

В то время как с высоких трибун на международных и всероссийских конгрессах медицинскую общественность информируют об очередных отраслевых достижениях – роботической операционной технике, высокотехнологичных эндоскопических операциях, лекарственных препаратах самого последнего поколения, мультицентровых клинических исследованиях и пр., рядовой пациент стоит в огромной очереди к врачу по месту жительства. Изрядно потрепав себе нервы в ожидании приёма, он, как правило, совершенно не удовлетворяется его результатом: формальное отношение, отнюдь не тактичное обращение и направление к узкому специалисту без каких бы то ни было внятных разъяснений. Иными словами, очень часто в первичном звене у нас трудятся просто-напросто «диспетчеры» с дипломом о высшем медицинском образовании и сертификатом терапевта или педиатра. Своим неординарным взглядом на проблему первичного звена и некоторыми другими соображениями на актуальные темы с читателями «МГ» поделился главный врач ГКБ № 71 Москвы, кандидат медицинских наук, доктор медицины США, представитель известной врачебной династии Александр МЯСНИКОВ.

– Александр Леонидович, в московском здравоохранении планируется создание института семейных врачей. Насколько эта идея перспективна?

– Других вариантов просто нет. Дело в том, что наше здравоохранение не соответствует современной международной отраслевой модели. Иными словами, у нас построен пятый этаж, а предыдущих четырёх не существует – есть центры высокотехнологичной медицинской помощи, крупные специализированные федеральные клиники. Мы привыкли к красивым репортажам об уникальных операциях, но, к сожалению, это всего-навсего телекартинка, не имеющая ни малейшего отношения к общему состоянию здравоохранения.

Залог эффективного функционирования отрасли – первичное звено. Ведь человек, которого прооперировали в крупном федеральном центре на лучшем европейском оборудовании, возвращается к участковому врачу, не способному к адекватному ведению такого пациента. Болезнь то никуда не делась. Операция лишь устранила некоторые её последствия.

Я всегда сравниваю нашу медицину с человеком, у которого под парадным мундиром находится заношенное и дурно пахнущее бельё. Оболочка-то у нас есть, а вот с содержанием – большие проблемы. Необходима покупка нового белья под парадный мундир, однако для нас испокон веков внешне куда важнее внутреннего...

Терапевт – самый редкий зверь. В нашей стране они уже давно попали в красную книгу – их почти не осталось, счёт идёт на единицы. Широко образованного, грамотного терапевта не найти, в то время как нехлопких узких специалистов – сколько угодно.

Поэтому идея московского правительства очень правильная. Начинать нужно с образования. За рубежом любой узкий специалист прекрасно подготовлен общетерапевтически. В этом я полный единомышленник столичного вице-мэра Леонида Печатникова. Я снимаю шляпу перед профессионализмом и смелостью этого человека. Он не заперся в кабинете, а вызвал бурю негодования на себя. Все его идеи – очень правильные и своевременные. Их исполнение – отдельный вопрос. Но поймите, ни одна реформа не проходит без побочных эффектов. А наша медицина просто вымирает. И какими бы красивыми цифрами не прикрывался Минздрав, лучше не будет. Начинать нужно с обучения. Я всегда говорю о том, что настоящие отраслевые реформы могут начаться лишь спустя 6 лет – по выпуску нового поколения врачей, учившихся на западный манер.

Но здесь перед нами возникает другая беда: а кто будет учить, по каким учебникам и пособиям? 90% наших методических рекомендаций – стыд и позор. Не нужно изобретать велосипед. Есть международные документы. Открой Интернет, переведи на русский язык, слегка адаптируй к нашим условиям – вот и всё. Рецепт прост. Так делали все страны.

## Точка зрения

# У бездны на краю

Пока мы будем говорить, что Запад нам не указ, толку не будет



Медицина – одна. Не бывает медицины советской, американской, индийской или российской.

То, что было у нас в советские времена, давно ушло. На пьедестале сейчас иное: математика, генетика, биостатистика и др. Нужно регулярно самообразовываться, чтобы не выпадать из медицинской обоймы. Знания обновляются с завидной регулярностью. А мы всё делаем анализ кала и смотрим мочу под микроскопом. Я у себя в клинике запретил это делать. Штат больниц раздут, а толку никакого. Это – бессмысленно.

Так что переход на семейную медицину западного образца – необходимость. Другое дело – как это будет исполнено. За рубежом врача общей практики готовят 3 года после вуза. Я сам это проходил. Ты сутками в клинике и должен знать всё: от перкуссии лёгких до проведения аппендэктомии. Семейный врач – это не тот, который лечит семью. Это специалист, способный посмотреть любого в этой семье и выполнить не менее 75% работы узкого специалиста.

А что происходит у нас в поликлиниках? Терапевты просто-напросто распределяют больных по узким специалистам. Спрашивается: а зачем тогда учиться в медицинском вузе, чтобы выполнять такие примитивные функции? Боли в спине – к неврологу, одышка – к кардиологу, кашель – к пульмонологу и т.д. Это привело к тому, что мы лишили себя специализированной помощи. Настоящий терапевт справится с 90% всего того, что сегодня перенаправляется к узким специалистам.

– В чём, по-вашему, причина дефицита врачей первичного звена в нашей стране?

– Их никто не готовит. Ординатура по узкой специальности мало что даёт. Когда я был ординатором

в Институте кардиологии, у нас пациента с болью за грудиной из отделения гипертонии переводили в отделение ИБС, а больного после инфаркта при малейшем повышении цифр АД поднимали в отделение гипертонии. Вот таким пинг-понгом мы занимались. Не было систематизированных знаний даже внутри одной специализации. Куда дальше? Это абсурд. Нас учили кардиологии без азотов терапии. А за рубежом в ординатуре по кардиологии тебя обязательно обучают проводить все необходимые интервенции, к примеру, поставить кардиостимулятор или, скажем, провести

последнее, двигаясь в таком направлении.

– Преподаватели-клиницисты часто жалуются на администрацию клинической базы, которая всячески вытесняет кафедры, фактически не пуская студентов к больным, мотивируя свои действия тем, что держать кафедру не выгодно экономически...

– Это абсурд и позор. Кафедра – это всегда выгодно. Другое дело, что нынешние кафедральные сотрудники обучают своим своим – далеко не асы в практической деятельности. И на помощь с их стороны в лечебном процессе,

И ещё. Раньше у врачей была латынь, сейчас – английский язык. Сегодня врач без знания английского языка – никто. Даже в Турции преподавание на медицинских факультетах идёт исключительно на английском языке. За последние 10 лет они так шагнули вперёд, что просто обидно за нашу страну.

Мы же продолжаем кичиться своей исключительностью. Вот уже 15 лет как я вернулся в Россию. За эти годы мы никак не можем разработать стандарты лечения. Только и делаем, что разрабатываем, в то время как на ненавистном нам Западе эти

как правило, рассчитывать не приходится. Но если они интегрированы в работу клиники – это несомненный плюс. Тем более что кафедра даёт больнице ординаторов.

Именно на молодых врачах за рубежом во многом держится лечебный процесс, они берут на себя основную нагрузку в ведении пациентов. Что характерно, среди них есть своя иерархия – дедовщина в хорошем смысле этого слова. Ординаторы третьего года контролируют своих коллег на втором году обучения, а те, в свою очередь, ординаторов первого года. Опытные доктора всего лишь координируют работу молодых врачей. Если же убрать из зарубежных госпиталей ординаторов, медицина там рухнет.

Остановимся подробнее на преподавателях-клиницистах. Профессор, доцент, кандидат или доктор наук – это всего-навсего учёные звания и степени. Пожалуйста, изучай под микроскопом свои клетки. Ты кандидат наук, а не медицины. В нашей стране далеко не всегда учёная степень свидетельствует о практической подготовке. Скорее наоборот: чем выше твои учёные звания, тем ниже твоя квалификация у постели больного. Ещё мой дедушка – академик Александр Леонидович Мясников всегда говорил: «Лечиться нужно у докторов, а не у кандидатов и докторов наук. Последние – весьма далеки от практической деятельности». Это общий принцип. Разумеется, исключения бывают, но в общем и целом это беда – кто нас сегодня учит.

В советское время, как правило, кафедральные сотрудники по компетенции превосходили городских врачей. Нынешний уровень клинических кафедр – отражение падения общего уровня нашей медицины. Как это ни странно, но сейчас городские врачи зачастую подготовлены лучше. Ко мне в больницу привозят тяжёлых больных, не получивших адекватного лечения в крупных федеральных центрах. Это в корне неправильно. Всё должно быть с точностью до наоборот.

У нас нет стандартов и пособий. В какой-то степени большинство наших профессоров и доцентов – «инвалиды», которые «инвалидируют» население своим лечением, а студентов – педагогикой. Пока мы будем бить себя в грудь, что лучше советской медицины ничего нет, толку не будет. Пока мы будем говорить, что Запад нам не указ, изменения в лучшую сторону не наступят. Демографические показатели в нашей стране так и будут уступать аналогичным на Западе.

документы ежегодно меняются. Я по своей натуре мечтатель и энтузиаст, однако уже чувствую начинающееся эмоциональное выгорание. Поэтому, глядя на Л.Печатникова, я в очередной раз снимаю шляпу. Кто только его не критикует. Практически вся медицинская общественность нашей страны воспринимает его в штыки, а он продолжает гнуть свою линию. Наши доктора и организаторы здравоохранения не хотят меняться. Ведь жить по старинке куда проще и спокойнее.

– На каком уровне, на ваш взгляд, находится этика врачей в нашей стране?

– Да ни на каком. Её просто нет. 90% жалоб пациентов – вопросы этики. У наших врачей, в большинстве своём, напрочь отсутствует этика общения с пациентом. Все эти этические кодексы – формальные бумажки. Комитеты по этике – профанация. Всё пущено на самотёк. Пустая работа. Отмахнуться от пациента и подписать бумажку – куда проще. Это непрофессионально.

И вновь я оглянусь на «отсталый» Запад: там обучаются врачебной этике начиная с первого курса университета. Этические вопросы – сплошь и рядом в билетах. Ни один экзамен без них не обходится. Без должного уровня знаний по этому предмету тебе просто-напросто не дадут университетский диплом. Более того, даже опытные специалисты при прохождении повышения квалификации сдают экзамен по этике. Не сдал – кладёшь лицензию на стол и иди водить такси.

– Престиж терапевтической профессии в нашей стране угрян. Возможно ли его вернуть?

– Конечно. Если этого не произойдёт, не будет и медицины. Но я бы здесь говорил о профессии врача в целом. Во всём цивилизованном мире врач – это каста, элитарная. Когда ты говоришь, что ты врач – к тебе априори возникает огромное уважение. И в сознании обычных людей престиж профессии врача не зависит от клинической специализации. Врач за рубежом – это сытость и достаток при любой власти, уважение и почёт, нравственный ориентир. Вообще, на Западе нет зазорных профессий. Просто стать врачом-профессионалом – на порядок сложнее, чем любым другим специалистом. Поэтому к докторам в цивилизованном обществе – особое почтение и пиетет.

Беседу вёл  
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,  
обозреватель «МГ».