

Григович И.Н., Пяттоев Ю.Г., Хусу Э.П.

ПОДГОТОВКА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ В РОССИИ – ПОВОД ДЛЯ ДИСКУССИИ

Кафедра педиатрии и детской хирургии медицинского института Петрозаводского государственного университета

Grigovich I.N., Pyattoev Yu.G., Khusu E.P.

PREPARING PEDIATRIC SURGEONS IN RUSSIA
AS A CAUSE FOR DISCUSSION

Department of pediatrics and pediatric surgery of the Medical Institute of Petrozavodsk State University

Резюме

В статье показан исторический путь становления специальности «детская хирургия» в нашей стране. Приведены данные о подготовке детских хирургов за рубежом. На основании собственного опыта обучения специалистов и анализа литературных источников обсуждаются вопросы наиболее рациональных методов подготовки

Ключевые слова: детская хирургия, история специальности, программа подготовки кадров, ординатура, последипломное обучение.

Abstract

The article shows the historical establishment of pediatric surgery in Russia.

It tells us about training of pediatric surgeons abroad. It discusses the issues of the most rational methods of pediatric surgeons' training on the basis of our own experience in specialists' education and review of literature sources.

Key words: pediatric surgery, history of profession, training program, medical residency, post-graduate studies

Детская хирургия как самостоятельная специальность существует более 150 лет. Ее отделение от общей хирургии было продиктовано рядом обстоятельств. Во-первых, пониманием хирургами того, что ребенок отличается от взрослого человека не только своими размерами, но и большим количеством анатомо-физиологических особенностей, характерных для каждого возрастного периода детства. Причем эти особенности могут проявляться даже по дням жизни. Так, ребенок первых 7 дней жизни резко отличается от 28-дневного, хотя оба они – новорожденные. Во-вторых, рядом хирургических заболеваний, встречающихся только в детском возрасте и поэтому малоизвестных или вообще неизвестных общему хирургу. И наконец, в-третьих, особенностями консервативной терапии (лекарства, их дозировка) и уходом за ребенком (питание, гигиена и т. п.), что представляет значительные трудности для врача, работающего со взрослыми пациентами.

XX в. характеризовался бурным развитием детской хирургии во всем мире, в нашей стране это также происходило, но несколько позже – после окончания Второй мировой войны. Развитие новой

специальности нуждалось в кадрах, причем вначале казалось, что специфика детской хирургии настолько своеобразна, что максимальное количество детей с хирургической патологией должны быть объектом деятельности только хирургов, хорошо знакомых с особенностями несовершеннолетних пациентов, т. е. детских хирургов. Правда, по мере увеличения количества подготовленных специалистов довольно скоро выяснилось, что наличие в лечебном учреждении детского хирурга при отсутствии всех тех педиатрических специалистов, которые обеспечивают диагностику, подготовку к операции, послеоперационное выхаживание и многое другое, от чего зависит благополучный исход лечения ребенка, добиться хороших результатов не удавалось. Стало ясно, что детская хирургическая служба, оказывающая помощь детям всех возрастных периодов и всех разделов хирургии, должна находиться в **детских** многопрофильных больницах, а не во всех лечебных стационарах, где имеются общехирургические отделения. Следовательно, специалисты по детской хирургии не должны готовиться в таком массовом масштабе,

их должно быть меньше, но, поскольку они оказывают хирургическую помощь по всем субспециальностям, их подготовка должна быть более продолжительной. Вот с этого момента методы и пути подготовки детских хирургов в СССР и почти всех остальных стран стали резко отличаться: мы готовили (и продолжаем это делать до настоящего времени) много и быстро, а остальной мир – мало и долго (табл. 1 и 2). В результате к 2015 г. по количеству детских хирургов на 1000 детского населения мы превосходим (по опубликованным данным) большинство стран 4-х континентов в десятки, а некоторые – в сотни раз, а что касается времени подготовки, в РФ оно в разы короче [13, 15]. К сожалению, количество детских хирургов по отношению к количеству детского населения, как показало время, вовсе не определяет качество оказания специализированной хирургической помощи детям. Наличие детского хирурга в каждой районной больнице приносит мало пользы не только нашим пациентам, но и самому специалисту [3, 4, 12, 14, 16]. Один в поле не воин, даже если это детский хирург очень высокой квалификации, но в ЛПУ отсутствуют врачи, знающие и умеющие диагностировать и помогать хирургу лечить больного ребенка. Сам же детский хирург в таком районном центре с малым количеством детского населения, выполняя несколько десятков операций в течение года, через несколько лет теряет опыт, если он у него был, или не приобретает его, если его не было. Через 2–5 лет в лучшем случае он становится в этом районе общим хирургом, в худшем – уезжает в другой регион. В последние 10 лет мы отказались от детских хирургов в большинстве районов и разработали рекомендации для общих хирургов о консультировании детей, поступающих к ним с подозрением на острую патологию или с травмой [2–4]. Рекомендации ими выполняются не всегда, чаще детей консультируют уже после возникновения послеоперационных осложнений или при ухудшении их состояния. В этом году региональный Минздрав оформил наши рекомендации специальным приказом. Как он будет выполняться, покажет время.

Добиться того, чтобы все дети с хирургической патологией и травмой стали объектом деятельности детского хирурга не удастся ни в России, ни нашим коллегам в других странах. Поэтому они также выходят из этого положения, позволяя общим хирургам оказывать экстренную помощь детям, но вводя опре-

деленные (чаще возрастные) ограничения [16]. Что касается плановой детской патологии средней сложности, ее тоже разрешают, но для этого общий хирург дополнительно должен пройти сертификационный курс в одном из крупных педиатрических центров.

Знакомясь с данными, приведенными в таблице 2, следует обратить внимание на продолжительность подготовки детских хирургов и на ее содержание. Общее количество лет резидентуры (аналог российской ординатуры) только в двух странах, Италии и Венгрии, равен 5 годам. В остальных странах обучение длится от 6 до 9 (!) лет. Столь длительный срок объясняется двумя причинами. Первая из них, резидентура по детской хирургии обязательно состоит из двух основных разделов: общей хирургии у взрослых и детской хирургии. Соотношения этих разделов могут различаться по продолжительности и довольно значительно (см. табл. 2). С нашей точки зрения, тщательное изучение и усвоение практических навыков взрослой хирургии полностью оправданно, так как, только научившись хорошо оперировать взрослых пациентов, значительно легче осваиваются операции у детей. В качестве аргумента можно сослаться на прошедших в детскую хирургию наших учителей, получивших опыт в военно-полевой хирургии Великой Отечественной войны. Вторая причина такого долгого обучения заключается в том, что в отличие от общей хирургии взрослых детская хирургия не так разделена на узкие специальности по анатомическому принципу (абдоминальная, торакальная, голова, шея и т. д.), чаще ее разделяют по возрастным критериям, и потому детские хирурги остаются поливалентными [8, 9]. Следовательно, обучение в резидентуре также охватывает все разделы нашей специальности, и для получения таких обширных знаний и умений требуется достаточно много времени. Знакомясь с большим количеством программ резидентуры по детской хирургии, обращаешь внимание на то, что нарастающая специализация в общей хирургии начинает проникать и в детскую. Так, не во все программы включаются урология, ортопедия с травматологией, нейрохирургия. Видимо, даже резидентура продолжительностью в 3–4 года не позволяет полноценно охватить абсолютно все разделы детской хирургии. Однако большое количество разных по содержанию программ предоставляет будущему детскому хирургу возможность выбрать ту, которая ему подходит [15]. Еще одна важная особенность зарубежной резидентуры удивила и привлекла наше внимание: в подавляющем числе программ

Таблица 1. Сравнительные данные о количестве детей и детских хирургов в ряде стран 4-х континентов

Страна	Детское население (от 0 до 15 лет), млн	Количество детских хирургов	Количество детей (тыс.) на одного детского хирурга
Англия	11,5	338	34
Германия	10,5	250	42
Нидерланды	3,0	24	125
Ирландия	1,0	4	250
Канада	5,6	34	122
США	63,0	1150	58
Бразилия	48,0	851	56
Китай	244,0	1850	132
Индия	363,0	470	772
Филиппины	33,5	30	1116
ЮАР	15,5	107	145
Нигерия	15,4	42	366
Рф	24,8	4000	6

Таблица 2. Время прохождения резидентуры по детской хирургии и ее содержание в некоторых странах Европы и США

Страна	Общее количество лет	Из них детская хирургия	Общая хирургия	Детская травматология и ортопедия	Педиатрия	Дополнительно
Австрия	6	3	2	3 мес	3 мес	Урология 6 мес
Дания	9	3	6	Не обязательно	Нет	Нет
Франция	7	4	2,5	6 мес	Нет	Урология 6 мес
Финляндия	6	3	3	Да	Нет	Нет
Венгрия	5	3	1,5	Нет	3 мес	Интенсивная терапия 3 мес
Италия	5	3	1,5	Нет	Да	По выбору 6 мес (урология, пластическая хирургия, торакальная хирургия)
Ирландия	8	6	2	Нет	Нет	Нет
Нидерланды	8	2	6	Да	Нет	Интенсивная терапия 3 мес
США	7	2	5	Нет	Нет	Нет

резидентуры по детской хирургии педиатрия в качестве обязательной дисциплины для будущего детского хирурга отсутствует. Понятно, что подготовленные детские хирурги будут работать в детской больнице в окружении педиатров всех специальностей, хирурги будут заниматься только хирургией, а все остальные вопросы окажутся в компетенции педиатров. Нам известно, что зарубежные медицинские вузы не выпускают врачей-педиатров, хотя специальность «педиатрия» преподается в качестве одной из базовых

клинических дисциплин наравне с терапией, общей хирургией, акушерством с гинекологией. Чтобы стать педиатром, как и любым другим врачом-специалистом, необходимо проучиться еще несколько лет в резидентуре по данной специальности. Только в двух странах из 24 (Австрия и Италия) в программу резидентуры по детской хирургии включен 3-месячный цикл педиатрии [13, 15]. Должен ли детский хирург знать педиатрию – вопрос принципиально важный. Мы считаем, что должен. Конечно, не в таком объеме,

как педиатр, но в достаточном, чтобы быть врачом, лечащим не только болезнь, но и больного. В противном случае «...хирург становится просто ремесленником или слесарем-механиком. В таком отношении к больному ребенку и лежит ключ к профессиональному успеху в хирургии детского возраста» [18].

В нашей стране с 1930-х гг. существуют педиатрические вузы и педиатрические факультеты, выпускающие врачей-педиатров. Детских хирургов мы готовим как из врачей педиатров, так и из врачей общей практики [1], оканчивающих лечебные факультеты медицинских вузов. Первые поверхностно знают общую хирургию, вторые – педиатрию. Специализация по детской хирургии в последипломном периоде в РФ осуществляется в двух вариантах: в интернатуре (1 год) и в клинической ординатуре (2 года). В редких случаях после интернатуры удается поступить в ординатуру, и, таким образом, продолжительность специализации увеличивается до 3-х лет. До 1990 г. еще существовала вузовская субординатура (6-й курс). В те годы, если студент хотел быть детским хирургом, он с 4-го курса занимался в кружке кафедры, затем его ждали субординатура, интернатура и, если получится, ординатура, и в этом случае детское здравоохранение получало прекрасных специалистов, украшающих нашу специальность до настоящего времени. В том, как происходит подготовка детских хирургов в РФ после 1990-х гг., есть масса недостатков, не позволяющих выпустить в итоге высокопрофессионального специалиста. В первую очередь это, конечно, несоответствие продолжительности подготовки (1 или 2 года) и содержания программы, которую интерн и даже клинический ординатор должны освоить в течение столь короткого времени. Программы одинаковы для всех вузов страны и в них включены все субспециальности, а их по самым скромным подсчетам не менее 10 (хирургическая неонатология, абдоминальная, торакальная хирургия, хирургическая инфекция, травматология, ортопедия, урология с андрологией, онкология, интенсивная терапия и реанимация). При этом каждая перечисленная субспециальность, в свою очередь, состоит из экстренного и планового разделов. И всему этому следует научить за 1 год (!). Следующая проблема – место подготовки детского хирурга. В настоящее время интернатура по детской хирургии существует при каждой кафедре детской хирургии, а такие кафедры (или курсы) имеются при каждом медицинском вузе. Медицинских вузов в РФ, включая институты последипломной

подготовки и медицинские факультеты при классических университетах, 78. Почти все, а может быть и все, имеют право готовить детских хирургов через интернатуру и клиническую ординатуру. Во всяком случае к этому стремятся все, так как в настоящее время это выгодно, поскольку от количества интернов и клинических ординаторов зависит количество часов учебной нагрузки, а значит, и количество преподавателей. Однако далеко не все вузы располагаются в регионах с большим количеством детского населения, поэтому возникает вопрос: может ли кафедра в полной мере обучить будущего детского хирурга таким субспециальностям, как неонатальная хирургия, онкология или колопроктология? Разумеется, в практическом отношении нет. В таких клиниках даже сами сотрудники кафедры подобный опыт не могут приобрести. Ведь 10–15 новорожденных с большими пороками и столько же первичных онкобольных детей недостаточно для приобретения опыта. Хорошо известно, для того чтобы что-нибудь научиться делать уверенно и хорошо, надо это делать не реже 50 раз в течение года. В большинстве периферийных клиник можно научить экстренной хирургии, конечно, без новорожденных, травматологии с ортопедией, урологии с андрологией и массовым плановым операциям средней сложности, например, при патологии влагалищного отростка брюшины, при крипторхизме, варикоцеле и т.п. Из этого следует, для того чтобы ординатура в таких вузах была полноценной (интернатура по определению не может быть полноценной), часть учебного процесса необходимо проводить в других вузах, где клиники выполняют большое количество операций в дефицитных субспециальностях. Поэтому в каждом вузе, готовящем клинических ординаторов по детской хирургии, необходимо составлять реальную программу исходя из своих возможностей, договариваясь с «большими» вузами о прохождении части учебы на их базах. И, конечно, готовить детских хирургов необходимо для конкретных мест работы в специализированных детских лечебных учреждений, а не для каждой детской поликлиники. Не должно быть такой должности «поликлинический детский хирург» – это анахронизм. В поликлиниках должны принимать опытные стационарные специалисты, выделяя для этого часть своего времени. Так делается во всем мире.

Общие хирурги, если их готовят для работы в периферийных районных больницах, часть времени должны уделить экстренной детской хирургии,

поскольку среди их пациентов всегда были, есть и будут дети, которые по тем или иным обстоятельствам не могут быть транспортированы в специализированные детские больницы. В сегодняшних программах интернатуры и ординатуры по общей хирургии выделяются часы для детской хирургии, но это чистая формальность, так как при столь коротких сроках последипломной специализации (1 или 2 года) выделенные 1–3 недели на детскую хирургию – бесполезная трата времени [1, 2, 5].

Анализ публикаций, посвященных подготовке детских хирургов в нашей стране, за рубежом, а также наш собственный скромный опыт подобной деятельности, позволяет высказать ряд предложений. Первое, которое не должно вызывать возражений, – подготовка детских хирургов в РФ нуждается в радикальном реформировании. Она должна быть более продолжительной, количество готовящихся детских хирургов уменьшено, а программы для ее проведения должны быть более разнообразными по содержанию.

Выскажем свое мнение и по некоторым конкретным вопросам.

1. Детские хирурги должны готовиться из врачей, получивших базовое педиатрическое образование.

2. Подготовка детских хирургов должна проводиться только через клиническую ординатуру, которая должна продолжаться не менее 5 лет, из них 2 года необходимо проходить общую хирургию, а 3 года – детскую.

3. Программы для прохождения всего срока ординатуры по специальности «детская хирургия» должны быть разнообразными, включать экстренную и плановую хирургию по всем субспециальностям. В программах необходимо определить количество оперативных вмешательств, которое должен провести ординатор самостоятельно по общей хирургии и в детской хирургии по каждой субспециальности. Но при этом не знать, как надо делать, а уметь их делать. При этом детский хирург должен владеть современной технологией – эндоскопической полостной хирургией во всех возрастных группах. В начале XX в. выдающийся американский детский хирург W. Ladd разработал одну из первых в мире программ подготовки детских хирургов. Ее принципы лежат в основе всех последующих программ. Мы приводили их в статье, посвященной ее автору, в 2011 г. [6].

Вот уже несколько лет в высшем медицинском образовании происходят изменения, цель которых привести в соответствие программу вузовского ме-

дицинского образования в России с аналогичными программами большинства вузов европейских стран. Все это проходит под грифом Болонского соглашения. Но у них 5-летняя учеба в вузе – это только половина (а порой третья часть) того, что позволяет стать практикующим врачом, а у нас – 5/6, т. е. 6 лет + 1 год – и ты уже специалист. Они становятся специалистами в 30-летнем возрасте, а мы в 25, а иногда и в 23. В одной из приведенных в библиографии работ [17] приводятся сведения о количестве лет жизни на то, чтобы выучиться на врача. Школа + медреса + вуз + последипломная специализация = 29 лет в Германии и Англии, 28,5 – в Норвегии, 28 лет – в США. В России же – 18 лет. Но если мы уже активно перестраиваем вузовское медицинское образование по Болонскому соглашению, надо быть последовательными и увеличить продолжительность ординатуры до 5–6 лет, а не до 3-х, как планируется в ближайшие годы.

Однако не следует забывать, что длительное последипломное образование должно очень дорого стоить. Клинические ординаторы – взрослые люди, многие из них уже имеют свою семью, и 5–6 лет учиться на годовую стипендию в 138 тысяч рублей (11,5 тыс. в месяц) желающих немного. В одной из работ [19] приводятся данные о стипендиях американских резидентов детских-хирургах. Мало того, что она больше в разы в большинстве университетов, она возрастает с каждым годом учебы, кроме того, часть университетов стимулирует поступление в резидентуру, оплачивая жилье, питание по месту учебы и многое-многое еще [19].

Если так случится, что российское правительство решится на серьезное реформирование высшего медицинского образования в стране, особенно в разделе последипломной специализации, увеличив продолжительность ординатуры по хирургическим специальностям до 5–6 лет, необходимо учесть важный социальный аспект такого шага. Ведь даже сегодня при начислении пенсии из трудового стажа исключаются годы учебы в вузе и послевузовская учеба в интернатуре и ординатуре, а удлинение ординатуры еще более увеличит возраст для получения пенсии и сократит число желающих специализироваться по хирургическим специальностям. Но другого пути для подготовки высококлассных хирургов любого профиля в современной медицине нет. Либо «числом поболее, ценою подешевле», либо «числом поменьше, ценою подороже».

Литература

1. Горемыкин И.В., Морозов Д.А., Филиппов Ю.В. и др. Значение и возможности использования деловых игр в преподавании детской хирургии // Саратовский научно-медицинский журнал. 2014. Т. 10, № 1. С. 141–144.
2. Григович И.Н. Алгоритмы в неотложной детской хирургии. – Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 1996. – 256 с.
3. Григович И.Н. Неотложная хирургическая помощь детям в больницах для взрослых // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2001. Т. 160, № 3. С. 35–38.
4. Григович И.Н. Значение этапности и регламентации при оказании помощи детям с острыми хирургическими заболеваниями: Избранные лекции по детской хирургии. – Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2004. – 72 с.
5. Григович И.Н., Иудин А.А., Пяттоев Ю.Г., Хусу Э.П. Проблемы преподавания детской хирургии в вузе // Настоящее и будущее детской хирургии: Материалы юбилейной конференции, посвященной 70-летию кафедры хирургических болезней детского возраста РГМУ. – М., 2001. С. 75–76.
6. Григович И.Н., Пяттоев Ю.Г. История детской хирургии: Избранные страницы. – Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2011. – 96 с.
7. Григович И.Н., Пяттоев Ю.Г., Хусу Э.П. Приоритеты в преподавании детской хирургии в вузе // Современные проблемы подготовки педиатрических кадров в вузах Санкт-Петербурга: Материалы городской научно-практической конференции. – СПб., 2009. С. 12–14.
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» // Консультант Плюс; www.consultant.ru.
9. Приказ Минздрава России от 10.2012 № 562н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия» // Консультант Плюс; www.consultant.ru.
10. Butler M. W., Ozgediz D., Poenaru D. et al. The Global Paediatric Surgery Network: A Model of Subspecialty Collaboration Within Global Surgery // World J. Surg. 2015. Vol. 39, N 2. P. 335–342.
11. Craigie R.J., Duncan J.L., Youngson G. G. Children's surgery performed by adult surgeons in Scotland: the present and future // Surgeon. 2005. Vol. 3, N 6. P. 391–394.
12. Driller C., Holschneider A.M. Training in Pediatric Surgery – A Comparison of 24 Countries in Europe and Other Countries Around in the World // Eur.J. Pediatr. Surg. 2003. Vol. 13, N 2. P. 73–80.
13. Giuliant S., Cecil E. V., Apelt N., Sharland M., Saxena S. Pediatric Emergency Appendectomy and 30-Day Postoperative Outcomes in District General Hospitals and Specialist Pediatric Surgical Centers in England. April 2001 to March 2012: Retrospective Cohort Study // Ann. Sur. 2015, January 5. (Epub ahead of print)
14. Guidelines for Referral to Pediatric Surgical Specialists. Surgical advisory panel // Pediatrics. 2002. Vol. 110, N 1. P. 187–190.
15. Holschneider A.M., Driller C. Training in Pediatric Surgery in Europe // Eur.J. Pediatr. Surg. 1999. Vol. 9, N 1. P. 2–3.
16. Jones P.F. The general surgeon who cares for children // Br. Med. J. 1986. Vol. 293, N 6555. P. 1156–1158.
17. Lalchandani P., Dunn J.C. V. Global comparison of pediatric surgery workforce and training // J. Pediatr. Surg. 2015. Vol. 50, N 7. P. 1180–1183.
18. Lanman T.H. William E. Ladd M.D. – an appreciation // Pediatrics. 1954. Vol. 14, N 6. P. 668–672.
19. Survey of Resident/Fellow Stipends and Benefits Report. 2014–2015. <https://www.aamc.org/download/359792/data/2013stipendsurveyreportfinal.pdf>.

Авторы

ГРИГОВИЧ Игорь Николаевич	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой педиатрии и детской хирургии, Петрозаводский государственный университет (Республика Карелия). E-mail: igrigovich@yandex.ru.
ПЯТТОВЕВ Юрий Григорьевич	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии, Петрозаводский государственный университет. E-mail: psurg@petrsu.karelia.ru.
ХУСУ Эльвира Павловна	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии, Петрозаводский государственный университет. E-mail: psurg@petrsu.karelia.ru.