

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	4
Список сокращений	5
Введение	6
Глава 1. Проектирование практического занятия	9
Глава 2. Типовое практическое занятие «Журнальный клуб»	15
2.1. Вступительная часть занятия	15
2.2. Основная часть практического занятия	16
2.3. Завершение занятия	21
Глава 3. Типовое практическое занятие «Клинический разбор с диагностическим поиском»	22
3.1. Вступительная часть занятия	22
3.2. Основная часть практического занятия	23
3.3. Завершение занятия	32
Глава 4. Типовое практическое занятие «Ролевая игра "врач—пациент"»	33
4.1. Вступительная часть занятия	33
4.2. Основная часть практического занятия	34
4.3. Завершение занятия	35
Глава 5. Типовое практическое занятие «Медицинские дебаты»	36
5.1. Вступительная часть занятия	36
5.2. Основная часть практического занятия	38
5.3. Завершение занятия	43
Глава 6. Практическое занятие «Коллективная подготовка к участию в студенческих олимпиадах» ...	44
6.1. Вступительная часть занятия	45
6.2. Основная часть практического занятия	45
6.3. Завершение занятия	57
Заключение по методикам преподавания в Школе мастерства по терапии	59
Список литературы	61

ВВЕДЕНИЕ

Данное пособие представляет собой иллюстрацию возможностей современных эффективных форм образовательного процесса в медицинском вузе и знакомит читателей с проблемным обучением в рамках пилотного проекта Сеченовского Университета «Школа мастерства».

В настоящее время на образовательных площадках вузов страны происходит активная модернизация подходов к обучению. Эпоха перемен и стремление приблизиться к стандартам образования европейских стран постепенно разрушили устаревшие методики преподавания советской эпохи, а новые подходы не оправдали возложенных на них надежд по ряду объективных и субъективных причин, оказались малоэффективными в условиях работы с российской молодежью, особенно со студентами медицинских образовательных учреждений. Да и время не стоит на месте: мир, наполненный устройствами и дистанционными способами общения, постепенно отдалил людей друг от друга. «Диалог», «беседа», «группа» стали в современном словаре лишь обозначением того или иного виртуального способа общения, а не реальным межличностным взаимодействием, навыки которого так необходимы студентам медицинских вузов, ведь более чем в половине случаев успешное лечение пациентов зависит от способности врача грамотно выстроить свое общение с больным. Все это и привело к необходимости создания новых комбинированных подходов к обучению студентов-медиков [1].

Медицинские школы Древней Греции использовали и совершенствовали различные виды дискуссии и ораторского мастерства. История древнегреческой мысли представляет собой примеры противопоставления разных точек зрения, стремившихся объяснить явления природы, в том числе устройство человеческого организма. Есть мнение о том, что в основе античной дискуссии лежит различие в понимании роли метода исследования:

использование в практике разных философских и медицинских школ диалектического метода (иначе говоря, метода философской беседы, построенной на полемических приемах) и метода аподиктического доказательства, основанного на строгих требованиях к аргументации. Во главе обучения были поставлены и совершенствовались такие навыки, как умение общаться и представлять свою точку зрения. Школа как понятие и как философия общения была сформирована именно в этот период. На протяжении веков понятие «школа» претерпело значительные изменения. В настоящее время оно четко ассоциируется с базовым образованием детей, при этом в современном лексиконе один из подтекстов термина «школа» отражает посредственное образование и низкий уровень знаний («Забудьте все, чему вас учили в школе!»).

Однако, обращаясь к истории медицины, мы часто вспоминаем те или иные научные медицинские школы под руководством уважаемых и прославленных руководителей и вдохновителей. Понятие «ученики и воспитанники школы» по-прежнему ассоциируется у нас с высоким качеством медицинской помощи и всеобъемлющим знанием. Когда рядовому медицинскому работнику не хватает опыта и знаний для оказания высококвалифицированной и узкоспециализированной медицинской помощи, требуются люди с высоким уровнем базового образования, которым привили способность к постоянному самосовершенствованию.

Сложно сказать, в какой момент была утрачена историческая преемственность школ. Вероятно, это произошло тогда, когда резко выросла конкуренция за рабочие места среди специалистов в области здравоохранения и медики стали бояться делиться собственными знаниями и опытом. А возможно, все произошло тогда, когда на «троне» здравоохранения воцарилась доказательная медицина, переведя диагностику и лечение пациентов из разряда искусства в порой формальное следование шаблонам и стандартам. Результат один: в наши дни хорошими врачами становятся скорее «вопреки», чем

«благодаря». Из-за резкого увеличения набора в медицинские вузы многие студенты оказываются невостребованными и оставляют медицинскую деятельность. Также к старшим курсам обучающиеся зачастую утрачивают веру в собственные возможности оказать качественную медицинскую помощь, правильно провести диагностический поиск и поставить верный диагноз, а следовательно, уходит интерес как к профессии врача, так и к медицине в целом.

На протяжении более 10 лет в Сеченовском Университете (ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России) функционирует проект «Школа мастерства» по различным специальностям. В Школу мастерства по терапии по результатам собеседования зачисляются высокомотивированные студенты IV–VI курсов. Программа несколько не дублирует базисную программу по внутренним болезням на кафедрах университета. Перед обучающимися на каждом занятии ставятся клинические проблемы, которые необходимо решить с использованием всех имеющихся в их распоряжении методов и возможностей. Слушатели Школы мастерства активно участвуют в осуществляемой на кафедре научной деятельности, имеют возможность присутствовать на консультациях реальных пациентов (консилиумах врачей). В качестве основной формы обучения в Школе мастерства по терапии используется проблемное обучение.

Глава 4

ТИПОВОЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ «РОЛЕВАЯ ИГРА "ВРАЧ–ПАЦИЕНТ"»

«Отработка навыков общения в ходе ролевой игры «врач–пациент» помогает студентам заранее подготовиться к самым сложным ситуациям (как морально-этическим, так и правовым), которые могут возникнуть во время последующей работы. Например, мы разбирали пациента, который хотел всеми способами получить отсрочку от армии и придумывал свои симптомы. Врач же, внимательно выслушав и осмотрев пациента, не пошел у него на поводу и признал, что пациент не страдает острыми и хроническими заболеваниями».

Когай Вероника Валерьяновна, врач-терапевт участковый, ГБУЗ «ТГБ» ДЗМ филиал 2, соискатель кафедры факультетской терапии № 1 ИКМ имени Н.В. Склифосовского Сеченовского Университета, 2020 год выпуска.

Место проведения: лекционная или семинарская аудитория.

Продолжительность: 120 мин.

Оснащение: медицинская документация «симулированного пациента», бумага и ручка для записи врачом информации.

4.1. ВСТУПИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ

После обоснования актуальности темы, цели и задач преподаватель объясняет студентам, что с помощью роле-

вой игры будет разобрана тема (темы) занятия, не оглашая их. В процессе ролевой игры студенты продемонстрируют свои компетенции (клиническое, логическое и аналитическое мышление), навыки принятия решения, работы в команде, знание правовых вопросов, профессиональную речь, умение задавать вопросы и вести диалог.

За 1–3 дня до занятия преподаватель объясняет суть роли участнику-«пациенту». Преподаватель озвучивает всем обучающимся условия и порядок проведения ролевой игры «Пациент с признаками острой респираторной вирусной инфекции на приеме врача-терапевта».

Помимо пациента среди остальных обучающихся «разыгрываются» следующие роли: участковый врач-терапевт, заведующий лечебно-диагностическим отделением, эксперт-аналитик. Согласно «роли» каждый студент определяет свое поведение, формулирует вопросы и ответы; преподаватель при необходимости корректирует траекторию поведения каждого участника ролевой игры.

В ходе проведения игры преподаватель самостоятельно (там, где это уместно) подключает новых «персонажей». Для приближения к реальной клинической ситуации игрокам будут предложены амбулаторная карта, бланки для направлений, медицинская документация пациента. В учебной комнате рекомендуется расставить столы и стулья в соответствии с ролевой игрой.

4.2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

За столом сидит студент, получивший роль «участкового врача». Входит студент, играющий роль «пациента», который обращается к «участковому врачу», формулирует жалобы и анамнез жизни/болезни согласно заданной преподавателем легенде.

«Участковый врач» задает вопросы «пациенту», собирает анамнез, имитирует объективное обследование (вслух комментирует результаты), делает выводы о веду-

шем синдроме и предполагаемом диагнозе, составляет план дальнейшего обследования, заполняет направления на обследования и госпитализацию в стационар (если считает это обоснованным).

Основная сложность, с которой может столкнуться «участковый врач», — это «конфликтность» пациента, и, соответственно, существует насущная потребность в правильной работе с возражениями. Исполняющий роль «пациента» настроен крайне скептически по отношению к назначенной консервативной терапии, настоятельно требует направления на госпитализацию у исполняющего роль «врача». «Участковый врач» не находит показаний к госпитализации пациента с острой респираторной вирусной инфекцией (оценивает тяжесть состояния пациента, проводит физикальный осмотр, термометрию, пульсоксиметрию), разъясняет пациенту основные моменты, которые могут отягощать пребывание пациента в стационаре (период пандемии коронавирусной инфекции 2019 г., от англ. COronaVirus Disease 2019, COVID-19 и риск заражения другими инфекциями). В игру включается студент в роли «заведующего отделением», которого может пригласить для участия в приеме «участковый врач». «Участковый врач» кратко представляет жалобы и анамнез пациента, приводит основные причины/сложности, побудившие вызвать «заведующего отделением». Тот выслушивает обе стороны, задает вопросы, резюмирует. По окончании ролевой игры «эксперт-аналитик» делает заключение, в котором указывает на слабые, сильные стороны, диагностические ошибки и т.д.

4.3. ЗАВЕРШЕНИЕ ЗАНЯТИЯ

Подведение итогов ролевой игры. Преподаватель делает обобщение: насколько правильно врач задавал вопросы, корректно использовал термины, демонстрировал коммуникативные навыки. Преподаватель просит студентов поделиться впечатлениями — что было интересным, не устроило, было сложным и т.д.