

родки, занятые островками опухолевых клеток, которые также могут быть найдены в капсуле опухоли, в виде очагов инвазии в кровеносные или лимфатические сосуды, нервные волокна, а также смежные структуры шеи [5].

Выводы

Дифференциальный диагноз между паратиреоидной карциномой и аденомой довольно часто затруднен. Абсолютные критерии злокачественности включают лимфатическую или сосудистую инвазии, инвазию в смежные мягкие ткани и структуры шеи, а также региональные или отдаленные метастазы.

На практике, подозрительные признаки малигнизации включают в себя высокие митотические и пролиферативные показатели, широкие внутриопухолевые волокнистые перегородки, некрозы, атипичные клетки с большими регулярными ядрами, содержащими выраженные ядрышки [4]. При отсутствии очевидной инвазии, должен быть поставлен диагноз атипичная аденома.

ЛИТЕРАТУРА

1. DeLellis, R. A. Parathyroid tumors and related disorders / R. A. DeLellis // *Modern Pathology*. — 2011. — № 24. — P. 78–93.
2. HRPT2 mutations are associated with malignancy in sporadic parathyroid tumors / V. M. Howell [et al.]. // *J Med Genet*. — 2003. — Vol. 40. — P. 657–663.
3. Wilkins, B. J. Non-functional parathyroid carcinoma: a review of the literature and report of a case requiring extensive surgery / B. J. Wilkins, J. S. Lewis // *Head Neck Pathol*. — 2009. — Vol. 3. — P. 140–149.
4. Immunohistochemical analysis of the cell cycle associated antigens Ki-67 and retinoblastoma protein in parathyroid carcinomas and adenomas / R. V. Lloyd [et al.] // *Endocr Pathol*. — 1995. — Vol. 6. — P. 279–287.
5. Molecular genetics of parathyroid disease / G. Westin [et al.] // *World J Surg*. — 2009. — Vol. 33. — P. 2224–2233.

УДК 61:378

СИМУЛЯЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ КАК МЕТОД КЛИНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Козловский А. А.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В настоящее время в систему медицинского образования активно внедряется симуляционное обучение, при котором обучаемый осознанно выполняет действия в обстановке, моделирующей реальную, с использованием специальных средств-симуляторов. Организация данного процесса требует создания дополнительного структурного подразделения — обособленного центра. В нем студенты могут не только освоить отдельные навыки, но и научиться работать в команде, выработать нормы профессионального поведения и общения с пациентами. Однако такое обучение ни в коей мере не должно заменять ни один из этапов обучения в медицинских вузах, а только дополнять реальную клиническую практику, способствуя повышению качества практических навыков.

Цель

Теоретическое обоснование создания лаборатории практического обучения на базе университета.

Материал и методы исследования

Проведен теоретический и сравнительно-сопоставительный анализ медико-педагогической литературы и опыта работы симуляционных центров Гомельского и других медицинских вузов.

Результаты исследования и их обсуждение

С января 2016 г. в Гомельском медицинском университете работает лаборатория практического обучения, в которой студентами 2–6 курсов лечебного и медико-диагностического факультетов и ФПСЗС, а также врачами-интернами ведется отработка и закрепление мануальных навыков по разделам «Техника наложения швов», «Неотложная помощь», методик подкожных, внутрикожных, внутримышечных и внутривенных инъекций, амбулаторных хирургических операций, знакомство с новейшими технологиями в хирургии, акушерстве и гинекологии.

Основными задачами лаборатории являются:

- ✓ реализация образовательных программ додипломного и постдипломного образования по всем разделам дисциплин «Терапия», «Хирургия», «Акушерство и гинекология», «Анестезиология и реаниматология», «Общая врачебная практика»;
- ✓ разработка учебно-методических комплексов по обучению конкретным практическим навыкам в рамках образовательных стандартов;
- ✓ осуществление материально-технического обеспечения учебного процесса;
- ✓ контроль за соответствием полученных практических навыков;
- ✓ взаимодействие с сотрудниками профильных кафедр, привлечение их для работы в центре, а также при создании учебно-методических комплексов.

Основными направлениями развития будут углубление отдельных узкопрофильных специализаций, особенно на постдипломном обучении, а также расширение количества профилей на базе лаборатории. Многопрофильность данного центра позволит сократить затраты на закупку и содержание дорогостоящего оборудования, а также потребность в огромном количестве помещений, поскольку в одних и тех же классах по расписанию можно преподавать разные разделы медицинских дисциплин.

Существует мнение, что итогом развития лабораторий практического обучения должно стать создание мультифункциональных образовательных комплексов. Лаборатория практического обучения должна тесно взаимодействовать с кафедрами аналогичного профиля, что обеспечит дальнейшее развитие и совершенствование этого структурного подразделения. Данная лаборатория для успешного освоения практических навыков должна включать:

- ✓ мультимедийные аудитории с возможностью прямой трансляции сложных хирургических вмешательств;
- ✓ симуляционные классы для отработки навыков разной степени сложности;
- ✓ классы для работы с нативными препаратами;
- ✓ экспертный совет с участием специалистов, профессоров и доцентов университета для разбора сложных клинических ситуаций;
- ✓ центр ролевых и ситуационных интерактивов, включающий оборудование для оценки умений без влияния человеческого фактора (виртуальные симуляторы);
- ✓ центр формирования командных навыков (отработка умения работы в коллективе, взаимоотношений врача с другим медицинским персоналом, в частности, с администраторами, медицинскими сестрами).

Достоинством межкафедральных лабораторий является возможность минимизации дублируемого оборудования при выполнении практических навыков из различных разделов медицины. Количество аудиторий обусловлено числом групп, одновременно занимающихся по данному направлению. На наш взгляд, симуляционные центры обязательно должны быть автономными и иметь свой кадровый потенциал. Включение центра в состав какой-либо кафедры может привести к однобокости его использования и недофинансированию. В то же время считаем, что педагогический состав центра должен быть сформирован из числа его сотрудников и под них необходимо выделять дополнительные ставки. Пока же в штатном расписании нашего университета отсутствует должность «преподаватель лаборатории», имеется только профессорско-преподавательский состав кафедр, в результате этого в центре приходится работать преподавателям кафедр, что не позволяет ему быть полностью самостоятельным подразделением.

Выводы

1. Наиболее оптимальной формой обучения практическим навыкам являются междисциплинарные лаборатории практического обучения.
2. Для качественного симуляционного обучения необходимы не только симуляторы (фантомы), но и самые современные хирургические инструменты, оборудование и материалы.
3. Количество отрабатываемых навыков на симуляторах должно измеряться не десятками и даже не сотнями в год, а десятками тысяч манипуляций в год, что минимизирует затраты на расходное фантомное оборудование.

4. В работе симуляционных центров обязательно должны использоваться не только фантомы, но и нативные препараты и виртуальное обучение, что позволит максимально расширить перечень обрабатываемых навыков.

5. Лаборатории практического оборудования должны быть автономными, имеющими свой профессорско-педагогический состав, администрацию и персонал технической поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Муравьев, К. А.* Симуляционное обучение в медицинском образовании — переломный момент / К. А. Муравьев, А. Б. Ходжаян, С. В. Рой // *Фундаментальные исследования.* — 2011. — № 10–3. — С. 534–537.
2. Анализ функционирования центров моделирования в системе подготовки медицинских кадров / Л. Б. Шубина [и др.] // *Виртуальные технологии в медицине.* — 2012. — № 2. — С. 7–12.
3. Имитационное обучение в системе непрерывного медицинского профессионального образования / под ред. чл.-кор. РАМН П. В. Глыбочко. — М.: Изд-во Первого МГМУ имени И. М. Сеченова, 2012. — 120 с.
4. Общероссийская система симуляционного обучения, тестирования и аттестации в здравоохранении / Н. Б. Найговзина [и др.] // *Виртуальные технологии в медицине: науч.-практич. журн.* — 2013. — № 1 (9). — С. 8.
5. *Пахомова, Ю. В.* Роль симуляционного обучения в системе непрерывного медицинского профессионального образования / Ю. В. Пахомова, Н. Б. Захарова // *Медицина и образование в Сибири.* — 2013. — № 4. — С. 8.

УДК 615.281.8

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПРЕКРАЩЕНИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Козорез Е. И., Демчило А. П.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Залогом успеха антиретровирусной терапии (АРТ) являются: максимальная приверженность пациентов лечению, рациональный выбор схемы терапии с учетом особенностей образа жизни пациента, выбор первоначального режима с возможностью использования в последующем максимального числа антиретровирусных препаратов, учет возможности наличия у пациента устойчивых к лекарствам штаммов ВИЧ [1–4].

Антиретровирусные (АРВ) препараты, применяемые в настоящее время в клинической практике для лечения ВИЧ-инфекции, необходимо принимать в течение всей жизни. Успешное лечение снижает вирусную нагрузку ВИЧ до неопределяемого уровня. Если лечение прекратить, то контроль над вирусной нагрузкой утрачивается, и уровень ВИЧ в организме опять начинает стремительно повышаться. Однако жесткие графики приема препаратов, беспокойство по поводу серьезных побочных эффектов в долгосрочной перспективе, а также хорошее самочувствие могут привести к тому, что пациенты обращаются к врачу по поводу прекращения приема АРВ-препаратов [1–2].

Цель

Анализ частоты и причин отказа от приема АРТ у ВИЧ-инфицированных пациентов Гомельской области.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 494 пациента, начавших прием АРТ с 1 января 2013 г. по 1 января 2014 г. Средний возраст больных составил 36 лет, из них 270 мужчин и 224 женщины. У 296 (60 %) больных инфицирование ВИЧ произошло при внутривенном введении наркотических средств, у 196 (39,5 %) — при сексуальных контактах, у 2 (0,5 %) — путь не уточнен. В соответствии с классификацией ВИЧ-инфекции у взрослых, предложенной ВОЗ в 2012 г., на начало терапии в стадии I находилось 99 (20 %) пациентов, II — 176 (36 %), III — 135 (27 %), IV — 84 (17 %). Больные наблюдались в течение 2 лет после начала АРТ.

Показанием к началу АРТ явились или клинические симптомы СПИДа, или иммуносупрессия (количество CD4+ клеток менее 350 в мкл).

Результаты исследования и их обсуждение

За анализируемый период терапию перестали принимать 48 (9,7 %) пациентов, в том числе 26 (54 %) мужчин и 22 (46 %) женщины. Срок приема АРВ-препаратов составил: у 16