

Особенности личности студента оказывают влияние на его самостоятельную работу. Так, проблема приемов обучения разрешается каждым студентом с помощью только для него пригодного способа, что усиливает индивидуальный опыт. Самостоятельный поиск наиболее эффективных приемов и способов воздействует на становление стиля самоорганизации студента. Учитывая важность самоуправления умственной деятельностью студентам можно предложить сделать самостоятельный вывод по итогам определенной темы, подготовить и продемонстрировать наглядность, отвечающую содержанию изученного материала, показать природу интересующих явлений в жизни общества, не забывая о важности и ценности положительного примера или опыта, а не только негативного, отрицательного.

Итак, успешное освоение значительных объемов знаний со всей очевидностью ставит вопрос о самостоятельной работе, эффективность которой зависит прежде всего от оптимально четкой ее организации. Самостоятельная работа проходит последовательно стадии от максимальной помощи педагога студенту до полной самостоятельности последнего. Различные виды и формы ее со всей очевидностью ставят вопрос о необходимости учета индивидуального стиля учения студента, подготовки его соответствующими учениями и мотивацией. В этом случае и идет речь об активном потреблении знаний и повышении творческой самооценки личности.

Литература

1. О развитии гуманитарных наук и повышении их роли в государственном строительстве. - Минск 1999-С.20.
2. Ветрова В.Т. Системный подход к индивидуализации в вузе // Адукацыя і Выхаванне. 1999. №5-6. С. 81-86.

УДК 619:614.253:378.14

АНАЛИЗ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ И ВЕТЕРИНАРНЫХ ВРАЧЕЙ

Макаревич Г.Ф.

Витебская государственная академия ветеринарной медицины

Врач должен развивать и тренировать свое клиническое мышление, осваивать логику диагностического процесса, определять ее нарушения, из-за которых и возникают врачебные ошибки (Л. А. Лещинский, 1989).

На ошибках учатся – гласит пословица. Однако лучше учиться на чужих ошибках. Отношение врача к своим ошибкам во многом определяет его человеческие и профессиональные качества. Поэтому каждая врачебная ошибка должна стать предметом серьезного обсуждения в коллективе, результаты изучения ошибок подлежат обобщению и широкому обсуждению с участием всех заинтересованных лиц.

Профессор Н. В. Эльштейн (1983) утверждал, что в медицине, как и вообще в жизни, негативные примеры педагогически более конструктивны, чем позитивные. Вот почему систематический анализ

допускаемых врачебных ошибок - необходимая предпосылка систематизации знаний и совершенствования врачебного мышления.

Врачебная эрология, или учение о профессиональных ошибках, выступает как существенный аспект медицинской деонтологии. В ветеринарии учение о врачебных ошибках не разработано. Однако в первые год-два работы в производственных хозяйствах большинство выпускников ВГАВМ учатся как не нужно работать. Повторяют одни и те же организационные, диагностические, лечебные и технические ошибки.

В понятие врачебных ошибок в широком смысле этого слова следует включать все издержки, промахи, недочеты, упущения в постановке диагноза и в организации помощи больным животным. Кратко их обозначают термином «дефектура».

Организация врачебной помощи и профилактических мероприятий часто является решающим фактором в охране здоровья животных. Следовательно, любые недостатки и изъяны организационного характера ведут к негативным последствиям. Примерами таких ошибок могут быть игнорирование диспансерных обследований скота в профилактике нарушений обмена веществ у коров, желудочно-кишечных и респираторных болезней у молодняка. Сюда также входят: несвоевременное проведение туберкулинизаций крупного рогатого скота, вакцинаций молодняка, нарушение правил вскрытия трупов и отбора патматериала и т.п.

Обращаясь к причинам диагностических ошибок, следует отметить, что они делятся на объективные и субъективные. Каждый врач, какими бы он ни обладал знаниями и опытом, не может быть гарантирован от диагностических ошибок, возникающих по объективным причинам.

Из анализа причин диагностических ошибок следует, что они чаще всего связаны с недостаточным использованием диагностических методов или с тем, что результаты проведенных исследований должным образом не учитываются, недооцениваются или ошибочно трактуются.

Путь к ошибочному диагнозу нередко начинается с дефектов сбора анамнеза. Полное, последовательное, объективное обследование больного по плану клинического исследования, также часто не выполняется. И это, естественно, порождает ошибочные клинические диагнозы из-за отсутствия имевшихся, но не выявленных симптомов и других данных.

Следует назвать одну из коренных и доминирующих причин, допускаемых в клинической практике ошибок, - это неконструктивное врачебное мышление, однозначная трактовка полученных сведений без достаточно взвешенного их критического анализа и проведения на должном уровне дифференциальной диагностики.

Предметом особого внимания являются субъективные причины врачебных ошибок, связанные с личностью врача, его психологическими, индивидуальными особенностями, степенью профессиональной подготовки, опытом, эрудицией, инициативой,

ответственностью. Причиной врачебных ошибок часто является не только недостаточность знаний, но и неумение логически мыслить, аргументировать диагностические предположения, принимать рациональные решения.

Как говорил И. В. Давыдовский (1941), всякий диагноз есть плод известных рассуждений, основанных на фактах и умении критически преломить добытые факты сквозь призму клинического мышления и опыта. Нередко встречаются врачи, у которых такое мышление развито явно недостаточно, в результате чего и диагнозы строятся по типу простеньких формально логических заключений, в которых отсутствует подлинный анализ заболевания. От этого страдает как понимание заболевания, так и правильность его распознавания. При этом недостаточно обоснованное заключение иногда «компенсируется» излишней самоуверенностью врача и игнорированием консультативной помощи своих коллег.

Анализируя истоки врачебных ошибок, в частности диагностических, Е. И. Чазов (1988) указывал, что их надо искать прежде всего на уровне отбора студентов в институт, на уровне обучения и становления молодого врача, очень часто предоставленного самому себе. Он справедливо критикует такой процесс обучения, при котором происходит схоластическое «зазубривание» основных симптомов и показателей лабораторных и инструментальных методов исследования при различных заболеваниях. В сложных ситуациях, не укладывающихся в заученную схему, лишенную творчества, врачи оказываются беспомощными из-за недостатка знаний в области дифференциальной диагностики и ограниченности клинического мышления. А ведь именно знание дифференциальной диагностики, умение рассуждать, сопоставлять, анализировать возможные варианты тех или иных патологических процессов составляют основу врачебного мышления, основу для построения достоверного диагноза.

Лечебные ошибки отличаются широким диапазоном. Прежде всего, они связаны с неправильными клиническими диагнозами, согласно которым больным назначается лечение, не соответствующее истинному характеру заболевания, что в ряде случаев оказывается решающим для прогноза и исхода заболевания. К лечебным ошибкам относятся поздняя или нерациональная, неэффективная терапия, связанная с выжидательной тактикой в лечении больных животных, когда нарушаются важнейшие принципы терапии – физиологичности и активности.

Сюда следует отнести антибактериальную терапию инфекционных процессов при несоблюдении таких условий, как взятие проб на чувствительность микрофлоры к применяемым антибактериальным препаратам, их периодическая смена. Возможны ошибки, связанные с непоказанным применением лекарственных средств и препаратов, ошибки в дозировке лекарств. Большинство лечебных ошибок ветеринарных

специалистов связано со слабым знанием фармакологии и методов терапии, недостаточным выбором препаратов в производственных условиях. Очень часто неосторожное назначение сильнодействующих лекарственных веществ, при реанимации тяжелобольных животных, приводит к их гибели.

Технические ошибки включают в себя различного рода дефектуру при: проведении профилактических мероприятий; диагностических исследований с применением инструментария, зондов и приборов; при введении лекарственных веществ и препаратов; погрешности техники операций, анестезии и наркоза при хирургических операциях и реанимации животных.

Примером таких ошибок может быть неаккуратное или неумелое внутривенное введение гипертонических растворов некоторых веществ, приводящее к развитию гнойно-некротических парафлебитов, разрывы пищевода при зондировании, повреждения мочеиспускательного канала при катетеризации и т.д.

Таким образом, анализ врачебных ошибок, особенно организационных и диагностических, постоянное совершенствование практических врачебных навыков и знаний современных методов терапии и лекарственных веществ, способствует совершенствованию клинического мышления у студентов и ветеринарных врачей.

Литература

1. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Сов. Медицина, 1941, № 3. С.3-1
2. Лещинский Л.А. Деонтология в практике терапевта. М., 1989.
3. Чазов Е.И. Очерки диагностики. М., 1988.
4. Эльштейн Н.В. Диалог о медицине. Таллин, 1983.

УДК 619:616.1/4:378.14

ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ВНУТРЕННИМ НЕЗАРАЗНЫМ БОЛЕЗНЯМ ЖИВОТНЫХ

МАКАРЕВИЧ Г.Ф.

Витебская государственная академия ветеринарной медицины

Согласно учебному плану предмет внутренние незаразные болезни животных студенты ФВМ осваивают в 7-м - 10-м семестрах. Приступая к изучению клинических дисциплин, одной из которых является терапия, они впервые сталкиваются с больными животными, с необходимостью постановки диагноза и назначения лечения.

При изучении дисциплин на 3-м курсе (патологическая анатомия, клиническая диагностика, зоогигиена, фармакология) они получают достаточные знания для работы в клиниках, однако умение анализировать,