

*1. Докладчик: ассистент кафедры Джураева Камола Станиславовна  
г. Самарканд*

*Авторы: Джураева Камола Станиславовна, Ниязова Тажигуль Ахметовна,  
Назирова Шухрат Анварович*

2. ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ,  
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРЫ ИНФЕКЦИОННЫХ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

**3. ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ В  
ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

[djuraevakamola1988@gmail.com](mailto:djuraevakamola1988@gmail.com)

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ,  
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ В  
ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

**Авторы:** *Джураева К.С., Ниязова Т.А., Назиров Ш.А.*

**Докладчик:** **Ассистент кафедры Джураева Камола Станиславовна,  
г. Самарканд**

# Актуальность проблемы

Реализация диагностической процедуры требует высокопрофессионального клинического мышления, формирование и развитие которого у будущих врачей позволяет повысить качество медицинской диагностики и сократить диагностические ошибки на практике. Одним из условий ее эффективности является знание большого количества симптомов, синдромов и их интерпретация. Ведущими синдромами следует считать те патологические проявления, которые выступают на первый план в клинической картине, определяя ее тяжесть, опасность для жизни и, как правило, патогенетически связанные с сущностью заболевания. Выделение ведущего синдрома начинается на этапе определения основных жалоб больного. Ведущий синдром является основой дифференциальной диагностики. Следующим шагом в дифференциальной диагностике является сравнение изучаемого случая с каждым из возможных заболеваний.

Анализ субъективных причин диагностических ошибок показывает, что в значительной степени, независимо от юридической интерпретации, они могут быть обусловлены недостаточным клиническим мышлением. Эти причины можно более подробно представить следующим образом:

- **недостаточное знание методики проведения расспроса, осмотра, пальпации, аускультации;**
- **недостаточное обследование вследствие поверхностного сбора анамнеза, жалоб, без их детализации, несоблюдение методичности обследования;**
- **субъективизм, проявляющийся в оценке объективных симптомов, что во многом зависит от опыта и квалификации врача;**
- **недостаточное качество хранения информации (неполные записи в истории болезни, отсутствие точного отражения факта, ведущее к искаженному представлению о нем);**
- **недостаточное использование информации, полученной на предыдущих этапах обследования (выписка из истории болезни, записи в амбулаторной карте, результаты лабораторно-инструментальных исследований, имеющихся на руках у больного);**
- **неправильное выделение ведущего синдрома;**
- **неточное проведение дифференциального диагноза.**

проведенный анализ причин диагностических ошибок независимо от их правовой оценки показывает, что существенную роль в их возникновении играет недостаточное *клиническое мышление врача*. В связи с этим важным направлением повышения качества медицинской диагностики является решение вопросов дидактической оптимизации формирования клинического мышления.

Прогресс в этом направлении может быть осуществлен путем использования в клинической практике преимуществ информационных технологий.



В связи с вышеизложенным, нами был проведен анализ практических занятий по освоению темы студентами по принципу «клинического мышления»

# Целью исследования

явилось сравнение знаний студентов по освоению пройденного материала на примере «клинического мышления» двух медицинских ВУЗов страны.

# Материалы и методы исследования

Для осуществления поставленной цели проводили исследования среди 5 курса лечебного факультета обоих ВУЗов. Нами был составлен вопросник по «клиническому мышлению» для установления заключительного диагноза кишечных инфекции (сальмонеллёз, брюшной тиф, паратифы А и В, бактериальная дизентерия, ботулизм, пищевая токсикоинфекция). В вопросниках учитывались все возможные врачебные ошибки из практики и осложнения болезни. В исследовании участвовали по одной группе из каждого ВУЗа. В одной группе было 30 студентов. Из каждой группы выделяли опытную (20 студентов) и контрольную (10 студентов) подгруппу студентов. Всего в эксперимент-исследовании участвовали 60 студентов.

Для достижения педагогических, методических целей и решения дидактических задач использовались следующие программные средства учебного назначения:



электронные (компьютеризированные) учебники, электронные лекции; контролирующие компьютерные программы;

справочники, базы данных и базы знаний учебного назначения;

сборники задач и генераторы примеров (ситуаций); компьютерные иллюстрации для поддержки различных видов занятий



# Обсуждение результатов

дифференциальную диагностику проводили с применением интерактивных игр:

диаграмма  
Вена

МОЗГОВОЙ  
штурм

Практические занятия закрепляли лекционным материалом. В опытных подгруппах большое внимание было обращено горизонтальной и вертикальной интеграции студентов.

Это исследование продолжалось около 2 месяцев, то есть в течение 2 цикловых практических занятий. Затем полученные результаты были обобщены по составленным нами вопросникам, промежуточным и итоговым контролям, а также практическим навыкам.

Показатели были  
основной группы  
намного  
выше  $(84,5 \pm 2,6\%)$

по сравнению с  
контрольной  
 $[(72,4 \pm 1,2\%)$   
 $P \geq 0,05]$

## Вывод

Из вышесказанного можно сделать вывод, что в целом современные информационные технологии в образовании ориентированы на развитие творческого потенциала индивида, на формирование клинического мышления определенной предметной области и навыков, которое дает возможность в будущем осуществления практической деятельности студентов-медиков.