

больного быстро и экономически эффективно. А это, к сожалению, нередко приводит к недостаточно полному сбору анамнеза и ошибкам в постановке этиологического обоснованного диагноза, а, следовательно, и к неадекватному и неправильному лечению, а также и реабилитации. Эти последствия важно осознать будущим врачам.

Учитывая изложенное выше, на кафедре гигиены с экологией студенты получают основы знаний в области гигиенической науки и практики санитарного дела, необходимые для врача любой специальности, и уже на этом фоне более подробно изучают вопросы, имеющие особое значение для конкретной специальности.

Эти вопросы встречаются в разных разделах дисциплины. Так, большое значение придается изучению состава питьевой воды, физических и химических свойств воздуха атмосферы и помещений и влиянию их на санитарные условия жизни и здоровье населения.

При изучении гигиены труда делается акцент на результаты влияния вредных производственных факторов на здоровье работающих, а главное – на оздоровительные мероприятия на разных предприятиях, в том числе и сельскохозяйственных.

При изучении гигиены питания в центре внимания стоят вопросы о роли рационального питания, значении отдельных пищевых компонентов в предупреждении заболеваний, в том числе онкологических, сердечнососудистых и др., а также вопросы безопасности пищевых продуктов.

К числу обязательных специфических вопросов, знание которых необходимо будущим врачам, следует отнести изучение особенностей характера и условий труда врачей различных специальностей, профессиональных вредностей, сопутствующих их ежедневной производственной деятельности, а также обучение студентов навыкам санитарного обследо-

вания больниц, разных отделений лечебно-профилактических учреждений и условий пребывания в них больных.

Важно, что все разделы гигиены, включая личную гигиену в процессе преподавания дисциплины на разных непрофильных факультетах, изучаются в тесной связи с пропагандой здорового образа жизни.

Студенты обеспечены учебниками по гигиене. Что касается методических руководств к практическим занятиям, то диапазон их мал и недостаточен. В помощь студентам всех факультетов кафедрой разработаны методические пособия ко всем практическим занятиям по гигиене.

Итоговые занятия, которые призваны отслеживать уровень освоения студентами программного материала, проводятся в компьютерном варианте с включением в тестовые задания ситуационных задач.

Для дальнейшего совершенствования учебного процесса кафедра включает в лекционный курс сведения о последних достижениях гигиенической науки отечественных и зарубежных ученых, а на практических занятиях широко использует банк ситуационных задач.

**ПРИНЦИПЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ
МЕДИЦИНЫ
В ИЗУЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ
БОЛЕЗНЕЙ:
ОТ ИНФОРМИРОВАННОСТИ К
КЛИНИЧЕСКОМУ МЫШЛЕНИЮ**

Коровин А.Я., Базлов С.Б.,
Андреева М.Б., Нарсия В.В.,
Туркин Д.В., Кулиш В.А.

*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Краснодар, Россия*

Современный этап развития высшего специального медицинского образования, модернизация его на всех уровнях, внедрение инновационных технологий требует поиска новых подходов к обучению. Действующие образователь-

ные программы не предусматривают использование принципов доказательной медицины в процессе обучения. Но доказательная медицина “*evidence-based-medicine*”, термин введен в начале 90-х годов XX века G. Guyatt [1], и была создана как метод, который позволяет врачу выбрать более или менее объективные рекомендации по лечению конкретного больного. Этот простой термин подразумевает сложный процесс, который подразумевает тщательный поиск и анализ наилучших имеющихся доказательств для ответа на любой клинический вопрос. Поскольку доказательная медицина учитывает право больного на участие в принятии решения, при ответе на клинический вопрос представляются данные не только о «лучших» подходах к диагностике и лечению хирургического заболевания, но и альтернативных вмешательствах. Более того, деонтологический опыт врача также принимается во внимание в практике доказательной медицины как часть процесса **принятия клинического решения**. Именно последнее является самым важным конечным результатом любой формы обучения. Умение принимать мотивированные решения с последующим применением отработанных профессиональных навыков и есть цель профессионального медицинского образования и подготовки конкурентоспособных специалистов – хирургов.

Практика обучения, основанная на принципах доказательной медицины, подразумевает **сознательное, точное и разумное** использование наиболее веских доказательств правильности выбора тактики лечения конкретного больного [2]. Что в определении доказательной медицины означает **сознательное**? Ничто не может заставить врача следовать доказательным рекомендациям, полученным в ходе выполнения крупных клинических испытаний. Это выбор самого врача, который информирован о том, что наиболее объективные данные об эффективной

тактике лечения можно получить только в ходе крупных рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ), которым не свойственны систематические ошибки. Систематическое отклонение результатов от истинных может быть обусловлено, в том числе, ошибками, связанными с отбором больных для РКИ. Что в определении доказательной медицины означает **точное**? Под этим понимается, что применять лечебную тактику, эффективность которой доказана в результате РКИ, следует приоритетно у тех больных, характеристики которых идентичны участникам исследования, а методология хирургического лечения должна применяться именно в том виде, в каком эффективность его доказана в ходе РКИ. Что в определении доказательной медицины означает **разумное**? Практическая реализация принципов доказательной медицины подразумевает необходимость соблюдения здравого смысла. Здесь речь идёт о том, что при формальном подходе к использованию данных РКИ возможно применить у одного больного все операции, эффективность которых в данном случае доказана. Очевидным является факт, что ни один больной не перенесёт такого мультиагрессивного вмешательства. Поэтому обучающийся для решения клинической задачи должен выбрать то вмешательство, эффективность которого доказана. Считается, что эффективность вмешательства определённо доказана, если подтверждения его положительного действия получены в ходе выполнения правильно организованного и достаточно крупного РКИ, а более предпочтительно нескольких таких РКИ [3].

Рандомизированное контролируемое испытание (РКИ) определяют как клиническое исследование, в котором участников в случайном порядке (рандомизированно) распределяют в две (иногда более) группы – основную, где применяется изучаемое вмешательство, и контрольную, где применяется плацебо или другое вмешательство. Подобная

структура исследования позволяет сравнить преимущества и недостатки применяемых вмешательств. Выполнение РКИ является оптимальным методом установления причинно-следственной связи между применением избранного для изучения вмешательства и риском развития определённого клинического исхода. Крупное РКИ рассматривается как единственная схема исследования, которая обеспечивает однородность группы контроля и группы вмешательства по характеристикам, которые могут влиять на прогноз. В ходе выполнения РКИ оценивают абсолютный риск развития определённых исходов в каждой группе и определяют расчётный важный показатель – **снижение абсолютного риска**. Этот показатель отражает абсолютную разницу между риском развития определённого клинического исхода в основной и контрольной группах. Но по величине этого показателя нельзя судить об изменении риска в одной группе относительно другой; для этого используется **показатель относительного риска**. Также одним из важных для обучающегося показателей эффективности определённого метода лечения, является «**число больных, которых необходимо лечить**» (*number-needed-to-treat, NNT*) – это среднее число больных, которых необходимо лечить определённым методом в течение определённого времени, чтобы получить прогнозируемый благоприятный исход или предотвратить один неблагоприятный исход [4]. Предполагаемая эффективность нового метода лечения далеко не всегда подтверждается в реальной клинической практике или в ходе РКИ, выполненных с соблюдением всех принципов доказательной медицины. Иногда такие методы в интервале могут включаться в клинические рекомендации в качестве вмешательства первого ряда. В этом случае у обучающегося появляются сомнения в том, что старый метод лечения, проверенный временем, можно считать оптимальным, а новый метод лечения, использование

которого, как правило, требует дополнительных затрат, не обязательно становится более эффективным. Стандартная практика в течение многих десятилетий состояла в обращении за советом к старшему и более опытному коллеге, или использовании своего личного опыта и воспоминаний об отдельных случаях из практики. Другой подход, широко распространённый до настоящего времени – метод принятия решений в процессе обсуждения проблемы несколькими экспертами (консилиум) или “*Bunch of Guys and Gals Sitting Around Talking*” (англ.), оба подхода соответствуют V уровню доказательности, и не являются легитимными с позиций *evidence-based medicine* в принятии решений. В процессе обсуждения нередко обращаются к сложившимся или общепринятым методам лечения и обследования, но далеко не всегда эффективным [5].

Не менее важной проблемой считается предоставление доказательной информации. Для распространения такой информации создана отдельная область деятельности, которая специализируется на «передаче знаний» (“*knowledge translation*”) от исследователей к врачам, непосредственно участвующим в лечении больных. Подобная деятельность призвана интегрировать такие области, как проведение исследований, обучение, улучшение качества лечения и разработка ИВМ-программ, облегчающих передачу информации с целью использования её в повседневной клинической деятельности. В частности, использование специальных компьютерных программ, помогающих обучающимся принять решение в рамках клинической задачи, основанное на доказательствах, призвано уменьшить разрыв между научными достижениями и реальной практикой [6]. Исходя из принципов доказательной медицины, может быть упорядочен образ клинического мышления будущего врача при решении конкретной клинической задачи (рис.).

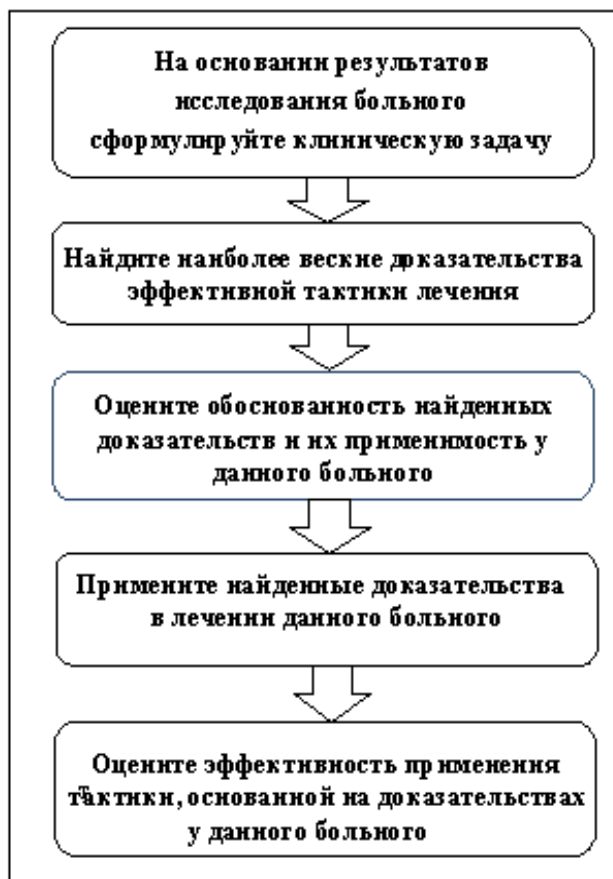


Рис. Алгоритм оптимизации клинического мышления на основе принципов доказательной медицины

Этапы освоения практики, основанной на принципах доказательной медицины, представляют многоступенчатый сложный процесс, начинающийся с обсуждения клинической ситуации и формулировки клинической задачи, и заканчивающийся оценкой эффективности операции у данного больного [2, 3, 5, 6]. Информированность в области доказательной медицины при изучении хирургических болезней способствует оптимизации клинического мышления подготовке специалистов.

Литература:

1. Guyatt G.H. Evidence-based medicine. ACP J Club 1991; 114: A 16.
2. Sackett D.L., Strauss S.E., Gray J.A.M., et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71-72.
3. Stanley K. Design of randomized

controlled trials. Circulation 2007; 115: 1164-1169.

4. Nallamothu B.K., Hayward R.A., Bates E.R. Beyond the randomized clinical trial: the role of effectiveness studies in evaluating cardiovascular therapies. Circulation 2008; 118: 1294-1303.

5. Evidence-Based Emergency Medicine. Ed. Rowe B.H. Oxford, UK: Wiley-Blackwell 2009; 658.

6. Sung N.S., Crowley W.F., Genel M., et al. Central challenges facing the national clinical research enterprise. JAMA 2003; 289: 1278-1287.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ПОСТГРАДУАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Корольчук И.С., Вологина Н.И.
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Краснодар, Россия

Ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что для достижения успехов в образовании взрослых слушателей (студентов, курсантов) должны использоваться определенные методы и подходы к обучению, основанные на теории андрогоники. Данная теория доказывает необходимость, прежде всего, положительной мотивации к обучению, что важно в целях повышения эффективности учебного процесса. Взрослые подходят к учебе как процессу решения проблем и учатся лучше, если тема имеет для них ситуационную ценность. Их обучающие потребности сосредоточены на реальной жизни, они используют свой личный опыт как главный ресурс в обучении. Поэтому при обучении в медицинском Вузе наиболее эффективными являются такие педагогические технологии, как разбор клинических случаев заболевания, ролевое обучение, моделирование, клинические (ситуационные) задачи и самооценка.

Ситуационные задачи традиционно