

Российская газета, 13 сентября 2013 г.

Врач – не компьютер в белом халате

Петр Глыбочко, ректор Первого медицинского: Как отличить хорошую клинику от плохой

Автор: Ирина Краснопольская

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова разработал и внедрил перспективную модель соединения учебного, научного и лечебного процессов.

В былые времена сочетание «университетская клиника» было на слуху не только у специалистов-медиков, но и у тех, кто стремился получить эффективную медицинскую помощь. И был в этом резон: светила медицины, преподававшие в университете, принимали пациентов, вели их лечение. Но эта замечательная практика постепенно сошла на нет. Теперь возникла необходимость ее возрождения? Об этом обозреватель «РГ» беседует с ректором Первого Московского государственного медицинского университета имени Сеченова членом-корреспондентом РАМН Петром Глыбочко.

Петр Глыбочко: Отрыв клиник от мединституты - тяжелое наследие 30-х годов прошлого века. До октября 1917 года в России было меньше 10 медицинских вузов, и у каждого были свои клиники. Вскоре после октября вузов стало 75. Ни о какой постройке клиник при них речь не шла: срочно за 4 года учебы студенты получали диплом о высшем медобразовании: шла подготовка к войне.

- На смену университетским клиникам пришли так называемые клинические базы в больницах. То есть больница, хорошо, если она была достойно оснащена и если ее главный врач благоволил к пришельцам из медвуза, становилась местом практической подготовки студентов. В некоторых таких больницах были даже аудитории для занятий со студентами.

Петр Глыбочко: Клинические базы в больницах - это тупиковый вариант. Должны быть собственные университетские клиники, как во всем мире. На «базу» профессор или доцент идет, как попрошайка к главврачу, потом к заведующему отделением... При всеобщей финансовой заинтересованности заведующих им преподаватели и студенты - бельмо в глазу. Свои университетские клиники, самые престижные и сильные лечебные учреждения любого города (немецкого, французского и т.д.) Но статистика неумолима: собственные клинические базы, находящиеся в оперативном управлении у медицинских вузов России, свидетельствует, что лишь у 13 из 55 высших образовательных учреждений такие базы есть. Причем, их мощность только у 2-3 вузов может обеспечить многопрофильный лечебный и учебный процесс.

- Однако в новом законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» появилась статья, определяющая возможность расположения клинических кафедр в городских больницах...

Петр Глыбочко: Не так просто «уйти» от них. Требуется время. Но у большей части университетов, убежден, должны быть свои клинические базы.

- Сейчас меняются сроки подготовки врача...

Петр Глыбочко: До недавнего времени врача готовили по схеме: 6 лет обучения плюс год интернатуры. И только после семи лет врач получал возможность практиковать. А если он поступал еще на два года в ординатуру, то его практическая работа начиналась после 9 лет учебы. По новым правилам наш студент через 6 лет получит право работать в практическом здравоохранении. Но срок учебы в ординатуре отныне будет зависеть от специальности: от одного года до пяти лет. Максимальный период обучения в ординатуре, например, кардиохирурга, нейрохирурга, займет 11 лет. По другим специальностям 7-9 лет. Стажировка студентов будет начинаться с первых курсов. Как и сейчас, основные кафедры, где студенты получают практические навыки, находятся в городских больницах вне зависимости от того, где университет расположен.

- В новых правилах вводится так называемый компетентностный подход к подготовке специалиста. Что это значит?

Петр Глыбочко: Компетентностный подход предусматривает набор определенных практических навыков на каждом уровне обучения. Он повышается от курса к курсу и продолжается на всех этапах постдипломной переподготовки и повышения квалификации врача. Студенты всегда присутствовали при лечении пациентов. Но сами не оказывали медицинскую помощь. Они могли под контролем наставника лишь произвести простейшие манипуляции.

- Но это логично: нельзя доверять лечение человеку, не подготовленному, даже, если он студент-медик.

Петр Глыбочко: Согласен. Но теперь студенты получили возможность отрабатывать свои навыки на фантомах - имитаторах человеческого тела, организма. На них можно проводить и анестезиологические манипуляции, и реанимацию, на них можно выполнять операции, их можно обследовать. Мировой опыт, показывает: без комплексной системы симуляционного обучения никак не обойтись. Отработка практических навыков входит в обязательную учебную программу. При этом, качество подготовки заметно повышается: ведь профессиональное действие может быть неоднократно повторено для выработки уверенности выполнения и ликвидации возможных ошибок.

- В последнее время престиж профессии врача заметно упал. Опросы студентов-медиков и вовсе не радуют: многие заявляют, что после получения диплома не собираются работать по специальности. Наверное, нужен иной путь отбора студентов в медвузы.

Петр Глыбочко: Наш вуз первым в медицинском образовании России выстроил цепочку: довузовское-вузовское-послевузовское обучение врача. Профориентационная работа начинается в специализированном Сеченовском лицее и продолжается до получения диплома врача. 1 сентября нынешнего года вводится понятие «уровни высшего образования», включающие в себя ординатуру и аспирантуру. Практикующие врачи могут в нашем вузе повысить свою квалификацию, пройти переподготовку, освоить новые методики и технологии. Таким образом, в системе одного вуза реализуется принцип «обучение врача в течение всей жизни». Кроме того, университет предоставляет своим студентам своеобразные «социальные лифты»: те, у кого среднее медицинское образование, у кого есть квалификация медицинской сестры, акушерки или фельдшера по

специальности «лечебное дело», могут получить высшее образование или профессию «менеджера, управленца в здравоохранении». Наш университет - головное учреждение Учебно-методического объединения по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России. Объединение формирует методологию учебных планов и рабочих программ для всей системы медобразования. И для этого у нас есть основания. В университете сложились научные школы, которые передают знания и опыт уже на протяжении двух с половиной столетий.

Таких возможностей лишены медицинские факультеты в вузах широкого профиля, где обучение ведется не только при объективном отсутствии научных школ и традиций, но и без собственной клинической базы. Нарушается один из основных принципов медицинского образования: учебник - больной, больной - учебник. То есть, возможность проверить свои знания у постели больного и снова дополнить их теорией. У нас такие возможности есть и в этом наши преимущества в подготовке врача.

Университет разработал и внедрил свою модель соединения учебного, научного и лечебного процессов. За последний год мы создали 25 научно-образовательных клинических центров. В каждом из них в рамках узкой тематики или редкого заболевания консолидируются усилия профильной клиники, кафедры и отдельной научной группы. Они обеспечиваются современной диагностической и лабораторной базой. Некоторые наши идеи и разработки вошли в принятую Стратегию развития медицинской науки.

Нами создана модульная образовательная модель практической подготовки врача-специалиста, начиная с 1 курса до итоговой государственной аттестации. И далее - в системе профессиональной подготовки. На базе каждого вуза необходимы центры симуляционного клинического обучения. У нас создан такой центр в виде первой в стране университетской учебной виртуальной клиники. В ее основе - формат виртуальной многопрофильной больницы со всеми ее подразделениями. Каждый профильный учебно-клинический зал оснащен не только тренажерами, но и обучающими программами. Сейчас создаем виртуальные клинические отделения с использованием робототехнологий и телементоров. Подобные центры должны стать не только местом обучения, но и местом аттестации и аккредитации специалистов. Все это направлено и на то, чтобы вернуть

должный престиж профессии врача, и на то, чтобы повысить уровень российской службы здоровья.