

СЛОВО РЕДАКТОРА

УДК: 378:61-057.875+100.37

Б.А. Богданов и В.Н. Казаков

МЫСЛИ О БУДУЩЕМ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

*Мы живем, точно во сне неразгаданном,
На одной из удобных планет...
Много есть, чего вовсе не надо нам,
А того, что нам хочется, нет*

*Игорь Северянин.
«Странно...»*

Реферат. В статье рассматриваются проблемы перспективы развития медицинской науки и медицинского образования в Донецкой Народной Республике. Это делается под углом зрения проходящих на земле Донбасса военных действий. Вместе с тем, огромный опыт работы коллектива университета в направлении совершенствования образования, медицинской науки и подготовки кадров могут быть основой для создания предпосылок многих новых форм работы в этом направлении в будущем государственном строительстве.

Ключевые слова. Высшее медицинское образование, качество подготовки специалистов, непрерывное медицинское образование, компетентностный подход, полифункциональный модуль.

Обсуждая современное состояние медицины в государстве, мы непременно должны заглянуть в завтрашний день — иначе то, что мы делаем сегодня, не будет носить хоть сколько-нибудь осмысленного характера, а предстанет перед нами в виде действий по методу «проб и ошибок», то есть уровню поведенческого развития, характерного для обезьян. В человеческом обществе, какую бы сторону жизни мы не затронули, она всегда будет развиваться по общим принципам, обусловленным тем укладом жизни, а точнее, строем, который установлен в данном государстве.

Смена эпох, как основа внутреннего развития государства. В нашей жизни в связи с образованием государства и Гражданской войной произошла смена эпох. Мы хотим описать, как это обычно бывает, поскольку такие явления встречаются довольно часто, и они имеют в чем-то весьма сходный характер. Смена эта дело непростое, оно обычно сопровождается рядом явлений, характеризующих переход от одного уклада жизни к другому. Обычно этот переход сопровождается обо-

стренным интересом, который испытывают представители новой эпохи, пристально вглядываясь в то, что было сделано в течение предыдущей. И в этом нет ничего удивительного. И хотя они начинают жить своей собственной жизнью, отличной от предыдущей, но для них небезразлично, что по этому поводу думают их предшественники, поскольку те после себя оставили множество памятников, иногда облеченных в гранит, мрамор и бронзу, разрушить которые очень трудно, несмотря на огромное и естественное желание — это сделать. Все это мы видели воочию, когда в начале 1990-х годов происходило разрушение социалистического уклада жизни государства и переход ее к неокapиталистическому устройству.

Изменение уклада выбирает способ перехода. Жизнь говорит о том, что лучшим способом перехода от старого времени к новому является эволюция. Революции во все времена совершались под лозунгом улучшения жизни, завоевания свобод, национального обновления. Этому в первое время верят и те, кто их совершают, и те ради кого они совершаются, то есть народ. Но как только революция совершилась, то оказывается, что по сути своей ничего в жизни не изменилось. У эволюции же есть одно бесспорное достоинство. Она не захватывает огромные и лишние территории, как революция, но она завоеванное пространство никогда не отдает! Потому, что это завоеванное проверено жизнью на прочность и незыблемость! Можно только поражаться глубине суждений Чарльза Дарвина, которому, пусть в завуалированной форме, но принадлежит эта глубокая мысль об основополагающей и системообразующей роли эволюции для всего живого на Земле. Чтобы

в этом не сомневаться, достаточно взглянуть на то, как изменяется растительный и животный мир под ее влиянием. В живой природе почти не происходят инволюционные процессы, потому что в ходе эволюционного развития сохраняются неизменными только те признаки, с помощью которых организмы наилучшим образом приспосабливаются к условиям существования. Почему-то общественное развитие мало приемлет это завоевание Природы.

Таким образом, нам сегодня необходимо научиться жить в новых условиях и иметь в виду, как говорил А.С. Пушкин:

*Не все хорошо то, что старо,
И плохо не все то, что ново —
Только умному сделать дано
Отбор из того и другого.*

Кроме того, следует иметь в виду, что в становлении государства новой эпохи мелочей не бывает. Здесь все важно и неверно уложенный один из кирпичей может быть причиной непрочности всей кладки.

Современные тенденции развития медицины. Теперь попробуем от общего перейти к частному, где нас интересует развитие событий в одной из важнейших сфер человеческой деятельности, которой является медицина и все, что ей сопутствует. То, что мы увидим завтра в операционной, больничной палате, поликлинике сегодня рождается в стенах медицинского университета. И вот

здесь мы сталкиваемся с парадоксом развития. Медицина развивается с невиданной скоростью. Мы видим, как в прошлом веке был сделан прорыв в использовании в медицине компьютерной техники и появлении различных видов компьютерных томографов, коренным образом изменивших диагностический процесс. Мы на пороге широкого использования датчиков, которые обеспечивают постоянный мониторинг определенных функций организма, вот-вот нанороботы будут ремонтировать жизненно важные органы. Ученые научились выращивать клетки и следующий этап — выращивание органов.

Подобных технологий в медицине множество, а в высшем медицинском образовании, которое является исходным прародителем достижений медицины, эпохальных открытий мы не видим. В жизни вуза есть множество направлений и кажется, что их все охватить невозможно, что и определяет все сложности управления медицинским образованием. От того подхода, который избирает руководитель университета, собственно и зависят успехи вуза. К сожалению, не у каждого руководителя есть собственная и осмысленная стратегия управления. Многие из них бросаются строить, другие — покупать оборудование, третьи наводить порядок в студенческой среде и так далее. Все эти направления важны, но почему-то мы забываем о том, что существует главное направление, которое в первую очередь должен делать вуз

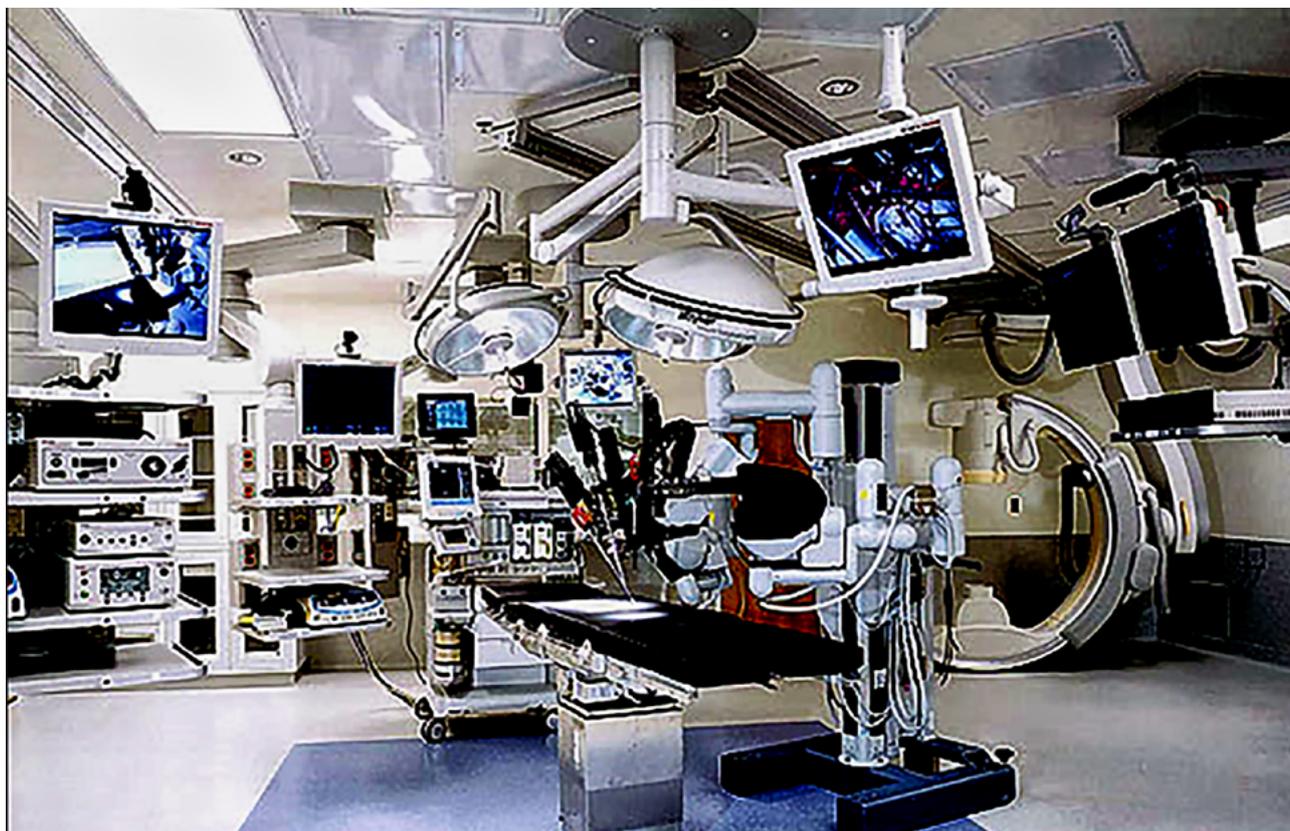


Рис.1. Медицина будущего. Манипуляционная завтрашнего дня.

по его предназначению — это подготовка кадров. И не просто подготовка кадров, а высококвалифицированных кадров. Следовательно, львиная доля усилий управления вузом должна быть направлена на совершенствование учебного процесса. Все остальное является производным от этого!

Можно без преувеличения сказать, что в советское время мы всегда думали и гордились тем, что высшее и среднее образование у нас является лучшими в мире. И это было действительно так, поскольку модель нашего образования акцептировали передовые страны мира. Но со временем, используя нашу модель, экономически развитые страны Европы и США обошли нас по всем статьям. И сегодня представление о высоком уровне нашего образования не более, чем прекраснотушный миф, который, к сожалению, не имеет ничего общего с действительностью. Более того, в наше время разрыв в уровне образования между нашей страной и странами Европы превратился в пропасть.

Возникает вопрос: почему это произошло? Вскрытие причин болезни — главный, если не единственный, способ ее лечения. Что же привело к тому, что наши вузы так жалко выглядят сегодня? К этому привели многие составляющие. Во-первых, абсолютно недостаточное финансирование подготовки специалистов по государственному заказу. А, что касается оплаты труда врачей и работников вузов, то этот вопрос стыдливо замалчивается всеми, кто имеет к этому отношение.

Во-вторых, идущая с советских времен наша полная закрытость для развитых стран мира из-за незнания главного языка мирового общения — английского. В условиях социализма мы могли (благодаря авторитарному управлению, а, следовательно, — дисциплине и достаточным государственным средствам) развиваться независимо от других стран. Сегодня же, в условиях рынка — это стало уже не возможным.

В-третьих, у нас отсталая и несовершенная система управления вузами, она не соответствует реалиям сегодняшнего дня.

И, наконец, в-четвертых, страх перед реформами в связи с непрофессиональным и рутинным подходами в управлении образованием.

Все эти причины привели к тому, что в сфере образования и, как следствие, в экономике и всех других отраслях хозяйства, мы оказались мало конкурентоспособными по сравнению с передовыми странами мира. При анализе нашей отсталости выявляется множество деталей внешне скрытых от непрофессионального взгляда.

Из этих четырех позиций в сфере медицины и медицинского образования главенствующей является первая, тянущаяся к

сегодняшнему дню еще со времен наркома здравоохранения Союза ССР Н.А. Семашко. На ней следует остановиться особо.

Средства для экономического и культурного прогресса. Все годы Советской власти, перестройки, независимости и образования новых государств здравоохранение и медицинское образование финансировались на таком низком уровне, что вуз, например, не мог себе позволить осуществлять ремонты помещений, покупать транспорт, проводить многие жизненно необходимые платы. Что же касается нового строительства или покупки научного оборудования, то — это, как говорили древние римляне, — *plusquamperfectum*, то есть давно прошедшее время! Сегодня вузы пребывают в истинно нищенском состоянии. А что касается оплаты труда врача или работника вуза, то ее уровень находится на неслыханно низком, буквально, пещерном уровне.

А как же за границей? Там совершенно иная обстановка, которая говорит об умении ценить то, что важно для жизни человека. Возьмем пример Оксфордского университета, где обучается 25 тыс. студентов, включая последипломное образование. В 2006 году на 38 колледжей он имел бюджет, невероятный по нашим меркам, он составлял 2,7 млрд. фунтов стерлингов (4,0 млрд. долларов). Не думаем, что за эти годы, что-нибудь принципиально изменилось. Таким образом, бюджет одного, пусть самого престижного университета Великобритании, составляет весомый процент бюджета среднего государства Европы. Чему же удивляться, что у нас такой низкий уровень высшего образования и медицины в стране.

В связи с обсуждением жизненно важного вопроса о средствах на медицину и образование, все же следует подумать о том, а сколько денег должно тратить государство, чтобы, например, состояние здоровья его граждан было на достойном уровне? Ответ кажется очень простым: столько — сколько можно, и чем больше, тем лучше, если мы не будем исходить из заоблачных оксфордских высот, а подойдем к ним с позиций рационального оптимума. Простота ответа о количестве необходимых средств, при анализе оказывается совсем не простой. И вот почему. Все дело в том, что в государствах с развитой и с отсталой экономикой финансирование образования и медицины должно осуществляться принципиально по-разному.

Странный постулат и кажется неправдоподобным. Однако лауреат Нобелевской премии В.В. Леонтьев предложил в 1970-х годах подход, который он назвал: анализ «затраты — выпуск» (*«input — output analysis»*). Данный подход дает ключ к объяснению, почему страны с разным уровнем экономики требуют различную помощь для развития, например,

медицины. Когда государство вкладывает средства в развитие какой-либо отрасли хозяйства, то этот процесс и отдача («выпуск» по В.В. Леонтьеву) протекают по «S»-образной кривой, имеющей три фазы: первую нелинейную фазу — это «накопление» экономических средств без отдачи. То есть, при малом финансировании отдачи нет и быть не может. Это происходит только при достижении некоего порогового уровня, когда нелинейная зависимость переходит в «линейную фазу» (отдача адекватна вложенным средствам). Наконец, в какой-то момент происходит фаза «насыщения», когда дальнейшая прибавка средств уже не может дать прироста качества.

Идеальной является ситуация, которая имеет место в экономически развитых странах, где, благодаря развитой экономике, отсутствует первая фаза, а существует линейная зависимость между количеством вложенных средств и получаемой отдачей в виде качества медицинского обслуживания.

У нас же при уровне экономики, который существует сегодня, нет подобной зависимости. Это объясняется просто. При низком уровне экономики все замыкается на первой фазе и до линейной зависимости между вложенными средствами и получаемым эффектом дело не доходит. Здесь в медицину необходимо вложить огромные средства, чтобы произошло необходимое насыщение. В условиях экономической ямы, вначале она должна быть наполнена тем, чего, к сожалению, нет напрочь, а именно — соответствующей инфраструктуры, оборудования, медикаментов, необходимой заработной платы медицинским работникам и прочего, чтобы вложенные средства, начиная с какого-то момента, начали давать адекватный эффект.

Задумывался ли кто-нибудь над тем, почему за последние 20 лет бюджет здравоохранения России и Украины вырос неслышанно, каждый год, особенно в течение первых 10-ти лет, увеличиваясь в полтора-два раза, а этого никто даже не заметил, ни медицинские работники, ни наши пациенты!

Этим мы хотим сказать, что нельзя ждать скорого эффекта в получении качественной медицинской помощи при внесении в медицину даже очень больших инвестиций, поскольку только в условиях развитой экономики возможно достижение некоего критического уровня вложений, при котором добавление, например, 20% средств в бюджет медицины, даст прирост качества медицинской помощи также на 20%. Отсюда следует непреложная истина: для подъема качества медицинской помощи необходимо гармоничное развитие всех сфер экономики государства. Ни одна отрасль хозяйствования не может развиваться обособленно от других!

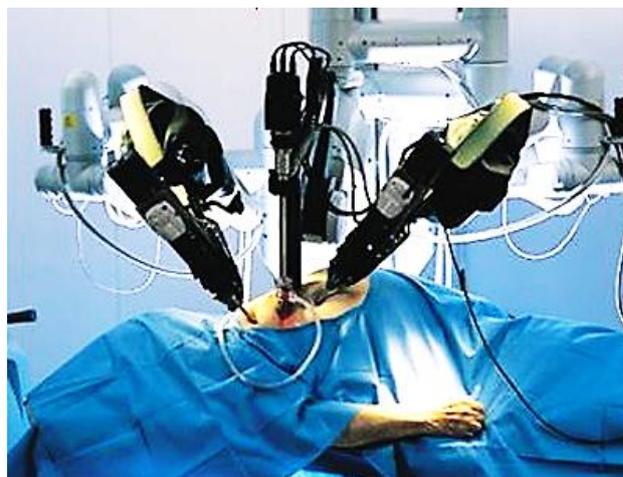


Рис.2. Медицина будущего. Робот-хирург.

Государство и образование. Мировой опыт ряда стран, добившихся за короткий срок экономического расцвета, например, США, Японии, стран Европы, свидетельствует о том, что все реформации следует начинать с образования, если желать добиться экономического скачка. Очевидно, необходима общегосударственная программа, в которой бы учитывались все стороны проблемы. И она должна быть не «бумажным тигром», как говорили в Китае во времена «культурной революции», а реалистичной, действенной и выполнимой.

Можно привести весьма красноречивый пример, касающийся системы управления вузами. Одним из объективных показателей уровня демократичности общества во всем мире считается степень автономности высших учебных заведений. Автономия вузов была провозглашена у нас в СССР в середине 80-х годов прошлого столетия и вторично на Украине — в самом начале 90-х, но осталась на бумаге. Поэтому никого не удивило, что введение в учебный процесс наших вузов Болонской декларации, и в России и на Украине вместо принципов добровольности (главный принцип прародителей декларации и образования всей Европы), у нас осуществлялся и «под одну гребенку», и «железной рукой».

И все же, каковы перспективы? Исключение тормозных механизмов сулит колоссальные возможности для перспективных преобразований. К сожалению, кроме перечисленных, существует еще множество других тормозных механизмов, которые в совокупности существенно затрудняют улучшение высшего медицинского образования. Самым главным является то, что никто не хочет признать, что медицинское образование принципиально отличается от всех других видов высшего образования. Чтобы не быть голословными приведем несколько аргументов. Во-первых, в медицинском образовании, по сути своей, отсутствуют средние оценки. В медицин-

ском знании существует только одно — полное знание. Будущий врач не может не знать хотя бы одной бороздки или отверстия в черепе человека, хотя бы одной мышцы, сосуда, нерва... Незнание только одного из них, либо того, по какому пути кровь протекает через камеры сердца — все это неудовлетворительные знания. Именно поэтому пропущенные занятия — в медицинских вузах полностью отрабатываются!

Во-вторых, постоянным полигоном для занятий является клиника, и вся учеба концентрируется вокруг больных, которые находятся там. Именно поэтому, так важна теснейшая связь высшего медицинского образования и здравоохранения.

В-третьих, клиники медицинских университетов являются не только учебными заведениями. Они выступают, как высококвалифицированные больницы, где лечебный процесс является одним из главных атрибутов их работы, а субъектами ее являются сотрудники медицинского университета.

Поэтому желание непрофессиональных политиков или управленцев вместо автономии осуществлять управление медицинским вузом в «ручном режиме» никогда не даст им подняться от уровня образования позапрошлого столетия. Кроме того, теснейшая связь между медицинским образованием и здравоохранением автоматически вызывает необходимость проведения обоюдных реформ во всей отрасли, то есть и в системе здравоохранения, и в медицинском образовании.

Наступил момент назревшей ремарки. Читая этот повествование непременно скажет: «Вы приводите примеры из жизни Союза и Украины и ничего не говорите о Донецкой Народной Республике». Да, это действительно так и связано с тем, что, во-первых, у нас идет война, а, во-вторых, очень бы не хоте-

лось, чтобы в мирное время, когда прекратится война, управление здравоохранением и высшим медицинским образованием в Республике стало болеть теми же болезнями, которые мы пережили в Советском Союзе и на Украине. А между тем такие тенденции уже стали просматриваться еще в 2014 году.

Будущая система высшего медицинского образования. Здесь речь пойдет об уникальном для мировой практики высшего медицинского образования опыте высококачественной подготовки специалистов, родившемся в Донецком медицинском университете и получившем большой резонанс (В.Н. Казаков, 2010, 2011) [2, 3]. История этого вопроса, как описано в Главе 3, восходит к середине 1970-х годов, когда возникла идея о необходимости трансформации традиционного принципа подготовки врача. Так что система, принятая в вузе на вооружение, имеет почти полувековую историю, что, впрочем, не удивительно, если учесть рутинность, которая характерна для образования вообще. Казалось бы, что косность, с которой образование встречает новшества — это плохое качество любого образования. Однако именно косность создает истинные условия для того, чтобы образование давало те результаты, которые мы от него ждем. Любые шараханья — от нововведения к нововведению — приводят к тому, что специалисты с высшим образованием, выпускаемые нашими вузами, с каждым годом становятся все хуже и хуже.

Как же после такого вступления можно говорить о новшествах образования? Система, принятая в университете, — это не нововведение, а, скорее, упорядочение и в нашем сознании, и в организации учебного процесса механизмов подготовки специалистов с высшим образованием. Она разработана для медицинского образования, но приемлема для любого другого, то есть идеология ее — универсальна.



Рис. 3. Таким видится ландшафт будущего Донецкого национального медицинского университета имени М. Горького

Теперь — по существу. То, что было сделано впервые в мире после 10 лет работы в этом направлении, именовалось Единой методической системой. Суть ее состояла в том, что была сделана попытка весь вуз сделать одной кафедрой — медицины. Каким образом? Вначале было определено для себя — какими качествами (знаниями и умениями их применять) должен обладать, выходящий из вуза специалист. Эти качества укладывались в то, что мы называли квалификационной характеристикой. Идентификация ее у каждого завершающего обучение студента шестого курса осуществлялась на выпускающей кафедре. Она же и формировала требования к квалификационной характеристике. Затем в обратном порядке, то есть от шестого к первому курсу были развернуты требования относительно того, чему должна научиться каждая кафедра в разрезе ее участия в удовлетворении требований квалификационной характеристики. Коротко на примере это выглядит так: на втором курсе в разделе физиологии сердца студент изучает ЭКГ. На этом уровне он должен усвоить механизм формирования зубцов ЭКГ и понять причины и опять-таки — механизмы изменений ЭКГ при самых простейших нарушениях в работе сердца (блокады, экстрасистолы). На третьем курсе в разделе пропедевтики эти знания подкрепляются и углубляются по некоторым не очень сложным нозологиям (например, ишемия миокарда), разумеется, не упуская из виду механизмов происхождения изменений ЭКГ. В дальнейшем, на четвертых-шестых курсах происходит закрепление знаний и углубление их трактовок, привязка данных ЭКГ к дифференциально-диагностическому процессу. Такая преемственность преподавания создает ощущение у студента, что никакие предварительные знания не являются случайными и не нужными, как это, впрочем, и бывает на каждой кафедре. Вот почему мы назвали этот процесс, как формирование из вуза нечто подобное единой кафедры, где преподается один предмет и им является медицина. Главным в системе было то, что все это было не на бумаге, а было на самом деле!

Для того чтобы определить, как работает система были разработаны тестовые задания, которыми мы стали широко пользоваться на занятиях, зачетах и экзаменах. Их использование давало возможность проводить коррекцию обучения, иногда и очень существенную. Вскоре мы осознали, какое огромное значение имеет система для качества подготовки специалистов-врачей. На этом этапе были разработаны и новые тестовые задания (тесты второго поколения), которые представляли собой ситуационные задачи с 10 вопросами, из которых два были обяза-

тельными: установление диагноза и назначение лечения. В конечном итоге к середине 1990-х годов весь этот комплекс учебных мероприятий был назван Системой программно-целевого управления качеством подготовки специалистов.

Компетентностный подход к медицинскому образованию. Следующим этапом формирования системы подготовки врачей является использование таких понятий, как компетенция или точнее говоря, компетентностный подход к медицинскому образованию. Следует отметить, что данный подход в образовании, возникший в последние годы, приобрел множество приверженцев среди педагогов.

Применение компетентностного подхода в профессиональной подготовке любого специалиста во всем мире приобрело особое значение. Например, в Российской Федерации службы, ведающие образованием и заглядывающие в завтрашний день, планируют последовательное совершенствование образования и подготовки специалистов. Для этого Министерством образования Российской Федерации в 2002 году была разработана и принята государственная программа, которая называется «Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года». В этом документе мы читаем о стратегии модернизации содержания общего образования в стране: «...основными результатами деятельности образовательного учреждения должна стать не система знаний, умений и навыков сама по себе. Речь идет о наборе ключевых компетенций учащихся в интеллектуальной, правовой, информационной и других сферах».

Принципы компетентностного подхода в медицинском образовании детально проанализированы в монографии В.Н. Казакова, А.Н. Талалаенко и М.С. Каменецкого «Универсальные и специальные (профессиональные) компетенции выпускников медицинских вузов», 2008 года издания, которая подвела итог многолетней работы университета в этом направлении [4]. Для того, чтобы говорить о месте компетентностного подхода в медицинском образовании, следует определить дефиницию этого понятия. В переводе с латинского слово — *competentia* («компетенция») означает «осведомленность». По-французски слово «компетентный» значит — «правомочный». В английском языке «компетентность» определяется, как «способность». Нас же больше всего интересует, что это слово означает в русском языке. У С.И. Ожегова в «Толковом словаре русского языка», издания 1993 года «компетентность» расшифровывается, как «осведомленность, авторитетность в какой-либо области», а слово «компетенция» имеет несколько другое



Рис. 4. В педагогике и образовании будущего важны не способ и метод, а система.

значение: «круг полномочий, прав какого-либо лица, органа, круг вопросов, дел, находящихся в чьем-либо ведении».

Почему мы так детально остановились на смысловом значении слова «компетентность»? Все дело в том, что до сих пор отсутствует единое и общепризнанное определение этого понятия. Как следует из вышеприведенного перечня переводов слова «компетентность», оно может означать и осведомленность, и полномочия, и юридическую правомочность, и, даже, способности человека. Подобная разноголосица в трактовках термина привела к тому, что среди педагогов возникло две разные и прямо противоположные точки зрения на сущность компетентностного подхода в образовании. Одна из них утверждает, что понятие компетентности не является оригинальной идеей, а по своей сути является, ничем иным, как старым понятием, определяющимся, как «умение» во всем его многообразии. И поэтому все дискуссии, которыми переполнены педагогические форумы последнего времени о компетентности и компетенциях, являются искусственными, призванными скрыть под новой терминологией старые педагогические понятия.

Вторая точка зрения прямо противоположна первой и основана на представлении, что компетентностный подход является панацеей от всех бед педагогики, и он может быть универсальной основой для модернизации образования. Отсюда возникло представление о компетентностном подходе, как по новому организованной системе образования, возникшей в ответ на социально-экономические вызовы современности. Какая точка зрения верна — покажет время.

Что касается настоящего времени, то возникает вопрос, а что думают авторы данной работы относительно того, как можно определить понятие компетентности. По нашему мнению, «компетентность» — это социальное понятие, которое определяется умением использовать знания, опыт, склонности, приобретенные в процессе обучения для обеспечения адекватных действий в решении

профессиональных задач. С точки зрения механизма — компетентность можно рассматривать как возможность установления связи между знанием и действием, которое даст возможность реализовать необходимую потребность. Исходя из этого, при подготовке специалиста в его программу обучения следует в первую очередь заложить его актуальную готовность выполнять любую деятельность в рамках профессии. То есть молодой врач, выходя из стен университета, должен быть сразу же готовым к выполнению ряда медицинских действий диагностического и лечебного характера, определенных квалификационной характеристикой.

В педагогике определен еще ряд проблем, которые формально не затрагивая сущности компетентностного подхода, все же влияют на возможности его применения. Профессор А.Г. Бермус [1] из Ростовского государственного педагогического университета в статье «Проблемы и перспективы реализации компетентностного подхода в образовании» в 2005 году писал: «Есть много препятствий, среди них главными являются следующие:

- проблема государственного стандарта, концепции, модели и возможностей непротиворечивого определения его содержания и функций;
- проблема отсутствия специализированного учебника по данному вопросу;
- проблема квалификации преподавателей и их профессиональной адекватности к вновь разрабатываемому компетентностному подходу».

Каковы же ближайшие перспективы применения компетентностного подхода в современном образовании? Как пишет уже цитируемый нами профессор А.Г. Бермус, они неоднозначны и состоят в том, «...что более значимыми и эффективными для успешной профессиональной деятельности являются не разрозненные, а обобщенные знания, проявляющиеся умением решать жизненные и профессиональные проблемы, способностью к иноязычному общению, подготовкой

в области информационных технологий и прочем. Здесь же возникает и очевидное соображение: ведь вся история нашей педагогики за последние полвека предстает полной драматизма борьбой против догматического заучивания понятий, правил и принципов. Более того, именно в результате этой борьбы возникли все известные на сегодняшний день концепции, включая алгоритмизацию, поэтапное формирование умственной деятельности, развивающее и личностно-ориентированное обучение. Но, тогда не есть ли современная версия компетентностного подхода очередной попыткой переименования безусловных достижений нашей педагогики в угоду сегодняшней конъюнктуре? Без ответа на этот вопрос дальнейшее движение вперед становится невозможным».

Непрерывное медицинское образование. Пожалуй, важнейшей находкой педагогики медицинского образования является его этапность и преемственность. Суть этой находки состоит в том, что медицинское образование в идеале должно начинаться с профессионально ориентированной средней школы. В жизни обычно это бывает так. Вуз организует на своей базе два или три выпускных класса средней школы, несколько трансформируя программу в профессионально ориентированном направлении. В медицинском университете такой довузовской структурой является Донецкий медицинский лицей, который представляет собой элитную среднюю школу, состоящую из двух профессионально ориентированных последних классов. Элитность образования в лицее определяется углубленным изучением английского языка, информатики, анатомии и физиологии. Этому же способствует сокращенные по численности учеников классы (не более 15–16 лицестов), приобщение к научному творчеству в научном обществе лицестов (аналог СНО студентов вуза), приобщении к студенческим формам и укладу жизни университета.

Следующий этап — это то, что за границей называют базовым образованием или basic education. В высшем медицинском образовании этот этап завершается на втором-третьем курсе. К сожалению, утвердившаяся в последние годы установка на скороспелую подготовку врачей, привела к тому, что базовая подготовка, по мнению некоторых педагогов, не так важна, как клиническая. Игнорируя теоретическую подготовку врача, мы опускаемся в сторону подготовки не врача, а фельдшера. И, если будущий врач в ходе обучения в вузе не получит глубоких и разносторонних теоретических знаний, он уже их не получит нигде и его подходы к врачеванию будут носить примитивно прагматический характер. Наивно предполагать, что можно за

шесть-семь лет обучения в вузе подготовить специалиста. Именно поэтому, нигде в мире без четырех-семи лет обучения в резидентуре (нечто подобное нашей интернатуре только намного продолжительнее) выпускник медицинского вуза не подходит к больному. Клиника должна быть уверена, что завершивший образование резидент знает то, что необходимо для работы с больным. Именно в резидентуре, то есть на последипломном уровне, происходит обучение азам клинического мышления, но не на третьем-шестом курсе вуза.

В наше время появилась дополнительная мотивация к последипломному образованию. Возникшие частные кабинеты и, даже, отделения — где заработок требует самосовершенствования, и это является тем стимулом, который усилил интерес к знаниям в последипломном образовании врача.

Но даже на последипломном уровне обучение врача не завершается. Всемирная федерация медицинского образования в 2002 году утвердила доктрину высшего медицинского образования, где, наряду с додипломным и последипломным образованием, предусматривается этап, именуемый, как непрерывное профессиональное развитие врача. Под этим подразумевается медицинское совершенствование, как профессиональная обязанность(!) врача, длящаяся в течение всей его врачебной деятельности, то есть 30–40 лет. Поэтому культурный врач — одновременно и знающий.

Новые формы организации медицинского университета. В последние годы начали применяться новые формы в управлении медицинскими вузами. К ним относятся университетские клиники, НИИ, научно-исследовательские лаборатории и прочие виды структурно-функциональных форм организации.

Университетские клиники. Предыдущий раздел свидетельствует об особой важности учебного процесса в жизни вуза. Если провести ранжирование приоритетов деятельности университета, то на первое место нужно поставить подготовку специалистов. При этом все остальные функции, в сущности, являются производными от этой главной. Огромное значение в подготовке специалистов имеет относительно раннее знакомство с реалиями врачевания во всей их глубине и широте. Поэтому, в современной системе высшего медицинского образования вопрос об обеспечении и совершенствовании клинической подготовки требует принципиально нового решения. Идеальной моделью реализации теоретических знаний-умений и выработки практических навыков у студентов медицинского вуза является университетская клиника.



Рис. 5. Республиканский центр охраны материнства и детства. Слева направо: Памятник Матери открыт 10 мая 2003 года. Скульптор Карлен Калантарян. Профессор В.К. Чайка — руководитель центра. Акушерское отделение университетской клиники.

Создание университетских клиник в медицинских вузах — это ничто иное как восстановление исторической справедливости! Ведь до Великой Октябрьской революции все медицинские вузы имели собственные клиники. А такую форму организации лечебной работы медицинских вузов, какая существует в нашем государстве, мы получили в наследство от советских времен, когда у вузов были отобраны их клиники и сегодня вузы арендуют помещения в больницах для своих клинических кафедр.

Очевидно, что создание университетских клиник коренным образом изменит уровень учебной, научной и лечебной работы в медицинских вузах по ряду причин.

Во-первых, в университетской клинике обеспечивается принцип единоначалия в организации учебной, лечебной и научно-исследовательской подготовки специалиста. В университетских клиниках все отделения возглавляются либо заведующими соответствующих кафедр, либо профессорами или доцентами этих кафедр. В традиционной больнице этого не бывает, более того для руководства лечебным учреждением авторитет сотрудников кафедр университета не всегда является незыблемым. Для того, чтобы так было заведующий кафедрой должен представлять собой, как минимум, светило европейского или мирового уровня. Во-вторых, в университетской клинике ускоряется совершенствование госпитальной практики, внедрение в процесс диагностики и лечения достижений науки, грамотно и рационально используются новейшие технологии. В-третьих, достигается максимально высокий уровень медицинской помощи больным. В-четвертых, повышается эффективность научных исследований и, конечно же, как результат всего вышесказанного, обеспечивается более успешное практическое обучение студентов. Наконец, в-пятых, руководство вуза или ка-

федры освобождается от массы субъективных моментов, как то, периодических конфликтов с руководством больниц о необходимости арендной платы за помещения, за пользования телефоном, проблемы с оплатой коммунальных услуг и прочее, что, в общем, совершенно законодательно не отрегулировано.

Для популяризации работы университетских клиник, как формы организации деятельности медицинского вуза, необходимо издавать научные журналы. Есть уже опыт в этом отношении. В вузе на базе университетских клиник издается четыре журнала, один из которых так и называется — «Университетская клиника». Очень важно, чтобы на базе университетских клиник функционировали специализированные советы по защите диссертаций.

В каком же направлении здесь можно и следует двигаться?

Первое. Самая лучшая клиника — это вновь построенная больница с набранным университетом штатом врачей и младшего медицинского персонала. Такая клиника не несет в себе грехов прошлого, а, следовательно, потенциального их приобретения в перспективе.

Второе. На этом месте находятся ведомственные больницы, поскольку их передача в систему Минздрава самая легкая. К тому же, некоторые из них неплохо укомплектованы и оборудованы.

Третье. Городские больницы. Но из системы местного самоуправления хорошую больницу в ведение вуза получить очень трудно, так как городские власти к такому шагу вряд ли будут относиться с большим восторгом.

В заключение следует подчеркнуть, что уже сегодня даже небольшой наличный опыт работы университетских клиник — это настоящий прорыв в жизни медицинского университета! Здесь можно констатировать, что уровень медицинской помощи в существующих университетских клиниках исключи-



Рис. 6. НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького на базе Республиканской травматологической больницы и журнал «Травма», издающийся в университете с 2000 года.

тельно высок, не считая уровня научных работ и качества учебного процесса.

Научно-исследовательские институты университетов. Во всем мире самая большая наука делается в НИИ университетов. Это мы видим на примерах американских и европейских университетов. В последние годы в ведущих университетах Украины и России стали появляться НИИ. Это характерно для крупнейших университетов России — МГУ имени М. Ломоносова, С.-Петербургского и других университетов. В довоенное время на Украине главные вузы государства, — Университет имени Тараса Шевченко, Киевский политехнический институт, Харьковский университет имени В.Н. Каразина, Одесский национальный университет имени И.И. Мечникова и ряд других, имеют в своем составе по несколько НИИ разного профиля, что коренным образом меняет состояние научных исследований в этих вузах.

К сожалению, эта практика почти не прививается в медицинских университетах (исключая Донецкий, где в 2010 году уже было — четыре НИИ). Существующая практика переименования факультетов в институты, по сути своей, к НИИ не имеет никакого отношения.

Создание НИИ в наших условиях может облегчаться, если они будут рождаться параллельно с университетскими клиниками. Именно университетские клиники могут быть прекрасными базами НИИ, особенно те из них, которые соответствуют им по профилю. Например, университетская клиника травматологии и ортопедии и соответствующего профиля НИИ.

Полифункциональные модули. Это исключительная находка ДонНМУ. Создание в университете нескольких клиник привело нас к одной исключительно важной организационной новации, которая была неким побочным эффектом, и который возник в связи с появлением новых структурных подраз-

делений университета. Возникновение университетских клиник, а также НИИ в составе университета дало нам возможность по-иному взглянуть на организационную структуру медицинского вуза вообще.

Что это означает? Известно, что главной структурной единицей всякого медицинского вуза является кафедра. Это так, но... не во всех странах. Например, в некоторых специализированных, в частности, медицинских университетах Германии, такой базовой ячейкой вуза является не кафедра, а НИИ. Например, в медицинской академии в Магдебурге, при ознакомлении с работой которой становилось ясно, какие преимущества дает такой принцип организации высшего образования.

В нашем случае, который обозначился в связи с организацией университетских клиник и НИИ, появились объединения, которые были названы полифункциональными модулями. Почему модули — а потому, что они еще структурно и законодательно не оформлены (в отношении руководства, подчиненности и самой организации). Модуль является только функциональным объединением. В каждый модуль входит пять компонентов: первый — это НИИ или отраслевая научно-исследовательская лаборатория, тесно связанные с университетской клиникой, как вторым компонентом модуля, третий — это одна или более соответствующих по профилю кафедр, четвертый — диссертационный совет по специальности НИИ или кафедр и, наконец, пятый — это один или более научных журналов соответствующего профиля.

Этот принцип организации вуза намного превосходит то, что мы видим в некоторых странах Евросоюза. Очевидно, что в такой структуре представлен полный и заверченный цикл в деятельности отдельной медицинской дисциплины, где в одном месте сосредоточена и учебная, и лечебная, и научная деятельность, и возможность скорейшего внедрения

результатов научных разработок в практику здравоохранения, и подготовка, и аттестация научных кадров, и, наконец, информационное обеспечение всех разделов вузовской работы. До 2014 года в университете функционировало 15 подобных модулей, где были задействованы четверть кафедр университета.

Подобная организационная структура вуза является, бесспорно, будущим высшей медицинской школы, и здесь базовым элементом является университетская клиника. Поэтому такое направление нашего вузовского дела следует максимально интенсивно развивать и совершенствовать. Идеальным, в принципе, является полное обеспечение всех клинических кафедр собственными университетскими клиниками. Правда, это очень сложный процесс, который сулит множество шишек и ухабов на пути его претворения в жизнь. Но иного пути нет.

B.A. Bogdanov and V.N. Kazakov

THOUGHTS ON THE FUTURE OF MEDICINE AND MEDICAL EDUCATION IN DONETSK PEOPLE'S REPUBLIC

Abstract. *The article covers the problems and prospectives of the medical science and medical education develop-*

ment in Donetsk People's Republic from the aspect of the military actions taking place in Donbass territory. At the same time, the outstanding experience of the university staff in the perfecting of the medical training, medical science and specialist's instruction may form a robust basis for a great number of new activity forms in this direction of the future state establishment process.

Key words. *Higher medical education, speicalists' training quality, continuous medical education, competency-based approach, multifunctional module.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Бермус А.Г. Проблемы и перспективы реализации компетентностного подхода в образовании. – Интернет-журнал «Эйдос», 2005.
2. Казаков В.Н. Размышления о медицине (философия естествознания), Книга первая. – Донецк: «Ноулидж», 2010. – 419 с.
3. Казаков В.Н. Будущее медицины (что нас ждет завтра?), Книга вторая. – Донецк: «Ноулидж», 2011.
4. Казаков В.Н., Талалаенко А.Н., Каменецкий М.С. Универсальные и специальные (профессиональные) компетенции выпускников медицинских вузов. – Москва-Донецк, 2008. – 112 с.