Наша коллега Анна Геннадьевна Федур поделилась своими размышлениями по поводу причин развала российского здравоохранения.  С большинством из наблюдений редакции Российской диабетической газеты сложно не согласится.

Вкладывать в деньги в российскую медицину в том виде, который она имеет сейчас, – что тушить костер бензином. Если представить гипотетическую ситуацию, когда все российские клиники в один момент будут обеспечены оборудованием по последнему слову техники и новейшими лекарствами, а работающие в них врачи получат такую же зарплату, как их коллеги в США, то, смею предположить, на качестве лечения большинства пациентов это отразится мало.

Ощутимо улучшится лечение очень ограниченных групп больных, которым по сути необходимо лишь прибрести лекарство. Это дети с орфанными заболеваниями, пациенты с гемобластозами (с «раком» крови), больные с инфекциями, требующими введения современных внутривенных антибиотиков, а также несколько десятков тысяч пациентов с относительно редкими и тяжелыми заболеваниями, у которых обычные методы лечения были неэффективны и теперь они ожидают назначения сверхдорогостоящих препаратов (т.н. таргетных и биологических).

Но миллионы пациентов, страдающих распространенными заболеваниями — ишемической болезнью сердца, гипертонией, язвой желудка, астмой и хронической обструктивной болезнью легких, мочекаменной болезнью и операбельным раком и многими другими, — вряд ли получат быстрое облегчение даже в условиях неограниченного финансирования здравоохранения.

Редакция «Российского журнала эндокринологии, диабетологии и метаболизма» МОО Российская диабетическая ассоциация (РДА) констатирует, что реформы здравоохранения привели к переориентации потоков больных диабетом 2 типа на участковых терапевтов и на врачей общей практики, которые диабета как огня боятся.

Рак, который не был выявлен из-за того, что врач не послал пациента на диагностику, не будет найден. Образование, пропущенное при обычном УЗИ или КТ, не будет диагностировано, даже если дать в руки врачу, его проводившему, аппарат экспертного класса. Врач скорой помощи, который сегодня не вводит тромболитический препарат при инфаркте (в столичном регионе они закуплены), не станет его вводить и при увеличении зарплаты. Невролог продолжит лечить пациентов хорошо известными ему «ноотропами» и «сосудистыми» препаратами, которые не имеют никакой эффективности, а терапевт будет назначать при обычной простуде «иммуномодуляторы» и «противовирусные препараты», которые не просто неэффективны, но и небезопасны. Лучшие модели эндоскопов в руках абдоминальных хирургов не сделают операции на брюшной полости эффективнее и безопаснее. И так далее.

Уверяю вас, миллионы болезней останутся не диагностированными и еще миллионы случаев будут лечиться неправильно, так как успех в их лечении требует совсем не наличия сверхсовременного оборудования, лаборатории и новейшего лекарства, а грамотного врача, обладающего клиническим мышлением и знакомого с новыми методами лечения. В руках врача необученного применение сильнейших биологических препаратов может быть разрушительнее самой болезни.

Критическое состояние российской медицины обусловлено, в первую очередь, кризисом медицинского образования, который имеет очень глубокие корни.

Советская медицинская школа по праву считалась одной из лучших в мире. Но в 90-е годы и начале 2000-х она прошла через узкое горлышко. В медицине остались единицы,

среди них не более трети благодаря фанатичному отношению к профессии, а залогом выживания большинства стало умение «выбивать» финансирование.

Очень многие профессора медицины, которые сейчас смотрят свысока на коллег и пациентов, были вынуждены многие годы преклонять колена перед властью и фармацевтической промышленностью. Их трудно осуждать — деньги позволили сохранить институты и кафедры. Но и побочный эффект был страшным: российские журналы под завязку наполнились ангажированными статьями, проплаченными промышленностью, доклады «ведущих ученых» на крупнейших конгрессах содержали неприкрытую рекламу фармацевтических препаратов, причем далеко не лучших. Практическая медицинская наука, не говоря уже о фундаментальной, впала в тяжелую зависимость от индустрии.

В последовавшие «тучные» годы многие добившиеся успеха профессора словно забыли, зачем они с таким трудом доставали деньги, и перестали распределять сформировавшиеся потоки средств на «большую науку» и поддержание коллектива. Вместо того чтобы обучать молодых докторов и заниматься научными изысканиями, они предпочли гастролировать по стране с лекциями на спонсорские деньги и проводить не представляющие никакой научной ценности заказные исследования фармпрепаратов. Их использовали, чтобы продвигать лекарства на российском рынке и включать в ограничительные перечни (ЖНВЛП). Чтобы удостовериться в правдивости этих слов — откройте любой крупный российский медицинский журнал, прочитайте заголовки статей и хвалебные выводы.

Последние два десятка лет перед врачами невероятно остро стояла этическая дилемма: либо ты «продаешься», либо ведешь нищенский образ жизни. Жизнь кафедральных сотрудников и преподавателей медицинских вузов, которые оставались верными моральным принципам, катастрофически ухудшилась. Тут нужно особо оговорить, что качественное образование врача стоит очень дорого. Настоящие врачи-ученые были отрезаны от научного знания: библиотеки не выписывали западную литературу, выписка научного журнала ($100-500 в год) или покупка статьи ($5-30 за штуку) считались роскошью. Новые российские книги и статьи в общей массе читать было практически незачем либо из-за низкого качества, либо из-за ангажированности.

Параллельно нарастала прослойка «псевдоученых» с липовыми диссертациями. Некоторые из них были очень активны в научной среде и медиа, распространяя в корне неверную информацию среди врачей, привыкших с советского времени доверять «докторам наук из столицы». Кроме того, появление уникального класса

ученых-мошенников привело к фактической девальвации системы научных степеней и званий в глазах научного сообщества. При этом наличие кандидатской или докторской степени служит обязательным условием для получения гранта, публикации в рейтинговом журнале или возможности читать лекцию для врачей.

Образование молодых докторов в медицинских вузах и на кафедрах держалось во многом на преподавателях старой формации, которые могли даже в условиях кризиса передать молодой поросли медицинское знание. Но медицинская наука развивается очень быстро (ее достижения проникают в Россию с задержкой на 10-20 лет), поэтому знания учителей старой школы быстро устаревали. И речь здесь не только о высоких технологиях, а об обычной рутине, с которой врач сталкивается чуть ли не каждый день.

Сейчас ситуацию дополнительно усугубляет курс на отделение учебного процесса от лечебной работы. Контакты студентов с больными предельно ограничиваются, обучение медицине происходит на муляжах и по учебникам, в больших группах. Обладающие наибольшим опытом кафедральные сотрудники, десятилетиями курировавшие палаты, массово отстраняются от практического ведения пациентов и научных исследований. Все это объясняется юридическими тонкостями и, конечно, очень выгодно главным врачам клиник, выстраивающим свою маленькую вертикаль власти.

Большинство моих коллег, оставшихся в государственной медицине, одновременно совмещают лечебную, научную и организационную работу, а также преподают на кафедре. Помощь больным — в приоритете, в условиях цейтнота жертвовать приходится именно преподаванием: обычно обучение «передают» ординаторам и аспирантам, зачеты получают даже самые слабые студенты. Поэтому выпустившиеся из вуза счастливые обладатели «диплома врача», если не прикладывали экстраординарной воли к получению знаний, совершенно не готовы к лечению самых простых категорий пациентов.

Отсутствие опыта у врача рождает страх перед новыми методами лечения, который не может быть переломлен, если у тебя нет учителя, который расскажет про побочные эффекты и методы их предотвращения. В некоторых областях медицины доктора, обладающие экспертным знанием о современных технологиях, вообще исчезли. И некому стало учить учителей, не то что рядовых врачей. Курсы повышения квалификации, которые мы обязаны посещать раз в пять лет для продления сертификата, представляют собой бутафорию. Знания, которые на них даются, подобны свету далеких звезд, который достигает Земли уже после того, как они погасли.

Надо сказать, что Минздрав хорошо понимает тяжесть ситуации, сложившейся с обучением врачей. Путь от окончания медицинского института до получения сертификата узкого специалиста стал заметно длиннее. Дабы предотвратить защиту некачественных диссертаций, в последние годы сильно ужесточились требования ВАКа. Правда, это касается в основном процесса получения всевозможных отзывов и бумаг, что добавляет бюрократических проволочек,но не всегда эффективно.

С 2016 года взамен существующей сертификации врачей вводится система аккредитации, подобная европейской. Она предусматривает непрерывное образование и накопление врачами баллов за посещение курсов, конгрессов и публикации, что должно стимулировать врачей обновлять багаж знаний.

Однако, чтобы изменить ситуацию кардинально, необходимо переформатировать систему медицинского образования. Именно в нее, а не в покупку условных томографов нужно вкладывать средства. Зарплата преподавателя медицинского вуза должна быть сопоставима с заработком успешного врача. Курация палат и обучающихся молодых врачей должна вернуться в широкую практику и оплачиваться дополнительно.

Российские студенты обязаны обучаться в лучших медицинских вузах мира (с заключением контракта на продолжение работы в России). Заведующие отделениями и профессора — пройти стажировки в лучших госпиталях мира, а затем обучать врачей на местах.

Для помощи российским врачам-ученым, которые не могут опубликовать статьи в западных журналах, должны быть созданы центры перевода и лингвистики (по опыту США, где при университетах существуют«writing centers»). Отношение к врачам-исследователям, сумевшим опубликовать статьи в серьезных западных журналах или получить приглашение прочитать доклад на зарубежной конференции, должно быть таким же, как к спортсменам, добившимся успехов на мировой арене. По крайней мере, они должны получать гранты, покрывающие расходы на поездку (гуманитарии и «технари» искренне удивляются, что на все конференции врачи ездят за свои кровные).

Российские университеты и крупнейшие клиники должны обладать открытым доступом к

журналам, публикующим платные статьи.

«Доставить» актуальное медицинское знание до докторов в самых отдаленных населенных пунктах могут технологии телемедицины. Они же позволяют быстро и с минимальными расходами получить экспертное мнение в сложной клинической ситуации.

Редакция «Российского журнала эндокринологии, диабетологии и метаболизма» МОО Российская диабетическая ассоциация (РДА) констатирует, что реформы здравоохранения привели к переориентации потоков больных диабетом 2 типа на участковых терапевтов и на врачей общей практики, которые диабета как огня боятся. Анализ тем кандидатских и докторских медицинских диссертаций, где звучит слово «диабет» указывает, что 96-98% диссертаций за последние 15 лет посвящены изучению и коммерческому продвижению все новых и новых фармацевтических препаратов, направленных в основном на лечение и на профилактику осложнений диабета. Тема излечения диабета в мировой науке практически не затригивается.

К сожалению, в условиях повсеместной коммерциализации здравоохранения успешность работы рядовых врачей все чаще оценивается не по качеству работы, а по количеству заработанных «для отделения» денег и выполнению самых формальных нормативов. Поэтому никакие меры не будут эффективны, пока у врача не появятся стимулы к повышению собственной квалификации.

Ссылка на оригинал: http://www.ej.ru/?a=note& ;id=27845#