

Освоение приемов безошибочного диагностирования в высшей медицинской школе

Р.Е.Хоружая, В.Н.Мудрая, Д.К.Калиновский,
Л.Л.Татаренко, А.С.Шаповалов

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,
ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»
Донецк, Луганск, Украина

Сегодняшняя ситуация, сложившаяся в здравоохранении в Украине и в мире, характеризуется нарастающим неблагополучием. Особенно остро стоит вопрос относительно участвующих медицинских ошибок как при диагностировании заболеваний, так и адекватности, и рациональности проводимого лечения. В предлагаемой читателю статье излагается точка зрения авторов, рекомендуемых наряду с использованием дистанционных технологий обучения в высшей школе пользоваться учебниками, пособиями управляющего типа, что позволит предотвращать диагностические ошибки.

Ключевые слова: инновационные технологии, учебные пособия управляющего типа, высшая медицинская школа, диагностические ошибки.

ВВЕДЕНИЕ

Сегодняшнее положение в практическом здравоохранении не вызывает оптимизма не только у руководителей всех уровней, рядовых сотрудников, но и всего общества. Проблемы зрели давно, накапливались годами [2]. Причем стоит отметить, что трудности современного периода обусловлены как «неуютностью», вызванной реформированием сферы здравоохранения — внедрением пилотных проектов, так и невысоким уровнем профессионализма нынешних специалистов, все чаще допускающих ошибки в диагностировании не только атипично протекающей патологии, но и в узнавании классически проявляющихся заболеваний [1].

Следует отметить, что медицинские ошибки — это беда не только украинских врачей. Все чаще и громче об упомянутой проблеме говорят в европейских странах. Встречаются они в государствах, расположенных на американском континенте. Более того, речь идет не о Венесуэле или Колумбии. Проблема ошибочных диагнозов, нерационального лечения также остра для США и Канады.

Недавно американские эксперты завершили работу, результаты которой шокировали американское общество: Америка из-за медицинских ошибок ежегодно теряет больше \$ 3,5 миллиардов. У нас в стране подобного масштабного исследования не проводилось. Если предположить, что экспертиза состоялась бы, ее результаты были бы не менее ошеломительными.

В связи с вышесказанным понятно, что обучение на клинических кафедрах как на этапе додипломной подготовки, так и последипломное образование должно быть организовано таким образом, чтобы ошибки в диагностике и лечении свести к минимуму [3].

Целью исследования было сравнить уровень достижений студентов (интернов), обучающихся специальности «стоматология» по традиционному сценарию и с использованием инновационных технологий (учебников, пособий управляющего типа, мультимедийных презентаций и пр.).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На кафедрах терапевтической и хирургической стоматологии проводилось многолетнее наблюдение за процессом обучения студентов IV и V курсов международного и стоматологического факультетов. Учитывались не только виды и формы аудиторной работы, но и до-

ступность, и востребованность дистанционных технологий. Например, использование учебных пособий управляющего типа, обращение к сайту кафедры, на котором «вывешивались» мультимедийные лекции и пр. Ради справедливости, стоит заметить, что количество последних невелико.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Условно мы разделили задействованную часть студентов (42 человека) на две группы с приблизительно одинаковым исходным уровнем знаний (в среднем их рейтинг достигал 3,25 и 3,44 балла). Первая часть студентов составляла контрольную группу (6 человек). Вторая часть студентов (36 человек) вошла в основную группу и была разделена на три подгруппы, слагавшиеся из тех, кто обучался, используя только учебные пособия управляющего типа (18 человек), мультипрезентации сочетанно с учебными пособиями управляющего типа (12 человек), и тех, кто обучался, обращаясь лишь к мультимедийным лекциям (6 человек). Каждое тематическое занятие начиналось, согласно современным требованиям, с тестирования. Цикл дисциплины (семестровый, годовой или, согласно новым веяниям, модульный) завершался итоговым контролем. Изучая уровень усвоения в первом приближении (лишь по итогам ежедневного тестирования), обнаружено, что в среднем группа контроля медленнее (на решение каждого тестового задания затрачивалось больше минуты — 1,25-1,35 минуты) и менее точно диагностировала изучаемую патологию. Соответственно средний показатель ее успешности составлял 3,25 балла. Среднее значение указанного показателя второй части студентов, объединенных в три подгруппы, достигал 3,51 балла. При этом им для решения ситуационных задач требовалось до 1 минуты времени (40-50 секунд). Следует отметить, те обучающиеся, которые использовали мультипрезентации сочетанно с учебными пособиями управляющего типа, справлялись с заданиями до 40 секунд. Более того, они достовернее диагностировали изложенные клинические ситуации (они практически не ошибались в узнавании патологии, но испытывали затруднения в выборе тех или иных методов исследования, тактики врачебных вмешательств, в трактовке результатов исследования и пр.).

Далее мы условно выделили несколько уровней усвоения изучаемого материала. При безошибочном диагностировании клинических

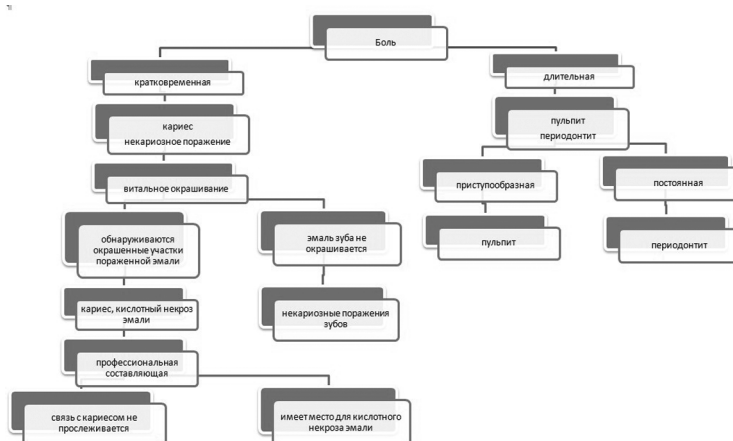
ситуаций или высоком уровне усвоения изученного процент правильных ответов достигал 91% и выше. Средний уровень успешности объединял тех, у кого правильно решенные тесты укладывались в диапазон от 60% до 90%. И, наконец, неуспешным считался результат, при котором верных ответов было меньше 60%.

Количество студентов в объединенной группе, справившихся с тестами на 91% и более процентов, достигало 19,44% и было сопоставимо с теми, кто фактически не «одолел» тестовые задания (25%). Соответственно основная масса продемонстрировала средний уровень усвоения (55,56%).

Данные, характеризующие группу контроля, выглядят следующим образом. Высокий уровень успешности выявлен у 16,67% студентов, низкий — у 16,67% обучающихся. У 66,66% зафиксирован средний уровень.

Конечно, проведенный анализ требовал более жесткого подхода, следования определенным критериям в отношении подбора студентов. У нас такой возможности не было. Те группы студентов, которые волею распределения учебным доцентом нам «доставались», и были вовлечены в педагогическое исследование. Мы понимаем, что результаты нашего небольшого исследования несколько сжаты. Однако авторы не задавались целью заданно проиллюстрировать наши предположения о необходимости внедрения инновационных методов обучения в ежедневную педагогическую практику. Не расстроились, увидев сопоставимость цифр относительно количества «отличников» и «явно неуспевающих». Хотя и в этой части прослеживаются определенные тенденции, убеждающие, что мы на верном пути. Несомненным и явственным оказалось число «среднячков». В группе, ежедневно знакомившейся с мультимедийными презентациями, их число достоверно было меньше в сравнении с группой, рутинно проводящей практические занятия. Хотя для чистоты педагогического эксперимента следовало бы кардинально обновить тестовые задания, продолжить начатое педагогическое исследование, сделав его глубже и масштабнее. Повторим, количество учебных пособий управляющего типа и мультимедийных презентаций, представленных сотрудниками нашей кафедры, ограничено несколькими темами и лекциями. Фактически сделан лишь первый шаг в оценке значимости данного вида работы, но и он обнадеживает.

Поясним вышеизложенное, обратившись к разработке учебного пособия управляющего



типа, изложенного в логике деятельности практического врача.

Прием пациента нашего профиля врачом-стоматологом начинается с выслушивания жалоб и сбора анамнеза. Далее проводят объективное исследование, заключающееся в осмотре (общем и *locus morbi*), зондировании (если речь идет об одонтогенной патологии), перкуссии и пальпации скомпрометированного органа или участка, а также «ощупывании» регионарных лимфатических узлов. Эти три обязательно предпринимаемых шага «направляют» думающего медика к постановке предварительного диагноза, который, к слову сказать, не всегда совпадает с окончательным диагнозом. То есть на этапе постановки предварительного диагноза может быть допущена оплошность или ошибка. Во избежание подобного сценария требуется взвешенный подход, грамотное вычленение значимых жалоб, объективных признаков болезни и тех, которые лишь способны завуалировать заболевание и т.д. То есть лишь при предъявлении единственной жалобы, например, на «боль» можно «выйти» на предварительный диагноз, избежав ошибки.

Алгоритм постановки предварительного диагноза на основании анализа жалобы «боль в зубе». Итак, первым актом в диагностировании любого (в нашем случае стоматологического) заболевания является вычленение жалобы, адекватной клинической ситуации, подстраховка сбором анамнеза и приемами, используемыми при объективном исследовании. Например, уточняя локализацию болезненных ощущений при зондировании, мы с высокой долей вероятности убеждаемся не только в том, что у пациента кариес, а не пульпит или периодонтит, но и определяемся с глубиной разрушений (начальный, поверхностный, средний и

глубокий кариес). Важны ли для врача эти сведения? Безусловно. Именно их наличие или отсутствие определяет объем врачебных вмешательств. Таким образом, каждое из предпринимаемых действий уменьшает вероятность ошибки.

Далее, придя к определенному предварительному диагнозу, подстраховываем себя, проводя или назначая дополнительные методы исследования.

Поясним, возвращаясь к жалобе «боль». В вышеописанном фрагменте мы ограничили патологию заболеваниями зубов. Однако приступообразная боль — один из признаков невралгии (например, тройничного нерва), а постоянная боль может быть симптомом неврита. К слову сказать, упомянутые заболевания относятся к весьма сложному разделу с точки зрения изучения (то есть приобретения знаний-умений) и в связи с курацией этой группы страждущих. Дополнительные методы исследования и в последующем проведенная дифференциальная диагностика позволят развеять оставшиеся сомнения и «выйти» на «столбовой путь» — установление верного диагноза.

Что необходимо сделать нам — методистам? Предусмотреть все участки бифуркации и вначале помогать студенту (интерну) выбрать правильное направление, затем развить у него способности и «вкус» к самостоятельности в выборе «вектора» движения к диагнозу, соответствующему клинической картине. Еще более осмысленный и менее ошибочный путь, «пройденный» к диагнозу, оказывается при условии использования мультипродукта в виде презентаций, лекций и пр. Понятно, что предварительный диагноз — «промежуточная остановка». Дальнейшими обдуманно действующими врача он должен подтверждаться или

отвергаться. Если предварительное предположение неверно, весь путь к диагнозу необходимо пройти заново. Если предварительный диагноз определен верно, осуществляется переход к заключительному, не менее важному этапу — лечению.

ВЫВОДЫ

Таким образом, во-первых, предпринятое педагогическое исследование проиллюстрировало, что использование новых технологий обучения, облегчающих усвоение даже сложных разделов клинических дисциплин, позитивно сказывается на уровне достижений студентов, интернов, курсантов и пр. Во-вторых, оказалось, что большинство существующих тестов — это, собственно, задания на узнавание клинической ситуации. Совсем немногочисленная часть посвящена лечению заболеваний. С подобным положением не хочется мириться, потому что работа врача связана как с диагностированием той или иной патологии, так и с лечением узанного заболевания. В связи с вышесказанным, создание новых тестовых заданий, а лучше программ, развивающих не только навыки диагностирования, но и умение правильно осуществлять врачебные вмешательства, — одна из задач тех, кто занимается комплектацией тестовых буклетов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хору́жа Р.Ю. Організаційні форми самостійної роботи студентів стоматологічного та міжнародного факультетів. Можливості впровадження дистанційного навчання / Р.Ю.Хору́жа, О.П.Педорець, Д.К.Каліновський [та ін.] // Український журнал телемедицини та медичної телематики. — 2010. — Т.7, №2. — С. 164-168.
2. Хору́жа Р.Ю. Можливості використання дистанційного навчання у вищій школі / Р.Ю.Хору́жа, Д.К.Каліновський, С.В.Тарануха // Український журнал телемедицини та медичної телематики. — 2011. — Т.9, №1. — С. 94-99.

3. Использование инновационных технологий в высшей медицинской школе / Р.Е.Хору́жая, Л.Л.Татаренко, Д.К.Калиновский, С.В.Тарануха / Прометей: зб. наукових праць. — Донецьк. — 2011. — №1 (34). — С. 88-92.

Р.Ю.Хору́жа, В.М.Мудра, Д.К.Каліновський, Л.Л.Татаренко, А.С.Шаповалов. Освоєння прийомів безпомилкового діагностування у вищій медичній школі. Донецьк, Луганськ, Україна.

Ключові слова: інноваційні технології, навчальні посібники управляючого типу, вища медична школа, діагностичні помилки.

Сьогоднішня ситуація, що склалася в сфері охорони здоров'я в Україні і в усьому світі, характеризується наростаючим неблагополуччям. Особливо гостро постає питання як відносно медичних помилок, що почастишали при діагностуванні захворювань, так і адекватності та раціональності лікування, що проводиться. У запропонованій читачеві статті викладається точка зору авторів, що рекомендують разом з використанням дистанційних технологій навчання у вищій школі користуватися підручниками, посібниками управляючого типу, що дозволить запобігати діагностичним помилкам.

R.Yu.Khorugaya, V.M.Mudraya, D.K.Kalinovsky, L.L.Tatarenko, A.S.Shapovalov. Mastering of faultless diagnosing methods at higher medical school. Donetsk, Lugansk, Ukraine.

Key words: innovative technologies, controlling type tutorials, higher medical school, diagnostic errors.

Today's situation, folded in a Health Care, in Ukraine and in the world, characterized by increasing trouble. Especially sharply a question of relation to becoming more frequent medical errors both at diagnosing of diseases and to adequacy and rationality of the conducted treatment. In the article present the point of view of authors, recommending along with the use of remote technologies of teaching at higher school to use textbooks, controlling type tutorials, that will allow to prevent diagnostic errors.

Надійшла до редакції 05.12.2011 р.