

## Современные аспекты преподавания клинической анатомии и оперативной хирургии

Ю.Н.Вовк

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»,  
кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии  
Луганск, Украина

В данной статье приведен многолетний опыт преподавания клинической (топографической) анатомии и оперативной хирургии с критикой кредитно-модульной системы европейского уровня. Сокращение и ликвидация нашей дисциплины негативно отражаются на хирургической (мануальной) подготовке студентов, врачей-интернов, молодых специалистов.

**Ключевые слова:** клиническая (топографическая) анатомия и оперативная хирургия, кредитно-модульная система, хирургическая (мануальная) подготовка.

### ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Празднуя небольшой юбилей — 55-летие создания кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Луганского государственного медицинского университета, хотелось бы остановиться на сложностях и особенностях преподавания нашей дисциплины в современных условиях кредитно-модульной системы, учитывая наше стремление в систему европейского медицинского образования, основанную на Болонской конвенции.

Известно, что в настоящее время дисциплина оперативная хирургия с топографической анатомией преподается на втором курсе (IV семестр) в объеме 2,5 кредита (75 часов общей учебной нагрузки) 60 аудиторных часов, которые разделены на 20 часов лекций (всего 10 лекций) и 40 часов практических занятий (всего 20 занятий). На третьем курсе (V семестр) оперативная хирургия и топографическая анатомия преподается в объеме 1 кредита, что означает 30 часов общей нагрузки 20 аудиторных

часов, которые разделены на 0 часов лекций и 20 часов занятий (10 практических занятий, проводимых один раз в две недели).

Соответственно, в конце второго курса студенты сдают первый модуль по оперативной хирургии и топографической анатомии, который включает огромный учебный материал — послонную топографию всех областей головы, шеи, грудной клетки и живота с обязательным обоснованием и знанием оперативных вмешательств в их пределах. Второй модуль включает изучение поясничной области, таза и конечностей, также с огромным количеством операций.

К сожалению, студенты второго и третьего курсов не являются подготовленными на общедиagnostическом и медицинском уровнях для понимания тех вопросов, которые рассматриваются на лекциях и практических занятиях. Так, например, при чтении лекции непроизвольно, так, как выработано годами, употребляешь термины: иррадиация боли, невралгия, ишемия или флюктуация, абсцесс, флегмона, паронихий и мн. др. Студенты не понимают смысл этих медицинских терминов, ведь они полностью не завершили курс нормальной физиологии, вообще не знакомы с патологической физиологией, не знают основ патологической анатомии. Мы же усердно по Болонской системе продолжаем в каком-то сокращенном варианте изучать основы хирургии и обосновывать оперативные вмешательства. Если мы такие «строгие» последователи европейского курса преподавания в медицинских вузах, давайте полностью откажемся от наших традиций и достижений отечественной высшей школы, особенно медицинского образования! При этом не стоит забывать, что у нас нет возможности доучивать в теоретическом и практическом плане врачей в постуниверситетском периоде. В европейских странах они обучаются в резидентуре в течение 6-10 лет, в зависимости от специальности, при этом получая самодостаточную зарплату. Мы же хотим пере-

скочить в их систему медицинского образования, ничего ни материально, ни духовно не вкладывая в данную реформу.

## РАЗРЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Все меньше студенты интересуются хирургией, хирургической техникой, ее современными достижениями. Остаются единицы, которые мечтают об этой сложной и важной профессии. В какой-то мере в этом относительно виновата кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии в результате навязанного варианта упрощенного уровня подготовки специализированных врачей — особенно хирургов. Ведь возможно ли на третьем курсе нашу дисциплину проводить один раз в две недели, без лекций и практических навыков? Нет, конечно, можно сократить разбор теоретических вопросов и сразу взяться за практическое выполнение — имитации оперативных приемов или манипуляций на муляжах, мягких моделях человеческого тела или органов при полном незнании или непонимании разбираемых вопросов послышной топографии и расположения сосудисто-нервных образований, ворот органов и мн. др. К тому же тезисы о том, то они потом всему научатся на клинических кафедрах, мягко говоря, не совсем верны. Никто не позволит студентам практически работать у операционного стола. Да, urgentный студент-стажер это выполняет, но как исключение. Взять тех же студентов-иностранцев, что им позволительно делать на больном человеке? Да ничего! Не нужно обманывать себя и других. К окончанию университета в хирургическом отношении они остаются максимально неподготовленными.

Еще раз обращаюсь к своим коллегам, преподавателям медицинских вузов, давайте направим свои усилия на более высокий практический уровень подготовки врачей, в том числе семейных врачей.

Для этого предлагаю начать с кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. Только наша кафедра призвана быть лидером или фундаментом в хирургической мануальной подготовке студентов.

В какой-то мере я повторяюсь, многие моменты уже неоднократно доносились до внимания общественности, включая резолюции ряда Пироговских чтений и конференций. Меня уже относят к неуживчивому реформатору хирургической подготовки студентов. При этом многие рассматривают нашу кафедру как сугубо теоретическую и зависимую от нормальной анатомии и общей хирургии. Есть два модуля на 2-м

и 3-м курсе, ну и хватит! Нет дисциплины оперативной хирургии и топографической анатомии в КРОК-1, КРОК-2, КРОК-3 — да и ладно! Так спокойно и хорошо, а семейный врач все-му научится позже, в хирургической клинике, у операционного или перевязочного стола!

Убежден, что это не так!

Основываясь на своем более чем 40-летнем опыте преподавания оперативной хирургии и топографической анатомии, учитывая, что при утверждении новой учебной программы никто не посчитал нужным спрашивать мнение ведущих кафедрами оперативной хирургии и топографической анатомии, попытаюсь сформулировать нижеприведенные предложения:

1. Усовершенствовать учебную программу с переводом нашей дисциплины на 3-й и 4-й курсы (на VI и VII семестры) после овладения знаний по основам патологической физиологии и общей хирургии. При этом сделать полноценными два модуля с чтением лекций и практическими занятиями хотя бы один раз в неделю.

2. Да, за рубежом нет отдельной кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, однако существует цикл лекций и занятий по клинической анатомии, изданы довольно значительные учебники по данной дисциплине. Полностью согласен и предлагаю переименовать название кафедры на клиническую анатомию с оперативной хирургией (или основами хирургии). Место и значение такой кафедры неоспоримо и соответствует современному уровню медицинского образования. Сложно возразить, что возможно сформировать теоретический и практический фундамент медицинского образования без знания клинической (топографической) анатомии и оперативной (учебной) хирургии. Н.И.Пирогов был прав, когда говорил о том, что он преподает хирургическую анатомию. Действительно, разве общесистемная (аналитическая) нормальная анатомия может заменить клиническую анатомию с основами хирургии?

3. Третий тезис, или постулат, профессора со стажем. Сокращение нашей дисциплины в 2 раза (когда-то было 180 часов и даже больше при чтении 18-20 лекций) отразилось на резком уменьшении времени на практические навыки студентов. Нет времени на усвоение и правильное выполнение различных операций, этапов, манипуляций. Нет учебного времени — нет мануальной подготовки. Полный запрет получения трупного материала привел к отсутствию препаровки и выполнения учебных операций. Здесь существует некое табу, в смыс-

ле использования трупных тканей с целью наживы, продажи или еще какой-то мифической комбинации. Предлагается обратиться к нашим Министерством здравоохранения и образования об издании указа по обеспечению трупным материалом безродных людей для учебных целей наших кафедр. Ничто не может заменить работу на тканях и органах человеческого тела.

4. Начиная с 20-х годов прошлого столетия во всех медицинских вузах нашей страны функционировали операционные блоки (учебные комнаты), в которых обучались студенты на лабораторных животных (собаках). Выполнялось до 8-10 учебных операций, начиная с разведения и соединения тканей, перевязки сосудов и заканчивая резекцией кишки с наложением кишечных анастомозов. Сейчас по решению специальных комиссий по биоэтике это категорически запрещено. Нет возможности проводить экспериментальные операции с привлечением студентов-кружковцев. Я не говорю о научной работе. Постепенно мы пришли к нулевому уровню по работе на живых тканях, по остановке кровотечения, выполнению трахеостомии и многого другого. Никто не говорит об издевательствах над животными, причинении болевых симптомов, страданий. Ведь существует отлаженная предоперационная премедикация животных, обезболивание местное и общее, эндотрахеальный наркоз при необходимости. С использованием современных медицинских препаратов возможно с максимальной бережностью производить учебные операции на лабораторных животных. В этой связи необходимо вернуться к возможности обучения студентов на различных животных, учитывая сохранность операционных комнат, наличие вивария и специальных помещений для ухода за прооперированным «пациентом», для подготовки грамотного семейного врача, умеющего правильно использовать инструмент, технично и правильно вязать хирургические узлы, накладывать лигатуры на сосуды и многое другое. Почему мы должны идти по пути европейских университетов, которые считают, что всему можно обучить в многолетнем последипломном периоде, находясь в идеализированных отделениях медицинских центров.

5. Считаю большим недостатком нашей системы высшего медицинского образования отсутствие клинической (топографической) анатомии и оперативной хирургии в КРОК-1. Ведь это основа современной хирургии. При этом анатомы, составляющие тесты по своей дисциплине, используют вопросы нашей учеб-

ной программы. Имеются в виду обоснования и техника трахеостомии, аппендэктомии, резекции суставов, лечение грыж и многое другое. Разве можно стать грамотным специалистом и взять в руки скальпель, не вредя больному человеку, без теоретических знаний и практических навыков хирургического профиля, которые даются на нашей кафедре? К сожалению, мы «опоздали», нас не было на заседании Республиканского центра тестирования при МЗ Украины. Правда, никто не считал нужным приглашать профессора опорной кафедры или ведущих ученых подобных кафедр Украины. Нет за рубежом кафедры, значит, нет дисциплины «оперативная хирургия и топографическая анатомия». Неужели так тяжело пересмотреть и исправить ошибку в учебной программе. Я всю жизнь преподаю свою дисциплину, передаю лучшие традиции своим многочисленным ученикам, молодым преподавателям, аспирантам и докторантам и буду это делать, несмотря на «слепой» подход к медицинскому образованию по существующей Болонской конвенции.

6. Существует еще одна проблема — учебная программа врачей-интернов, когда нашей кафедре отдано только в среднем по пять дней обучения молодых врачей хирургического профиля. Хирурги приходят с необходимостью разбора 28 тем, начиная с послышной топографии конечностей и всех операций. Это полная профанация, не дающая никакой пользы для начинающих хирургов. Кто и когда сократил в 2-3 раза нашу дисциплину, установить сложно?

Как же готовить семейного врача новой формации? Мое мнение: необходимо вернуться к старой и отработанной учебной программе по подготовке врачей-интернов, когда хирурги, травматологи, акушеры-гинекологи обучались на нашей кафедре 15-18 дней с постоянным выполнением операций на трупном материале, кишечных комплексах, органах, экспериментальных животных, включая собак, кроликов, крыс и др. Можно, конечно, на современных многопрофильных моделях человеческого тела, если университет имеет деньги для их приобретения. Почему не вернуться к выделению 2-3 недель обучения студентов на 6-м курсе, идущих в хирургию и подобные дисциплины, за счет программы этих предметов. Когда-то была субординатура, позволяющая мануально отрабатывать технику различных операций в условиях кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией. Разве это плохо!

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На нашей кафедре создан центр хирургической (мануальной) подготовки студентов, врачей-интернов и молодых специалистов, предназначенный для обучения и освоения всех необходимых практических навыков на трупном и искусственном материале. Для него изготовлены различные устройства, приспособления-тренажеры для хирургических действий и манипуляций, получены многочисленные патенты Украины. Я считаю, что мы на правильном пути, и хочу завершить свои мысли о преподавании клинической анатомии и основ хирургии замечательными словами отца медицины Гиппократа: «Искусству врача нужно учиться всю жизнь, и дается оно лишь избранным».

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вовк Ю.М. Топографічна анатомія та оперативна хірургія в контексті Болонської конвенції / Ю.М.Вовк // Клін. анатомія та опер. хірургія. — 2006. — №1. — С. 78-81.
2. Вовк Ю.М. Значення М.І.Пирогова для викладання клінічної анатомії на сучасному етапі розвитку медичної освіти / Ю.М.Вовк. — 2010. — С. 38-41.
3. Бурих М.П. Про подальше вдосконалення викладання клінічної анатомії / М.П.Бурих // Клін. анатомія та опер. хірургія. — 2005. — Т. 4, №1. — С. 107-109.
4. Ковальський М.П. Оперативна хірургія і топографічна анатомія, ретроспектива, сучасний погляд і перспективи / М.П.Ковальський // Клін. анатомія та опер. хірургія. — 2002. — Т. 1, №1. — С. 85-89.

5. Півторак В.І. Можливості підвищення рівня підготовки студентів-інтернів з оперативної хірургії та топографічної анатомії / В.І.Півторак // Медична освіта. — 2002. — №3. — С. 175-177.

**Ю.М.Вовк. Сучасні аспекти викладання клінічної анатомії та оперативної хірургії. Луганськ, Україна.**

**Ключові слова:** клінічна (топографічна) анатомія й оперативна хірургія, кредитно-модульна система, хірургічна (мануальна) підготовка.

У даній статті наведений багаторічний досвід викладання клінічної (топографічної) анатомії та оперативної хірургії з критикою кредитно-модульної системи європейського рівня. Скорочення та ліквідація нашої дисципліни негативно віддзеркалюються на хірургічній (мануальній) підготовці студентів, лікарів-інтернів, молодих фахівців.

**Yu.N.Vovk. Modern aspects of teaching of clinical anatomy and operative surgery. Lugansk, Ukraine.**

**Key words:** clinical (topographical) anatomy and operative surgery, credit-module system, surgical preparation.

In this article long-term experience of teaching of clinical (topographical) anatomy and operative surgery is resulted with criticism of the credit-module system of the European level. Reduction and liquidation of our discipline negatively affects surgical preparation of students, post-graduate, young specialists.

Надійшла до редакції 21.06.2013 р.