

doi: 10.17116/hirurgia2016785-88

«Дорожная карта» процесса подготовки хирургов

Проф. А.В. ФЕДОРОВ*, проф. С.А. СОВЦОВ, М.Л. ТАРИВЕРДИЕВ

Российское общество хирургов, Москва, Россия

Roadmap of surgeons training

A.V. FEDOROV, S.A. SOVTSOV, M.L. TARIVERDIEV

Russian Society of Surgeons, Moscow, Russia

В настоящее время при осуществлении последиplomного обучения врачей-специалистов официально утвержденными являются государственные образовательные программы в виде:

а) профессиональной переподготовки продолжительностью не менее 500 учебных часов;

б) повышения квалификации с длительностью обучения от 72 до 288 учебных часов.

Обучение, как правило, осуществляется одновременно и непрерывно 1 раз в 5 лет. В учебных планах таких циклов преобладают теоретические занятия в виде лекций и семинаров. Практические занятия во многих случаях также проводятся в учебных комнатах (просмотры и обсуждения учебных видеофильмов, разборы клинических случаев и т.п.). Реже они проходят в условиях центров практических навыков учреждений, обеспечивающих непрерывное медицинское образование, и еще реже — в условиях операционного блока.

В результате этого основная мотивация врача-хирурга при прохождении циклов повышения квалификации сводится не к овладению новыми знаниями и умениями, а к получению документа, необходимого для прохождения аттестации (переаттестации) и продления сертификата врача-специалиста.

Безусловно, в сегодняшней ситуации подобные формы последиplomного образования хирургов нельзя считать приемлемыми, необходима новая «дорожная карта», в которой во главу угла поставлены принципы овладения новыми практическими навыками и механизмами реального внедрения их в клиническую практику.

С учетом складывающегося комплекса проблем следует пересмотреть планирование подготовки врачей хирургического профиля, делая обучение адаптированным к соответствующему уровню оказания хирургической помощи, необходимой для того или иного региона и/или больницы.

Сегодня признано целесообразным использовать два компонента непрерывного медицинского образования — вузовский и вневузовский.

Вузовская система медицинского образования

В вузовской системе в настоящее время идет активное обсуждение внедрения новых форм обучения путем реализации коротких циклов (16–72 ч) повышения квалификации. Приоритетом в проведении подобных циклов является акцентирование обучения на освоении новых практических знаний и умений. Особенно это важно для врачей мануальной направленности (хирурги, акушеры-гинекологи, урологи, офтальмологи и др.). Реализация подобных учебных программ должна осуществляться в виде кредитно-модульных форм обучения.

Законодательной основой различных форм непрерывного медицинского образования являются положения, отраженные в Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ от 29 декабря 2012 г.:

Статья 76. Дополнительное профессиональное образование

п. 11. Обучение по дополнительным профессиональным программам осуществляется как одновременно и непрерывно, так и поэтапно (дискретно), в том числе посредством освоения отдельных учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), прохождения практики, применения сетевых форм, в порядке, установленном образовательной программой и (или) договором об образовании.

Серьезным прогрессом во внедрении коротких циклов на кредитно-модульной основе является издание приказа Минздрава России от 29.08.15 №599 «Об организации в подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации образовательных и научных организациях подготовки медицинских работников по дополнительным профессиональным программам с применением образовательного сертификата».

На основании этого документа теперь каждый врач-специалист становится обладателем учебного сертификата, оплата которого будет осуществляться через Фонд обязательного медицинского страхования. Это, с одной стороны, дает возможность главному врачу лечебного учреждения выступать в роли заказчика обучения своего специалиста тем диагностическим и лечебным технологиям,

которые необходимы для конкретной больницы. С другой стороны, врач-специалист может самостоятельно выбрать и конкретное учебное заведение, и конкретные практические навыки и умения, которые он бы хотел освоить и использовать в своей клинической практике.

Цели внедрения модульной системы обучения:

1) создание благоприятных условий для повышения квалификации врачей, которые надолго не могут быть оторваны от основной работы (лечебно-диагностического процесса);

2) повышение качества обучения за счет интенсификации учебного процесса, активизации работы профессорско-преподавательского состава и слушателей по обновлению и совершенствованию содержания и методов обучения;

3) осуществление регулярного контроля и оценки качества обучения слушателей при освоении ими образовательной программы по направлению (специальности).

Получение необходимых знаний для своей практической работы лучше реализуется при модульной форме обучения, когда рассматривается одно конкретное хирургическое заболевание или вид его лечения. Модуль составляется так, чтобы врач-специалист четко представлял себе:

а) что он должен знать и уметь после изучения содержания модуля;

б) как он сможет достичь этих знаний и умений;

в) как будет доказывать наличие у него этих знаний и умений.

Как отмечалось выше, основной задачей проведения краткосрочных циклов является овладение новыми практическими навыками, которые необходимы для конкретного специалиста. Практические навыки врача имеют два уровня достижений — базовый (минимальный объем) и продвинутый (расширенный объем).

Базовый уровень освоения новых практических навыков необходим, как правило, в тех областях медицины, которые ранее не могли использоваться в больнице, чаще всего из-за отсутствия необходимого оборудования и аппаратуры (например, эндохимирургического), или подготовленных специалистов.

Обучение расширенному (продвинутому) объему навыков не является строго обязательным. Инициативу в этом случае проявляет сам врач, а обучение обусловлено в основном практической потребностью в расширении уже имеющегося объема навыков.

Образовательные программы в оптимальном виде должны быть построены в виде тематических модулей в объеме 36 учебных часов (1 кредит) и 72 учебных часов (2 кредита) с разделением их на части при проведении краткосрочных циклов обучения. В основе обучения лежит дискретность проведения циклов. При прерывистом обучении у врача-хирурга появляется возможность осмысления полученных знаний при модульном обучении, проверки реальности применения полученных новых практических знаний у себя в лечебном учреждении с учетом его материально-технических возможностей, инструментального и аппаратурного обеспечения и т.п. Специалист может произвести коррекцию полученных знаний и умений на следующем этапе обучения с учетом результатов внедрения программных технологий.

В настоящее время у большинства больных имеется реальная необходимость использовать мультидисциплинарные подходы в диагностике и лечении хирургического

заболевания, что требует от хирургов повышения уровня профессиональной компетентности. Сегодня в обследовании и лечении хирургического больного принимает участие большая и разнообразная группа врачей-специалистов: собственно хирурги, анестезиологи-реаниматологи, терапевты, рентгенологи, эндоскописты, специалисты по ультразвуковой диагностике, нутрициологи, физиотерапевты, клинические фармакологи и др. Это значительно повышает роль врача-хирурга как лидера имеющейся команды, что обуславливает реальную необходимость иметь достаточный уровень знаний для работы в этом коллективе специалистов.

Вместе с тем следует отметить и то, что сегодня во многих территориальных образованиях при оказании хирургической помощи отчетливо просматривается необходимость в подготовленных специалистах в области общей хирургии, травматологии и реаниматологии, от которых зависит успех лечения больных с острой травмой и наиболее часто встречающимися хирургическими заболеваниями. Между тем в небольших регионах с населением менее 30 000 человек в штатном расписании большинства центральных районных больниц и больниц малых городов отсутствуют должности врачей-урологов, травматологов-ортопедов, детских хирургов. Еще в не столь далекие времена существовало понятие «всемогущий общий хирург», который работал во всех разделах хирургии, что в принципе в настоящее время является весьма редкой, а порой и «мертвой» специальностью. Это связано с обязательностью наличия сегодня соответствующих сертификатов по урологии, колопроктологии, детской хирургии и т.п.

С учетом складывающегося комплекса проблем необходимо правильно осуществлять планирование подготовки врачей хирургического профиля. Существует реальная необходимость расширения объема профессиональной компетентности при подготовке врачей, особенно нужной для оказания неотложной хирургической помощи.

Для этого имеет смысл оптимизировать имеющиеся образовательные программы для подготовки врача-хирурга требуемой модели, делая ее адаптированной к соответствующему уровню оказания хирургической помощи, необходимой для того или иного региона и/или больницы. Вместе с тем основополагающие образовательные стандарты должны сохраняться в имеющихся текущих учебных программах.

По просьбе Российского общества хирургов (РОХ) кафедра хирургии ФДПО Южно-Уральского государственного университета определила перечень краткосрочных (продолжительностью 36 ч) циклов повышения квалификации, включающих обучение эндохимирургии в рамках овладения базовыми (курс «Основы лапароскопической хирургии» — FLS) и продвинутыми практическими навыками: лапароскопической аппендэктомией, герниопластикой, холецистэктомией. В традиционной абдоминальной хирургии предлагается совершенствование своих умений в области хирургии перитонита, панкреатита, желудочных кровотечений и внедрения современных способов герниопластики.

Принципиально важным является осуществление подготовки хирургов из ЦРБ и больниц малых городов для расширения профессиональной компетенции по вопросам острой травмы и интенсивной терапии. В качестве реализации этого подхода совместно с кафедрой анестезиологии и реаниматологии университета разработан и

утвержден учебно-методический комплекс цикла ПК «Мультимодальные подходы к лечению больных абдоминальным сепсисом» продолжительностью 36 ч.

Принципы дискретности и модульности образовательных технологий следует использовать и при реализации стандартных 144-часовых учебных программ: «Хирургия», «Актуальные проблемы абдоминальной хирургии», «Актуальные проблемы лапароскопической хирургии», «Колопроктология», которые разделяются на 2–4 модуля продолжительностью 36 или 72 ч каждый, и на них можно обучаться дискретно в течение текущих 5 лет своей профессиональной деятельности.

В каждом модуле имеется теоретическая (6 ч) и практическая (30 ч) часть. Теоретический раздел цикла включает просмотры фрагментов видеофильмов, разъясняющих принцип осваиваемого практического навыка, а также входящий тестовый контроль для определения исходного уровня знаний врача по этой тематике. Практические занятия полностью проводятся либо в университетском Центре симуляционных образовательных технологий, либо в операционных или других подразделениях клиники. Например, при обучении практическим навыкам по базисным основам эндохирургии занятия проводятся с использованием учебных тренажеров ЛапСим и ЛапВП, с помощью которых осваиваются такие приемы, используемые в эндохирургии брюшной полости, как координация работы инструмента и лапароскопа, бимануальная координация инструментов, работа ножницами, наложение эндопетли и др. [1, 3]. Все эти упражнения полностью сопряжены с международной учебной программой FLS (Fundamentals of Laparoscopic Surgery), которая широко распространена во многих странах мира, все содержащиеся в ней манипуляции имеют высокий уровень валидации [7].

Особенность проводимого модульного обучения состоит в том, что на овладение конкретного навыка на всех циклах не выделяется определенное количество учебного времени. Навык будет осваиваться до тех пор, пока обучающийся им не овладеет до уровня его использования в своей клинической практике.

Наиболее серьезной проблемой является объективная оценка знаний и умений, полученных при использовании образовательных технологий в хирургии. На практике используются их различные варианты — с помощью как временных оценок, точности выполнения упражнений и др., так и применения в ряде случаев базовых элементов структурированного экзамена и глобальной рейтинговой шкалы [4–6].

На заключительном этапе обучения проводится итоговое тестирование с использованием как федеральных тестовых программ, так и кафедральных.

Требуется также решить важную задачу непрерывного медицинского образования — осуществление обратной связи с врачом-хирургом, прошедшим обучение.

Вневузовская система медицинского образования

Помимо вузовского компонента непрерывного медицинского образования, сегодня весьма актуальна и вневузовская часть обучения. Именно она позволяет в большей степени, чем вузовское образование, поддерживать систему непрерывности образования. В состав вневузовского компонента входят как образовательные мероприятия, проводимые в больничных условиях (внутрибольничные конференции, патологоанатомические конференции, учебные

семинары и т.п.), так и самостоятельное дополнительное образование врача-специалиста в виде изучения последних данных литературы, посвященных современным принципам диагностики и лечения при хирургических заболеваниях, участие в различных социальных сетях интернета, на страницах которых идет обсуждение насущных проблем хирургии и т.п.

Система непрерывного медицинского образования РОХ

Весьма важную роль в реализации вневузовского последипломного образования играют некоммерческие общественные организации (профессиональные ассоциации, общества). Так, например, РОХ разработана стройная образовательная программа для врачей хирургического профиля. На портале РОХ имеется отдельная страница «Непрерывное медицинское образование», включающее такие подразделы, как «Хирургический практикум», «Школы хирургии», «Дистанционное обучение» и др. Экспертным советом РОХ утверждено «Положение о непрерывном медицинском образовании врачей хирургического профиля». Оно включает проведение национальных конгрессов, съездов, конференций, во время которых практическим врачам представляют последние достижения современной хирургии и за участие в которых хирургу начисляются учебные баллы РОХ, в последующем учитываемые в системе непрерывного образования. Чрезвычайно важным шагом явились создание и утверждение РОХ в течение 2013–2015 гг. Национальных клинических рекомендаций по основным хирургическим нозологиям. Они не только позволяют осуществлять системный подход при диагностике и лечении пациентов, но и выполняют функции юридической защиты как врача, так и больного. Примечательно, что в стране получили распространение региональные съезды хирургов (Сибири и Дальнего Востока, Урала, Юга России, Поволжья), позволяющие адаптировать имеющиеся нормативные документы применительно к местным условиям, разительно отличающимся друг от друга в нашей большой стране. Учебные программы РОХ построены на принципах, отраженных в Национальных клинических рекомендациях, и обновляются по мере обновления Национальных рекомендаций. С учетом цикличности (раз в 5 лет) преподавания каждой программы в одном регионе достигается постоянное информирование хирургов об изменениях, происходящих в Национальных рекомендациях.

Серьезным вкладом в профессиональную систему непрерывного образования хирургов явилось проведение Школ по хирургии под эгидой РОХ. На портале РОХ имеется собственный раздел «Школа хирургии», в котором размещен унифицированный каталог программ Школ, состоящий из 13 тематик обучения по наиболее часто встречающимся хирургическим нозологиям. Суть Школы хирургов РОХ состоит в том, что Экспертным советом РОХ создаются и утверждаются программы по наиболее актуальным вопросам хирургии, причем при создании каждой из них применяется мультидисциплинарный подход с привлечением специалистов нехирургического профиля, принимающих участие в лечебном процессе по конкретному заболеванию. Программы реализуются под эгидой РОХ одновременно в разных регионах страны и строятся на основе проблем, характерных для конкретной территории. Это позволяет в сжатый срок (в течение одного лекционно-практического дня) дать слушателям оптимальный набор знаний и навыков по актуальной хирур-

гической проблеме, снабдив их также современными методическими материалами для дальнейшей работы. Таким образом, имея в арсенале несколько тематических программ, можно интенсивно внедрять в практику хирургов целого региона непрерывное медицинское образование (НМО), которое строится с учетом проблем, характерных для конкретной территории. Учебные программы РОХ построены на принципах, отраженных в Национальных клинических рекомендациях, и обновляются по мере обновления Национальных рекомендаций. Цикличность (раз в 5 лет) преподавания каждой программы в одном регионе позволяет обеспечить информирование хирургов об изменениях, происходящих в Национальных рекомендациях.

Для начисления баллов за прохождение любого обучающего курса он должен быть аккредитован РОХ, а система оценки знаний должна быть валидной: объективной, анонимной для экспертов с гарантированной персонализацией отвечающего. Организаторами проводимых учебных мероприятий должны быть предусмотрены не только регистрация участников и выдача им предвари-

тельных сертификатов, но и прохождение участниками тестирования по основным вопросам, представленным в Школе. Целью тестирования является определение уровня усвоения знаний, полученных в ходе обучения в Школе, а также возможности использования их в своей практической работе.

Тестирование проходит в отсроченном режиме, слушатель имеет возможность активизировать полученный при участии в мероприятии код на сайте НМО РОХ и в течение двух недель ответить на тестовые вопросы по теме пройденного материала. После успешного прохождения теста на электронную почту учащегося высылается окончательный сертификат о прохождении Школы хирургии с дополнительными баллами РОХ [2].

Таким образом, складывающаяся ситуация при оказании хирургической помощи населению предполагает проведение серьезной оптимизации системы непрерывного образования врача-хирурга с активным использованием новых форм обучения как в вузовском, так и во вневузовском компоненте с целью повышения качества диагностики и лечения при хирургических заболеваниях.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Симуляционное обучение в хирургии*. Под ред. Кубышкина В.А., Емельянова С.И., Горшкова М.Д. М. 2014.
2. Совцов С.А., Федоров А.В., Таривердиев М.Л. Непрерывное медицинское образование врачей хирургических специальностей. *Хирургия*. 2014;2:32-37.
3. Федоров А.В., Совцов С.А., Таривердиев М.Л., Горшков М.Д. *Пути реализации образовательного симуляционного курса*. М. 2014.
4. Chipman JG, Schmitz CC. Using Objective Structured Assessment of Technical Skills to Evaluate a Basic Skills Simulation Curriculum for First-Year Surgical Residents. *J Am Coll Surg*. 2009;209:364-370.
5. Gray JD. Global rating scales in residency education. *Acad Med*. 1996;71(supp 1):56-63.
6. Martin JA, Regehr G, Reznick R. Objective structured assessment of technical skill (OSATS) for surgical residents. *Br J Surg*. 1997;84(2):273-278.
7. Resident Education Committee: SAGES curriculum outline for resident education. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. www.sages.org/publications/publication-pdf.php?id=28 (2009). Accessed 05 Nov 2010.