



*Интервью с заведующим кафедрой неврологии
факультета усовершенствования врачей Российского
национального исследовательского медицинского
университета им. Н.И. Пирогова,
доктором медицинских наук, профессором
Анатолием Ивановичем Фединым*

Анатолий Иванович, возглавляемая Вами кафедра готовится в марте 2014 г. отмечать юбилей. Какой путь она прошла за 25 лет?

Да, 19 марта мы будем отмечать 25-летний юбилей нашей кафедры, которая была первой кафедрой такого профиля на факультете усовершенствования врачей Российского государственного медицинского университета — сейчас это Российский национальный исследовательский медицинский университет — среди тех, что стали создаваться в медицинских вузах в то время.

Оглядываясь назад, мы видим, насколько существенно преобразились преподавание, содержание учебного материала, демонстрационная техника. Вместо бумажных таблиц и слайдов сейчас в аудиториях демонстрируются яркие аудиовизуальные презентации с анимацией, которые хорошо иллюстрируют материал лекции и способствуют лучшему его усвоению.

Еще 25 лет назад на кафедре работали 5 преподавателей. Среди них — профессора Анатолий Болеславович Ситель и Андрей Николаевич Карнеев, доцент Елена Борисовна Тетерина. В настоящее время на кафедре 9 профессоров, 3 доцента и 1 ассистент.

Кафедра планирует свою работу в соответствии с потребностями практического здравоохранения. Это наша принципиальная позиция. В первые годы помимо неврологии в связи с высокой востребованностью было введено преподавание мануальной терапии и рефлексотерапии.

В связи с развитием интенсивной терапии в неврологии в 1995 г. был организован тематический

цикл «Интенсивная терапия при заболеваниях нервной системы» для неврологов, реаниматологов, врачей скорой помощи.

Во второй половине 1990-х годов неврологи стали активно заниматься лечением больных эпилепсией. До того эти больные наблюдались в психоневрологических диспансерах и больницах. И в 1997 г. впервые в нашей стране кафедра организовала тематический цикл «Эпилептология с основами клинической электроэнцефалографии» для неврологов, психиатров, педиатров и врачей функциональной диагностики.

Большой поток пациентов с распространенными неврологическими синдромами, такими как головная боль, головокружение, расстройства памяти, болевые синдромы в области позвоночника обусловил необходимость организации тематического цикла «Амбулаторная неврология» для врачей первичного звена здравоохранения. Помимо этого кафедра организовала для врачей всех специальностей, работающих в стационарах, цикл «Клиническая неврология в терапевтической практике». Как видите, нашими слушателями являются не только неврологи, но и врачи многих других специальностей.

Еще одна особенность нашей кафедры: поскольку работающие на ней специалисты не могут быть одинаково хорошо информированы обо всех новых направлениях медицины, мы приглашаем в качестве лекторов профессоров, являющихся ведущими специалистами в определенных разделах неврологии, с других кафедр. Кроме того, наши преподаватели привносят в свои лекции все новое, ус-

лышанное ими на отечественных и зарубежных конгрессах.

Каковы ваши планы по усовершенствованию учебно-методической работы?

Мы планируем в следующем году выпустить большой учебник. Это будет первое отечественное учебное издание, посвященное амбулаторной неврологии, ориентированное при этом не только на неврологов, но и врачей других специальностей, занимающихся лечением неврологических больных.

Ежегодно нами проводятся по 2 сертификационных цикла в Москве, а также выездные циклы по тем профилям, которые я уже назвал. Кроме того, мы планируем создать «портфель» электронных учебников, методических пособий, рекомендаций, то есть полный учебно-методический комплекс для самостоятельной работы врачей с той целью, чтобы они лучше усваивали материал после прочитанных нами лекций.

Является ли правильная постановка неврологического диагноза трудной задачей, особенно для врачей другого профиля, сталкивающихся с необходимостью оказания помощи неврологическим больным?

Скажу прямо: неврологический диагноз относится, действительно, к самым трудным в медицине. С чем это связано? Не только со сложностью неврологических болезней, их патогенезом, различными клиническими проявлениями. Корни следует искать в существующей модели преподавания в медицинских вузах в нашей стране. Надо сказать, что преподавательскому мастерству и ранее, и сейчас в вузе не учат. Формально это должно происходить в аспирантуре. Но аспиранту некогда заниматься освоением педагогики. Он и загружен многочисленными обязанностями на кафедре, и стремится вовремя выполнять свою работу.

Анатолий Иванович, а в чем, по Вашему мнению, кроется причина трудностей?

Таких причин несколько. Считается, что если врач является хорошим клиницистом, то он будет и хорошим преподавателем. Но это далеко не всегда так, поскольку не все врачи способны одинаково успешно справляться с педагогической нагрузкой. Если мы вспомним свои студенческие годы, то в памяти остались не более 10 самых ярких преподавателей. Мастерству преподавания в вузе не учат. Это первая причина.

Вторая причина кроется в учебном плане. Учебные программы на каждой клинической кафедре составлены так, будто кафедра готовит специалистов именно по своей специальности. На первом занятии я спрашиваю студентов об их выборе будущей врачебной специализации. Очень мало кто на 4-м курсе говорит о том, что он уже выбрал дальнейший профиль своей работы. Студенты, как правило, по-

ясняют, что впереди еще обучение на нескольких кафедрах, и выбор можно будет сделать позже. На занятиях можно видеть их скучающие лица, потому что они еще не определились, чем будут заниматься, у них нет мотивации к обучению именно на нашей кафедре. Как идет подготовка тех, у кого в дипломе значится «Врач общей практики»? На всех клинических кафедрах вместо того, чтобы детально преподавать основные методы диагностики и лечения болезней, которые должен знать врач общей практики, преподают полный курс специальности, будто они готовят специалистов по своему профилю. Что в результате остается в памяти студента после прохождения, например, цикла нервных болезней? Мало что запоминается после такого цикла. В то же время студенты не получают нужных для любого практикующего врача сведений по наиболее распространенным в амбулаторной практике неврологическим синдромам и болезням. Не имеют они также опыта скринирующего обследования неврологического больного, что им, опять-таки, понадобится в будущем.

Третьей причиной является отсутствие связи между теоретическими и клиническими кафедрами при преподавании того или иного материала. Особенно остро это ощущается, когда студенты приходят на клиническую кафедру. Вспоминаю, сколько времени уходило на первых курсах на анатомию, зазубривание строения черепа, всех его отверстий... И сейчас, как врач с большим клиническим опытом, я могу сказать, что во многом мне материал для практики не понадобился. А когда студент приходит на клиническую кафедру, он заново начинает изучать анатомию, но уже с клинических позиций. И таких примеров можно привести множество.

Четвертая причина также касается клинических кафедр. Она связана с тем, что, располагаясь в больницах, они преподают «большую», госпитальную медицину, и преподаватель является специалистом именно в этой области. В то же время квалификационная характеристика, модель специалиста — врача общей практики требует знания прежде всего «малой», амбулаторной медицины. Деление на «большую» и «малую», какую-то не очень серьезную, медицину пагубно отражается на клинической практике. Мы видим несколько высокомерное отношение врачей стационаров к поликлиническим врачам, низкий уровень знаний выпускников по амбулаторной медицине и относительную малочисленность научных исследований по ее проблемам. В то же время первичное звено здравоохранения, как мы представляем, является ведущим, главным в оказании медицинской помощи населению. Все эти проблемы, конечно, отражаются на качестве здравоохранения.

В американской и европейской медицине врач общей практики является основным звеном в прак-

тической медицине. Но у него есть специальная подготовка не только по терапии, но также и по амбулаторной хирургии, неврологии, отоларингологии, офтальмологии и другим специальностям, и он имеет право в пределах своей компетенции оказывать такую помощь. У нас же после переименования специальности в дипломе с «Лечебного дела» на «Врача общей практики» не сделано ничего, чтобы содержание преподавания было приведено в соответствие с этим названием.

И еще одна, возможно, тоже очень важная причина, связана с мультидисциплинарной разобщенностью. Я неоднократно видел на своем приеме больных с пухлыми досье, содержащими результаты обследований. Все самые современные обследования проведены. Но какой специалист, ведущий лечащий врач должен все это проанализировать, обобщить и дать свои рекомендации? Наша медицина разобщена. Человеческий организм разделили на «департаменты». По одной терапии их более пяти. Кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, гепатология, нефрология и т.д. Неврология сохранила единую специальность, но внутри нее есть уже ангионеврология, вегетология, когнитология, вертебрология, эпилептология и другие направления. Подобное наблюдается и в других специальностях. Врач, специализируясь в узкой области, плохо ориентируется в смежном направлении. Результатом этих негативных явлений становятся диагностические ошибки, неэффективность лечения, полипрагмазия, неудовлетворенность пациентов оказанной помощью и жалобы на плохое здравоохранение.

В последние годы появился модный термин «персонифицированная медицина». Он отражает только смену понятий. В традициях отечественной медицины, заложенных нашими выдающимися учителями, было правило: «Лечить не болезнь, а больного». И если раньше таким специалистом был земский врач, то кто должен быть им сегодня? Прежде всего интернист, участковый терапевт и врач семейной медицины. Но есть ли у них знания для выполнения таких функций? Эти проблемы должны решаться в последипломном образовании, в клинической ординатуре с параллельными циклами тематического совершенствования не только по своей специальности, но и в смежных областях знания. Неслучайно мы организуем на нашей кафедре циклы не только для неврологов, но и врачей других специальностей.

Как Вы относитесь к идее непрерывного медицинского образования, которая сейчас активно обсуждается в Минздраве и врачебных сообществах?

Это абсолютно правильная идея, поскольку сложившаяся схема последипломного образования с прохождением сертификационного цикла через каждые 5 лет, конечно, устарела. Сколько, пред-

ставьте, новых знаний появилось за эти 5 лет, но врач о них не информирован. Времени на самоподготовку у врачей часто не хватает, поскольку их работа нередко предполагает занятость не только на постоянном месте, но и по совместительству. Другое дело, что не во всем здесь нужно слепо копировать зарубежный опыт. Система последипломного образования должна оставаться государственной. Вопрос в том, как сделать правильным и современным это образование. Конечно, к последипломному образованию должно привлекаться врачебное сообщество. Но что мы видим реально на практике? Недавно я был на одном съезде, где меня предварительно зарегистрировали и при явке на первое заседание, где я делал доклад, мне сразу вручили сертификат, в котором было написано, что мне присуждается 18 баллов кредита. Это такая принятая в образовании система. То есть, ходил ли я на съезд, участвовал ли в его работе — это неважно, я уже получил сертификат. Кстати, то же самое бывает и на зарубежных конференциях. Единственное отличие в том, что там сертификат выдают в последний день работы конгресса. То есть гарантируют, что врач все-таки был его посетителем. А чем он занимался все это время — ходил на экскурсии или действительно участвовал в конгрессе — этого никто не фиксирует. И конечно, задачей конгресса не является тестирование знаний после заслушивания докладов, выставление зачетов. Это совершенно другая задача. Но без контроля знаний выдача сертификата, естественно, является простой формальностью.

Есть ли у Вас конкретные предложения по совершенствованию процесса последипломного образования?

Самым перспективным нам представляется индивидуальный подход к этому процессу. В чем он может заключаться? На любой кафедре, работающей в системе последипломного образования, есть постоянный, если можно так выразиться, костяк врачей, которые каждые 5 лет проходят очередной цикл аттестации и сертификации. Этим врачам нужно специально закрепить за кафедрами и с ними в течение 5 лет непрерывно заниматься как в очном, так и дистанционном режиме. Очная часть может варьировать в зависимости от профиля кафедры. На терапевтических кафедрах она может быть меньше, на хирургических, естественно, больше. Если обратиться к неврологии, то у нас этот цикл занимает 4 нед, то есть 144 ч. Очные занятия можно организовать у себя длительностью в 1 нед, а остальные 3 нед в течение 5 лет посвятить именно непрерывному образованию. Но что при этом следует делать? Надо, чтобы кафедра на своем сайте выложила все учебно-методические материалы в электронном виде, чтобы зачисленный на кафедру врач регулярно заходил на сайт, читал эти материалы, занимался са-

моподготовкой. На сайте же потом будут тестироваться знания, выставляться оценки по каждому модулю цикла, и врач потом будет допускаться к следующему модулю. Вот такое непрерывное обучение, мне кажется, будет не формальным, а действительно повышающим качество знаний врачей. И организовать это не так уж и трудно. Почему? Потому что известно количество врачей-неврологов в нашей стране, количество кафедр, их преподавательский состав. Другое дело, что эти кафедры неравноценны по своему преподавательскому мастерству. Поэтому нужно, конечно, провести цикл усовершенствования знаний самих преподавателей, чтобы они прошли единую аттестацию, имели право преподавать на этих кафедрах. Такой индивидуальный подход к по-

следипломному образованию позволит организовать настоящую систему непрерывного образования.

Анатолий Иванович, запись нашей беседы выйдет в предновогоднем выпуске журнала. Что бы Вы пожелали нашим читателям в Новом году?

Всем читателям журнала я хотел бы пожелать совершенствовать свое врачебное мастерство, повышать уровень квалификации, чтобы соответствовать самым высоким требованиям, предъявляемым в современном мире к специалистам, отвечающим за здоровье людей. И, конечно, пожелать крепкого здоровья, сил и творческих успехов!

