

УДК 378.146

КАКОЙ БЫТЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ?

Багирова Генриетта Георгиевна

д-р мед. наук

Козлова Лилия Константиновна

д-р мед. наук

Сагитова Эльвира Рафкатовна

канд. мед. наук

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

author@apriori-journal.ru

Аннотация. Описывается методика проведения Государственной Итоговой Аттестации, принятой и реализующейся в Оренбургском государственном медицинском университете в течение 13 лет. Особое внимание уделено II этапу – оценке практических навыков выпускника при работе с реальным больным. Приводятся преимущества такого проведения данного этапа в сравнении с объективным структурированным клиническим экзаменом (ОСКЭ), широко внедренным в других странах.

Ключевые слова: государственная итоговая аттестация выпускников; медицинский вуз; оценка практических навыков.

WHAT TO BE THE STATE TOTAL CERTIFICATION IN MEDICAL HIGH SCHOOL?

Bagirova Genrietta Georgievna

doctor of medical sciences

Kozlova Liliya Konstantinovna

doctor of medical sciences

Sagitova Elvira Rafkatovna

candidate of medical sciences
Orenburg state medical university, Orenburg

Abstract. The technique of the organization of the state total certification of graduates of medical faculty which is accepted is described and spent at the Orenburg state medical university within 13 years. The special attention is given II stage – an estimation of practical skills of the graduate at work with the present patient. Advantages of such carrying out of the given stage in comparison with the objective structured clinical examination (OCKЭ), widely introduced in other countries of the world are shown.

Key words: state total certification of graduates; medical high school; practical skills.

Современная ситуация в здравоохранении требует реформирования системы медицинского образования, предъявляет новые требования к подготовке высококвалифицированных профессиональных кадров.

Выступая на Первом национальном съезде врачей в Государственном Кремлёвском дворце 5.10.2012 года ректор I МГМУ им. И.М. Сеченова П.В. Глыбочко сказал, что обеспечение инновационного характера медицинского образования качественно нового уровня с учётом современных требований и мировых тенденций с формированием системы непрерывного образования как инструмента социального и профессионального развития – должно стать нашей стратегической целью!

Реализация этой цели, по его словам, предполагает в том числе:

- внедрение компетентного подхода в системе подготовки специалистов, обеспечение взаимосвязи академических знаний и практических умений;
- развитие вариативности образовательных программ, в т.ч. с использованием новых образовательных технологий и лучшего мирового опыта;
- внедрение эффективной качественной клинической подготовки и переподготовки специалистов на базе опыта передовых российских и зарубежных институтов [1].

4 года назад в систему высшего медицинского образования внедрён Федеральный государственный образовательный стандарт третьего поколения. Основой его является ориентация обучения в высшей школе на формирование у выпускников определённых видов компетенций. Современные выпускники вуза, в ряде случаев, владея академическими знаниями, зачастую не способны оказать первую медицинскую помощь, выполнить простейшие манипуляции уровня среднего медицинского работника, а потому предлагается перейти к реализации качественно

новых принципов в системе формирования профессиональных навыков у студентов.

Российская система медицинского образования всегда базировалась на подготовке врача – специалиста на работе в условиях реальной клинической практики, чем выгодно отличалась от зарубежных школ. Сейчас у нас в стране формируется модель практической подготовки специалиста, основанная на обучении в собственной клинике. Это позволяет пересмотреть подходы к организации учебных и производственных практик, организации практической подготовки на кафедрах, внедрение элективных курсов по практическим навыкам. При этом обязательной рубежной аттестацией практических умений должна быть оценка владения практическими навыками на муляжах и тренажёрах, что широко применяется в зарубежной практике подготовки врача.

В интернете достаточно широко освещается опыт ведущих университетов мира по проведению объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ). Основные подходы ОСКЭ с привлечением независимых экспертов (экзаменаторов) внедрены в I МГМУ им. И.М. Сеченова в рамках Государственной Итоговой Аттестации (ГИА) выпускников.

Достаточно много информации о внедрении ОСКЭ в Казахском медицинском университете им. С. Д. Асфендиярова, хотя он уже много лет существует в западных странах, США и Канаде [2].

В мае 2012 года наши казахстанские коллеги впервые провели оценку клинических навыков врачей-интернов по инновационной методике с использованием 12 стандартизированных пациентов с привлечением внешних экзаменаторов. Сам экзамен сопровождался видео- и аудиорегистрацией с транслированием.

Методика экзамена состоит в том, что проверка клинических навыков проводится на специально подготовленных актёрах, обученных

играть роль пациентов с конкретными заболеваниями. В роли пациентов выступали профессиональные актёры местных театров, студенты академии искусств. У каждого из них был свой сценарий, по которому они должны были предварительно пройти обучение и так называемую стандартизацию, что исключало ошибочное развитие сценария заболевания.

Независимыми экзаменаторами выступали практикующие врачи первой и высшей категории, работающие в центральных клиниках г. Алматы. Они находились в отдельной комнате, где было 12 мониторов и наушников, посредством которых можно было дистанционно оценивать работу интернов по опросу «больных», их физикальному обследованию. Заполненный лист первичного осмотра рассматривался независимыми экспертами для выставления баллов в соответствующие пункты оценочного листа.

Подобно стандартизации актёров предварительно проводилась и калибровка экзаменаторов. По мнению авторов, такой подход позволяет исключить субъективное отношение экзаменатора к экзаменуемому.

В Семипалатинске ОСКЭ проводится на кафедре семейной медицины по нескольким направлениям: выпускники 6 курса, интерны, клинические ординаторы, курсанты цикла повышения квалификации семейных врачей.

При анкетировании преподавателей, включённых в ОСКЭ, 24% из них всё же не хотят менять традиционный подход к экзамену по целому ряду причин (увеличение объёма работы, изменение стереотипа проведения экзамена, информационная нагрузка и др.).

К этой же группе преподавателей мы можем отнести и себя по ряду причин:

- 1) Любой актёр никогда не заменит «живого больного», так как он, будучи практически здоровым, только исполняет роль по написанному сценарию. Каждый пациент, обратившийся к врачу, как

правило, имеет ряд болезней. Задача экзаменуемого – среди многообразия жалоб и объективных данных выделить основное заболевание, которое в данный момент привело его к врачу, провести соответствующее обследование и лечение. В связи с этим, экзамен надо проводить на больном, предварительно получив его согласие.

2) Сколько надо актёров и режиссёров, пишущих им роли и готовящих их к исполнению? Кто будет оплачивать им эту работу? Для «объективизации» экзамена требуется техническое оснащение (видеокамеры, наушники, компьютеры по числу экзаменаторов, отдельные помещения для экспертов, сидящих за мониторами). Всё это требует больших материальных затрат.

3) Как у актёра, играющего роль больного, например с хронической сердечной недостаточностью, экзаменуемый увидит цианоз кожного покрова и отёки, услышит хрипы в лёгких, шумы в сердце и пропальпирует увеличенную печень?

4) Экзамен должен проводиться независимыми экспертами из числа практических врачей, что очень проблематично. Они являются работниками лечебного учреждения и не имеют лицензии на образовательную деятельность.

5) Стандартизированный больной в виде обученного актёра – это одна из разновидностей симуляционного обучения. Естественно, что симуляторы можно и нужно использовать в процессе обучения и не только для отработки практических навыков младшего и среднего медицинского персонала. При наличии соответствующей материальной базы, для усвоения различных практических навыков они могут использоваться на всех курсах и кафедрах, а проверять усвоение их следует на промежуточных экзаменах по соответствующим предметам.

По ФГОС выпускник должен быть готов к работе с людьми, а не с симуляторами. А потому сложившуюся в России практику сдачи экзамена на реальном больном необходимо сохранить.

б) Следует учесть и то, что студенты многие вещи запоминают чисто механически. Примером тому может быть тестирование. 250 актёров (по числу экзаменующихся студентов) с различными сценариями нам не найти, а диагнозы изо дня в день повторяющихся актёров быстро станут достоянием всех экзаменующихся, что значительно облегчит решение многих вопросов.

В течение 13 лет на кафедре поликлинической терапии Оренбургского государственного медицинского университета проводится II этап ГИА по методике, принятой и одобренной в нашем вузе и которая вполне может считаться инновационной.

После перехода на единый междисциплинарный государственный экзамен, отказавшись от проведения экзамена по отдельно взятым предметам, мы построили государственную итоговую аттестацию по специальности «лечебное дело» таким образом, чтобы сразу можно было проверить теоретические знания и практические умения по различным разделам. ГИА в нашем вузе состоит из 3-х этапов.

I этап – тестирование с использованием различных вариантов тестов по 100 вопросов, включающих задания практически по всем дисциплинам. Этот этап рассматривается как подготовительный. Студенты, ответившие менее чем на 71 % вопросов, до следующего этапа не допускаются.

II этап – аттестация практических навыков и умений. Он проводится на базе кафедры поликлинической терапии в городской поликлинике в условиях, максимально приближенных к реальному приёму участкового врача. С согласия больных, им предлагается принять участие в экзамене. Для этой цели используются больные, пришедшие на приём к участковому врачу, хирургу, невропатологу или на лечение в дневной стационар. Студент впервые видит больного на экзамене, характер его заболевания ему не известен. Экзаменуемый в присутствии комиссии, состоящей из преподавателя кафедры поликлинической терапии, других

терапевтических кафедр, узких специалистов (хирург, невропатолог, дерматовенеролог, педиатр, отоларинголог) решает задачи врача амбулаторного звена без скидок на отсутствие опыта. В присутствии экзаменаторов он проводит расспрос жалоб и анамнеза, физикальное обследование, оценивает полученные им данные. Полученная информация служит основой для установления предварительного диагноза, назначения плана дополнительного обследования, дифференциальной диагностики, решения вопроса о трудоспособности. При работе с пациентом студент определяет цель визита (диагностическая, лечебная и др.). На основании полученных данных он назначает лечение, выписывает рецепты, определяет необходимость в диспансерном наблюдении. Все данные заносятся в специально разработанный нами опросный лист

Таким образом, на основании проведенной работы с пациентом мы можем оценить наличие у него профессиональных компетенций: (ПК № 5 – способность и готовность провести и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты лабораторно-инструментальных исследований; ПК № 17 – использовать алгоритм постановки диагноза; ПК № 20 – способность назначать адекватное лечение в соответствии с диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной терапии; ПК № 12 – планирование мероприятий по профилактике, оценка эффективности диспансеризации; ПК № 30 – решение вопросов временной и стойкой нетрудоспособности).

Каждый аспект деятельности экзаменуемого оценивается в баллах и вносится в разработанную нами «Карту комплексной оценки профессиональных действий и умений студента при самостоятельной работе с больным». Баллы суммируются и трансформируются в оценку по пяти балльной системе. Положительная оценка позволяет перейти к III этапу – устному экзамену, где каждое из 90 вариантов заданий

содержит один междисциплинарный теоретический вопрос, 1 ситуационную задачу, составление алгоритма действия при одном из наиболее часто встречающихся синдромов, оценка рентгенограмм, электрокардиограммы, описание фотографий с кожной патологией, картиной глазного дна и др.

При работе с больным в баллах оценивается также и время, затраченное на амбулаторный приём. Оптимально – это 30 минут, что соответствует 5 баллам. Все вопросы, касающиеся теоретических аспектов, в отдельно отведенное время студент вносит в опросный лист, который впоследствии в присутствии экзаменуемого оценивается, уточняются некоторые ответы. Постоянный контакт студента с преподавателями в процессе работы с больным даёт возможность уточнить ряд ответов на вопросы, задать дополнительные вопросы, получить по ним разъяснения.

Аттестация практических навыков на данном этапе максимально соответствует задаче определения основной компетенции врача – умению применять полученные знания на практике. Он выявляет степень усвоения навыков физикального обследования, способность студента клинически мыслить, знать реальные диагностические возможности поликлиники, уметь интерпретировать данные лабораторно-инструментального обследования.

Такая методика проведения второго этапа ГИА в нашем вузе полностью соответствует целям аттестации и не требует дополнительного оборудования, специальных денежных вложений.

Мы провели анализ результатов полученных оценок на ГИА в 2014 году. Аттестацию проходили 228 выпускников. Ответы у 32,9 % оценены на «отлично», у 43,4 % – на «хорошо», у 21,5 % – на «удовлетворительно», у 2,2 % – «неудовлетворительно». Средний балл составил 49,34, что по разработанной шкале соответствует оценке «хорошо» (от 45 до 54 баллов). Среднее время, затраченное на приём,

составило 4,22 балла (40 минут). Из 17 пунктов перечня профессиональных навыков расхождения более чем на 20 % с максимально возможной оценкой в баллах имелись в 12. Это касается методики пальпации, перкуссии, аускультации, узкоспециального обследования, трактовки данных объективного, лабораторного и инструментального исследования, формулировки диагноза, составления программы лечения, определения тактики и стратегии ведения больного, выписывания рецептов, решения вопросов трудовой экспертизы, планирования мероприятий по профилактике.

Таким образом, мы считаем, что экзамен на реальном больном нельзя менять на работу с актёрами и не только из-за больших материальных затрат и привлечения в качестве экспертов врачей, не имеющих лицензии на образовательную деятельность, но и, главным образом, из-за того, что в таких условиях невозможно оценить насколько выпускник готов работать с больным человеком, способен правильно провести его обследование, выявить симптомы болезни, показать своё клиническое мышление и правильность принятия решений в отношении различных аспектов, касающихся ведения данного пациента.

С большой долей вероятности можно допустить, что ОСКЭ внедряют, считая это инновационным подходом, там, где по различным причинам не доступно обучение на больных.

Нам это доступно. Внедрённая нами методика проведения ГИА вполне может считаться инновационным подходом в итоговой оценке приобретенных практических навыков выпускника, тем более что в таком формате она впервые была проведена в нашем вузе более 10 лет назад и хорошо апробирована.

Список использованных источников

1. Глыбочко П. «Предлагаемая нами система определяет многоэтапную и многоуровневую подготовку и аттестацию специалистов» // Здоровье нации – новая стратегия. 2012. № 3 (22). С. 19-21.
2. Еспенбетова М.Ж., Нуртазина А.У. Объективный Структурированный Клинический Экзамен (ОСКЭ) на стандартизированных пациентах и под контролем независимых экзаменаторов – прецедент экзаменационной методики не только для Казахстана, но и для стран СНГ [Электронный ресурс]. URL:<http://www.kaznmu.kz> (дата обращения 1.12.2014).