

СУЧАСНЕ ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ У СТУДЕНТА МЕДИКА

Актуальність. Обрання Україною за кінцеву мету медичної освіти підготувати конкурентоспроможного компетентного медичного працівника передбачає створення головної компетентності – сформованого клінічного мислення. Однак ми власноручно створюємо перешкоди для подальшої інтеграції нашого молодого спеціаліста до нових правил роботи в клініці за кордоном і мова йде не лише про невідповідність навчальних програм, що формують у молодого спеціаліста перелік знань, вмінь та навичок, що не повною мірою відповідають тим, що запроваджені на європейському просторі, а й про формування клінічного мислення.

Мета. Метою роботи став аналіз формування клінічного мислення українського фахівця для виявлення напрямків його поліпшення для полегшення імплементації лікаря в світову медичну спільноту.

Аналіз попередніх досліджень. Відомо, що закордонна практика надання медичної допомоги передбачає використання уніфікованих протоколів її надання, які мають чіткий алгоритм дій як в об'ємі клінічного обстеження, так і в використанні лабораторних та інструментальних методів дослідження. Результати застосування такого підходу дозволяють верифікувати діагноз та призначити лікування знову ж таки відповідно до протоколу надання медичної допомоги. В Україні ще з 1992 року почали впроваджувати спочатку тимчасові галузеві уніфіковані стандарти, а потім клінічні протоколи надання медичної допомоги, наразі настанови, які на сьогодні розроблені для всіх спеціальностей. Однак, структура даних документів побудована таким чином, що спочатку лікар має встановити діагноз, а вже потім може ознайомитися з тим переліком скарг, інструментального та лабораторного дослідження, яке йому пропонують для підтвердження даного діагнозу та його лікування. Це принципово відрізняється від закордонних клінічних протоколів, де на підставі наявності скарг та симптомів лікарю вказано перелік інструментальних та лабораторних процедур, які він має застосувати для встановлення діагнозу. Саме ця принципова відмінність потребує застосування різного клінічного мислення, а саме: - беручи до уваги теорію подвійного процесу, можливо помітити, що закордонна модель надання медичної допомоги спочатку передбачає застосування лікарем «системи мислення 1», коли на підставі застосування шаблонів, які вкладені в стандарти надання медичної допомоги, лікар зможе швидко отримати якісну та максимальну кількість інформації, що допоможе йому використовувати «систему мислення 2» - спосіб аналітичного мислення, який дасть змогу встановити діагноз і відповідно до цього використати схему лікування. Лікар в Україні, в тому числі і молодий, має відразу використати «систему мислення 2», що є більш повільним процесом, потребує значного докладання зусиль, вмінь, досвіду і навіть інтуїції, адже він не має чіткого алгоритму для дії. Формування в нашого студента логіки клінічного мислення за алгоритмом теза – аргумент - спосіб доказу передбачає розпочинати міркування з постановки диференційного діагнозу, вже потім відповідно до цього проводити пошук первинної інформації і звершувати це побудовою причинно-наслідкових зв'язків, визначаючи діагностичне значення симптомів. В такому разі принципово допущена помилка на першому етапі призведе до абсолютно невірних дій в подальшому, що спотворить результат та завдасть шкоду пацієнту. Дотримання однієї із тез пропедевтичного мислення як вміння знаходити для кожної навчальної ситуації або нестандартної задачі нове рішення із комбінації відомих знань навичок та вмінь передбачає формування експериментаторської спрямованості студента, який в подальшому вже як лікар буде не дотримуватись чіткої процедури прийняття рішення, а буде намагатися проявити «творчість», ціна якої може бути життя пацієнта. Невтішна статистика судово-медичної експертизи свідчить, що за даними Головного бюро СМЕ МОЗ України з 1995 по 2009 роки в бюро щороку проводилося від 18 до 100 експертиз з приводу «лікарських справ», тобто тих, де мова йде про завдання шкоди пацієнту внаслідок дії лікаря. Причому, починаючи з 2000 року їх кількість постійно залишалася стабільно високою, близько 20 % від загальної кількості експертиз. Найчастіше питання надання медичної допомоги стосувалися лікарів акушерів гінекологів, лікарів-хірургів та анестезіологів-реаніматологів, а при проведенні експертиз в 64 % випадків були виявлені дефекти надання медичної допомоги при лікуванні. При аналогічному аналізі за 2012 - 2014 роки було встановлено, що кількість експертиз збільшилась від 19 до 23,5 % і знову лідують хірурги та акушери гінекологи.

Тобто можливо помітити, що впровадження Болонської системи освіти з подальшою видозміною на трансферну при рапортуванні провідних вишів України щодо високого рейтингового балу за результатами зовнішнього оцінювання, діаметрально протилежно корелює зі зростанням кількості лікарських помилок серед професій хірургічного профілю, де прийняття вірного рішення та тактики надання медичної допомоги як ніде інде залежить від клінічного мислення. Формування клінічного мислення та його вплив на вірний результат роботи лікаря тісно пов'язані з мірою його відповідальності: адміністративною, кримінальною, моральною. В цьому ми також принципово відрізняємося від західної моделі, де лікар застрахований страховою компанією від невірних, дій, які завдадуть шкоду пацієнту. Його дії в рамках протоколу надання медичної допомоги, навіть якщо це мало негативні наслідки, унеможливають переслідування. Тому він буде чітко дотримуватися процедури її надання, використовуючи всі передбачені засоби. Натомість, виховання українського студента за принципом «*primum non nocere* – перш за все не зашкодь», не маючи чітко визначеного алгоритму для дій, який має бути засвоєний на етапі формування клінічного мислення, призведе до намагання уникати процедур як в діагностиці так і при лікуванні.

Висновки. Таким чином, перебуваючи на етапі реформування медичної освіти в Україні можна вважати, що: при формуванні клінічного мислення у студента медичного вишу України необхідно врахувати особливості його подальшого застосування в західній моделі надання медичної допомоги; необхідно внести зміни в навчальні плани та програми, зокрема, доповнення до кейс-методу, який запропонований як основний для впровадження серед студентів початкових курсів навчання, для ознайомлення з протоколами надання медичної допомоги та алгоритмом їх використання; визначити пріоритетним для студента після 4-х років навчання, який вступає до інтернатури відповідного профілю (*residency program*), вивчення міжнародних протоколів (настанов) надання медичної допомоги.

Заявка на участь

Михайличенко Борис Валентинович, д.м.н., професор, завідувач кафедрою судової медицини та медичного права НМУ.

Біляков Андрій Миколайович, д.м.н., доцент кафедри судової медицини та медичного права НМУ.

Бондар Станіслав Степанович, к.м.н., доцент кафедри судової медицини та медичного права НМУ.

Форма участі: тільки друкування тез.

Контактні дані: тел. 050 382 22 94 (Біляков А.М.), E-mail: yenik316@gmail.com