

УДК 378.091.33-027.22:[614.23:616-089-053.2]

## ЕТАПИ ЗАСВОЄННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ДИТЯЧИМИ ХІРУРГАМИ

**В. О. Дмитряков, Г. В. Корнієнко, М. О. Скалозубов**

*Запорізький державний медичний університет*

## THE STAGES OF PRACTICAL SKILLS MASTERING BY PEDIATRIC SURGEONS INTERNS

**V. O. Dmytryakov, H. V. Korniyenko, M. O. Skalozubov**

*Zaporizhian State Medical University*

Впровадження етапів засвоєння практичних навичок лікарями-інтернами дитячими хірургами з урахуванням їх психологічних типів дозволяє вдосконалити підготовку спеціалістів.

Introduction of stages of practical skills mastering by pediatric surgeons interns taking into account their psychological types allows to improve the specialists' training.

**Вступ.** Питання набуття необхідних практичних навичок для майбутнього дитячого хірурга є дуже важливим і, як впливає з Програми спеціалізації (інтернатури) з дитячої хірургії: "Основною метою інтернатури є підвищення рівня практичної підготовки лікарів-інтернів у їх професійній готовності до самостійної лікарської роботи" [1].

Методика викладання дитячої хірургії згідно з Болонською декларацією, учасницею якої є Україна, також надає великого значення вдосконаленню методів засвоєння як оперативної техніки, так і розвитку хірургічного мислення у молодого лікаря [2].

**Основна частина.** Цим питанням на кафедрі дитячих хвороб ФПО Запорізького ДМУ приділяється постійна увага. Наш досвід викладання дозволяє виділити серед лікарів-інтернів дитячих хірургів два психологічні типи, які умовно визначаємо як: інтерни – хірургічні теоретики та інтерни – хірургічні практики.

Для перших характерне сумлінне вивчення усіх нюансів хірургічної діяльності, вони знають всі етапи оперативного втручання, але при виконанні практичних навичок (біля ліжка хворого, в перев'язочній, біля операційного стола) відрізняються зайвою нерішучістю, невпевненістю у своїх діях, їх поборюють постійні сумніви. Ця група інтернів відносно повільно засвоює набір необхідних оперативних втручань, вони потребують постійної уваги та, особливо, практичної допомоги зі сторони викладача.

Друга група лікарів-інтернів – хірургічні практики, відрізняється високою активністю в перев'язочній та

операційній хірургічного відділення. Вони багато оперують та асистують, намагаючись самостійно виконати максимальну кількість маніпуляцій та операцій. Інколи, не вдаючись в деталі та подробиці діагностичного процесу, вони ладні кожному хворому, що надійшов в хірургічний стаціонар, виставити показання до операції. Можна сказати, вони діють за принципом: "Кожна дитина, яка надійшла до хірургічного стаціонару, повинна бути прооперована!". Таких інтернів доводиться іноді "гальмувати", охолоджуючи їх "хірургічний порив".

В підсумку, по завершенню навчання, установи охорони здоров'я не повинні одержати "безрукого теоретика", тим більше, що дитяча хірургія, за визначенням – це прикладна галузь медицини. Також далекий від ідеалу і "хірург – ремісник", готовий оперувати "всіх і вся", котрий багато може робити руками, але теоретичні знання якого бажають кращого.

Однаково погано – неякісно зроблена операція чи "якісна операція", але проведена не за показаннями!

Ми хочемо поділитись досвідом роботи кафедри дитячих хвороб ФПО Запорізького ДМУ щодо конкретної підготовки лікарів дитячих хірургів до самостійної практичної роботи на прикладі їх участі в курації хірургічного хворого та виконання йому оперативного втручання. Етапи роботи лікаря-інтерна краще прослідкувати на прикладі лікування планового хірургічного хворого.

Дуже важливим є первинний контакт хворої дитини з дитячим хірургом (в даному випадку – лікарем-

інтерном дитячим хірургом). На нашу думку, бесіда молодого хірурга з першими своїми пацієнтами та їх батьками повинна проходити в присутності викладача кафедри. Тільки так можливий контроль за виконанням інтерном деонтологічних норм та правил спілкування, що дуже важливо для успіху наступних етапів лікування.

Інтерн повинен детально та зрозуміло пояснити пацієнту (враховуючи його вік) та батькам їх права та обов'язки в період перебування в хірургічному стаціонарі. При цьому повинна бути оформлена та одержана письмова згода батьків дитини на проведення оперативного втручання у дитини.

Курація хворого розпочинається зі збору анамнезу, клінічного обстеження та оформлення історії хвороби. “Правильно зібраний анамнез – це наполовину поставлений діагноз!” – цей клінічний принцип не втратив свого сенсу і в наш час. Необхідно постійно акцентувати увагу лікарів-інтернів на першочерговому значенні клінічних методів обстеження і на дургородності даних додаткових методів [3].

Правильне оформлення історії хвороби лікарем-інтерном повинно бути доведено до автоматизму. Незайве також нагадати про юридичне значення цього документа. Лист призначення та об'єм обстеження хворого повинні бути обов'язково погоджені з викладачем.

Коли хірургічний діагноз поставлений, а у планового хірургічного хворого він відомий, як правило, вже при надходженні, необхідно визначатись з терміном оперативного втручання та правильно оформити передопераційний епікриз (показання до операції). Інтерн повинен добре знати всі етапи і нюанси майбутньої операції, знати як її класичний варіант, так і передбачувані особливості у даного хворого.

Повинні бути надані відповіді на всі запитання, які виникали у батьків з приводу майбутньої операції. Тут, як правило, молодому хірургу не зайва підтримка досвідченого викладача, який допомагає правильно провести бесіду з батьками дитини, щоб уявлення про оперативне втручання в останніх було максимально повним. Не треба приховувати можливі небезпеки та ризики, якщо вони очікувані, враховуючи складність оперативного втручання [4]. Нехай краще батьки розділять, разом з лікарем-хірургом, неспокій передопераційного періоду, ніж будуть відчувати надмірно легке, райдужне ставлення до майбутньої операції.

Важливо пояснити майбутньому дитячому хірургу, що більшість скарг батьків з приводу лікування дітей в хірургічному стаціонарі виникає якраз внаслідок

недотримання та недооцінки значення деонтологічних норм та правил на етапі лікар – пацієнт (батьки хворого).

На загальнохірургічній “п'ятихвилинці”, напередодні операційного дня, інтерн зачитує передопераційний епікриз хворого, та відповідає на запитання, які задають колеги. Подібна практика спонукає майбутнього дитячого хірурга сумлінно та професійно підготуватися до запланованої операції.

Кульмінацією засвоєння та вдосконалення практичних навичок є сама операція. Від її об'єму та складності залежить – лікар-інтерн буде працювати як асистент чи оперуючий хірург. Враховуємо також практичний досвід, який має конкретний інтерн. Але, в будь-якому випадку, відповідальність за проведення оперативного втручання несе досвідчений ординатор хірургічного відділення або викладач кафедри, з яким оперує лікар-інтерн. Найчастіше інтерну надається можливість зробити самостійно певні етапи оперативного втручання. Звичайно, з набуттям досвіду, об'єм виконаних оперативних маніпуляцій в інтерна збільшується. Під кінець інтернатури він суттєво “поповнює багаж” самостійно зроблених операцій.

Важливим етапом є правильне оформлення медичної документації після завершення операції: написання протоколу операції, заповнення листа призначення, оформлення, при необхідності, направлень на патгістологічне, цитологічне та бактеріологічне дослідження.

Протоколи незначних за об'ємом, виконаних у “класичному варіанті” операцій, інтерн заповнює самостійно. Протоколи складних, значних за об'ємом та індивідуальних за виконанням оперативних втручань лікар-інтерн, як правило, записує під диктовку досвідченого оперуючого хірурга.

Необхідно постійно звертати увагу на медичну та юридичну важливість цього документа. В протоколі повинна бути ясно і достатньо детально викладена послідовність виконаних хірургічних маніпуляцій. Обов'язково необхідно “зробити акцент” на технічно складних та “слабких” місцях виконаної операції (описати момент, де була значна крововтрата; відмітити накладання швів на інфільтровані та запальні тканини; вказати місця десерозації кишечника; місця натягнення тканин при їх зіставленні та ін.).

Після транспортування хворого із операційної в післяопераційну палату обов'язково повинна бути проведена бесіда з батьками дитини. Тяжко переоцінити її професійне та деонтологічне значення. Якщо операція невелика за обсягом і пройшла успішно, то з батьками бесіду веде лікар-інтерн в присутності

головного оперуючого хірурга. Складні оперативні втручання і ті операції, по ходу яких мали місце технічні проблеми, повинні бути пояснені батькам дитини робітником кафедри. Звичайно, пояснювати необхідно зрозумілою для непрофесіонала мовою, враховувати інтелектуальний рівень батьків. В останніх, у підсумку, повинна залишитись впевненість, що, незважаючи на проблеми, які виникли під час операції, вони були успішно вирішені, а бригада хірургів зробила все можливе для успішного закінчення оперативного втручання.

Дуже важливим етапом вважаємо обговорення з лікарями-інтернами у вигляді дискусії всіх подробиць та нюансів вже виконаної операції, в якій вони брали участь у вигляді асистента чи оперуючого хірурга. Ці дискусії мають, на нашу думку, велике практичне та деонтологічне значення. Намагаємось одержати при цьому відповіді на два головних запитання: “Чи все у даного хворого було зроблено правильно? Що можна було зробити краще?”

Після подібних обговорень зайвий раз переконуєшся в тому, що нема межі вдосконаленню.

Молоді хірурги сумлінно готуються до цих “теоретичних дуелей”, стараються зібрати максимальну кількість інформації з питань, які розглядаються. Використовують додаткову літературу, залучають комп’ютерні джерела інформації. Лікарі-інтерни мають можливість критично переосмислити власні дії і дії своїх вчителів. Іноді і сам викладач повинен погодитися, що були більш кращі практичні рішення під час вже виконаної операції (можливість вибрати більш оптимальний операційний доступ, або доцільно було використати другий шовний матеріал, можливо, кращою була б інша послідовність хірургічних маніпуляцій...).

Подібні обговорення неможливі до оперативного втручання, оскільки невідомі ще деталі та подробиці, з якими зустрілась бригада, що оперувала. Передбачити ж до дрібниць всі етапи майбутньої операції, про що говорить багатолітній досвід – неможливо. Обговорення ми проводимо на наступний день після операції. При цьому ще свіжі в пам’яті нюанси самої операції і є час іще раз освіжити теоретичний багаж з хірургічної теми, що розглядається.

Особливістю запропонованого методу засвоєння практичних навичок є обов’язок кожного лікаря-інтерна, який брав участь в хірургічному лікуванні дитини, курація хворого до моменту його виписки зі стаціонару. Весь цей час лікар-інтерн залишається лікуючим лікарем. Про це знає сам пацієнт, а також його батьки. Звертаємо увагу лікаря-інтерна на те, що мистецтвом хірурга є не тільки сама операція, якою доскона-

лою вона б не була, але й уміння вести хворого в післяопераційному періоді, обходячи “риффи” раних та пізніх ускладнень. Необхідно одержати первинне загоснення операційних ран, добитись нормалізації функцій органів та систем, які були задіяні в період хірургічного лікування і виписати хворого в задовільному стані, впевнено підкресливши в історії хвороби в графі № 17 (результат лікування) пункт № 1 (одужання).

Звертаємо увагу молодих хірургів на важливість завершальної бесіди з пацієнтом та його батьками перед випискою дитини зі стаціонару. При цьому також треба додержуватись правил етики та деонтології. Успішність всіх етапів лікування викликає радість та задоволення не тільки пацієнта та його батьків, вона приємна також для хірургів й інших медичних працівників, які брали участь у лікуванні дитини. Батьки повинні піти зі стаціонару з чітким планом подальших дій в період остаточного видужання дитини, вже в умовах амбулаторного спостереження та реабілітаційного лікування.

Вказані дві, умовно виділені, групи лікарів-інтернів – хірургічні теоретики та хірургічні практики по-різному реагують на кожному з етапів освоєння практичних навичок і потребують індивідуального підходу викладача. “Теоретики”, як правило, доволі успішно працюють на всіх етапах, окрім основного – робота в операційній. Саме тут їм потрібна допомога в засвоєнні тонкощів оперативного втручання. При цьому також необхідне розуміння зі сторони анестезіолога, якщо операція трохи затягується. “Практики” ж, навпаки, потребують постійного контролю та допомоги на доопераційних етапах лікування та в проведенні післяопераційного періоду. Індивідуальний підхід викладача до кожного молодого хірурга, як вказує наш досвід, майже завжди дозволяє одержати необхідний результат. Головне, щоб бажання засвоїти та закріпити новий практичний навик було взаємним.

Підбиваючи підсумок сказаному, можна виділити наступні етапи вдосконалення хірургічного мислення та засвоєння практичного навичка лікарем-інтерном дитячим хірургом при лікуванні конкретного хворого:

1. Доопераційна курація дитини з хірургічною патологією.
2. Визначення показань до операції та написання передопераційного епікризу.
3. Доклад хворого колективу лікарів з обґрунтуванням та відстоюванням плану операції.
4. Участь в оперативному втручанні в якості асистента або оперуючого хірурга.
5. Оформлення медичної документації по завершенні операції.

6. Обговорення та дискусія з викладачем та колегами-інтернами про характер уже виконаного оперативного втручання.

7. Курація дитини після операції аж до виписки зі стаціонару.

8. Знання та практичне застосування правил етики та деонтології при спілкуванні з пацієнтом та його батьками на всіх етапах лікування.

**Висновок.** Таким чином, практика поетапного засвоєння практичної навички дозволяє не тільки закріпити мануальні навички лікаря-інтерна при виконанні конкретної операції, але й сприяє вдосконаленню його хірургічного мислення як лікаря на доопераційному етапі, в період виконання оперативного втручання та в період після операції.

#### **Література**

1. Типовий навчальний план та програма спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації зі спеціальності “Дитяча хірургія” / МОЗ України, НМАПО ім. П. Л. Шупика. – Київ, 2006. – С. 5.

2. Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичному навчальних закладах України III-IV

рівнів акредитації : матеріали Всеукр. наук. навч.-метод. конф. (Тернопіль, 12–13 трав. 2011 р.). – Тернопіль : ТДМУ, 2011. – С. 491–492.

3. Сушко В. І. Хірургія дитячого віку / В. І. Сушко, Д. Ю. Кривченя. – К. : Медицина, 2009. – С. 15–27.

4. Моше Шайн. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии / Моше Шайн. – М. : Изд. дом “ГЭОТАР-МЕД”, 2003. – С. 1–138.