

стационарной помощью, что в значительной мере является следствием ориентации ресурсов нашего здравоохранения на больничную помощь.

Степень удовлетворенности пациента можно использовать для активизации участия населения в решении целого ряда вопросов, затрагивающих систему здравоохранения. Определение степени удовлетворенности населения медицинской помощью может помочь вскрыть важный резерв повышения результативности здравоохранения, в частности совершенствование личностно-профессиональных и этико-деонтологических сторон, а также может лечь в основу оценки деятельности медицинского работника при использовании материальных методов стимулирования. Результаты социологических опросов такого ряда в практике стран с рыночной экономикой весьма востребованы прежде всего самими учреждениями, которым для выживания в условиях конкурентной борьбы на рынке услуг крайне важно знать прежде всего свои слабые стороны с тем, чтобы своевременно принимать меры и, таким образом, обеспечивать конкурентоспособность.

Проведение опроса населения для определения удовлетворенности медицинской помощью заслуживает внимания как этап на пути разработки методики оценки качества медицинской помощи и функционирования системы здравоохранения, дает основания для динамического совершенствования методики и сравнимости полученных результатов с возможностью разработки практического инструментария.

Таким образом, современные подходы к управлению качеством медицинской помощи могут быть в полной мере реализованы лишь через влияние на составные части его обеспечения в виде лицензирования и аккредитации, стандартов лечебного процесса и удовлетворенности медицинской помощью.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Линденбратен А.Л., Дубоделова Н.К., // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и соц. развития.-2006.- №17-с731-377
2. Решетников А.В. // Экономика здравоохранения. – 2007 - №3. – с. 79-84.
3. Решетников А.В. // Российское общество и здравоохранение: социологическое осмысление взаимодействия. – М., 2004.
4. Бородин Ю.И., Рожков В.Ф., Бабенко А.И //Сов. здравоохранение.-1987.-№5.с.8-11.
5. Caze A.M., Champion F.P., Champion-Daviller M.N.// Tech. Hosp. – 1989. Vol.44, T.521.-P.42-43/
6. Maslow A. Motivation and Personality/ - Philadelphia, 1954.
7. Овчаров В.к., Марченко А.Г., Тишук Е.А., Боборыкина Т.Н. // Здравоохранение Рос.Федерации. -1991.-№1. – с. 10-11.
8. Концепция дальнейшего развития здравоохранения и прикладной науки РФ/ Под. Ред. Комарова Ю.М.-М., 1994.-180с.
9. Антонова Н.Л. Качество медицинского обслуживания в оценках пациентов. // Социология медицины. №1(10). 2007. с. 39-41.

УДК 616-071:614.252:3

#### КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ -ИНТЕРНОВ

*Н. К.Тузельбаев*

*Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясауи, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Дәрігер интерндерді дайындауда ең басты мақсат, интерндердің клиникалық ойлау қабілетін, үйренген дәрігерлік машықтарын тәжірибеде қолдана білуін жетілдіру. Білім деңгейін бағалауда, аурудың диагнозын қою, емдеу, аурудың алдын алу, болжамын анықтау, оларды негіздеуіне үлкен мән беріледі.

#### SUMMARY

The main aim in training of interns is the development of clinical thinking and the ability of using their theoretical and practical knowledge and skills. The most objective evaluation of the knowledge is the ability to solve the clinical problems of a certain patient (to prove the examination, the successful medical treatment, formulation of diagnosis and determine the examination).

Деятельность врача зависит от его мышления, от наличия в его мышлении элементов творчества, такие элементы возникают в условиях заинтересованности восприятия знаний. Познавательный интерес обеспечивается разнообразием форм обучения. Этого требует и научный поток профессиональной информации.

Активизации практических навыков в познавательной деятельности врача – интерна служат различные формы и методы работы, прежде всего работа у постели больного, прием больных в поликлинике, обслуживание больных на дому, анализ в динамике данных объективного состояния больного лабораторно –

инструментального обследования формирует клиническое мышление врача. Выполнение плановых и экстренных дежурств, оказание мероприятий по неотложной терапии требует от врача осуществление практических лечебно – диагностических манипуляций [1].

Наиболее объективные критерии оценки знания интерна и субординатора заключается в умении решать клинические задачи, т. е. обосновать обследование, диагноз, лечение, прогноз. Между тем, ведущей формой в приобретении клинических навыков и мышления являются клинические и тематические разборы, разборы экспромты, клинические семинары, семинары - консилиумы. С нашей точки зрения, наиболее приемлемы в работе с интернами клинические разборы и клинические семинары.

**Клинические разборы.** Цель клинического разбора: научить врача-интерна применять знания в конкретной ситуации и клинически мыслить.

Клиническая практика, основанная на тщательном изучении конкретного больного, всегда была, есть и будет неисчерпаемым источником познания сложных проблем современной медицины. Именно больные с индивидуальными проявлениями того или другого заболевания обогащают наши представления о болезнях новыми деталями, которые могут стать ключевыми для их понимания. Вот почему в известных терапевтических клиниках традиционно сохраняется многопрофильность, что позволяло на примерах отдельных пациентов рассматривать большой круг вопросов, представляющих интерес одновременно для ряда разных специалистов; поэтому больные вместе с хорошими врачами всегда были богатством клиники, об этом говорили выдающиеся русские клиницисты терапевты М. П. Кончаловский и Е. М. Тареев, а клинический разбор больного – является основной формой совершенствования клинического мышления.

Клинический разбор – обсуждение вечных проблем клинической практики: диагноза, лечения и прогноза у конкретного больного, а не болезни вообще. Привлечение к такому обсуждению специалистов, очень важно глубоко знающих отдельные стороны болезни, но применительно к конкретному больному, тем более на клинический разбор обычно представляется “сложный больной”, сложный в плане диагноза обследования и лечения [2].

Диагностические сложности обсуждаются в ходе клинического разбора, поскольку существует достаточно большая группа больных, страдающих так называемыми редкими заболеваниями.

Клинический разбор – это тщательный анализ со всеми деталями и особенностями возникновения и развития заболевания, его обострений, а так же деталей образа жизни, привычек – в общем, реализация знаменитого “простого захарьинского метода анамнеза” [3].

Еще следует упомянуть, что клинический разбор позволяет определить оптимальный вариант обследования, целесообразность использования самых современных, в том числе дорогостоящих, подчас небезопасных (инвазивных) методов. Всегда ли они необходимы? Например, биопсии почки можно не делать у больного инсулинозависимым сахарным диабетом, у которого выявляется микроальбуминурия, четко указывающего на начало гломерулосклероза в области рукоятки клубочка, а значит; на раннюю стадию диабетической нефропатии. В то же время окончательно диагностировать раннюю “протеинурическую” стадию амилоидного поражения почек пока можно только с помощью биопсии почки.

Современные успехи клинической медицины значительно расширяют наши возможности в решении основных вопросов клинической практики, главным объектом которой всегда останется больной человек, а оптимальным способом понимания его проблем является клинический разбор.

**Порядок проведения клинического разбора.** Врач - интерн докладывает заранее подготовленные и уточняемые в ходе совместного осмотра данные о больном. После обсуждения этих данных и результатов дополнительных исследований руководитель разбора резюмирует информацию о больном и заболевании в соответствии с целями занятия. Рассмотрение конкретного клинического случая - принципиально важное условие. Уровень разбора конкретного больного соответствует таковому в клинике при обучении интернов. Больной индивидуален. Если для разбора подобран сложный случай, в котором диагностика затруднена сочетанием болезней, нехарактерностью проявлений и течения болезни, то участники клинического разбора получают полезную информацию и тренировку в решении диагностических и терапевтических задач.

Достоинства такой формы клинического разбора больного: рациональное использование времени, управление продолжительностью разбора, заблаговременная подготовка иллюстративного материала, высокая авторитетность заключения профессора руководителя разбора.

Недостатки данной формы клинического разбора: некоторая «рафинированность» ситуации в связи с подбором наиболее «демонстративного», подготовленного больного. Не все интерны в равной мере вовлекаются и в осмотр и в обсуждение больного.

Однако, ценность данной формы клинического разбора несомненно. Она наиболее рациональна в качестве показательного разбора, особенно при наличии (КТ, МРТ) морфологической, компьютерно-томографической верификации патологического процесса, редко встречающихся или очень длительно протекающих заболеваний.

**Клинические семинары.** Руководитель интернов заранее задает тему семинара, к которому все интерны готовятся заранее по рекомендованной литературе, материалам лекций, интернета и т.д. Для семинара готовится один, реже 2-3 больных (лучше если больные с тем же диагнозом, но с разными формами, стадиями болезни или со сходными синдромами при разных заболеваниях). С этими больными интерны

занимаются заранее, что отличает клинический разбор от семинара. Клинический семинар следует подразделять на следующие этапы:

Доклад больного интерном без сообщения данных дополнительных исследований. Совместное обследование больного с уточнением и коррекцией методики исследования, фиксацией внимания не только на кардинальных для диагностики, но и на редких или малоизвестных методах исследования.

Собственно клинический разбор:

- а) Поочередное изложение каждым интерном своего мнения о предварительном диагнозе, плане обследования и лечения
- б) Изложение руководителем интернов результатов дополнительных исследований, данных о динамике заболевания
- в) Повторное выступление каждого интерна по поводу этиологии, патогенеза, заболевания, дифференциальной диагностики, диагноза, лечения, прогноза и экспертизы.
- г) Анализ руководителем интернов выводов и изложение своих соображений по всем вопросам, связанным с клиническим разбором больного.

При такой форме клинического разбора вероятно меньшая творческая нагрузка на тех интернов, которые высказывают свои взгляды не первыми, влияние феномена “психологического конформизма” – присоединение к мнению большинства. В таких случаях, надо предоставить возможность выступить интерном или субординатором с более слабой подготовкой, предложить не просто сформулировать диагноз и лечебные мероприятия, а обосновать их. Главное – это активное участие всех присутствующих в семинаре. Руководитель семинара интернов отталкиваясь от сведений о больном, может подвести участников к углубленному обсуждению вопросов этиологии, патогенеза, патоморфологии, дифференциальной диагностики, лечения и профилактики.

Так при изложении результатов бактериологического, серологического, иммунологического и других методов исследования возникает повод для разговора об этиологии, патогенеза, патоморфологии и т.д. Необходимо, чтобы интерны знали, что предмет дискуссии не надуман, не навязан, а подсказан ходом обсуждения конкретного больного.

Оценку приобретения профессиональных навыков интернов при клиническом разборе, можно так же, с целью объективизации оценивать по балльно-рейтинговой системе контроля знаний обучающихся (согласно приказа МОиН РК от 18.03.2008 №125).

Рейтинг может быть использован в процессе обучения (полугодовой аттестации) для выявления слабых звеньев профессиональных навыков, а так же при окончательной годовой аттестации интернов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. В.С. Смоленский, М.В. Додонов. Формирование клинического мышления интернов-терапевтов, клиническая медицина, 1987, № 11, с. 144-147.
2. В. С. Моисеев, Ж. Д. Кобалова, С.В. Моисеев. Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией, Руководство для врачей, Москва “Гэотар-Медиа” 2008 г. стр. 34-40.
3. А.Н. Мартынов, Н. А. Мухин, В.С. Моисеев. Внутренние болезни: Учебник В 2т. – Москва.: Гэотар-Медиа, т.2. – 1029-1042 стр.

УДК 613.6:616.057

#### ӨНДІРІСТІК ОРТА МЕН БРОНХ-ӨКПЕ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ АРАҚАТЫНАСЫ ЖӘНЕ ПРОФИЛАКТИКАСЫ

*Г. М. Датқаева, Н.К. Түзелбаев, Ш.А. Шаренова, С.М. Айдарбекова  
Қ. А. Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қаласы  
ЖШС «Даумед» Шымкент қаласы*

#### РЕЗЮМЕ

В научной статье раскрывается этиологическая роль неблагоприятных факторов при производстве углеводородов на нефтеперерабатывающем заводе, под воздействием которых у работников основных профессий формируются хронические, атрофические заболевания дыхательной системы. Полученные научные результаты взяты за основу при подготовке дифференцированных, профилактических и лечебных мероприятий по отношению к болезням бронхо-легочной системы работников нефтеперерабатывающего производства.

#### SUMMARY

This article deals with etymological role of negative factors in production of carbon hydrates at the oil – mineral fabric, which influence to the workers of the main profession forming chronic, atrophic diseases of respiratory