

**Состоявшееся незадолго до Нового года в московском бизнес-центре «Инфостранство» собрание стало важным шагом к осмыслению и совершенствованию балльной системы, вводимой Российским обществом хирургов. Например, московскому хирургу баллы, необходимые для продолжения профессиональной работы, набрать несложно, зато для единственного хирурга в районе российской глубинки, которого администрация вынуждено отпускает раз в 5 лет для подтверждения сертификата, это может стать проблемой. Если в будущем не будут приняты соответствующие ведомственные распоряжения.**

### Энтузиасты столиц и районных больниц

Открылся пленум докладом президента РОЭХ, члена правления Российского общества хирургов, заведующего кафедрой общей хирургии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета профессора Сергея Емельянова «История эндоскопической хирургии в России». Выступление Сергея Ивановича наряду с обобщением известных фактов отличалось осмыслением и детализацией некоторых исторических событий. Были приведены новые, ранее не публиковавшиеся сведения.

— Представлять, что эндоскопическая эра в России началась с 1991 г., было бы неправильно, — начал докладчик. — Есть вехи, которые по сути были предпосылками для современной эндоскопической эры, они возникли за счет людей, имевших революционный взгляд на приборно-инструментальное оснащение во время операции, креативную точку зрения на тактику и технику выполнения вмешательства.

Президент РОЭХ продемонстрировал слайд с обследованием брюшной полости с помощью первых эндоскопических инструментов в 1899 г., проведенным петербургским профессором Дмитрием Оттом. Это и есть начало российской истории эндоскопической хирургии, а кое-кто считает, что и мировой. Использование обычных для того времени инструментов, лобного рефлектора, кроме разве что зеркал, при определенном положении пациентки позволяло через металлическую трубку заглянуть в брюшную полость. С этой операцией докладчик вполне логично провел параллель с современными операциями через естественные отверстия. А на заседании акушерско-гинекологического общества С.-Петербурга 30 ноября 1906 г. было сообщено о применении влагилищного доступа в хирургии кишечника. Тогда же, в 1906 г. были проведены первые чрезвлагалищные миомэктомия и аппендэктомия.

Предвестником оптической лапароскопии был назван целикоскоп прообраз гистероскопа, созданный в 1901 г. При этом за основу был взят цистоскоп. В 1910 г. стоковский хирург Ханс Кристиан Якобеус, используя цистоскоп, провел первую удачную лапароскопию и торакоскопию, оперируя человека, и ввел в практику термин «лапароскопия».

Развитие торакокопии также шло в России очень интенсивно. В 1912 г. московский терапевт Е.Я. Столцинд вышеназванное приспособление применил для торакокопии. Доклад об этом был опубликован в журнале «Практический врач».

Первая торакокопическая операция — прижигание торакальных спаек была выполнена профес-

сором Константином Есиповым в Центральном НИИ туберкулеза в 1929 г. Инструменты для торакокопии также могли служить и для осмотра брюшной полости. Первая оптическая диагностическая лапароскопия или абдоменоскопия проведена в Людиновской ЦРБ Калужской области в 1930 г. Александром Орловским. Он основывался на результатах, почерпнутых из литературы. В 1937 г. на заводе «Красногвардеец» в Ленинграде были впервые созданы оптические системы «Лапароскоп» и «Торакокоп», которые дошли до нашего времени.

Профессор Александр Аминев большое внимание уделял ла-

пароскопическим операциям в эксперименте. В куйбышевской клинике в 1937-1938 гг. была проведена большая экспериментальная работа, в которой он показал широкие возможности лапароскопии — уже не диагностической, а операционной. Была выполнена биопсия печени с тампонадой раны печени сальником, проведенной во время эксперимента, извлекались инородные тела из мошонки, при необходимости рассекались спайки.

Первая монография по лапароскопии вышла в 1940 г. Ее автор — архангельский профессор Георгий Орлов. Хотя она называлась «Перитонеоскопия», но в ней были изложены практически все основные концепции потенциального использования оптической видеосистемы без видеокамеры с возможностью в последующем выполнять даже сложные хирургические вмешательства.

Второй исторический период — когда начали использовать эндоскопические инструменты не только в качестве диагностики, но и для выполнения каких-то простых манипуляций (взятие биопсии, введение манипуляторов и выполнение ими простейших функций).

Ленинградский врач Евгений Можайский впервые предложил использовать фотоаппарат для того, чтобы задокументировать видеолапароскопию. В НИИ гастроэнтерологии его руководитель академик АМН СССР Анатолий Логинов очень многое сделал для внедрения лапароскопии в дифференциальную диагностику заболеваний гепато-панкреатодуоденальной зоны, и он впервые предложил цветную фотографию для диагностики заболеваний печени.

Первая эндоскопическая операция в гинекологии была выполнена Николаем Дорофеевым в Верхнелебязской ЦРБ Курской области в 1960 г. За основу были взяты манипуляции, предложенные Д.Оттом. Отдельные материалы, результаты, которые накапливались в стране, привели к тому, что 15-я научная сессия АМН СССР в Институте хирургии им. А.В. Вишневого целиком была посвящена лапароскопии, ее роли и месту.

Первую хирургическую лапароскопию мы связываем со свердловским профессором Иосифом Прудковым, который впервые предложил лапароскопическую холецистэктомию. Им был разработан набор инструментов, методология, техника, которая в последующем переросла в удаление желчного пузыря через мини-доступ. Докладчик

привел клиники, которые в начале 70-х годов прошлого века активно занимались внедрением лапароскопии в дифференциальную диагностику в неотложных заболеваниях и выполнении простых оперативных пособий (при прободной язве желудка, панкреонекрозе, кишечной непроходимости).

В 1968 г. Ремусь Васильев из Всесоюзного научного центра хирургии написал первую большую монографию «Лапароскопия», в которой он говорил о перспективах, которые возможны в связи с использованием этой технологии. В январе 1991 г. «вторая французская революция» (как ее назы-

вают в мире) добралась до России, а сообщение, что профессором Юрием Галлингером выполнена первая в стране лапароскопическая холецистэктомию, потрясла хирургическую общественность. Хотя если быть строгим по отношению к истории, в 1990 г. в медсанчасти № 119 в Химках (Новогорск) врач Александр Попов выполнил лапароскопическую аппендэктомию, правда, не видеолапароскопическую, а с использованием оптической системы. Он выполнял гинекологическую операцию по поводу выделения из спаек правой маточной трубы (при удаленной левой), при этом склерозированный червеобразный отросток был плотно спаен с этой трубой. Было принято интраоперационное решение о проведении аппендэктомии.

Очень важна лапароскопическая резекция желудка, выполненная в 1993 г. профессором Олегом Луцевичем. Ведь первые 2 года (1991-1993) отношение к нашей технологии было буквально: считалось, что она предназначена почти исключительно для удаления желчного пузыря. Выступающий вспомнил заседание Московского хирургического общества, когда Олег Эммануилович докладывал о 1-й лапароскопической резекции желудка. Все проходы аудитории были заполнены — это было революционное событие! Именно после этого у всех возникло ощущение, что речь идет о доступе не только для одной операции, что это не операция через замочную скважину — это было очень важно принципиально.

В 1995 г. в Краснодаре на съезде Российского научного общества хирургов было принято решение о создании Российского общества эндоскопических хирургов, в это же время был учрежден журнал «Эндоскопическая хирургия». И все-таки до последнего времени отношение к лапароскопической хирургии и вообще к эндовидеохирургии оставалось несколько сдержанным. Считалось, что есть операции в брюшной полости, которые недоступны для этой технологии, очень настороженно относились к ней онкологи. Но в 2007 г. впервые в России профессором из МГМСУ Игорем Хатьковым была проведена панкреатодуоденальная резекция. Таким образом, была поставлена точка и сказано: с помощью этой технологии



возможно выполнение любых хирургических вмешательств.

В 2007 г. появилось направление NOTES — через естественные отверстия. В Институте хирургии им. А.В. Вишневого профессором Юрием Старковым выполняется трансвагинальная холецистэктомию. Мы идем вровень с мировыми результатами этого периода. В ноябре 2008 г. врач-ординатор Сергей Кислов в Архангельске выполнил лапароскопическую холецистэктомию через единый порт — это был первый зафиксированный в России случай. Сергей Иванович привел хронологическую таблицу наиболее часто выполняемых лапа-

роскопических операций — того, что делалось в мире и России. Надо сказать, что юбилейный, 60-й пленум правления РОЭХ совпал с 60-летием Сергея Емельянова. Поздравляя юбиляра, патриарх российской эндохимирии профессор **Алексей Бала-лыкин** сказал:

— Очевидна дальновидность наших выдающихся хирургов академиком Владимира Дмитриевича Фёдорова и Виктора Сергеевича Савельева, предложивших в свое время кандидатуру Сергея Ивановича на пост президента Российского общества эндоскопических хирургов. Перед нами прекрасный человек и профессионал. Можно сказать, что люди, стоявшие вместе со мной у основания первых эндохимирических ассоциаций в нашей стране, прожили жизнь не зря: нельзя не радоваться успехам хирургов следующего поколения, которые сейчас возглавили институты и кафедры.

### Предложение, от которого не стоит отказываться

Вторым основным докладом пленума был совместный труд **Андрея Фёдорова, Сергея Со-вцова, Ильи Постнова, Михаила Таривердиева, Максима Горшкова и Григория Кривцова** «Идеология и политика хирургического сообщества в сфере образования современного хирурга», который вышедший на трибуну председатель президиума правления Российского общества симуляционного обучения в медицине (РОСОМЕД), член правления РОЭХ Максим Горшков назвал «приглашением к дискуссии».

Последипломное обучение хирургов сегодня имеет ряд особенностей и недостатков, отлича-ся, например, субъективизмом

в оценке теоретических знаний, отсутствием объективной оценки мастерства, неравномерностью проведения оценки в разных регионах, перерывами в обучении — проводимый лишь раз в 5 лет цикл усовершенствования ведет к дискретности подготовки.

Практическая подготовка хирургов — как в рамках высшей школы, так и последипломная — также имеет ряд особенностей. Например, приобретение хирургического мастерства на рабочем месте сопряжено с высоким риском развития осложнений, вызванных действиями начинающего врача; учебный процесс попадает в зависимость

от графика работы медицинского учреждения и наличия в отделении профильных больных; обязательность присутствия преподавателя или опытного врача, готового в любой момент вмешаться и скорректировать действия обучаемого; отсутствие возможности повторить сложный или переделывать неудачно выполненный этап манипуляции; нет возможности отработки лечения редких патологий и осложнений; отсутствие объективного тестирования уровня практической подготовки, в результате чего не гарантируется высокое качество подготовки и приобретение должных компетенций; подготовка по традиционной методике опирается на длительность и не ориентирована на конечный результат, в силу чего является неэффективной и дорогой.

Поэтому перед РОЭХ стоит задача разработать новую концепцию непрерывного приобретения знаний и совершенствования практического мастерства. Предлагается принять систему, которая много лет существует в других странах и называется балльной системой или системой кредитов. Новая концепция предусматривает непрерывное приобретение знаний и совершенствование практического мастерства врачей-хирургов, отражаемое системой накопления баллов (кредитов). Предлагается право на выполнение профессиональной деятельности подтверждать аттестацией.

Аттестация проводится раз в 5 лет, одновременно с присвоением квалификационной категории. При этом к аттестации допускаются хирурги, накопившие должное количество баллов (250). Часть баллов (144 балла за 144 часа) хирург получает при прохождении государственного цикла усовершенствования. Оставшиеся 106 баллов могут быть получены в ходе дополнительной образовательной активности (в течение этих 5 лет), то есть также учитываются иные виды обучения, в том числе и негосударственные.

Система баллов (кредитов) включает существующие формы последипломного обучения: клиническую ординатуру, курсы повышения квалификации, профессиональную переподготовку (курсы усовершенствования). Учет баллов предлагается проводить и за новые формы обучения: участие в съездах, конференциях и иных научно-практических мероприятиях, теоретических курсах, дистанционном обучении, практических тренингах (в клинических и симуляционных

### Деловые встречи

# Вокруг балльной системы

60-й пленум правления Российского общества эндоскопических хирургов был отмечен большой дискуссией по поводу образовательных стандартов

пароскопическим операциям в эксперименте. В куйбышевской клинике в 1937-1938 гг. была проведена большая экспериментальная работа, в которой он показал широкие возможности лапароскопии — уже не диагностической, а операционной. Была выполнена биопсия печени с тампонадой раны печени сальником, проведенной во время эксперимента, извлекались инородные тела из мошонки, при необходимости рассекались спайки.

Первая монография по лапароскопии вышла в 1940 г. Ее автор — архангельский профессор Георгий Орлов. Хотя она называлась «Перитонеоскопия», но в ней были изложены практически все основные концепции потенциального использования оптической видеосистемы без видеокамеры с возможностью в последующем выполнять даже сложные хирургические вмешательства.

Второй исторический период — когда начали использовать эндоскопические инструменты не только в качестве диагностики, но и для выполнения каких-то простых манипуляций (взятие биопсии, введение манипуляторов и выполнение ими простейших функций).

Ленинградский врач Евгений Можайский впервые предложил использовать фотоаппарат для того, чтобы задокументировать видеолапароскопию. В НИИ гастроэнтерологии его руководитель академик АМН СССР Анатолий Логинов очень многое сделал для внедрения лапароскопии в дифференциальную диагностику заболеваний гепато-панкреатодуоденальной зоны, и он впервые предложил цветную фотографию для диагностики заболеваний печени.

Первая эндоскопическая операция в гинекологии была выполнена Николаем Дорофеевым в Верхнелебязской ЦРБ Курской области в 1960 г. За основу были взяты манипуляции, предложенные Д.Оттом. Отдельные материалы, результаты, которые накапливались в стране, привели к тому, что 15-я научная сессия АМН СССР в Институте хирургии им. А.В. Вишневого целиком была посвящена лапароскопии, ее роли и месту.

Первую хирургическую лапароскопию мы связываем со свердловским профессором Иосифом Прудковым, который впервые предложил лапароскопическую холецистэктомию. Им был разработан набор инструментов, методология, техника, которая в последующем переросла в удаление желчного пузыря через мини-доступ. Докладчик

привел клиники, которые в начале 70-х годов прошлого века активно занимались внедрением лапароскопии в дифференциальную диагностику в неотложных заболеваниях и выполнении простых оперативных пособий (при прободной язве желудка, панкреонекрозе, кишечной непроходимости).

В 1968 г. Ремусь Васильев из Всесоюзного научного центра хирургии написал первую большую монографию «Лапароскопия», в которой он говорил о перспективах, которые возможны в связи с использованием этой технологии. В январе 1991 г. «вторая французская революция» (как ее назы-

вают в мире) добралась до России, а сообщение, что профессором Юрием Галлингером выполнена первая в стране лапароскопическая холецистэктомию, потрясла хирургическую общественность. Хотя если быть строгим по отношению к истории, в 1990 г. в медсанчасти № 119 в Химках (Новогорск) врач Александр Попов выполнил лапароскопическую аппендэктомию, правда, не видеолапароскопическую, а с использованием оптической системы. Он выполнял гинекологическую операцию по поводу выделения из спаек правой маточной трубы (при удаленной левой), при этом склерозированный червеобразный отросток был плотно спаен с этой трубой. Было принято интраоперационное решение о проведении аппендэктомии.

Очень важна лапароскопическая резекция желудка, выполненная в 1993 г. профессором Олегом Луцевичем. Ведь первые 2 года (1991-1993) отношение к нашей технологии было буквально: считалось, что она предназначена почти исключительно для удаления желчного пузыря. Выступающий вспомнил заседание Московского хирургического общества, когда Олег Эммануилович докладывал о 1-й лапароскопической резекции желудка. Все проходы аудитории были заполнены — это было революционное событие! Именно после этого у всех возникло ощущение, что речь идет о доступе не только для одной операции, что это не операция через замочную скважину — это было очень важно принципиально.

В 1995 г. в Краснодаре на съезде Российского научного общества хирургов было принято решение о создании Российского общества эндоскопических хирургов, в это же время был учрежден журнал «Эндоскопическая хирургия». И все-таки до последнего времени отношение к лапароскопической хирургии и вообще к эндовидеохирургии оставалось несколько сдержанным. Считалось, что есть операции в брюшной полости, которые недоступны для этой технологии, очень настороженно относились к ней онкологи. Но в 2007 г. впервые в России профессором из МГМСУ Игорем Хатьковым была проведена панкреатодуоденальная резекция. Таким образом, была поставлена точка и сказано: с помощью этой технологии



возможно выполнение любых хирургических вмешательств.

В 2007 г. появилось направление NOTES — через естественные отверстия. В Институте хирургии им. А.В. Вишневого профессором Юрием Старковым выполняется трансвагинальная холецистэктомию. Мы идем вровень с мировыми результатами этого периода. В ноябре 2008 г. врач-ординатор Сергей Кислов в Архангельске выполнил лапароскопическую холецистэктомию через единый порт — это был первый зафиксированный в России случай. Сергей Иванович привел хронологическую таблицу наиболее часто выполняемых лапа-

роскопических операций — того, что делалось в мире и России. Надо сказать, что юбилейный, 60-й пленум правления РОЭХ совпал с 60-летием Сергея Емельянова. Поздравляя юбиляра, патриарх российской эндохимирии профессор **Алексей Бала-лыкин** сказал:

— Очевидна дальновидность наших выдающихся хирургов академиком Владимира Дмитриевича Фёдорова и Виктора Сергеевича Савельева, предложивших в свое время кандидатуру Сергея Ивановича на пост президента Российского общества эндоскопических хирургов. Перед нами прекрасный человек и профессионал. Можно сказать, что люди, стоявшие вместе со мной у основания первых эндохимирических ассоциаций в нашей стране, прожили жизнь не зря: нельзя не радоваться успехам хирургов следующего поколения, которые сейчас возглавили институты и кафедры.

### Предложение, от которого не стоит отказываться

Вторым основным докладом пленума был совместный труд **Андрея Фёдорова, Сергея Со-вцова, Ильи Постнова, Михаила Таривердиева, Максима Горшкова и Григория Кривцова** «Идеология и политика хирургического сообщества в сфере образования современного хирурга», который вышедший на трибуну председатель президиума правления Российского общества симуляционного обучения в медицине (РОСОМЕД), член правления РОЭХ Максим Горшков назвал «приглашением к дискуссии».

Последипломное обучение хирургов сегодня имеет ряд особенностей и недостатков, отлича-ся, например, субъективизмом

от графика работы медицинского учреждения и наличия в отделении профильных больных; обязательность присутствия преподавателя или опытного врача, готового в любой момент вмешаться и скорректировать действия обучаемого; отсутствие возможности повторить сложный или переделывать неудачно выполненный этап манипуляции; нет возможности отработки лечения редких патологий и осложнений; отсутствие объективного тестирования уровня практической подготовки, в результате чего не гарантируется высокое качество подготовки и приобретение должных компетенций; подготовка по традиционной методике опирается на длительность и не ориентирована на конечный результат, в силу чего является неэффективной и дорогой.

Поэтому перед РОЭХ стоит задача разработать новую концепцию непрерывного приобретения знаний и совершенствования практического мастерства. Предлагается принять систему, которая много лет существует в других странах и называется балльной системой или системой кредитов. Новая концепция предусматривает непрерывное приобретение знаний и совершенствование практического мастерства врачей-хирургов, отражаемое системой накопления баллов (кредитов). Предлагается право на выполнение профессиональной деятельности подтверждать аттестацией.

Аттестация проводится раз в 5 лет, одновременно с присвоением квалификационной категории. При этом к аттестации допускаются хирурги, накопившие должное количество баллов (250). Часть баллов (144 балла за 144 часа) хирург получает при прохождении государственного цикла усовершенствования. Оставшиеся 106 баллов могут быть получены в ходе дополнительной образовательной активности (в течение этих 5 лет), то есть также учитываются иные виды обучения, в том числе и негосударственные.

Система баллов (кредитов) включает существующие формы последипломного обучения: клиническую ординатуру, курсы повышения квалификации, профессиональную переподготовку (курсы усовершенствования). Учет баллов предлагается проводить и за новые формы обучения: участие в съездах, конференциях и иных научно-практических мероприятиях, теоретических курсах, дистанционном обучении, практических тренингах (в клинических и симуляционных

центрах). Баллы не присваиваются за любую, произвольную образовательную активность. Для начисления баллов мероприятие должно быть аккредитовано РОХ.

Баллы засчитываются за каждый год отдельно; если в каком-либо году было накоплено баллов меньше допустимого минимума (менее 20), то баллы за предыдущие годы «сгорают» и за оставшийся до аттестации период времени необходимо вновь с нуля набрать 250 баллов. Это позволит обеспечить непрерывность и избежать дискретности образования.

Как быть, если аттестации пока нет? Если хирург не набрал 250 баллов, то к аттестации он не допускается. Однако если он не проходил или не прошел аттестацию, то имеет право на вторую попытку, трудится еще полгода и за этот период добывает баллы либо готовится ко второму подходу – через полгода.

Если аттестация не получена и во второй раз, то хирург лишается права исполнения профессиональной деятельности. Без аттестации хирург права работать не имеет. Чтобы вернуться к операционному столу, он должен выдержать углубленную переекзаменовку и пройти расширенные практические испытания в установленном РОХ порядке.

Далее докладчик подробно остановился на позициях, оцениваемых в баллах. О теоретических занятиях: теоретический курс должен быть аккредитован РОХ, он может быть как государственным, так и частным (корпоративным). Оцениваться должно не участие, а качество полученных знаний. Чтобы оценка была объективной, то желательно, чтобы она была анонимной, но с гарантированной персонализацией испытуемого. Для этого есть смысл проводить испытание не на месте прохождения теоретических занятий, а в ЦАС или региональных симуляционно-аттестационных центрах, аттестованных РОХ. Получение теоретических знаний может быть очным или заочным, в том числе дистанционным.

Во всем мире принято за участие в научно-практических конференциях начислять кредиты. Именно поэтому так высока активность зарубежных врачей. Для начисления баллов за посещение научно-практических мероприятий оно должно быть аккредитовано РОХ, а организаторами конференции должны быть предусмотрены не только регистрация участников и выдача им сертификатов, но и контроль посещаемости заседаний (например, на входе в зал сканирование штрих-кода на бейдже участника).

О практических и симуляционных тренингах. Хирурги – не теоретики, а практики. И в системе ПДО обязательно должны быть курсы совершенствования практического мастерства: в дополнение к теории курсант может (должен) осваивать или совершенствовать практические навыки и умения на семинарах и тренингах. Тренинги могут быть краткосрочными (от 6 часов), но интенсивными, например, как в Уральской хирургической школе. Тренинг-курс также должен быть аккредитован РОХ, что будет подтверждать высокий стандарт его качества и эффективности.

Как центр (это может быть мединститут, медакадемия, медицинский факультет классического университета, корпоративный учебный центр) получает аккредитацию РОХ? Во-первых, его оснащение симуляционным оборудованием должно осуществляться согласно стандартам, определенным РОХ. Методики, используемые в этом учебном центре, должны быть одобрены

РОХ. Тренинг по мануальным навыкам на тренажерах и симуляторах должен проводиться по программе либо разработанной, либо одобренной РОХ. Преподаватели (инструкторы) должны пройти обучение по методикам симуляционного тренинга TTT (Train-The-Trainers).

Самое главное – проведение объективной оценки полученных навыков. Баллы даются не за участие в учебном курсе, а за освоение навыков, что должно подтверждаться объективно. Оценка приобретенного практического мастерства может проводиться в разных формах: на фантоме, биологической модели, на виртуальном тренажере, стандартизованном пациенте, роботе-симуляторе, в виварии или реальной операционной под наблюдением наставника. Это может быть зафиксировано на видеопленку либо проводиться с помощью виртуальных технологий.

Один из примеров объективного структурированного анонимного экзамена за рубежом, в Университете Торонто – The Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS, Объективная структурированная оценка практических/технических навыков). Во время него проводится смена экзаменационных «станций» (ротация), в то время как курсант за несколько минут должен продемонстрировать определенные навыки. Вмешательство разбито на сегменты, выполняется на фантомах или биологических моделях, органокомплексах. Курсантам ассистируют опытные операционные сестры, а оценку проводят опытные хирурги на основе экзаменационных чек-листов (Check-List). Докладчик привел пример оценки при выполнении сосудистого анастомоза.

Начисление баллов в симуляционных центрах отражается на сайте РОХ. Там же можно проводить опросы и размещать результаты анкетирования. Таким образом, на сайте РОХ сформируется рейтинг центров по количеству обученных и по результатам опросов.

В докладе были определены этапы реализации концепции последипломного обучения хирургов: уже создана система баллов РОХ, участие в которой на начальных этапах добровольное, механизм начисления баллов и базы данных хирургов, где ведется учет баллов. Сейчас разрабатываются механизм подачи заявок на аккредитацию (сертификацию) научно-практических и образовательных мероприятий, с присвоением им значимости в баллах, национальная система учета добровольных образовательных баллов в учебных центрах, стандарты симуляционно-аккредитационных центров (минимальный вариант оснащения фантомами, тренажерами, симуляторами, медицинским оборудованием, планировки помещений, учебные программы). Ведется предварительная работа по объединению добровольной (общественной) системы баллов с государственной системой аттестации врачей-специалистов.

### Создать возможность обучения

Сразу же после второго доклада последовала большая дискуссия, в которой участвовали хирурги из многих российских регионов. Отвечали на вопросы соавторы доклада генеральный секретарь Российского общества хирургов, вице-президент РОЭХ, профессор **Андрей Фёдоров** и управляющий делами Российского общества хирургов **Михаил Таривердиев**. Среди прозвучавших аспектов: сохранится ли отчет хирурга или речь пойдет только об обучении и накопле-

**ГБУЗ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии  
Департамента здравоохранения Москвы  
объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:**

Заведующий гепатологическим отделом	1,0
Главный научный сотрудник консультативно-диагностического отделения	1,0
Ведущий научный сотрудник отделения заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта	1,0
Старший научный сотрудник отделения хронических заболеваний печени – 2	1,0
Научный сотрудник отделения хронических заболеваний печени – 1	1,0
Научный сотрудник отделения патологии поджелудочной железы	1,0
Научный сотрудник хирургического отделения	1,0
Научный сотрудник гериатрического отделения	1,0
Научный сотрудник отделения заболеваний желчных путей	2,0
Научный сотрудник отделения заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта	1,0
Научный сотрудник консультативно-диагностического отделения	1,0
Научный сотрудник лаборатории биотерапии	1,0
Научный сотрудник лаборатории нутрициологии	1,0
Научный сотрудник лаборатории патофизиологии	1,0
Младший научный сотрудник лаборатории метаболизма и генетики органов пищеварения	1,0
Младший научный сотрудник отделения заболеваний желчных путей	1,0

**Центральному научно-исследовательскому институту гастроэнтерологии требуются на работу следующие специалисты:**

анестезиолог-реаниматолог 1  
патологоанатом 1  
клинический фармаколог 0,5 ст.

Адрес: **шоссе Энтузиастов, д. 86, Москва 111213**  
Тел./факс **(495) 304-1942. E-mail: gastroenter@rambler.ru**

нии баллов? Что важнее, учиться непосредственно у учителя или на симуляторах? Много хирургов имеют несколько сертификатов – онколога, проктолога и т.д., будут ли получаемые хирургами мануальные навыки подходить для всех сертификатов?

Например, проректор по последипломному обучению, заведующий кафедрой хирургических болезней № 4 Ростовского государственного медицинского университета, профессор **Михаил Черкасов** сказал:

– С этого года мы переводим последипломные курсы на накопительную балльную систему. Это делать надо обязательно, но всё не так просто, как кажется на первый взгляд. Все знают, что есть пресловутые 144 часа. Но за 5 лет их можно набирать не одновременно, а «разбить» на части. Обязательно 108 часов – это фундаментальная основа, следующие 72 часа можно получить через год-два, а последние 36 часов – это часы, которые можно накопить, посещая кратковременные учебные курсы и конференции. Министерство здравоохранения области сейчас проводит приказ о внедрении накопительной системы. Что касается дистанционного обучения, то, мне кажется, что мы неправильно понимаем его суть. Оно должно проводиться непосредственно на базе обучения. Сначала мы тоже думали, что будем транслировать лекционные курсы по всем городам и весям. Но хирурги оперируют в вузе, и там же в аудиториях курсанты дистанционно должны это видеть. Так правильно юридически. Существуют разные формы обучения – простые и сложные, с типовыми задачами, с актерами. Поэтому в рамках 36 часов, о которых говорилось выше, мы можем работать юридически обоснованно, и администрация может отпустить врачей на законном основании. Москва и Россия – это большая разница. Если хирург в районе один, его вообще куда не отпускают. Раз в 5 лет – да, администрация вынуждена его отпускать на учебу. Создать хирургу возможность для обучения – наша основная задача.

А вот выдержка из выступления главного врача ГКБ № 36 Департамента здравоохранения Москвы, профессора кафедры общей хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета **Александра Митичкина**:

– Тяжело ежегодно отпускать своих коллег на курсы усовершенствования, но предлагаемая

**Государственное областное бюджетное учреждение  
«Крестецкая центральная районная больница»  
(пгт Крестцы, Новгородская область)  
ПРИГЛАШАЕТ НА РАБОТУ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ.**

Рассмотрим любые предложения. Врачам-специалистам в возрасте до 35 лет гарантируется выплата 1 млн руб. по программе «Земский доктор».

Тел.: **8 911 640 4622, 8 9216 994 588.**  
**E-mail: olegnamestnikov@mail.ru**

система аккредитации позволяет проверить ответственность врача к своему образованию, подвести его к необходимости постоянного тренинга, участия в конференциях, научной деятельности, анализе собственной работы. Предлагаемая система позволяет добиться того, чтобы хирург был постоянно подготовлен к работе. Система балльной оценки заставляет работать врача ежедневно. Я не разделяю опасения, что трудно дать возможность набрать врачу оставшиеся 106 баллов, особенно в Москве, где ежемесячно проводится по 3-4 хирургических конференции. Департамент здравоохранения Москвы дает распоряжения об обязательном участии в большинстве из них. Поэтому набрать хирургу баллы несложно, послать его на один день – тоже несложно. Замечу, что хирург сейчас имеет достаточно продолжительный отпуск, из которого две недели вполне можно использовать для самообразования. В нашей больнице стимулируется участие в научной работе, за каждую публикацию сотрудникам выплачивается премия.

Президент Московского хирургического общества, заведующий кафедрой факультетской хирургии № 2 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, профессор **Александр Шулушко** заметил:

– Хирургия – мануальное искусство, и выбор варианта вмешательства – это личный выбор хирурга. Поэтому оценка хирургического искусства должна проводиться по конечному результату: например, по количеству летальных исходов, а не по набранному баллам. Наша система вообще не учитывает конечный результат, если только не брать в расчет годовой отчет – честный, заверенный руководителями здравоохранения. Можно набрать 100 баллов, присутствуя на конференциях и исключив себя из хирургии.

– Привязать индивидуальные качества к процессу обучения невозможно, хотя с помощью виртуальных тренажеров можно оценить ошибки – это заложено

в программе, – продолжил эту мысль профессор **Андрей Фёдоров**. – Можно улучшить манипулятивные качества хирургов, но никогда не «привяжешь» их к конечному результату. Мы можем сколько угодно смотреть на цифры летальности и т.д., но если даже блестящий хирург будет делать операции без учета современных технологий, без учета интенсивной терапии, и это будет неправильно. По-моему, одно другому не мешает.

Активное участие в дискуссии приняли руководитель лаборатории новых хирургических технологий Московского НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского профессор **Андрей Гуляев**, вице-президент РОЭХ, заведующий кафедрой хирургии факультета последипломного образования с курсом эндхирургии Рязанского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, главный врач ГКБ № 1 Новомосковская, профессор **Вячеслав Сажин**, доцент кафедры госпитальной хирургии Тверской государственной медицинской академии **Александр Голубев**, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом эндоскопической хирургии и курсом сердечно-сосудистой хирургии факультета усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета профессор **Андрей Бебуришвили**, профессор кафедры факультетской хирургии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И.Разумовского **Сергей Вертякин**, директор Государственного научного центра колопроктологии Минздрава России профессор **Юрий Шельгин**.

Дискуссия нашла отражение в принятой участниками собрания резолюции, а вторая половина пленума была отведена под презентацию российских учебных центров, осуществляющих послевзрословую подготовку современных хирургов.

**Альберт ХИСАМОВ,  
обозреватель «МГ».**

**НА СНИМКЕ: на трибуне профессор Сергей Емельянов.**

Фото автора.