

Міждисциплінарна інтеграція в формуванні клінічного мислення у студентів-педіатрів

Д.А. Шкурупій, І.В. Ксьонз, Є.М. Гриценко, О.М. Волошин

В роботі практичного лікаря одноосібне ведення хворого зустрічається рідко. Частіше доводиться стикатися з переведенням хворого з одного відділення до іншого, залучення на консультацію лікарів суміжних спеціальностей, або (за наявності поєднаної патології) одночасним веденням хворого декількома спеціалістами. Природно, що в таких умовах особиста точка зору кожного з лікарів має бути почута і зрозуміла іншим спеціалістом для вироблення єдиного підходу до лікувального процесу: одноосібна думка не може і не має права домінувати при прийнятті тактичних рішень.

В педіатричній практиці ця проблема стоїть більш актуально і гостро ніж в інших спеціальностях. Це пов'язано як із соціально-політичною і моральною значущістю понять «дитяча захворюваність» і «дитяча летальність», так і з чисто практичною стороною питання: на відміну від дорослого, дитина не може адекватно розповісти про відчуття своєї хвороби і тому такі ланки діагностичного пошуку як скарги та анамнез зміщуються в бік суб'єктивних міркувань лікаря. В зв'язку із цим саме в педіатрії частіше ніж в інших галузях медицини мають місце спільні огляди, консилиуми і консультації, і саме тому у педіатра, як ні у кого іншого, має бути сформована здатність до колективного мислення.

Завдяки наявності спільної клінічної бази протягом останніх 5 років курси дитячої хірургії і анестезіології-реаніматології намагаються реалізовувати єдині підходи до формування клінічного мислення у студентів-педіатрів.

Практична частина заняття на обох курсах проходить в одних і тих самих операційних і у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії дитячої міської клінічної лікарні м. Полтава. Це дозволяє студентам зрозуміти логіку дій хірурга під час операції, вибір анестезії анестезіологом чи тактику лікування хірургічного хворого при проведенні інтенсивної терапії.

Так, під час навчання на курсі дитячої хірургії, студентам, які присутні на операції з приводу гострої злукової кишкової непрохідності, яка вимагає проведення лапаротомії з тривалою (більше 2 годин) роботою на відкритих органах черевної порожнини, хірург акцентує увагу студентів на необхідності обгортання кишечника вологими серветками. Тоді ж пояснюється, що це необхідно для зменшення перспіраційних втрат, збільшення яких можуть привести до некоригованих порушень гемодинаміки. Так само, під час інтраопераційного ведення місцевого анестетика в корінь брижі необхідно пояснити. Що цей засіб допомагає зменшити больову імпульсацію під час та після операції та допомагає більш ранньому відновленню кишкових функцій при проведенні інтенсивної терапії.

Коли ті самі студенти приходять на курс анестезіології-реаніматології, під час присутності на такій самій операції з приводу гострої злукової кишкової непрохідності уже з позиції анестезіолога, пояснюється логіка вибору для даного пацієнта комбінованого наркозу і інтубацією трахеї і ШВЛ. Однією з причин такого вибору є необхідність міорелаксації м'язів черевного пресу для забезпечення хірургам оптимальної можливості до широкого хірургічного доступу в черевну порожнину. Так само, наприкінці операції анестезіолог вводить гемо статичні препарати пояснюючи це необхідністю допомоги хірургам у досягненні гемостазу в ділянці операційної рани.

При вивченні тем з діагностики і лікування вроджених вад розвитку у новонароджених обов'язково приділяється увага «реанімаційним» особливостям ведення таких хворих, особливо – стосовно підготовки до транспортування в спеціалізоване хірургічне відділення. Зокрема, акцентується увага на неприпустимості маскової вентиляції легень при проведенні первинної реанімації новонародженого з діафрагмальною килою, необхідності інтубації трахеї і постановки зонду в сліпий кінець стравоходу у новонароджених із атрезією стравоходу, потреби в герметизації евертерованих органів у новонароджених із

гастрошизісом. Тим самим моментам повторно приділяється увага при вивченні студентами-педіатрами дитячої реаніматології.

Присутність студентів-педіатрів під час консилиумів і спільних оглядів хірургічних хворих у відділенні анестезіології і інтенсивної терапії Полтавської дитячої міської клінічної лікарні співробітниками курсів дитячої хірургії, анестезіології-реаніматології та практичних анестезіологів і хірургів є гарною демонстрацією прийняття спільних рішень в практичній медицині.

Ефективність спільної роботи співробітників обох курсів з формування клінічного мислення у студентів-педіатрів підтверджується практичним досвідом роботи: один лікар – випускник спеціальності «Педіатрія» наразі успішно працює дитячим анестезіологом, а лікарі-інтерни за спеціальністю «Педіатрія», які є випускниками останніх двох років і проходять заочну частину інтернатури Полтавської дитячої міської клінічної лікарні не дивлячись на відсутність досвіду, вільно орієнтуються в клінічній ситуації при роботі в хірургічному і реанімаційному відділеннях і суттєво допомагають практичним лікарям під час роботи у відділеннях.

Наш досвід доводить ефективність міждисциплінарного інтегративного підходу до формування клінічного мислення у студентів-педіатрів, і тому буде перспективним у співпраці з викладачами інших клінічних дисциплін (неонатології, дитячої травматології-ортопедії, дитячої онкології).