией врачей реаниматологов в 2020 году рекомендациям по СЛР детей и взрослых тренинг должен осуществляться каждый год в объеме не



рис. 8. Проведение СЛР

менее 2 академических часов. В ходе данного занятия студенты используют тренажеры фирмы LOERDAL для отработки приемов первичного СЛР (рис. 8). Требования к качеству СЛР:

нажимы на грудную клетку на глубину не менее $\frac{1}{3}$ переднезаднего диаметра грудной клетки с частотой 100-120 раз в минуту. При этом грудная клетка должна каждый раз расправляться полностью. При отсутствии интубационной трубки процедура «компрессии-вдохи» осуществляется в соотношении 15:2. При использовании интубационной трубки проводим непрерывные компрессии и вдох каждые 2-3 секунды. В качестве медикаментозной терапии при асистолии рекомендуют использовать эпинефрин (0,01 мг/кг при концентрации 1 мг/мл, максимальная доза 1 мг - внутривенно) каждые 3-5 минут. При резистентной фибрилляции желудочков/желудочковой тахикардии и неэффективности дефибрилляции – амиодарон в дозе 5 мг/кг болюсом до 3 доз или лидокаин из расчета 1 мг/кг ударной дозы. Энергия разрядов для дефибрилляции – первый разряд 2 Дж/кг, второй разряд – 4 Дж/кг, последующие разряды от 4 до 10 Дж/кг. Продолжительность занятия – 6 академических часов.

ТЕМА 4. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РАБОТЫ СТУДЕНТА

В повседневной работе во время учебного процесса, используется рейтинговая оценка. Суть подхода заключается в том, что итоговая оценка складывается из большого числа субъективных оценок, выставляемых «экспертом», «пациентом», инструктором.

1 день. Практикум по коммуникативным навыкам.

Оценка по результатам первого занятия выставляется на основании результатов, полученных от актера, эксперта и преподавателя. Чек-лист содержит 10 пунктов, которые соответствуют 10-балльной шкале. Соответственно при выполнении более 7 пунктов из списка – 7 баллов, 8 пунктов – 8 баллов, 9-10 пунктов – 9 и 10 баллов соответственно. Оценка преподавателя строится на основании двух предыдущих оценок и видеозаписи, проведенной во время занятия. Таким образом, снижается субъективизация оценок актера и эксперта. Преподаватель оценивает работу студента по тем же критериям, по которым оценивал эксперт.

Рейтинг по итогам занятия суммируется на основании 3 оценок (курация, экспертиза, дискуссия): 27-30 баллов – «отлично», 24-26 баллов – «хорошо», 21-23 балла – «удовлетворительно», менее 20 баллов – «неудовлетворительно».

2-4 день. Практикум клинических умений врача.

Итоговая оценка складывается из большого количества субъективных оценок актера, эксперта и преподавателя. Во время прохождения учебного цикла, участвуя в обсуждении, принимая активное участие в работе группы, студент тем самым набирает баллы. Согласно таблицам №1-4 подсчитывается общий рейтинг. По 10-балльной шкале оцениваются контрольные листы актера и эксперта. Отдельно проводится оценка кураторского листа согласно критериям, представленным в таблице №6.

Таблица №7. Таблица оценки преподавателем работы студентов по методике «СП».

Дни цикла	Этап работы и оцениваемая часть	баллы
Первый день	Коллективный разбор клинической задачи. Базисные знания и практические умения обучающегося.	1-10
Второй день	Навыки сбора анамнеза, объективного обследования, план обследования пациента и его обоснование. Дифференциальная диагностика заболеваний.	1-10
Третий день	Контрольное занятие. Назначение плана обследования в соответствии со стандартами. Дифференциальная диагностика заболеваний с уточнениями. Дополнительная оценка лечебной тактики.	1-10
Максимально: 30 баллов		

Студенты на занятии проводят коллективный разбор одной аналогичной ситуационной задачи, совместно с преподавателем обсуждают план действий и тактику лечения. Максимальное количество баллов, которые может «заработать» студент в этот

день варьирует от 2 (ничего не знает и не умеет) до 10 (демонстрирует устойчивые навыки). Во время первого занятия за счет совместной работы преподавателя и студента оживляются нужные знания и умения. На третьем занятии студент защищает свой клинический случай и может доказать обоснованность своих суждений и умозаключений. Наличие логики, общая эрудиция и обоснованность диагностической и лечебной тактики позволят улучшить результат. В итоге, суммируя все три оценки – актера, эксперта и преподавателя, в сумме получается 30 баллов.

5 день. Работа с виртуальным пациентом и тренажерами - роботами.

В данном случае, работа преподавателя заключается в предварительном инструктаже работы с виртуальным пациентом и роботом Physiko. Компьютерная оценка в конце пройденного курса дает оценку действий студента. В том числе с помощью стандартной 10-балльной шкалы оцениваются знания и практические умения студента по следующим критериям:

1. Определил уровень сознания и состояния правильно.
2. Провел/назначил осмотр грудной клетки, определил частоту дыхания.
3. Провел/назначил аускультацию лёгких.
4. Определил частоту пульса (на обеих руках).
5. Провел/назначил аускультацию сердца.
6. Измерил артериальное давление.
7. Провел/назначил осмотр полости рта (зубы, десны, язык).
8. Выставил диагноз.
9. Составил диагностический план.
10. Правильно оказал медикаментозную помощь.

Правильно и корректно проведенные навыки определяют общую оценку за данный курс.

Оценка за работу на тренажерах-роботах - 1-10 баллов.

Оценка за решение задачи с «виртуальным пациентом» - 1-10 баллов.

6 день. Освоение навыков проведения сердечно-легочной реанимации.

Каждые несколько лет пересматриваются основные методики оказания помощи и проведения сердечно-легочной реанимации взрослым и детям.

Знание основ СЛР также оценивается по 10-ти балльной шкале и при выполнении следующих навыков:

- 1) Первый этап перед проведением СЛР.
- 2) Алгоритм реанимационных мероприятий для взрослых при остановке сердца.
- 3) Алгоритм реанимационных мероприятий для взрослых при анафилактическом шоке.
- 4) Алгоритм реанимационных мероприятий для взрослых при тахикардиях.
- 5) Алгоритм реанимационных мероприятий для детей при остановке сердца.
- 6) Алгоритм реанимационных мероприятий для взрослых при тахикардиях.
- 7) Алгоритм реанимационных мероприятий для взрослых при анафилактическом шоке.
- 8) Особенности оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 пневмонией.
- 9) СЛР у новорожденных.
- 10) Дифференциальная диагностика неотложных состояний.

Оценивается знание вышеописанных ситуаций и случайно выбирается для выполнения один из практических навыков. 10 – 9 баллов – «отлично», 8 баллов – «хорошо», 7 баллов – «удовлетворительно», менее 7 баллов – «неудовлетворительно».

Проведение комплекса первичной СЛР 1-10 баллов.

Организация работы по оказанию неотложной помощи в команде 1-10 баллов.

Итоговая оценка ставится на основании суммы оценок всех предыдущих занятий согласно нижеуказанной таблице №8.

Таблица №8. Расчет оценки по тренинговому курсу.

План занятий	баллы
1 день. Практикум по коммуникативным навыкам	1-30
2-4 день. Практикум клинических умений врача	1-30
5 день. Работа с виртуальным пациентом и тренажерами-роботами.	1-20
6 день. Освоение навыков проведения сердечно-легочной реанимации.	1-20

Итого	100
Выполнены:	
100 баллов - превосходно	} зачтено
90-99 баллов - отлично	
80-89 баллов – хорошо	
69-79,9 - удовлетворительно	
Менее 68 - неудовлетворительно	Не зачтено

Завершая обзор критериев оценки работы студента по тренинговому курсу необходимо отметить, что решающим критерием для получения положительного рейтинга служит посещение всех занятий и активная работа самого студента во время цикла. Пропуск первого занятия, как правило, ведет к снижению организованности и понимания предмета. Пропуск последующих дней влечет необходимость отработки и снижает возможности получения положительной оценки. Успехов и хороших оценок добьется лишь тот студент, который добросовестно посещает все занятия и готов активно работать и познавать практические аспекты лечебной деятельности.

ТЕМА 5. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОЙ ЗАДАЧИ

В приемный покой поступает ребенок, мальчик 14 лет вместе с ним приезжает бабушка и говорит, что родители подъедут через 2 часа. Обследование пациента производится с разрешения родителя, поэтому необходимо первоначально обсудить с бабушкой необходимость наличия родителей.

Бабушка 67 лет, беспокоится о состоянии внука. Постоянно спрашивает у Вас о его состоянии. Использует речевые обороты: «Тут никогда ничего не делают, как надо», «Что Вы собираетесь делать с ним?», «Вы обязаны ему первому помочь!», «Мы слишком долго ждали скорую помощь, чтобы еще здесь ждать!», «Вы начнете обследовать, только если это ребенок кого-то из «главных»?!». «Вы слишком молоды, позовите старших врачей!». Бабушка стоит с разведенными в сторону руками, активно жестикулирует. Все тело напряжено. Резкий, грубый и часто пронзительный и громкий голос. Лицо перекошено, губы искривлены, критикует все на свете.

Ваша задача провести обследование пациента и сгладить конфликтную ситуацию.

Прежде всего, уясните, что, Вы выполняете служебный долг, Вы профессионал и квалифицированный специалист. Держитесь уверенно, и с прямой осанкой, смотрите в глаза. В первую очередь поздоровайтесь и представьтесь. Выясните, кем приходится пациенту пожилая женщина и как к ней можно обращаться. Успокойте ее сообщив, что ситуация не является угрожающей и помимо Вас с ребенком будут заниматься и другие специалисты. Для начала получите согласие на беседу с ребенком. Обоснуйте, что для установления диагноза Вам необходимо лично общаться с пациентом. Успокойте бабушку, что за всеми уточнениями Вы обратитесь к ней, и будете держать ее в курсе всех диагностических шагов. Информировать, что для проведения лабораторно-инструментальных методов исследований нужно согласие родителей.

Как уже было сказано, пациент 14 лет, поступил с жалобами на одышку смешанного характера при физической нагрузке, слабость, периодические подъемы АД до 160/90 мм рт.ст.

Анамнез заболевания: Одышка началась около полу года назад, после занятия по баскетболу, за медицинской помощью не обращался. Одышка прошла самостоятельно в покое, кашель, мокроту отрицает. Далее со временем стал отмечать затруднение дыхания (которого не было ранее) при менее интенсивной физической нагрузке. После чего, самостоятельно решил перейти на занятия лечебной физкультурой. Около недели назад, снова появилась смешанная одышка, которую заметил преподаватель. После чего пациент был направлен в медпункт. Измерено АД 160/80 мм рт.ст., рекомендовано обратиться к участковому терапевту по месту жительства. К участковому терапевту не ходил из-за частых зачетов и занятий в школе. Лекарственные препараты не применял. Проходил флюорографию в поликлинике в рамках диспансеризации, патологических изменений не находили. Отметил увеличение веса в течение последних месяцев.

Анамнез жизни: родился в рабочей семье (доношен). Отец и мать бухгалтеры. В школу пошел в 7 лет. Развивался в соответствии с возрастом. Спортом активно не занимается, примерно неделю.

Хронические заболевания отрицает. Была операция в 12 лет – аппендэктомия.

Диету старается соблюдать в течение 1 недели, когда отметил увеличение веса. Отказался от сладкой и соленой пищи, пока безрезультатно.

Вредных привычек не имеет.

Из разговоров с бабушкой стало известно, что у нее имеется гипертоническая болезнь, был перенесенный инфаркт миокарда и есть проблемы с повышением холестерина. У отца периодически повышается АД, у матери выявили высокий уровень холестерина.

Объективный осмотр.

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Положение активное. Передвигается самостоятельно. Температура тела 36,6С. Рост 160 см, вес 60 кг. ИМТ = 22,6 (лишний вес). Кожа физиологической окраски, без высыпаний, эластичная. В параорбитальной области видимы наложения желтого цвета. Волосистой покров соответствует паспорту и возрасту. Отеков подкожно-жировой клетчатки нет. Лимфатические узлы (шейные, подчелюстные, затылочные, подмышечные, паховые) не увеличены, безболезненные. Мышечная система развита хорошо, тонус не нарушен, сила сохранена. Костная система без видимых изменений, болезненности при пальпации нет. Суставы внешне не изменены, движения безболезненные, выполняются в полном объеме. Дыхательная система. Дыхание через нос свободное. Переднезадние размеры грудной клетки не изменены. Грудная клетка симметрична, равномерно участвует в акте дыхания, без видимых деформаций. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. ЧДД 17 в минуту. Голосовое дрожание одинаково с обеих сторон, не изменено. При сравнительной перкуссии, выслушивается легочной звук. Топографические границы легких в пределах нормы. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, шумов нет. Бронхофония не изменена, симметрична. Сердечно-сосудистая система. При осмотре деформаций в прекардиальной области нет. Сердечный толчок не визуализируется. Визуально видимой пульсации на крупных сосудах нет. Пульс на левой и правой лучевых артериях симметричен, ритмичный, равномерный, удовлетворительного напряжения, наполнения и величины. ЧСС = пульсу = 80 уд в мин. АД 140/80 мм рт.ст. на

обеих руках. При пальпации верхушечный толчок на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, не разлитой, усилен. При перкуссии границ относительной тупости сердца: правая - по парастернальной линии, верхняя граница на уровне 3 межреберья, левые границы – на уровне среднеключичной линии. При аускультации тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. Желудочно-кишечный тракт: при осмотре полости рта язык влажный, чистый. Видимые слизистые физиологической окраски. Зубы санированы. Форма живота обычная. Передняя брюшная стенка симметрично участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, незначительно увеличен за счет выраженности подкожно-жировой клетчатки. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Поджелудочная железа не пальпируется, большая кривизна определяется на 3 см выше пупка по обе стороны. Печень пальпируется на 1 см кнутри от правой реберной дуги, край гладкий, ровный, острый и безболезненный. Границы по Курлову составляют 9-8-7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется. При перкуссии длинник составляет 6 см, поперечник 4 см. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пальпация надлонной области безболезненна, перкуторно мочевого пузыря не выстоит над лобком. Со слов, стул и диурез в норме.

Предварительный диагноз: Эссенциальная артериальная гипертензия 1 степени.

Диагноз артериальной гипертензии выставлен на основании жалоб, данных анамнеза, результатов объективного осмотра.

При объективном осмотре обращают на себя внимание признаки наследственной формы дислипидемии, проявляющиеся в виде ксантелазм; усиление верхушечного толчка, приглушенность тонов при аускультации сердца говорят о начальных изменениях в миокарде, вероятно, гипертрофии миокарда вследствие подъемов АД.

В данном случае дифференциальная диагностика артериальной гипертензии следует провести с гормональными изменениями, и различными видами вторичной артериальной гипертензии.

Артериальная гипертензия устанавливается тогда, когда результаты 3 измерений АД в разное время находятся выше 95-

го перцентиля, соответствующего возрасту, полу и росту ребенка, или САДср и ДАДср выше 95-го перцентиля по возрасту, полу и росту.

Для вазоренальной гипертензии характерно повышение диастолического давления, резистентность к медикаментозной терапии. При гипертензии эндокринного генеза можно отметить изменения кожных покровов, а также наличие полиурии и полидипсии. При наличии токсического зоба – можно отметить тахикардию, глазные симптомы, увеличение щитовидной железы.

Имеющиеся данные объективного осмотра и анамнеза, исключают гормональную перестройку у данного пациента. В том числе можно заподозрить наличие метаболического синдрома.

В соответствии со стандартами диагностики и лечения больных с артериальной гипертензией для подтверждения предварительного диагноза необходимы следующие лабораторно-инструментальные методы исследования:

- 1) Общий анализ крови (с лейкоформулой).
- 2) Биохимический анализ крови: креатинин, мочевины, глюкоза, общий белок, АЛТ, АСТ, общий холестерин.
- 3) Липидный спектр.
- 4) Рентген ОГК, Эхо-КГ.
- 5) УЗИ печени, почек, надпочечников.
- 6) СМАД.

Данные лабораторно-инструментальных методов исследований:

1. Общий анализ крови: Hb125 г/л, Leu $6,4 \cdot 10^9$ /л, Plt – $200 \cdot 10^6$ /л, СОЭ 10 мм/ч (лейкоформула: п-2, с – 67, э-1, м-8, л-22)
2. Биохимический анализ крови: АЛТ – 12 ед/л, АСТ 13 ед/л, глюкоза 4,5ммоль/л, общий холестерин 10,0ммоль/л, креатинин 100 мкмоль/л, СКФ 65мл/мин/1,73м² по формуле Кокрофта-Гоулта, мочевины 5,0ммоль/л, общий белок 64 г/л.
3. Липидограмма: общий холестерин 10,0ммоль/л, Х-ЛПНП 6ммоль/л, Х-ЛПВП 1,3ммоль/л, ТГ 1,3ммоль/л, индекс атерогенности - 4.
4. Рентген ОГК: на представленной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции. Легочные поля прозрачные. Корни легких усилены, незначительно расширены,

структурированы. Сердечно-сосудистая тень небольших размеров. КТИ в пределах нормы. Форма сердца каплевидная.

Эхо-КГ: ФВ 55%. признаки диастолической дисфункции левого желудочка, правое предсердие 3,8 см, СДЛА 25 мм рт.ст., признаки трикуспидальной регургитации 1-2 степени, толщина межжелудочковой перегородки – 1,1 см.

5. УЗИ печени, почек: эхо-признаки уплотнения паренхимы почек. Границы печени в пределах нормы, воротная вена 8 см. Надпочечники в пределах нормы.

6. СМАД: максимальное значение АД зафиксировано в 6:00 – 180/90 мм рт.ст., минимальное в 01:00 ночи – 100/60 мм рт.ст.

Анализ результатов исследований: общий анализ крови в пределах нормы. Однако, в биохимическом анализе крови отмечено увеличение уровня общего холестерина в крови, а дополнительные отклонения в значениях Х-ЛПНП говорит о дислипидемии. Постановка полного диагноза дислипидемии требует назначения специфических генетических тестов. Для постановки диагноза метаболического синдрома нам понадобится дополнительное исследование в виде теста толерантности к глюкозе. На данном этапе, благодаря результатам эхокардиографии можно судить о наличии ранних признаков ремоделирования миокарда в результате подъемов АД. Несмотря на сохранную ФВ (55%), имеется гипертрофия левого желудочка, что говорит о перегрузке объемом. Вероятно, при подъемах АД и интенсивной физической нагрузке, происходит увеличение давления в легочной артерии и усугубление право- и левожелудочковой недостаточности, что приводит к появлению одышки. В результате увеличения резистентности сосудистой стенки на фоне дислипидемии привело к увеличению показателей АД. Судя по результатам УЗИ почек, зарегистрированы начальные изменения в паренхиме почек, что может привести к резистентной артериальной гипертензии. Наличие результатов СМАД говорит о наличии АГ.

Клинический диагноз: Гипертоническая болезнь 2 степени, высокий риск. ХСН 1 с сохранной ФВ 55%. Дислипидемия.

Целью нашего лечения является – достижение нормализации АД для снижения риска развития ранних сердечно-сосудистых заболеваний и летальности.

Мы преследуем следующие задачи:

1. Достижение целевого уровня АД (<90-го перцентиля, при хронической болезни почек — ниже 75-го перцентиля без протеинурии, при протеинурии — ниже 50-го).
2. Улучшение качества жизни.
3. Профилактика ПОМ.
4. Профилактика ГК.

Немедикаментозная часть лечения будет состоять из коррекции диеты.

- Рационализация питания (диета с ограничением потребления поваренной соли, сладкого, насыщенных жиров, рекомендовать фрукты, овощи и злаки, культура питания);
- ограничение физической активности – плавание, скандинавская ходьба на время подбора лекарственной терапии. Запрещены интенсивные физические нагрузки: бег, тяжелая атлетика.

В задачи качественной медикаментозной терапии входят:

1. Выбор препарата с учетом особенностей пациента (возраста, наличия ожирения, СД, ГЛЖ, функции почек и др.).
2. Начало лечения с одного препарата в минимальной дозе, при неэффективности увеличение дозы.
3. При плохой переносимости, отсутствии эффекта необходимо сменить препарат.
4. Лучше использовать препараты с 24-часовым действием.
5. При неэффективности монотерапии назначают комбинацию препаратов в малых дозах.

Оценка эффективности лечения проводится через 8-12 недель, минимальная его продолжительность – 3 мес. (предпочтительнее 6-12 мес.).

При адекватно подобранной терапии после 3 мес. возможно постепенное снижение дозы препарата до полной отмены с продолжением немедикаментозного лечения.

В данном случае возможно использование любого из класса иАПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина, учитывая наличие нарушений функций почек, возможного метаболического синдрома. При неэффективности, возможно дополнение диуретических препаратов и назначение их в комбинации.

Также необходима терапия дислипидемии. Учитывая АГ, наилучшим вариантом будет назначение статинов с использованием их плеiotропного эффекта.

В результате обследования, необходимо объяснить пациенту и его родственникам о срочном обращении к участковому терапевту и проведению дополнительных методов обследования, таких как – тест толерантности к глюкозе, генетический тест на определение типа дислипидемии. В ближайшем времени стоит рекомендовать повторную сдачу анализов крови, инструментальную диагностику через 6 месяцев. С результатами обследования пациенту и его родственникам необходимо будет обратиться к участковому терапевту для возможной коррекции терапии.

ТЕМА 6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящем учебно-методическом пособии приведены авторские разработки по тренинговому курсу для 4 курса педиатрического факультета с использованием наиболее популярных в мире симуляционных методик. Игровая форма подачи материала, игра актеров, возможность творческого подхода в решении ситуационных задач для обучаемого выгодно отличают курс от классических занятий на кафедрах. А именно позволяет обучаемому всесторонне взглянуть на процесс обследования больного и оценить собственный багаж знаний и практических умений. Образовательный процесс построен на желании обучаемого индивидуально изучить и разобрать подчас сложный клинический случай, а использование игры актеров создает иллюзию настоящей врачебной практики. Подобная тактика преимущественности в обучении (клиническая кафедра – тренинговый центр – практика в лечебном учреждении) способствует пониманию пройденного теоретического материала, формированию клинического мышления и чувству ответственности за пациента. Изучение и внедрение основ Калегри-Кембриджской системы позволяет студенту войти в проблемы будущего специалиста, снижая вероятность попадания в стрессовую ситуацию. Тренинговый курс использует несколько вариантов клинических задач различного профиля, требуя гибкости мышления и всесторонней подготовки студентов.

В рамках современных тенденций, процесс работы врача не заканчивается личной консультацией, она может продолжаться дистанционно. На данный момент имеется более 200 различных информационных медицинских систем, в которых содержится база данных о пациентах. Согласно последним рекомендациям при COVID настороженности, предполагает дистанционное ведение пациента и использование врачом достижений телемедицины. В процессе подготовки медицинских кадров для этого применяются различные образовательные методики, в том числе «Виртуальный пациент». Обучающая компьютерная программа «Виртуальный пациент» дает возможность смоделировать и изучить проявление болезни в разных жизненных обстоятельствах. Главное преимущество данной методики – возможность управлять процессом лечения и диагностики пациента. Данная технология позволяет соответствовать современным требованиям по ведению пациентов в дистанционном формате: дистанционное оформление больничного листа, назначение инструментальных методов исследования «по-телефону» или «через интернет» внутри больничной информационной системы.

Важная часть работы любого медицинского специалиста – оказание неотложной и экстренной помощи пациентам. В представленном тренинговом цикле в сознании обучаемого происходит синтез алгоритма активных действий в экстренной ситуации, как сочетание практических умений и коммуникативных. Оказывая помощь пациенту, врач должен уметь управлять всем процессом организации экстренной медицинской помощи, направляя и организуя работу команды.

В настоящее время идет совершенствование тренингового курса для студентов 4 курса педиатрического факультета. Продолжается разработка ситуационных задач, совершенствуется качество артистического исполнения, уточняются критерии оценки работы обучающихся – все эти вопросы находятся в стадии активной доработки. Мы будем благодарны за отзывы и советы по данной работе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная учебная литература

№ п. п.	Наименование согласно библиографическим требованиям
1	Симуляционное обучение в медицине [Электронный ресурс]: учеб. пос. / Под редакцией профессора Свистунова А.А. - М.: РОСМЕД, 2013. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433935.html
2	Основы ухода за хирургическими больными [Электронный ресурс] : учебное пособие / Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432167.html
3	Программа освоения практических умений по методике «стандартизированный пациент» [Электронный ресурс] / Булатов С.А., Хамитов Р.Ф. - Казань : Казанский ГМУ, 2006. - http://www.studmedlib.ru/book/skills-2.html

Дополнительная учебная литература

№ пп.	Наименование согласно библиографическим требованиям
1	Медицинские манипуляции [Электронный ресурс] / Марк Стоунхэм, Джон Вэстбрук. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.studmedlib.ru/book/IGTR0001.html
2	Ситуационные задачи [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Морозова Г.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424001.html
3	Внутрибольничная инфекция [Электронный ресурс] / Осипова В.Л., Загретдинова З.М., Игнатова О.А. и др. - М. : ГЭОТАР-

Список используемых источников литературы

1. Методика «Стандартизированный пациент» как этап формирования клинического мышления будущих врачей / Булатов С.А., Пальмова Л.Ю. // Вестник современной клинической медицины. – 2009. – Т.2, вып.4. – С.33-36.
2. Калгари-кембриджская модель клинического общения в развитии коммуникативных навыков врача / В.П. Шеховцов, Л.Х. Шехаб // Тверь, 2014. – С.50-54.
3. Опыт применения «стандартизированных пациентов» в образовательном процессе студентов 4 курса по дисциплине «внутренние болезни» / Жумадилова З.К., Каскабаева А.Ш., Ботабаева А.С., Муздубаева Ж.Е. // Вопросы медицинского образования. - 2013. - №3. – С.19-23.
4. Т. В. Променашева «Психология общения с пациентом»: методическое пособие / Променашева Т.В. // Иркутск: ИГМУ, 2012. – 40 с.
5. Артериальная гипертензия и гипотензия у детей: патофизиология, клиника, неотложная терапия: уч.-метод.пособие / Кулагин А.Е., Сикорский А.В., Чичко А.М. // Минск: БГМУ, 2014. – 43 с.
6. A ten-year review of the literature on the use of standardized patients in teaching and learning: 1996–2005 / W. May, J. H. Park, J. P. Lee // Medical teacher. - 2009. – 31. – P.487-492.
7. «СТАТИСТ» в симуляционном обучении студентов медицинских вузов / Зинченко О.В., Муравьева А.А., Владимирова О.В. // Ставрополь, СГМУ, 2008г. – 4 с.
8. Перспективы применения стандартизированных пациентов в учебном процессе в ВГМУ / Талыбов А.М., Редненко В.В. // УО «Витебский государственный медицинский университет». – 2016. – С.325-326.
9. Когнитивные технологии в образовании. / Бершадская Е.А., Бершадский М.Е. // Вестник СВФУ. – 2016. - №3(03). – 2016.
10. Использование стандартизированных пациентов в процессе интерактивного обучения студентов-медиков / Дощанов Д.Х. // Вестник КазНМУ. – 2014. - №3(2). – С. 44-46.

11. Медицинская деонтология. [Электронный ресурс] / БМЭ. – 2020г. Ссылка: https://xn--90aw5c.xn--c1avg/index.php/%D0%94%D0%95%D0%9E%D0%9D%D0%A2%D0%9E%D0%9B%D0%9E%D0%93%D0%98%D0%AF_%D0%9C%D0%95%D0%94%D0%98%D0%A6%D0%98%D0%9D%D0%A1%D0%9A%D0%90%D0%AF
12. Patient-based real-time quality control: review and recommendations / T. Badrick, A. Bietenbeck, M. A. Cervinski, A. Katayev, H. H. van Rossum, T. P. Loh // Clinical chemistry. – 2019. – 65:8. – P.962-971.
13. Systematic review of standardized patient use incontinuing medical education / K. Wilbur, A. Elmubark, S. Shabana // JCEHP. – 2018. – V38, №1. – P.3-10.

Харисова Э.Х. Мухаметдинова А.А., Булатов С.А.

ПРАКТИКУМ КЛИНИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВРАЧА

(модуль 4)

*Учебно-методическое пособие по тренинговому курсу для
студентов IV курса педиатрического факультета*

Редактор Амирова Р.М.

