

Мне кажется, что отечественную клиническую школу, сформировавшуюся в течение нескольких столетий, ждет исчезновение. Пройдет еще немного времени, и мы будем вспоминать о ней с чувством ностальгии...

### Что происходит?

Я еще застал время, когда существовали отделения специально для детей грудного возраста, младшего детского возраста, старшего возраста. Теперь приходится видеть, как этот принцип повозрастного разделения больных детей в госпитальных условиях исчезает. Врачи недалекого прошлого понимали, что грудные дети (1-й год жизни) и дети младшего возраста (2-3-й год жизни) подвержены респираторным, кишечным и гнойным инфекциям, и их надо размещать при госпитализации в другие больничные подразделения. Изолировать не только от больных более старшего возраста, но и друг от друга. Еще застал отделения, где койки грудничков были разделены стеклянными ширмами. Потом появились боксированные отделения. Младенцы помещались в боксы, что позволяло избежать дополнительного инфицирования их в больничных условиях. Это произошло задолго до того, как возник термин «внутрибольничные инфекции». Теперь приходится видеть, как в небоксированных отделениях рядом с детьми старшего возраста находятся дети, которым не исполнился еще и год.

Отчего так? Бокс – удобное место: есть предбоксы, можно руки помыть, зубы почистить, санузел отдельный; в боксе ванная; есть место, где телевизор поставить, кровать для взрослых. Заплати и пользуйся. Минимум удобств, но ведь это больница. Раньше врачи приемных отделений испытывали большие трудности, чтобы подыскать во время дежурства в больнице место для госпитализации грудного ребенка. «Боксы на вес золота», – говаривали они. Боксы такими и остались, но только в другом смысле.

Подталкивание к ранней выписке маленьких пациентов чревато затяжным течением болезни, рецидивом. На участке больной ребенок может оказаться в руках менее квалифицированного врача, в условиях ограниченных возможностей для необходимого мониторинга за процессом полного восстановления здоровья. Ведь в стационар на лечение попадают больные, как правило, с тяжелыми или сложными болезнями. Могут возразить, что имеются сообщения и точка зрения, что чем продолжительнее время пребывания больного в больничных условиях, тем выше процент внутрибольничных инфекций. Но для того и были предназначены боксы, чтобы не было этой напасти современных больниц. Впрочем, у нас и при совместном содержании больных грудного и старшего детского возраста внутрибольничное инфицирование, по статистике, якобы отсутствует.

Погоня за высокотехнологичной медицинской помощью – больница получает больше денег – тоже в ряду происходящих перемен. Наиболее высокотехнологичными представляются руководителям здравоохранения хирургические методы. Им – предпочтение. Большие деньги из бюджета идут именно в эту сторону. Но разве будущее медицины – хирургическое? Достижения фундаментальных наук всё больше сужают поле применения

### Острая тема

# Исчезающая Атлантида

## Не такая ли участь ждет клиническую медицину?

хирургических вмешательств в кардиологии, онкологии, неврологии, других «хирургических» дисциплинах.

Плачевной становится судьба клинических больниц. Совместная работа коллективов врачей больницы и сотрудников кафедр создавала ситуацию, когда возникала преемственность поколений в исполнении своих профессиональных обязанностей. Как на кафедрах создавались клинические школы, так и в больнице возникали поколения врачей, многие годы трудившихся в одних и тех же отделениях, становясь асами своего дела. Они передавали свой профессиональный опыт молодым врачам. Работа в такой больнице – наилучшая школа не только для молодых врачей, бесповоротно посвятивших себя медицине, но и преподавателей клинических кафедр.

Неспроста излагаю всё это в прошедшем времени. Клиническую больницу сейчас превраща-

ноту. Перефразируя известные слова Ф.М.Достоевского, можно сказать: когда больному отведена роль источника дохода, всё можно. Изменяются веками выработанные деонтологические принципы оказания медицинской помощи больному человеку...

В этих своих суждениях я не оригинален. Позволю себе привести пространные цитаты из статьи, опубликованной в конце 2011 г. в авторитетном американском журнале The New England Journal of Medicine. В ней сказано, что появился новый язык (читай, термины) в современной медицине. Он ощущается авторами статьи как «чуждый». Большой больше не больной, а customer (покупатель, клиент) или consumer (потребитель), а врачи и медсестры превратились в providers (поставщики). В условиях кризиса, пишут они, многие экономисты и люди, планирующие политику, полагают, что «медицинская помощь должна быть индустриализована и

### Бегом из университета

Когда мы говорим «клиника», мы имеем в виду, прежде всего, клиническое отделение, клиническую больницу. Клиника – это где лечат, учат и занимаются наукой. На страницах «МГ» неоднократно появлялись статьи о том, как трудно стало в последнее время учить и заниматься наукой. Сотрудникам клинических кафедр – в какой-то степени и опасно лечить. Преподаватели оказались лишены права заниматься лечебной работой, так как их институты и академии, став университетами, оказались под юрисдикцией Министерства образования и науки. Это связано с тем, что в служебных обязанностях сотрудников университетов записана только учебно-методическая, воспитательная и научная работа. На лечебную работу медицинский университет не имеет лицензию. Выпало это из поля зрения министерства, никогда не имевшего в своем составе подобных высших учебных заведений. В этой связи преподаватель клинической кафедры не только лишен права заниматься лечебной работой, но и прийти со студентами в больничную палату не может. На этот абсурд обратил внимание даже академик Е.Чазов, если не ошибаюсь, никогда не преподававший студентам: «...трудно логично объяснить порядок, при котором профессор, занятый преподаванием в медицинском вузе, не имеет права лечить больных, работать в палатах» (см. «МГ» № 92 от 30.11.2011). Об этом тоже неоднократно писала «МГ». Но в новые и новейшие времена эта ситуация приобрела критический характер. Поэтому приходится к проблеме возвращаться снова.

Клинические ЛПУ, вступив на стезю зарабатывания денег любыми способами, поставили жесткие условия – нам, говорят их руководители, безразлично, имеете ли вы право лечить или нет, извольте лечить. Если нет, вы нам в стенах учреждения не нужны. Приравняв нас тем самым к ларькам и другим приносящим доход «учреждениям», получившим доступ на территории больниц. Руководители клинических кафедр бросились за помощью к руководителям вузов. Те, видимо, зная, как трудно бороться в современных условиях с менеджерами медицинских учреждений, отсылают заведующих кафедрами самим решать проблемы взаимоотношений с главными врачами клинических лечебных учреждений.

Проректоры по лечебной работе ждут от коллективов клинических кафедр ежегодные отчеты об этом, когда-то традиционным виде обязанностей. Проректоры по научной работе ждут аналогичные отчеты о проделанной научной работе. В последнее время – ежеквартальные. Как будто в сложившихся условиях научная работа на клинических кафедрах бьет ключом. Причем, что забавно, не бумажных отчетов, а распечатки опубли-

кованных статей с приложением копии титульного листа журнала, где статья появилась. Многие ли сотрудники вузов имеют достаточную зарплату, чтобы выписывать профессиональные периодические издания? Раньше журналы, на которые подписывались почти все преподаватели, рассылали бесплатно авторам так называемые отписки статьи с обложкой журнала. И платили, пусть небольшой, гонорар за публикации. Эта малая «атлантида» уже канула в вечность. Нет таких журналов, нет такого обычая.

Так либо иначе – лечебная работа кафедрами ведется, хотя юристы говорят, что отсутствие лицензии у врача, занимающегося лечебной практикой, – уголовно наказуемое деяние. Так либо иначе – статьи печатаются, часть из которых «обслуживает» фармфирмы и клинические испытания. Без огласки, в силу скромных возможностей. А качество медицинской помощи населению у всех на виду, о врачебных ошибках с готовностью широко оповещают СМИ. И вот руководитель Департамента здравоохранения Москвы Л.Печатников заявляет, что «медицинские вузы плохо готовят врачей». Это признание дорогого стоит. Это уже не жалобы преподавателей клинических кафедр на непреодолимые трудности в проведении учебного процесса на базе клинических больниц. И это особенно обидно слышать тем, кто занимается подготовкой врачей. «МГ», которую руководители здравоохранения читают, многократно писала о том, что создание приемлемых условий для подготовки врачей их не заботит.

Знаменательно, что ряд руководителей медицинских вузов, в частности университетов, на своих всероссийских совещаниях говорят, что пора для повышения качества подготовки врачей иметь собственные университетские клиники. Это говорят даже те ректоры, у которых такие клиники есть. Видимо, оценили в полной мере эти преимущества. Для тех, у кого собственных клиник нет, наверное, стоит подумать о выходе из статуса университета, подпасть под крыло родного отраслевого министерства, которое озабочено плачевным положением подготовки врачей кадров и создаст приемлемое для руководителей здравоохранения и медицинских вузов положение о клинической больнице, адаптированное к рыночным условиям, вернет право преподавателям клинических кафедр заниматься лечебной работой.

В противном, в полном смысле этого слова, случае клиническая медицина, создававшаяся нашими великими предшественниками, славная гуманистическими традициями, канет в небытие, как это случилось с легендарной Атлантидой.

Рудольф АРТАМОНОВ,  
профессор.

Москва.

**НА СНИМКЕ: где завтра будут лечиться наши малыши?**

Фото Александра ХУДАСОВА.



ют в предприятие, должное, по мысли современных организаторов здравоохранения, приносить прибыль. К главным врачам обращаются из руководящих органов с вопросом, сколько больница заработала за такой-то период времени. Это побуждает руководителей ЛПУ порой «ломать через колено» сложившиеся и эффективно работающие врачебные коллективы, меняя структуру больницы, перемещая, порой увольняя руководителей подразделений.

### Больной – больше не больной...

Мотивы таких деяний сомнительны. Первый – грядет урезание бюджета на здравоохранение в ближайшие годы. Надо быть готовыми и научиться зарабатывать деньги. Второй адресован врачам: меньше ставок – интенсивнее будете работать, больше будет зарплата. Оба эти мотива чреваты вполне предсказуемыми последствиями. Больной становится средством добывания денег! Когда во главу угла любой производственной, социальной деятельности ставятся деньги, порождаются все известные негативные явления. Мало врачей обвиняют сейчас в отступлении от традиционно гуманного отношения к боль-

стандартизированной». «Больницы и клиники должны действовать как современные фабрики, и архаические термины, такие как «доктор», «медицинская сестра» и «больной», должны поэтому быть замещены терминами, которые отражают новую реальность».

И далее они утверждают, что эти термины «чужды особым психологическим, духовным и гуманистическим аспектам, характеризующим взаимоотношения врача и больного, – аспектам, которые традиционно делают медицину призванием (calling), при котором альтруизм затмевает личное обогащение (overshadowed)». А значит, «рыночные и индустриальные термины, может быть, хороши для экономики, но не этими словами должна определяться наша профессия». Небезынтересно подчеркнуть, что один из авторов работает в Медицинской школе Гарварда (США). Казалось бы, кому, как не ему, защищать «индустриализованную» и «стандартизированную» медицину. Видимо, к врачам западной медицины, число поклонников которой у нас множится с каждым годом, пришло, наконец, осознание того, что медицина – особый род деятельности. Может быть, и мы поймем, что нельзя дать нашей медицинской «атлантиде» погрузиться в небытие?