

Появилось очередное непривычно звучащее для нашего медицинского сообщества слово «кластер». Смысл его появления и предназначение – улучшение подготовки медицинских кадров. Английское слово cluster означает пучок, скопление – как имя существительное, и как глагол – расти пучками, тесниться.

В 2010 г. вышла книга А. Смирнова «Образовательные кластеры и инновационное обучение». Автор пишет, что содержательные преобразования (обучения. – Р.А.) требуют структурно-организационных преобразований. В медицине этот постулат получил следующую смысловую нагрузку – в одном «пучке», месте следует учить, лечить и заниматься наукой. Кстати, положение это не новое – изначально именно эти три функции была призвана выполнять в медицинском вузе клиническая кафедра.

Теперь это следует делать в кластере, «новом» структурно-организационном преобразовании.

Что было, что стало...

Подавляющее число медицинских вузов – университетов и академий не имеет своей собственной клинической базы. Имеют их единицы, на пальцах одной руки можно пересчитать. Все остальные – «сидят» на базе ЛПУ различного уровня подчинения – федерального, краевого, муниципального. О «прелестях» такого положения «МГ» писала давно и бессчётное число раз, повторяется как-то неудобно. Кто читает газету, это подтвердит. Но придётся, уже в аспекте кластера.

Учить в недалёком прошлом ещё можно было. Были доступны для учебного процесса больные. Ассистенты, доценты, профессора выполняли в полной мере лечебную и консультативную работу. Их врачебный авторитет был высок, потому что каждодневный труд у постели больного и преподавание поддерживали их квалификацию на должном уровне. Сотрудники клинических кафедр каждый в силу своих способностей были, старались быть не только для студентов, но и коллег – врачей больницы примером исполнения профессионального долга и деонтологических норм.

Труднее было с наукой. «Заедала» большая учебная нагрузка – до 1–1,5 тыс. учебных часов в учебный год, плюс воспитательная, внеклассная, шефская работа. Ректорат находил выходы – перспективного преподавателя для выполнения научной работы или диссертации на время переводил на должность старшего научного сотрудника в ЦНИЛ или ПНИЛ. По выполнении её научный сотрудник становился вновь преподавателем. На клинических кафедрах наука в основном носила прикладной характер. Использовались в качестве объекта больные, которые находились на койках. Очень редко, но было, когда руководство больницы соглашалось на госпитализацию тематических больных. Клинические больницы были заинтересованы в том, чтобы из их стен выходили научные труды, диссертации, чтобы работали вузовские кафедры, известные профессора.

Теперь во многом по-другому. «Реформы» резко ухудшили положение клинических кафедр в клинических больницах. Главные врачи резко переориентировали структуру и функции клинических больниц, что нанесло урон образовательному процессу.

Но начать следует с другого, может быть, самого главного, что произошло до их прихода в больницы, в чём они не повинны. Резко пострадали самые, пожалуй, важные «кластерные» функции высшей медицинской школы – учить и лечить. Почти непреодолимые препятствия возникли на пути студента-старшекурсника к больному. Здесь сыграла роль правовая реформа: приоритет прав пациента

мы удивляемся, что учившиеся в те годы, в том числе и учёные и преподаватели, не могут общаться со своими зарубежными коллегами на их родном языке.

Наука – следующая и немаловажная «кластерная» функция высшей школы. Будущий врач должен с младых ногтей видеть, как делается наука, «вариться» в атмосфере научного коллектива, которым по определению должен быть коллектив кафе-

ническая больница и положение в ней клинической кафедры, она, больница, никак не может быть в «пучке» – научно-образовательном кластере. ЛПУ утратили возможность быть клинической базой медицинского вуза.

Где воплотить идею?

Помнится, нечто подобное кластеру в современном понимании было однажды. Директор клинического НИИ по совме-

то больше, разных профильных коек, и лабораторные подразделения, которые бы обеспечивали самые разные научные направления.

Где и как за короткий срок – один год – будут созданы такие подобные «преобразования»?

Интересно, согласится ли кто из академиков, руководителей клинических НИИ, принять у себя такой кластер? Или какой теперешний медицинский университет или академия смогут воплотить такую грандиозную задумку?

Пример есть. Один

Впрочем, «МГ» неоднократно писала о Самарском государственном медицинском университете и его ректоре академике РАМН Г. Котельникове. Здесь удачно сочетается учебная, лечебная и научная работа. Потому что имеются университетские клиники на 1200 коек. Научные разработки, сделанные в стенах университета, на собственной научной базе, тут же внедряются в практику. Представляю, какое сильное впечатление на студентов может произвести то, как на их глазах, а может, и при их соучастии, сделанное в вузе становится патентом и применяется в отделении, где проходят занятия. Как ещё лучше можно достичь нужной профессиональной ориентации студента и укрепить убеждённости в правильности выбора профессии врача. Всё это потому, что университет сам себе хозяин.

Совсем недавно министр В. Сковрцова посетила с рабочим визитом Самарский медицинский университет. Не буду пересказывать, что она там увидела, и что ей показали (отчёт об этом событии был опубликован в «МГ» № 14 от 22.02.2013). Цитирую её мнение об увиденном: «На сегодняшний день Самарский университет является одним из претендентов на формирование такого научно-образовательного кластера. В течение 2013 г. будет подготовлена вся проектная документация по созданию на базе СамГМУ зоны коллективного пользования».

Вывод вполне очевиден – кластер, как он сейчас понимается, может быть создан только на базе большого университета. Только найдутся ли ещё 11 медицинских университетов, которые бы располагали в достаточном количестве собственными клиниками, современными исследовательскими институтами и лабораториями в своей структуре. Чтобы при этом для них были ликвидированы все правовые и прочие ограничения, затрудняющие проведение учебного процесса у постели больного, а преподаватели имели бы право заниматься лечебной работой и тем самым поддерживать на постоянно высоком уровне своё врачебное мастерство.

И ещё, чтобы каждый такой университет-кластер имел медико-биологический факультет, кузницу собственных научных кадров, чтобы обеспечить высокий уровень научных исследований, чтобы вузовская наука сравнялась, наконец, по уровню и эффективности с наукой академической.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

НА СНИМКЕ: как известно, теория без практики не имеет смысла, особенно в медицине.

Точка зрения

Может, кластер, может, университет

Готовы ли к преобразованиям медицинские вузы?



воспреобладал над приоритетом качества подготовки врача. Кому от этого уже стало хуже, объяснить, кажется, не надо. Как следствие, обретение в процессе обучения практических навыков – манипуляционных, коммуникативных, деонтологических – резко ухудшилось. Без овладения ими молодой врач будет беспомощным при встрече со своими реальными больными. Тем более когда очень скоро сразу по окончании вуза будет направлен на работу в первичное звено здравоохранения. Будет и уже есть много врачебных ошибок. О недопустимости преподавания клинических дисциплин без больных говорят авторитетные учёные, академики. О плохой подготовке врачей говорят руководители здравоохранения звена, самого близкого к больному человеку, – муниципального, городского.

Кто отлучил преподавателей клинических кафедр от лечебной работы на базе клинических ЛПУ? В список служебных обязанностей ассистентов, доцентов, профессоров такая обязанность уже много лет не входит. Почему? Разве может учить врачеванию тот, кто врачеванием каждый день не занимается? Оказывается, может. Но плохо. Так в прошлом в школе учили иностранным языкам учителя, которые сами этими языками свободно не владели. Теперь

дральный, быть вовлечённым в научный поиск. Теперешний главный врач прежде всего озабочен финансовыми проблемами своей больницы. Ни о каких тематических больных для науки и речи быть не может. Нет свободных площадей для учебных помещений, где уже там говорить для размещения хоть какой-нибудь научной аппаратуры, компьютерной техники в учебных комнатах. Теперь, по сути, главный врач определяет, будет ли и как клиническая кафедра заниматься наукой в больнице. Его это волнует меньше всего. Приоритет отдаётся зарабатыванию денег на больничных площадях. И его понять можно: финансирование одноканальное, ОМСовское. Врачей надо обеспечить достойной зарплатой, за это тоже с него спрашивают. Департамент спрашивает, сколько больницы заработала денег. Оттого безудержная погоня за оборотом больничной койки, порой в ущерб санитарно-эпидемиологическим нормам. Оттого развитие платных услуг и абсолютная недоступность платных больных ни для учебного процесса, ни для научных исследований. Много ещё чего...

Вот такая реальная «картина маслом» в изображении крупными мазками, без ещё более непривлекательных деталей.

Поэтому в том состоянии, в котором сейчас находится кли-

стительству был заведующим клинической кафедрой. Видимо, понимая, скажем мягко, недостаточную функциональную пригодность клинической базы ЛПУ, где размещалась его кафедра, решил таковой сделать клинические отделения своего НИИ. От этой затеи скоро пришлось отказаться. Даже директор не мог справиться с теми проблемами, которые возникли с приходом большого числа студентов и с возражениями сотрудников НИИ. Толпы студентов в перерывах заполняли коридоры отделений, очереди в буфет и туалет, курение на лестничной клетке, мусор в аудитории... Единственное, что хорошо удавалось, – это занятия научного студенческого кружка в стенах этого почтенного учреждения.

Но идея соединить образовательные учреждения с академическими жива. На недавней сессии Общего собрания РАМН министр здравоохранения РФ Вероника Сковрцова сообщила, что уже в 2013 г. будут созданы 12 научно-образовательных кластеров.

Ведь очевидно, что для кластера, как он сейчас понимается, потребуется создание нового «структурно-организационного преобразования», в который территориально и функционально будут входить учебные помещения – комнаты, аудитории, госпитальная часть как минимум на 1,5–2 тыс., а