

613.78

## МЕТОДИКА «СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ» – РАЗВЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ ИНТЕЛЛЕКТУАЛОВ ИЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ОСВОЕНИЯ МАСТЕРСТВОМ БУДУЩЕЙ ПРОФЕССИИ

С. А. БУЛАТОВ

*Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ*

В центре практических умений Казанского ГМУ у студентов старших курсов лечебного факультета реализуется специализированный цикл «Стандартизированный пациент». В роли пациентов выступают специально обученные актеры. В задачу обучаемого входит сбор анамнеза, проведение объективного обследования, разработка плана дополнительного обследования и составление индивидуальной программы лечения. Были проанализированы результаты работы студентов 5-го курса лечебного факультета за 5 лет. К началу самостоятельной работы с актерами у 70% студентов отмечены слабые практические умения по пропедевтике внутренних болезней. Наибольшие затруднения студенты испытывали при объективном обследовании пациента (37%), дифференциальной диагностике болезни (28,6%) и при назначении лечения (45,7%). После завершения цикла 71% студентов отметили, что им стало легче общаться с пациентами и улучшились практические навыки при общении с больным. Метод «Стандартизированный пациент» может быть использован в качестве контроля практических умений у интернов, ординаторов и практикующих врачей.

**Ключевые слова:** стандартизированный, пациент, актер, обучение, клиническое, мышление.

In the Centre of practical skills Kazan State Medical University for senior students of therapeutic Faculty is using special course «standardized patient». In the role of patients are specially trained actors. Student has to discuss with the patient anamnesis, collect of thymus disorder, objective survey develop, create a plan for additional surveys and individual treatment programmer. Were analyzed results the course of a medical faculty for 5 years. To start with actors the 70% of students identified weak practical skills on examination of internal diseases. The greatest difficulty students experienced when an objective survey the patient (37%), differential diagnosis of illness (28.6%) and treatment (45.7%) following completion of the course, 71% of students said that they become easier to communicate with patients and improved practical skills in dealing with sick. Method «standardized patient» can be used as control of practical skills for post graduate students and medical practitioners.

**Key words:** standardized patient, actor, medical education, clinical experience.

Важной проблемой вузовской подготовки будущего врача является довольно низкий уровень владения студентами практическими навыками и умениями [1, 4]. Выпускники высших медицинских заведений нередко вынуждены обучаться врачебному мастерству уже непосредственно на своих рабочих местах, имея при себе диплом, а порой уже и сертификат специалиста. В этой ситуации вполне понятны и недовольство работодателя в лице главного врача и неудовлетворенность самого молодого специалиста. Частной проблемой в обучении студентов старших курсов следует признать недостаточный уровень владения ими навыками физикального обследования пациента. Приобретенные на 3 курсе знания и умения в области пропедевтики к 4 и 5 курсам неуклонно ослабевают. Причины этого обстоятельства кроются, на наш взгляд, в отсутствии регулярного и частого подкрепления теоретических знаний реальным кураторством больного в клинике. Это в свою очередь продиктовано как недостаточным количеством часов производственной практики на протяжении года, так и несовершенством контроля процесса курации студентов. В клинике далеко не

всегда осуществляется полноценный разбор каждого больного и всеобъемлющий контроль за выполнением объективного обследования пациента. Отсутствие 100% обеспеченности студентов реальными больными и возможная сложность в вопросах общения «студент-пациент» в силу этических моментов (не всегда пациент готов раскрыться перед студентом) вносят дополнительный вклад в проблему несовершенного владения студентами старших курсов практическими навыками [2].

Один из путей решения этой важной проблемы напрямую связан с вопросом качества получаемого специального образования в высших медицинских учебных заведениях. На современном этапе повышение эффективности и оптимизация учебно-методического процесса, создание более совершенных моделей преподавания студентам-медикам являются весьма актуальными для высшей профессиональной школы [1, 3]. Следует признать, что в настоящее время первоочередным шагом в достижении этой задачи является сосредоточение усилий по реализации программ, методология которых учит не просто знаниям, а знаниям-умениям [5]. Имитационные игры как

одна из форм обучения студентов-медиков привлекают внимание специалистов уже давно [6]. Тем не менее, широкого распространения они так и не получили. Причин тому может быть несколько – отсутствие необходимых учебных часов для занятий, недостаток материально-технических средств, дефицит кадров, способных на должном уровне реализовать творческие задумки, и еще целый ряд факторов, затрудняющих массовое внедрение такой формы обучения.

На базе Центра практических умений КГМУ с 2004 года успешно реализуется программа «Стандартизированный пациент». Следует отметить, что сама методика, по своей сути, не является авторской, а заимствована из багажа Высшей медицинской школы Броуди штата Восточная Каролина (США). Однако при имеющихся явных различиях как в сфере преподавания, так и в области практического здравоохранения наших стран, этот метод за все время существования претерпел ряд немалых изменений, адаптирующих данную программу под российские условия. Таким образом, мы хотим поделиться с коллегами результатами «русифицированной» версии методики «Стандартизированный пациент».

Проведением такого цикла на 4 и 5 курсах мы, с одной стороны, добиваемся обучающей цели, а с другой – осуществляем комплексную оценку знаний старшекурсников по вопросам пропедевтики и клинического мышления из раздела внутренних болезней. На промежуточном этапе, еще до начала активной работы в клинике, студент может лично оценить свои возможности, выявить «белые пятна» в образовании и, самое главное, вовремя предпринять попытки по их устранению. Здесь он учится применять свои теоретические знания на практике, пользуясь ими как инструментами в достижении конкретной цели – помощь больному человеку. Причем в течение всего занятия студент занят проблемой одного реального человека, а не абстрактного случая, лишённого индивидуальности и специфичности.

Суть метода заключается в том, что в роли пациента выступает специально обученный актер, способный с большой степенью достоверности инсценировать тот или иной клинический случай. Он имеет конкретные установки от методиста-инструктора, которые запрещают импровизировать по основной сюжетной линии и призваны выдавать четко сформулированную информацию по разработанному для актера сценарию. Первоначально выдаваемые жалобы, как впрочем и вся остальная часть легенды (анамнеза), будут детализированы только в случае соответствующих конкретных вопросов со стороны студента. В то же время имеющаяся по той или иной задаче патология формируется не только за счет сценических словесных образов, но и путем демонстрации актерами тех или иных симптомов при объективном обследовании (например, имитация артритов, кожной сыпи, цианоза, более различной локализации). Дополнительный вклад в создание реалистичного образа больного человека вносит использование аудиogramм легочных и сердечных шумов, карточек с функциональными показателями. При подготовке к занятиям методист использует грим, а иногда, и исходные изменения объективного

статуса, присущие самому актеру (например, у возрастных актеров часто имеют место дефигурация суставов, гипертрофия левых отделов сердца и т.д.).

Работа студента, исполняющего роль куратора больного, проходит индивидуально в отдельных боксах и в режиме строго регламентированного времени (20 мин. опрос и 25 мин. физикальное обследование). Специально отведенное помещение подготовлено по подобию больничной палаты – имеются кровать, шкаф, стул, тумбочка и раковина. Соблюдение всех выше перечисленных факторов позволяет выполнить важное условие по максимальному приближению разыгрываемой ситуации к реальной действительности.

Помещения, в которых проходит учебный процесс, снабжены системой видеонаблюдения, необходимой для работы преподавателя и студента-эксперта, наблюдающего за работой своего товарища по монитору. Таким образом, в процессе разыгрывания одной ситуационной задачи задействованы 4 лица, 2 из которых являются студентами, 1 – актером и 1 – преподавателем. Материально-техническое обеспечение позволяет разыгрывать различные клинические случаи одновременно для всей группы студентов.

После общения с пациентом-актером студенты-кураторы и студенты-эксперты разъединяются и продолжают работать в отдельных учебных комнатах. На самостоятельную работу отводится 45 мин., в течение которых студент анализирует лабораторно-инструментальные данные по своему клиническому случаю, демонстрирует в кратчайшие сроки навыки пользования современной научной литературой (справочниками по лабораторной диагностике, фармакологическими пособиями т.д.). Для просмотра рентгенологических снимков предусмотрено использование негатоскопа. По истечении отведенного времени с заполненным листом куратора, являющегося мини-версией истории болезни, студент предстает для защиты клинического случая перед преподавателем.

Подвергается контролю и труд студента-эксперта, который наблюдал за работой куратора из операторской. Его оценка осуществляется на основании листа эксперта и его замечаний по поводу работы своего товарища из группы. Во время учебного цикла студенты меняются ролями – куратор становится экспертом и наоборот.

Принцип оценки работы учащихся носит комплексный характер, базирующийся на целом ряде критериев. Студента-куратора оценивает сразу 3 человека – актер, студент-эксперт и, конечно, преподаватель. Оцениваются полнота и последовательность сбора анамнеза, правильность проведения объективного обследования больного, деонтологические навыки общения с пациентом. Деятельность актера также строго регламентирована в отношении контроля студента-куратора. В своей оценке он исходит не из понятий «нравится – не нравится», а из четкой фиксации пунктов сбора анамнеза и физикального обследования, заблаговременно представленных в листе контроля актера. Таким образом, первая часть работы актера строится на его презентации конкретной болезни, а вторая – на постоянном наблюдении за работой студента с последую-

щей его оценкой. Но если актер и студент-эксперт ориентированы исключительно на техническую сторону этого процесса (спросил – не спросил, сделал – не сделал, как провел тот или иной прием, был ли последовательным), то преподаватель дополняет свой контроль проверкой клинического мышления студента-старшекурсника. Тщательный разбор всех основных пунктов истории болезни, выявление ошибок и погрешностей позволяет студенту создать целостный образ о конкретном человеке, с которым ему пришлось только что пообщаться. Последнее оказывается для ребят весьма сложным – они готовы теоретизировать вслух абстрактно, опираясь на литературные и лекционные сведения, и испытывают немалые затруднения, если рассуждать об этом нужно применительно к конкретному пациенту. На этом цикле мы и даем им возможность лишней раз потренироваться и применить свои силы на практике. Таким разноплановым способом удается оценить труд куратора и максимально объективизировать оценку его работы в баллах (за весь цикл максимум 100 баллов, которые затем переводятся в традиционную пятибалльную систему).

Мы проанализировали результаты работы студентов 5 курса за 5 лет (листы успеваемости студентов, анкетные данные) и получили следующие данные: к началу цикла большая часть студентов имела крайне низкие баллы по пропедевтике (70% не вышли из интервала 2–3 балла), 15% были оценены на 0–1 балл, и лишь 15% продемонстрировали хорошие и отличные знания. Это обстоятельство, а также некая условность будущей разыгрываемой ситуации побудили нас подробно и детально остановиться на групповом разборе одного клинического случая с привлечением опытного актера. За время первого общего занятия мы со студентами повторяем сбор анамнеза, вспоминаем навыки физикального обследования пациента, составляем программу обследования и лечения применительно к этому случаю. По данным анонимного анкетирования большинство студентов (в 94% случаев) отметили необходимость проведения общего занятия, нацеленного на повтор и озвучивание требований, предъявляемых к ним. Наш личный опыт показал, что полной взаимосвязи между выявленным базовым уровнем знаний на первом занятии и успешностью прохождения остальных дней цикла (2, 3-го) не наблюдалось. Т.е. был ряд студентов (23,5%), которые после повтора сбора анамнеза и проведения физикального обследования на последующих этапах демонстрировали положительные результаты. И наоборот, студенты, показавшие хорошие результаты в первый день, в последующие сроки оказывались слабо подготовленными (4,7%). Здесь мы видим несколько причин: есть студенты, требующие поддержки (помощь группы, наводящие вопросы преподавателя), а есть ребята, нуждающиеся в изолированности и самостоятельности, позволяющих им сосредоточиться. Кроме того, на общем занятии не исключен элемент везения – одному студенту досталась аускультация сердечных тонов, а другому – перкуссия селезенки. Есть студенты, легко адаптирующиеся к новым условиям, а есть – с замедленным уровнем реагирования. В этой связи мы не стали наделять первое занятие большим долевым участием баллов (максимум 5 баллов), а осталь-

ные баллы справедливо распределили на дни самостоятельной работы (куратор-эксперт; эксперт-куратор).

По данным анкетирования наибольшее затруднение студенты испытывали во время проведения объективного обследования (37%), дифференциальной диагностики болезни (28,6%) и во время составления программы лечения (45,7%). Сами студенты видели причины такого обстоятельства в недостатке собственных теоретических знаний (54%). После прохождения цикла «Стандартизированный пациент» 71% студентов отметили, что им стало легче общаться с пациентами и улучшились практические навыки самостоятельной работы.

Как указывалось выше, подобный цикл реализуется как на 4, так и на 5 курсах. Структура цикла, подходы к оценке знаний являются схожими, однако есть и принципиальные различия. На 4 курсе мы представляем каждый случай болезни в изолированном виде согласно тематическому плану кафедры факультетской терапии. В процессе цикла и общения с пациентами студенты оттачивают навыки опроса и обследования, знакомятся с различными лабораторно-инструментальными данными, учатся заполнять истории болезни. На 5 курсе мы представляем больший перечень ситуационных задач, во-вторых, делаем акцент на дифференциальную диагностику, дополняем главную сюжетную линию историей сопутствующего заболевания хронического характера, часто требующего приема различных лекарственных средств на постоянной основе. Таким способом мы готовим студента к тому, что нередко придется лечить 2 болезни одновременно, искать адекватные подходы к лечению нескольких разноплановых патологий, нацеливаем их на хорошее знание фармакологии лекарственных средств.

Итак, ценность методики «Стандартизированный пациент», на наш взгляд, очевидна: студент имеет возможность отработать практические навыки на реальном пациенте, а в случае ошибок исправить имеющиеся недостатки.

Во-вторых, студент учится работать самостоятельно, так сказать «один на один» с больным, полагаясь только на свои силы и знания.

В-третьих, студент привыкает работать в условиях строго ограниченного времени (20 минут опрос, 25 минут осмотр), дефицит которого является одной из реалий трудовых будней врача любой специальности.

Кроме того, у студентов есть возможность отработать и психологические основы взаимодействия «врач-пациент». Симуляция актером не только определенного симптомокомплекса заболевания, но и демонстрация различных черт характера больного человека учат студента-медика элементам психологии. Если к этому добавить последующий тщательный разбор с указанием конкретных ошибок куратора и внесением соответствующих корректив, то это делает методику «Стандартизированный пациент» поистине уникальной. Кроме того, данный метод можно небезуспешно использовать не только в качестве обучения, но и контроля знаний, причем не только у студентов, но и интернов, ординаторов и уже практикующих врачей. Это реальная перспектива ближайшего будущего.

Несмотря на обилие достоинств и преимуществ этого метода, у читателей, близко не знакомых с программой, может возникнуть другой, вполне планомерный вопрос: для чего устраивать трудоемкий процесс, если такую возможность можно реализовать в условиях учреждений практического здравоохранения (стационарах, поликлиниках)? В этой связи необходимо остановиться на проблеме гуманизма и защиты личности, как таковой, и больного человека, в частности. Имеем ли мы право в целях обучения студентов привлекать к сотрудничеству обычных людей? Оправдан ли жесткий подход отработки навыков на телах пациентов, проходящих лечение на клинических базах? В экономически развитых странах этот вопрос давно решен и четко отражен в учебных программах, носящих общенациональный государственный характер. Обучение будущего врача начинается с тренажеров и муляжей, а на старших курсах продолжается в имитационных играх с участием добровольцев. Слабые позиции российской высшей медицинской школы по этой проблеме до недавнего времени не позволяли включаться нам в единую мировую систему, присущую цивилизованным странам. Тем не менее, быстрые темпы развития отечественной биомедицики за последние годы вселяют надежды на скорое разрешение этой важной проблемы и в нашей стране.

Возвращаясь к основной теме статьи, подчеркнем, что вопрос этического плана в данном случае решается путем установления договорных отношений между вузом и актерами, подкрепленных соответствующими документами и финансовым вознаграждением. Следует отметить, что в роли актера выступают как профессиональные артисты, так и просто творчески одаренные люди. Наш центр на протяжении нескольких лет с успехом сотрудничает с членами Казанской актерской гильдии. Вопрос профессиональной подготовки актеров решается усилиями сотрудников центра и занимает немалую часть рабочего времени. Непосредственный контроль за исполнением роли, ведущийся на подготовительном этапе, дополняется постоянным видеомониторингом в процессе занятий. При необходимости методистом вносятся соответствующие коррективы. Безусловно, что на начальных этапах становления данной программы не обошлось без определенных трудностей, впрочем, вполне прогнозируемых и потому решаемых.

Таким образом, в свете актуальных проблем современного здравоохранения становится очевидным, что необходимо не только активно искать новые пути по повышению качества образования студентов медицинских вузов, но более широко внедрять перспективные новшества в структуру учебно-методического процесса. Особое внимание следует уделять методам активного обучения и контроля, являющихся наиболее действенными и результативными. В то же время они ни в коей мере не должны быть противопоставлены этапам клинической подготовки и экзаменации у постели больного, составляющих важную часть обучения как на старших курсах, так и на этапах послевузовской подготовки. Только их адекватное сочетание способно реально повысить образовательный уровень выпускников высших медицинских заведений, а практическое здравоохранение обеспечить высококвалифицированными специалистами.

#### Список литературы

1. **Амиров Н.Х., Созинов А.С., Булатов С.А.** Актеры вместо пациентов // Медицинская газета. 2008. №35. С. 10.
2. **Булатов С.А., Хамитов Р.Ф.** Практические умения и навыки. Программа освоения практических умений по методике «Стандартизированный пациент» // Учебно-методическое пособие. Казань: ИПФ «Бриг», 2006. 44 с.
3. **Денисов И.Н.** Медицинское образование: ситуация сегодня и пути совершенствования подготовки врачей // Врач. 2004. №4. С. 4–7.
4. **Мелешко В.** Мертва теория без практики. Почему хромает практическая подготовка врачей // Медицинская газета. 2001. №22–28 марта.
5. **Мещерякова М., Подчерняева Н., Шубина Л.** Обучение профессиональным мануальным умениям и оценка уровня их сформированности у студентов медицинских ВУЗов // Врач. 2007. №7. С. 81–83.
6. **Наумов Л.Б.** Учебные игры в медицине. Мн.: Ташкент «Медицина», 1986. 320 с.

#### Контактная информация

**Сергей Александрович Булатов** – доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии КГМУ МЗ РФ, руководитель Центра практических умений, р.т.: 2360401, e-mail: boulatov@rambler.ru