

Профессиональное развитие российского терапевта-гастроэнтеролога

А.Ю. Барановский, Е.И. Ткаченко, В.И. Симаненков

СПбМАПО, СПбГМА им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Вступление России в новую фазу своего политического и экономического развития потребовало критической оценки состояния социальной сферы страны, в том числе, разумеется, положения дел в национальном здравоохранении. Большинство читателей журнала, по всей видимости, не имеет достоверной количественной информации об истинной трагической ситуации в области состояния здоровья нации, обеспеченности населения страны всеми необходимыми видами медицинской помощи, реальном уровне профессиональной состоятельности профилактической и клинической медицины не только в столичных регионах, но и в стране в целом. Действительно, у нас нет полной и объективной информации на этот счет. Но мы можем догадываться об истинных катастрофических процессах в области охраны здоровья населения страны только уже по тому, что наше правительство было вынуждено сформулировать концепцию «Национального проекта по улучшению состояния здоровья населения страны», постулировать пути реформирования медицины, особенно первого звена медицинской помощи населению – амбулаторно-поликлинической медицины.

Состояние дел в гастроэнтерологии – не лучше и не хуже, чем в других областях клинической медицины. Однако сегодня мы должны согласиться, что лабораторно-инструментальное оснащение и методическое обеспечение, не говоря о финансировании российской гастроэнтерологии (в целом по стране), катастрофически отстает от достижений мировой гастроэнтерологии и ни в малейшей степени не соответствует требованиям времени. Пожалуй, как парадокс в сложившихся условиях можно рассматривать приказ МЗ и СР РФ № 539 от 25.08.2005 «О мерах по совершенствованию организации гастроэнтерологической помощи населению Российской Федерации». Именно в этом приказе утвержден новый профессиональный «портрет» врача-гастроэнтеролога России, очень близкий к своим аналогам в капиталистических странах с высоким уровнем развития медицины.

Так, в соответствии с выше обозначенным приказом врач-гастроэнтеролог осуществляет (Приложение № 1 к приказу № 539 от 25.08.2005):

диагностику:

- сбор анамнеза и клинический осмотр больного;
- *Helicobacter pylori* (быстрый уреазный тест, дыхательный тест);
- эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта (эзофагоскопия, эзофагогастроскопия, эзофагогастродуоденоскопия);
- эндоскопическое исследование нижних отделов пищеварительного тракта (ректоскопия, ректосигмоскопия, колоноскопия);
- ультразвуковое обследование органов брюшной полости;
- проведение рН-метрии в верхних отделах пищеварительного тракта;
- пункционную биопсию печени;

лечение:

- диетотерапию;
 - этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение больных с заболеваниями пищеварительной системы, а также предраковыми заболеваниями органов пищеварения;
 - проводит неотложные мероприятия при болезнях органов пищеварения;
- профилактику:**
- проведение профилактики при гастроэнтерологических заболеваниях.

Примечание: курсивом выделены пункты принципиально новых требований МЗ и СР РФ к профессиональной деятельности врача-гастроэнтеролога.

В настоящей публикации авторы не ставят своей задачей провести критический анализ приказа. Это было бы, по меньшей мере, не корректно: ведь приказы следует не обсуждать, к тому же публично, а выполнять. Вместе с тем, в интересах более глубокого усвоения положений настоящего приказа и определения наиболее рациональных путей его выполнения, авторы оставляют за собой право сформулировать в данной статье ряд вопросов, касающихся не совсем понятных позиций приказа, с надеждой получить соответствующие разъяснения от его разработчиков или инициировать публичный творческий анализ наиболее дискуссионных пунктов приказа с целью коллегального поиска оптимальных подходов к реализации рассматриваемого документа.

Первый вопрос: как много времени потребуется на профессиональную подготовку каждого врача-гастроэнтеролога?

В качестве компетентной точки зрения приведу расчеты ЦНИИ гастроэнтерологии (Лазебник Л.Б., 2007). Временные затраты на подготовку специалиста должны состоять из:

- подготовки по основной специальности – **гастроэнтерологии** – не менее 3,5 мес (504 ч), периодичность последующего усовершенствования – 1 мес через каждые 5 лет (*Приказ № 337 от 27.08.1999 Минздрава России*);
- обучения в области эндоскопии для **проведения эндоскопического исследования желудочно-кишечного тракта**: первичная специализация 4 мес (576 ч), периодичность последующего усовершенствования – 1 мес через каждые 5 лет;
- обучения в области **УЗИ**: первичная специализация 3,5 мес (504 ч), периодичность последующего усовершенствования – 1 мес через каждые 5 лет;
- обучения **пункционной биопсии печени** – 1 мес.

Таким образом, для подготовки 1 врача по гастроэнтерологии, включая эндоскопию и УЗИ (расчет ЦНИИ гастроэнтерологии), требуется:

- в первый год – 12 месяцев,
- для усовершенствования через каждые 5 лет – 3 мес в год.

Из этого следует, что при первичной подготовке специалист на работе в ЛПУ будет отсутствовать 12 месяцев, а также 3 месяца в год – через каждые 5 лет.

Второй из серии наиболее важных вопросов, возникших после чтения приказа МЗ и СР РФ № 539 от 25.08.2005: во что ЛПУ обойдется обучение каждого гастроэнтеролога?

Стоимость прямых затрат на подготовку и переподготовку 1 специалиста-гастроэнтеролога («чистые» затраты на обеспечение учебного процесса) по расчету ЦНИИ гастроэнтерологии:

1) исходя из средней стоимости 1 часа на 1 января 2006 года, расчетная стоимость будет составлять $1,5-2,0 \$ \times 506 \text{ ч} = 759-1012 \$$ за 1 цикл;

2) при выполнении Приказа № 539, требующего обеспечения многосторонней подготовки специалиста, необходимо **759–1012 \$ × 3 цикла**: базовая специальность – гастроэнтерология, подготовка по эндоскопии и ультразвуковой диагностике. Общая стоимость подготовки 1 врача-гастроэнтеролога будет составлять **2277–3036 \$** (из бюджета ЛПУ или обучающегося).

Третий, но не последний, вопрос: сколько же времени потребуется врачу-гастроэнтерологу на осмотр и комплексное обследование каждого пациента в объеме его новых функциональных обязанностей? И сколько же больных гастроэнтеролог амбулаторно-поликлинического звена может принять за свой рабочий день?

1. Установленное время для первичной консультации гастроэнтерологического больного – 30 мин, повторной – 20 мин.

2. Ультразвуковая диагностика (согласно приказу Минздрава РСФСР № 132 от 2.08.1991): для проведения УЗИ органов брюшной полости затратное время составляет 60–120 мин:

- 20 мин – печень и желчный пузырь,
- 20 мин – поджелудочная железа,
- 20 мин – селезенка,
- 60 мин – определение функции желчного пузыря.

3. Эндоскопическое обследование в гастроэнтерологии (на основании приказа Минздравмедпрома России № 222 от 31.05.1996, Приложение 7):

а) для проведения верхней эндоскопии (эзофагогастродуоденоскопии) необходимо 55 мин;

б) нижней эндоскопии (колоноскопии) – 100 мин.

4. Нормативы по временным затратам для проведения пункционной биопсии печени, рН-метрии, определения *Helicobacter pylori* уреазным и дыхательным тестами, отсутствуют. Но хронометраж при выполнении указанных процедур, проводившийся в ЦНИИ гастроэнтерологии, показал: затратное время (для проведения пункционной биопсии печени, рН-метрии, определения *Helicobacter pylori* уреазным и дыхательным тестами) равно соответственно 40, 15 и 60 мин, что может быть использовано при расчете назначаемого объема исследования.

Следует напомнить, что рабочий день врача-гастроэнтеролога при двух выходных днях в неделю составляет 7 часов 30 минут. За 1 рабочий день по существующим нормативам врач-гастроэнтеролог осуществляет консультации 17–18 больных (при 50% первичных и 50% повторных больных). Учитывая высокую гастроэнтерологическую заболеваемость, ежедневно врач-гастроэнтеролог принимает не менее 20–25 пациентов на ставку, что выше нормативных требований, но что также не удовлетворяет потребность населения в специалистах.

Приводим примерные варианты объема консультативно-диагностической помощи и затраты времени за 1 рабочий день врача-гастроэнтеролога в соответствии с расчетом ЦНИИ гастроэнтерологии (Лазебник Л.Б., 2007):

Вариант 1:

- первичная консультация – 30 мин;
- УЗИ – 60 мин (без определения сократительной функции желчного пузыря, необходимого для назначения холелитической терапии);
- верхняя эндоскопия – 55 мин;
- всего затрачено 145 мин, что составляет 2 часа 25 мин или 32% рабочего времени на одного пациента.

За один рабочий день (7 ч 30 мин) врач-гастроэнтеролог может проконсультировать и обследовать **3 больных**, затратив при этом 7 ч 15 мин.

Вариант 2:

- первичная консультация – 30 мин;
- нижняя эндоскопия – 100 мин;
- всего затрачено 130 мин, что составляет 2 ч 10 мин или 29% рабочего времени на 1 пациента;
- при данном варианте за один рабочий день врач-гастроэнтеролог может проконсультировать и обследовать **3 больных**, затратив при этом 6 ч 30 мин;
- за оставшееся время (60 мин) возможна только консультация еще 2 больных (всего $3+2 = 5$ пациентов).

Примечание. Для проведения эндоскопических исследований необходимо иметь не менее 2 аппаратов на 1 врача-эндоскописта (необходима дезинфекция).

Вариант 3:

- первичная консультация – 30 мин;
- рН-метрия – 60 мин;
- всего затрачено 90 мин, что составляет 1 ч 30 мин или 20% рабочего времени на 1 пациента;
- при варианте 3 за один рабочий день возможна консультация и обследование **5 больных**: $1 \text{ ч } 30 \text{ мин} \times 5 = 7 \text{ ч } 30 \text{ мин}$.

За пределами сегодняшнего обсуждения остался вопрос, касающийся возможности ЛПУ по обеспечению гастроэнтерологов «новой формации» (по приказу МЗ и СР РФ № 539) необходимыми рабочими помещениями и диагностической аппаратурой. Не смеем поднимать вопрос об источниках дополнительного финансирования, необходимого для полноценного выполнения приказа. Существует еще масса вопросов, требующих уточнения и разрешения целого ряда неясных моментов приказа для обеспечения высокопрофессиональной деятельности врачей-гастроэнтерологов России в юридически новых условиях их работы.

Но этот приказ подвинул нас к долгожданному критическому анализу и существенному переосмыслению положения дел в профессиональной подготовке, переподготовке и усовершенствовании специалистов гастроэнтерологического профиля. Поэтому тематикой настоящей публикации автор определил обсуждение не проблем дальнейшего развития гастроэнтерологии в стране или творческой реализации вышеназванного приказа министерства, а рассмотрение вопросов постдипломного образования врачей, чья профессиональная деятельность целиком или частично связана с диагностикой, лечением и профилактикой болезней органов пищеварения. Речь идет, разумеется, о гастроэнтерологах, терапевтах, семейных врачах и других специалистах терапевтического профиля.

Прежде чем говорить, что и как изменять и совершенствовать в рассматриваемом профиле постдипломного образования, предлагаем более четко определить нашу педагогическую мотивацию. Поэтому первой задачей в связи с этим авторы поставили изучение уровня профессиональной подготовки российских терапевтов в области гастроэнтерологии, чтобы определить суть и степень дефектности постдипломного гастроэнтерологического образования с точки зрения состоятельности используемых нами учебных программ и адекватности философии самого постдипломного гастроэнтерологического образования.

Что же представляет собой профессиональный «портрет» нашего современника – российского гастроэнтеролога, работающего в стационаре или диагностическом центре? Обратимся к результатам исследований кафедры гастроэнтерологии и диетологии Санкт-Петербургской МАПО.

Из 864 врачей-гастроэнтерологов, обучавшихся на циклах гастроэнтерологии за последние годы, 129 (почти 15%),

Только 357 человек (т.е. 41,3%) из всех обучавшихся врачей-гастроэнтерологов имели возможность и желание систематического обучения по специальности «гастроэнтерология», т.е. на словах готовы были бы постоянно повышать свой профессиональный уровень.



Рис. 1. Мотивация врачей на обучение.

За последние 6 лет только 12% врачей, добровольно зачисленных на многолетние очно-заочные сертификационные циклы, систематически посещали лекции, читавшиеся ведущими специалистами Санкт-Петербурга.

Мало востребованными оказались как лекции, так и семинары, круглые столы, конференции, темы которых формулировались при непосредственном участии самих обучаемых врачей.

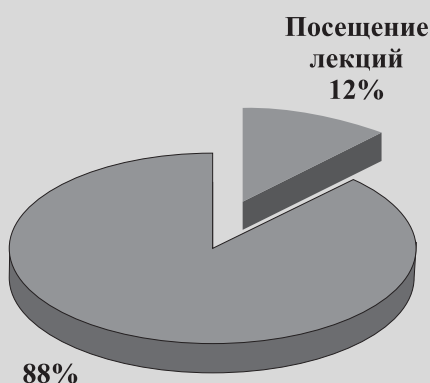


Рис. 2. Посещение лекций врачами-гастроэнтерологами.

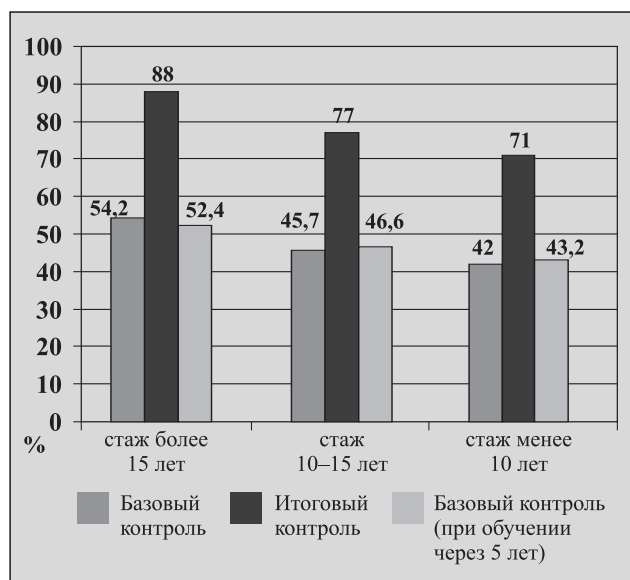


Рис. 3. Уровень знаний гастроэнтерологов – слушателей учебных циклов.

как оказалось, работали в своих ЛПУ на протяжении от 26 до 1,5 лет, не имея не только сертификата по специальности «гастроэнтерология», но и не проходили за это время ни одного усовершенствования (если не считать их «траты времени» на выездных учебных циклах некоторых вузов). Самое огорчительное – 26 (3%) врачей-гастроэнтерологов из этого количества, как показали трудовые документы, работали заведующими гастроэнтерологическими отделениями больниц, санаториев или районных консультативно-диагностических центров. 3% – много или мало? Разумеется, много, даже очень много, если учесть, что 26 врачей – это руководители лечебно-диагностических отделений.

Симптоматичный для настоящего времени факт, что большая часть врачей (76,2% – 658 человек) приезжала только на так называемые «сертификационные» циклы обучения, имея главную цель – получение (или подтверждение) сертификата по специальности «гастроэнтерология». Остальные же 23,8% врачей, преимущественно терапевтов амбулаторно-поликлинического звена, проходили обучение на кафедре в системе прерывистого вечернего обучения или являлись слушателями выездных дополнительных циклов кафедры, которые проводились для выполнения учебно-производственного плана. В отличие от прошлых времен плановые «несертификационные» очные учебные циклы, в том числе краткосрочные, общего и, тем более, тематического усовершенствования, последние 5–7 лет не пользуются популярностью у российских врачей-гастроэнтерологов и, особенно, у терапевтов и врачей общей практики. Столь явный прагматизм врачей, обусловленный личными и производственными финансовыми и бытовыми причинами, идет в явное противоречие с тематической актуальностью и высокой практической значимостью содержания учебных циклов, например, «Актуальные вопросы гепатологии», «Функциональная гастроэнтерология», «Достижения современной панкреатологии», «Амбулаторно-поликлиническая гастроэнтерология», «Трудный диагноз в гастроэнтерологии» и др. Именно этим обусловлена низкая заполняемость несертификационных учебных циклов, в большинстве случаев доходящая до 10–15% и ниже. Кафедры вынуждены во имя выполнения пресловутого учебно-производственного плана изыскивать новые формы обучения, иногда идти на непопулярные шаги, используя подчас малоэффективные формы учебного процесса, например, выездные, вечерние прерывистые и др. циклы.

Анкетирование показало, что только 357 человек (т.е. 41,3%) из всех обучавшихся на кафедре врачей-гастроэнтерологов, преимущественно представителей здравоохранения крупных и центральных городов России, имели возможность и желание систематического обучения на кафедрах гастроэнтерологии МАПО страны или на циклах «гастроэнтерология» кафедр терапии ФУВов линейных вузов (рис. 1). Это значит, что если бы кафедры инициативно организовали систему непрерывного многолетнего очно-заочного последипломного обучения российских врачей в области гастроэнтерологии, то менее половины из опрошенных на словах готовы были бы постоянно повышать свой профессиональный уровень. Наша научно-исследовательская работа в области последипломного образования по специальности «гастроэнтерология», выполненная сотрудниками профильной кафедры СПбМАПО за последние 6 лет, показала еще более мрачную действительность. Только 12% врачей, добровольно зачисленных на многолетние очно-заочные сертификационные циклы, систематически посещали лекции, читавшиеся ведущими и лучшими гастроэнтерологами и учеными других специальностей Санкт-Петербурга (рис. 2). Так же, как и лекции, мало востребованными оказались проводившиеся семинары, круглые столы, конференции, темы и содержание которых формулировались при непосредственном участии самих обучаемых врачей.

Малая приверженность врачей последипломному образованию, в том числе и в первую очередь самообразованию, низкий уровень тяготения к новым знаниям и клиническим навыкам, как показывает практика, являются трагическими реалиями нашей действительности. Так, систематическое чтение специальных медицинских журналов доказали только 7% врачей, обучавшихся на кафедре гастроэнтерологии и диетологии СПбМАПО. Подавляющее число врачей изредка и даже случайно читают выборочные статьи в медицинских журналах, но вот горестным фактом для нас является то, что 213 из 864 опрошенных врачей, т.е. 24,6%, не могли назвать ни одного профильного гастроэнтерологического журнала, издающегося в России. Почти половина из впервые обучавшихся у нас врачей за последние 5 лет кроме справочной и изредка случайной учебной литературы не ознакомились с содержанием ни одной монографии или руководства по гастроэнтерологии. Очень близко к названному числу врачей (22,5%), неоднократно приезжавших для обучения на кафедру гастроэнтерологии и диетологии СПбМАПО, которые в своей практической деятельности пользуются исключительно своим лекционным материалом, не «тратя» времени на изучение специальной медицинской литературы.

Каков же профессиональный портрет гастроэнтеролога России – нашего современника – на фоне существенных научных достижений последнего времени в медицине и в гастроэнтерологии в частности? Базовый тестовый компьютерный контроль знаний врачей, обучавшихся на кафедре гастроэнтерологии и диетологии СПбМАПО, показал следующее. Среднее число правильных ответов у впервые зачисленных на циклы кафедры гастроэнтерологов со стажем 15 лет и более – 52,4%, со стажем от 10 до 15 лет – 45,7%, со стажем менее 10 лет – 42%. Повторное тестирование этих же врачей перед последующими учебными циклами на кафедре (через 3–5 лет) показало лишь некоторое увеличение уровня знаний, не превышающее 8–12% от предыдущих показателей (рис. 3).

Примечательно, что истинный уровень знаний врачей-слушателей гастроэнтерологов (процент правильных ответов на компьютерном экзамене) по окончании полутора- или двухмесячного сертификационного цикла, как правило, превосходит базовый уровень их знаний (перед началом цикла) в среднем на 25–30%. Это в несколько раз выше тех показателей, которые врачи демонстрируют, вновь появляясь на кафедре через несколько лет перед очередным учебным циклом. Можно сделать предварительный вывод, что дополнительный объем учебной и научной информации, получаемый многими врачами в промежутках между учебными циклами на кафедре, настолько мал (практически ничтожен, если вообще существует), что его абсолютно недостаточно для сохранения того учебного багажа, который был получен на кафедре. Ряд врачей искренне признают, что в своей практической клинической деятельности пользуются исключительно лекционным материалом, полученным на очередном учебном цикле, да небольшими учебными пособиями, приобретенными на тех же занятиях. Степень пополнения необходимого им теоретического материала зависит, как правило, от содержания учебного процесса на очередном учебном цикле приглянувшейся им кафедры МАПО.

Наблюдения показывают, что наиболее слабые знания врачи-гастроэнтерологи имеют в области гепатологии, особенно в вопросах алгоритмов диагностики и современного лечения вирусных заболеваний печени, принципов индивидуализации их терапии. Недостаточен уровень подготовки врачей в области выявления и лечения аутоиммунных заболеваний органов пищеварения, билиарной патологии, воспалительных заболеваний кишечника, а также предопухолевых и предрако-

вых заболеваний в гастроэнтерологии. Вызывает тревогу явно недостаточная степень подготовленности гастроэнтерологов в области психосоматической патологии, а также смежных специальностей (особенно иммунологии, медицинской генетики, клинической микологии, инфекционных болезней и др.). У гастроэнтерологов в среднем низок объем необходимой информации по физиологии и патофизиологии органов пищеварения, диетологии. Неудовлетворительно оценивается у большинства врачей объем знаний, необходимых гастроэнтерологу для консультативной работы в стационаре хирургической гастроэнтерологии, а также при реабилитации и диспансеризации послеоперационных контингентов.

Еще более мрачная картина предстает перед нами при анализе степени профессиональной подготовленности в области гастроэнтерологии терапевтов стационаров, санаториев и амбулаторно-поликлинической сети, врачей общей практики. Уровень их знаний даже по минимальной шкале компьютерной оценки отличается в худшую сторону от уровня их коллег-гастроэнтерологов в среднем на 25–30%. Разумеется, как и можно было бы предполагать, максимально неудовлетворительные показатели демонстрируют участковые терапевты, возраст которых приближается к пенсионному рубежу или перешагнул его. Нередко приходится, например, встречаться с такой ситуацией, когда участковые и сельские врачи не имеют даже представления об этиологической роли *Helicobacter pylori* в генезе гастродуоденальной патологии, не говоря о современных схемах противоязвенной терапии. Таких вопиющих примеров можно привести немало.

Представленные, поверьте, без сгущения красок материалы аргументируют безрадостную ситуацию в области профессиональной подготовленности врачей по специальности «гастроэнтерология». Речь идет только об уровне знаний врачей. Здесь мы не затронули проблему профессиональных навыков. Это отдельная и столь же горькая по своему реальному состоянию тема. Тем более, если ее рассматривать через призму уже выше упомянутого приказа МЗ и СР РФ № 539 от 25.08.2005.

В чем же причина столь тяжелого состояния дел в кадровом составе сегодняшней гастроэнтерологии России? И что необходимо предпринять, чтобы человеческий фактор в нашей специальности был не тормозом ее цивилизованного развития, а важнейшим и определяющим базисом?

Во-первых, можно констатировать, что у большинства врачей отсутствует потребность и, по всей видимости, мотивация к постоянному самоусовершенствованию с использованием всех доступных клиницистам средств и возможностей.

Во-вторых, слабые административно-кадровые рычаги стимулирования обучения и самообразования врачей во многих ЛПУ не способствуют их профессиональному росту.

В-третьих, сегодняшние программы последипломного обучения врачей в области гастроэнтерологии не соответствуют современному уровню развития специальности, имеют минимум практической направленности и еще меньше обогащают врачей в области фундаментальных дисциплин и смежных специальностей.

В-четвертых, недостаточное финансирование в ЛПУ плановых и внеплановых мероприятий, направленных на повышение клинического мастерства врачей (различные формы учебы, научно-практические и др. конференции, учебные и научные командировки и т.п.), существенно ограничивает возможности врачей к приобретению новых медицинских знаний и практических навыков.

Кроме того, подбор кадрового состава врачей на должности ординаторов лечебных отделений, а тем более назначение на руководящие гастроэнтерологические должности в ЛПУ, как правило, осуществляется без предварительных консультаций

с профильными кафедрами медицинских академий последипломного образования или факультетов усовершенствования врачей, где обучались (например, в клинической ординатуре) кандидаты на вакантные должности, без согласования с ведущими гастроэнтерологами города, как правило, хорошо знающими большинство членов своей ассоциации гастроэнтерологов. В связи с этим нередко гастроэнтерологией начинают заниматься мало пригодные для такой клинической работы врачи. Это особенно огорчительно, когда на заведование отделениями назначают клиницистов не по деловым качествам и не на конкурсной основе, а по принципу услужливости или близости к администрации ЛПУ.

Все выше изложенное побуждает сформулировать ряд наиболее значимых, на наш взгляд, задач по реформированию последипломного образования врачей в области гастроэнтерологии:

1. Разработать и предложить Министерству здравоохранения концепцию непрерывного последипломного образования врачей-клиницистов (в частности гастроэнтерологов), включающую в себя как систематическое (не реже 1 раза в 5 лет) прохождение циклов усовершенствования в государственных учреждениях дополнительного образования, так и различные формы самоусовершенствования, оценивающиеся по накопительному принципу в баллах за отчетный период.

2. Требуется пересмотреть продолжительность первичной профессиональной подготовки (в частности, обучение в клинической ординатуре) и циклов профессиональной переподготовки в сторону ее увеличения для включения в программы преподавания эндоскопии, ультразвуковой диагностики, других мануальных навыков, а также для расширения разделов фундаментальных предметов и некоторых смежных дисциплин.

3. Предложить Министерству здравоохранения поддержать предложения о законодательном закреплении за региональными ассоциациями и научно-практическими обществами гастроэнтерологов (терапевтов) обязанностей по выдаче характеристик о профессиональной деятельности гастроэнтерологов и рекомендаций в аттестационные комиссии и отделы кадров ЛПУ.

4. Рекомендовать комитетам по здравоохранению (министерствам здравоохранения) городов, областей, краев и республик России включить в комиссии по аттестации врачей представителей региональных ассоциаций и научно-практических обществ гастроэнтерологов.

Таким образом, правильно оценивая истинное удручающее положение дел в области профессиональной подготовленности терапевтов в разделах гастроэнтерологии и, разумеется, врачей-гастроэнтерологов страны, реально представляя приоритетные направления в перспективном развитии нашей специальности, мы не можем предложить иного пути в развитии последипломного образования врачей, кроме его реформирования. При этом важно сохранить все лучшее, проверенное многолетней российской медицинской практикой, расширив и дополнив его лучшими достижениями последипломного медицинского образования и опытом других стран. Предстоящая работа, разумеется, требует высокого профессионализма, энтузиазма и способности оперативно решать поставленные задачи. Все это у нас есть.

В чем же может заключаться суть реформирования последипломного профессионального образования гастроэнтерологов? На наш взгляд, поставленную жизнью проблему можно решить только путем создания системы непрерывного профессионального последипломного образования врачей-гастроэнтерологов. Здесь мы позволим себе представить лишь базовые положения предлагаемой системы и предложить для обсуждения содержание лишь наиболее важных ее компонентов.

Концепция непрерывного профессионального последипломного образования гастроэнтерологов

Положение 1.

Уровень профессиональной подготовки врача по-прежнему оценивается категорией, присваиваемой во время аттестации.

Положение 2.

Высшей формой профессиональной подготовки врачей-гастроэнтерологов следует рассматривать клиническую ординатуру.

Положение 3.

Необходимым условием допуска к профессиональной деятельности является удостоверение об окончании врачами клинической ординатуры государственных медицинских учреждений, а также удостоверение о прохождении циклов профессиональной переподготовки в государственных учреждениях медицинского образования.

Положение 4.

Необходимым условием допуска к аттестации и продолжения профессиональной деятельности является успешное завершение циклов усовершенствования в государственных учреждениях медицинского образования.

Положение 5.

Самоусовершенствование (самостоятельное профессиональное образование врача в промежутках между аттестациями; термин, возможно, не самый удачный, требует обсуждения и предложения альтернативного варианта [например, самообразование и т.п.]), оценивающееся по накопительному принципу в баллах за отчетный период, является обязательным компонентом непрерывного профессионального последипломного образования гастроэнтерологов.

Пути модернизации профессиональной подготовки и переподготовки гастроэнтерологов

1. Учебные программы и тематические планы обучения врачей в клинической ординатуре и на циклах профессиональной переподготовки привести в соответствие с уровнем развития и задачами современной гастроэнтерологии, с требованиями приказа МЗ и СР № 539 от 25.08.2005. Требования приказа: «... в срок до 31 декабря 2006 г. подготовить программы подготовки специалистов по специальности «гастроэнтерология» в клинической ординатуре, а также программы по повышению их квалификации и профессиональной переподготовке.» А также: «... к 2010 г. завершить подготовительный период (подготовка и переподготовка врачей-гастроэнтерологов, оснащение кабинетов и отделений гастроэнтерологии)...»

Решение задач, поставленных рассматриваемым положением, может быть обеспечено:

а) увеличением общей продолжительности обучения (в клинической ординатуре – до 3 лет, на циклах профессиональной переподготовки – до 6 мес), в первую очередь, для освоения навыков по другим специальностям и методам:

- эндоскопия;
- ультразвуковая диагностика;
- инвазивные и неинвазивные методы исследования;

б) на всех формах и видах обучения следует расширить бюджет учебного времени, отводимый на изучение актуальных вопросов фундаментальных наук и смежных дисциплин:

- клиническая иммунология;
- медицинская генетика;
- социальная гигиена и организация здравоохранения;
- экономика здравоохранения;
- инфекционные болезни;
- диетология;
- психосоматическая медицина;
- вопросы медицинского права;

в) повысить удельный вес практического обучения на всех видах и формах последипломого образования врачей-гастроэнтерологов.

2. Благодаря внедрению контролируемой системы самоусовершенствования врачей существенно повысить роль и расширить возможности практического клинического образования гастроэнтерологов на профильных кафедрах образовательных учреждений (обеспечение прямой связи академического последипломого образования и самоусовершенствования).

Виды самоусовершенствования:

- выполнение индивидуальных заданий (обзоры, описание клинических случаев, рецензии на публикации и др.) – обязательно для каждого врача, не менее 1 письменного задания каждый год;

- участие в работе конгрессов, конференций, симпозиумов, семинаров, круглых столов, заседаний научных обществ и др. (с докладами или без докладов);

- защита диссертаций (кандидатских, докторских);
- публикации статей (в журналах, сборниках и др.);
- публикации тезисов докладов;
- издание монографий, руководств, справочников и др.;
- издание научно-популярной литературы;
- получение патентов на изобретения и др.

Предложение по количественной оценке активности каждого терапевта-гастроэнтеролога по видам самоусовершенствования представлены в табл. 1. В зависимости от практической значимости всех выше перечисленных видов самоусовершенствования, степени их влияния на профессиональный уровень и клиническое мастерство врача, нами разработан дифференцированный принцип балльной оценки самостоятельной работы терапевта. Организация, контроль и оценка полноты и качества самоусовершенствования врача-гастроэнтеролога должны быть возложены на региональные (городские областные, республиканские и др.) профессиональные ассоциации или научные (научно-практические) общества гастроэнтерологов.

Т а б л и ц а 1. Предложение по количественной оценке видов самоусовершенствования

Виды самоусовершенствования	Оценка (баллы)
Участие в работе конгрессов, конференций, симпозиумов, семинаров, круглых столов, заседаний научных обществ и др. (при наличии сертификатов):	
Международный конгресс	20 (+ 30 за доклад)
Российский конгресс	15 (+ 20 за доклад)
Российская конференция	10 (+ 20 за доклад)
Региональная и городская конференция или симпозиум	5 (+ 15 за доклад)
Научно-практическая конференция в районе или ЛПУ	2 (+ 10 за доклад)
Защита диссертаций (наличие диплома):	
кандидата наук	80
доктора наук	120
Получение патента на изобретение	80
Публикации:	
монография, руководство, справочник	100
учебно-методическое издание	60
статья в журнале	40
статья в сборнике	20
тезисы конгрессов, конференций	10

Важным свидетельством уровня профессиональной подготовки и роста клинического мастерства врача любой квалификационной категории является степень его общественного и производственного признания в виде поощрений и наград, что, на наш взгляд, должно получить соответствующую количественную оценку (табл. 2) для общего учета в комплексе мероприятий самоусовершенствования.

Еще раз следует повторить важнейшее положение предлагаемой концепции непрерывного профессионального образования терапевтов-гастроэнтерологов: самоусовершенствование как важнейшая форма профессионального образования врача в промежутках между аттестациями является обязательным компонентом непрерывного профессионального последипломого образования гастроэнтерологов.

Предложение по обобщению результатов самоусовершенствования:

1. Врач должен подготовить индивидуальный отчет о проделанной работе за 3 года (для представления на 2-ю категорию) или за 5 лет (для представления или подтверждения первой и высшей категорий).

2. На основании отчета гастроэнтеролога, документов, подтверждающих успешное им выполнение видов самоусовершенствования за отчетный период, рецензент (по поручению ассоциации терапевтов или гастроэнтерологов) в своем отзыве дает письменную оценку работе врача, подводит количественный итог (в баллах) его самоусовершенствования и формулирует рекомендации аттестационной комиссии.

Количественные результаты самоусовершенствования с оценкой качества выполнения его разделов должны рассматриваться аттестационными комиссиями наравне с результатами прохождения врачами циклов академического усовершенствования в учебных заведениях последипломого образования (табл. 3).

Окончательное решение о государственном признании соответствия уровня профессиональной подготовки конкретного врача-гастроэнтеролога современным требованиям клинической медицины и приказа МЗ и СР РФ № 539 от 25.08.2005 “О мерах по совершенствованию организации гастроэнтерологической помощи населению Российской Федерации” должно выноситься соответствующими аттестационными комиссиями с учетом анализа содержания и результатов всех обязательных составляющих непрерывного профессионального

Т а б л и ц а 2. Предложение по количественной оценке государственного и профессионально-общественного признания клинической, научной, педагогической, общественной и др. деятельности врачей

Поощрения и правительственные награды	Оценка (баллы)
Правительственные награды	120
Грамоты и награды ведомственные	100
Грамоты Комитета (регионального Министерства) и Правительства города (области)	60
Грамоты и др. поощрения ЛПУ	40

Т а б л и ц а 3. Предложение по количественной оценке прохождения врачами циклов усовершенствования

Циклы усовершенствования	Оценка (баллы)
Длительностью 144 часа и более	80
Длительностью 72–143 часа	40
Длительностью менее 72 часов	20

образования врача. Что касается условий допуска врачей к аттестации, то на этот счет нами сформулированы соответствующие предложения:

1) наличие документов о профессиональной подготовке врачей (клиническая ординатура, циклы профессиональной переподготовки и др.);

2) представление сертификата на право профессиональной деятельности, свидетельств, подтверждающих успешное окончание циклов усовершенствования в государственных учреждениях медицинского образования в отчетном периоде;

3) подготовка письменного отчета врача с анализом всех разделов его профессиональной и общественной деятельности, включая все использованные виды самоусовершенствования. К отчету необходимо приложить документальные доказательства успешного выполнения видов самоусовершенствования (сертификаты участия в конгрессах, конференциях и др. форумах, патенты на изобретения, статьи, тезисы докладов и др.);

4) представление письменного отзыва рецензента на отчет аттестуемого врача с оценкой его профессиональной деятельности, оценкой ежегодных письменных заданий и количественным итогом (в баллах) прохождения учебных циклов и самоусовершенствования; в качестве резюме письменного отзыва рецензент формулирует рекомендации аттестационной комиссии;

5) минимальным общим количественным итогом (в баллах) непрерывного последиplomного профессионального образования следует считать:

- 60 баллов (за 3 отчетных года) – для врачей, представляющих документы на присвоение второй категории;
- 100 баллов (за 5 отчетных лет) – для врачей, представляющих документы на присвоение первой категории;
- 120 баллов (за 5 отчетных лет) – для врачей, представляющих документы на присвоение высшей категории.

В качестве резюме следует отметить, что авторы настоящей публикации в решении проблемы существенного повышения профессионального уровня терапевтов-гастроэнтерологов России путем создания системы непрерывного профессионального образования врачей не видят ни малейшей иной альтернативы сформулированному в данной работе предложению. Если улучшение всех аспектов профессиональной подготовки, переподготовки и усовершенствования специалистов зависит,

главным образом, от государственных учреждений последиplomного образования, всецело обеспечивающих эту работу, то самоусовершенствование гастроэнтерологов должно носить регулируемый и контролируемый характер. Организация всех форм и видов самоусовершенствования врачей должна быть возложена на региональные профессиональные ассоциации и научные общества гастроэнтерологов или терапевтов. Именно этот раздел системы непрерывного профессионального образования врачей следует рассматривать как важнейшую и узаконенную сферу ответственности обозначенных общественных профессиональных объединений.

В процессе развития и претворения в жизнь концепции непрерывного профессионального образования врачей-гастроэнтерологов помимо решения множества важных приоритетных задач в первую очередь следует создать прочную функциональную творческую связь между государственными образовательными учреждениями и профессиональными ассоциациями, научными обществами для координации усилий в деле образования и самообразования врачей (рис. 4). Преемственность образовательной деятельности медицинских академий последиplomного образования (факультетов усовершенствования врачей) и самообразования гастроэнтерологов под эгидой профессиональных общественных организаций формулирует ведущую роль и приоритетность (центральное звено, обозначенное на рис. 4) государственных образовательных учреждений в единой системе непрерывного профессионального последиplomного образования гастроэнтерологов. Вместе с тем, сателлитная роль профессиональных ассоциаций и научных обществ гастроэнтерологов ни в малейшей степени не умаляет высочайшей важности контролируемого и организуемого самообразования и открывает новые перспективы применения большого профессионального опыта, научного и клинического авторитета самих общественных организаций гастроэнтерологов и терапевтов, в том числе и в первую очередь наиболее заслуженных их членов.

Как положительный факт следует отметить, что ряд предложений, сделанных авторами статьи – ведущими гастроэнтерологами и терапевтами Санкт-Петербурга и России, уже нашел свое отражение в соответствующих рекомендациях Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга (прим. ред.).



Рис. 4. Непрерывное профессиональное последиplomное образование гастроэнтерологов.