

Метаморфозы от уважаемой профессии до «медицинских услуг» произошли на глазах одного поколения. Можно даже и приблизительную цифру назвать. С моей точки зрения, эти перемены произошли за последние 50 лет. Однако за ближайшие 10-15 лет скорость нашего падения имеет явную тенденцию к нарастанию.

Кто виноват?

Когда-то справедливо было сказано: «Кадры решают всё». Вот с них, врачебных кадров, а точнее, с их подготовки и начну. Надеюсь, что имею на это право, так как лечу и учу вот уже полвека. За это время «обучил» по своей специальности более 5 тыс. врачей. Встречаюсь с нашими выпускниками по делам медицинским, с некоторыми и в приватной обстановке, а в последние годы уже и в качестве пациента. Поэтому могу судить об их профессиональных и человеческих качествах напрямую, без посредников.

Плохие и среднего уровня врачи существовали во все времена. Важно, каков их удельный вес среди всего врачебного сословия. Судя по количеству публикаций, а также по личным наблюдениям, складывается впечатление об опасном нарастании количества плохо работающих коллег. Причин этой беды много, и о главных из них необходимо поговорить.

Может быть, берем не тех, из кого можно сделать достойных продолжателей врачебного дела? Интерес к врачебной профессии у современных молодых людей сохраняется, несмотря на создаваемую в обществе отрицательную ауру вокруг медицины. Не отпугивает молодежь даже низкая зарплата и другие социальные неудобства врачебной профессии. Это хорошо. Но большинство поступает без четкой мотивации, хотя идут с желанием, выдерживают серьезный конкурс и довольно трудовой судьбой медицинского образования.

На первых 2 курсах из 6 медицинской почти не пахнет. Много химии, физики, но есть несколько предметов, имеющих базовое значение для дальнейшего врачебного образования: анатомия и гистология, физиология (нормальная и патологическая), гигиена. Но они ждут не дождутся, когда начнется занятия по клиническим дисциплинам. К нам на кафедру детской хирургии они приходят вновь только на 5-м и 6-м курсах. Но это уже совсем другие люди: равнодушные, инертные, с потухшими глазами и без всякого интереса к больным. Да, на утренних врачебных конференциях, куда мы допускаем студентов старших курсов и где отчитываются дежурные врачи о всех поступивших, оперированных за сутки больных, студенты стараются сесть как можно дальше, чтобы заниматься своими делами. В лучшем случае они читают учебник и таким образом готовятся к сегодняшнему занятию, а чаще – какие-то журналы или «листают» фотографии на мобильных телефонах.

Где же и когда они потеряли интерес к лечебной работе? Может быть, мы их не так и не тому учим? И это тоже имеет место. Можно ли научить пианиста играть на рояле без рояля? Можно ли научить человека вождению автомобиля без автомобиля? Можно ли научить будущего врача лечебному делу без осмотра больного? Ответы очевидны.

Практическое обучение врачебному делу заключается в ежедневном и многократном физическом и речевом контакте с больным. Для неговорящих детей речевой контакт также необходим, но он носит не столько информационный характер, сколько эмоциональный. Информацию о маленьких детях мы получаем от их взрослых родственников. Что касается классического физиче-

ского контакта, то он включает в себя осмотр, то есть то, что мы видим глазами, прощупывание – то, что мы ощущаем пальцами, простукивание и выслушивание. Последние два метода основаны на получении звуковой информации. Интересно, что самым, казалось бы, простым является осмотр, но именно он и самый объективный, так как осязание и слух – более тонкие методы, и потому их освоение более трудоемкое, а трактовка результатов может быть различна у одного и того же больного. Увы, я забыл назвать обоняние как еще один метод клинического обследования

нет специалистов, которые могут на ней работать. Поэтому пока врач российской провинции должен уметь обойтись своими мыслительно-физическими знаниями и умениями.

Во-вторых, там, где есть множество современных технических методов для обследования больного, надо уметь выбрать самый нужный, информативный и безопасный. Для этого надо иметь предварительный диагноз, поставленный старым способом, а не стрелять из всего оружия сразу, а вдруг попадем в цель. Не надо забывать, что часть современных методов может навредить больному.

внедряется в России министром образования.

Первый этап – 5 лет отведен на изучение фундаментальных основ биологии и медицины. Никакой траты времени на повторение школьного курса химии, физики, только в прикладном значении к работе будущего врача. Иностраный язык, история медицины, вопросы биотики студенты должны изучать самостоятельно и сдавать зачеты в строго определенное время. Основные теоретические дисциплины – анатомию, гистологию, физиологию, патофизиологию, патанатомию, гигиену изучают подробно и, опять же, в

лет. К 6-7-му году каждый из них уже вполне опытный и сложившийся хирург, да и человек тоже (старше 30 лет), не мальчик. Он уже уверенно оперирует, сознает всю ответственность своих действий. Всё заканчивается экзаменом, который порой продолжается несколько дней, и получением сертификата специалиста. Теперь можно посылать свое резюме на занятие вакантной должности в любую клинику. Список вакансий регулярно публикуется в специальных изданиях.

Ничего нового для тех, кто знаком с зарубежной системой подготовки врачей, я не сообщил. Всё это хорошо организовано и эффективно функционирует. Остается удивляться тому, почему, беря что-то хорошее из чужого опыта, мы обязательно сделаем всё на свой лад в самом неудовлетворительном варианте. Подписали Болонское соглашение и взяли из него только тестирование при итоговой аттестации и кое-что по мелочи, а остальное, главное оставили без изменений.

Без сомнения, зарубежная система подготовки врача очень дорого стоит. А что, жизнь человеческая дешевле? Надо просто всё правильно считать, и станет ясно, где можно сэкономить. Например, нужно ли нам такое количество выпускаемых ежегодно врачей, когда известно, что через 10 лет после получения врачебного диплома в профессии остается только 20%, а где остальные 80?

Организаторов здравоохранения также надо готовить в соответствующей резидентуре. Встречал я наших выпускников в торговле, в бизнесе, журналистике и просто удачно вышедших замуж и потому вообще не работающих. Причин ухода из профессии много. Низкая зарплата врача – одна из них. Но и тех, кто оказался в медвузе случайно и не любил свое дело, также не мало. Так, может быть, надо было от них освободиться вначале вузовского пути? Ведь многие уже на первых курсах показали себя нерадивыми студентами. Не получится: отчислишь 10 человек – сократят должность одного преподавателя. Кому же хочется рубить сук, на котором сидишь. Подготовка врача – работа штучная, их должно быть меньше, и они должны быть лучше.

Так, в США ежегодно для всей страны готовят 10-14 детских хирургов. Именно столько, видимо, им нужно в результате тщательного изучения кадровой статистики. В России таких специалистов готовят ежегодно более 100. А нужно ли их столько, никто не знает. Кто-то найдет работу, остальные будут «устраиваться в жизни». Значит, кафедры детской хирургии не нужны?

Нет, почему же, нужны, чтобы обучать азам детской хирургии будущих общих хирургов, работающих во многих маленьких городах страны, где детский хирург не нужен, а больные дети есть. Будущие детские врачи, педиатры, которые нужны везде и в больших количествах, тоже должны изучать детскую хирургию, чтобы вовремя поставить диагноз, оказать первую хирургическую помощь и направить ребенка в ту больницу, в которой имеется детская хирургическая служба. Простому организаторам здравоохранения надо хорошо знать, какие специалисты и в каком количестве нужны в каждом регионе и заранее «заказывать» в вузе нужного человека. А мы за 5-7 лет сделаем из него мастера. А пока, мы «штампруем» тысячи врачей «общей практики», спрос на которых минимальный.

Игорь ГРИГОВИЧ,
профессор.

Петрозаводск.

НА СНИМКЕ: на первых курсах все и всему учатся с интересом, но что происходит потом?

Фото Александра ХУДАСОВА.

Между нами, коллегами

«Проклятые» вопросы Кого, как и чему мы учим?



В-третьих, в 20% случаев современные технологии не дают правильный диагноз.

И, наконец, в-четвертых, врач может оказаться в обстоятельствах, когда только искусство врачевания может помочь пациенту. Вот как раз это и не происходит с большинством наших выпускников: они, воспитанные нами на данных анализов, картинках УЗИ, КТ и кривых ЭКГ, приезжают в район, где надо смотреть, щупать и слушать, а они это делают плохо. Отсюда и создается мнение, что доктора в наше время ничего не знают и не умеют.

Что делать?

Система высшего медицинского образования в нашей стране должна быть изменена достаточно радикально, пропорционально тем изменениям, которые произошли в медицине вообще. Можно ли сравнить медицину времен Антона Павловича Чехова с тем, что медицина знает и умеет сегодня? А сколько лет учились сверстники А.П. на медфаке Московского университета? 5 лет. А сколько учатся сегодняшние студенты? 6 лет. А сегодня одних хирургов с десятком, терапий – не меньше. И вся эта новая сотня, с сотнями современных методов обследования втиснута в те же 5+1 лет. Плюс к этому общеобразовательные предметы, общая история (?), история медицины, информатика в течение первых 2 лет, остается 4 года. Все клинические дисциплины галопом по европам: 2 недели – и ты уже окулист, еще 2 недели – и ты специалист по уху, горлу и носу. И т.д. и т.п. Через 6 лет – ты врач по любому делу, ну а если ты устроишься по хирургическому делу, а ни разу не был в операционной? Ничего, годик поучим в интернатуре – и вперед. Следовательно, первый вывод, или предложение, заключается в увеличении времени обучения врачебному делу пропорционально (хотя бы полупропорционально) расширению медицинских знаний, возникших за последние 100 лет. Поэтому обучение будущего врача от поступления в вуз до получения сертификата специалиста должно продолжаться не менее 10-12 лет. Так происходит во всех цивилизованных странах и в тех университетах, которые участвуют в Болонском соглашении, которое так страстно

Оказывается запах – очень важный признак нездоровья.

Понимаете, ведь всему этому мы должны научить будущего врача. А как научить? В учебной комнате этому не научишь, а в палаты к взрослым больным студентов нынче не очень и пускают: больничное начальство не велит – мешают работать персоналу и беспокоят больных. Начальство само вроде бы не очень давно было студентами, но, видимо, забыло об этом.

А еще надо разговаривать с больными, взрослыми и детьми. Всё подробно выспрашивать: где болит, как болит, как начиналось, как продолжалось и как стало? А боль-то какая – колющая, режущая, ноющая, постоянная или с перерывами. Если всё правильно выспросишь, то и диагноз уже можно с большой долей вероятности поставить, без всяких аппаратов и сложных приборов. Известный американский кардиолог, наш современник Бертран Лоун, вооруженный новейшими аппаратами и приборами, пишет, что, если правильно поговорить с больным, страдающим сердечной болью, даже по телефону, то без всяких аппаратов диагноз будет поставлен у 70% пациентов. А мы стараемся всё больше «нажимать» на технические достижения и забываем о старых добрых и надежных клинических методах, а если и помним, то осуществить это на практике в больнице нам не позволяют – мешаем, мол, работать персоналу.

Но может быть действительно сегодня уже не нужен весь этот клинический анахронизм? Сделал ЭКГ, УЗИ, компьютерную томографию, сто анализов – и диагноз готов. И это надо делать. Однако, как это ни странно звучит в XXI веке, знать клинические методы и уметь ими пользоваться не просто нужно, а необходимо.

Во-первых, в 80% российской провинции современной медицинской аппаратуры нет, а если есть, то она не работает или