

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ И АДАПТАЦИЯ НЕСТАЖИРОВАННЫХ ХИРУРГОВ: ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ

А.В. Быков

доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
profbykov@rambler.ru

Р.В. Мяконький

соискатель ученой степени кандидата медицинских наук кафедры хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», хирург хирургического отделения ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №3», mrv-disser@mail.ru

Г.С. Табатадзе

доктор философских наук, профессор, проректор по научной работе НОУ ДПО «Волгоградского института экономики, социологии и права»

В редакции журнала «Биоэтика» состоялся Круглый стол на тему: «Молодой хирург: трудности овладения профессией», касающийся проблем вхождения в профессию специалистов хирургического профиля, их адаптации в первичном коллективе. Речь шла, в основном, о профессиональном становлении начинающих хирургов, взаимоотношениях опытных специалистов с коллегами, находящимися в начале пути профессионального становления. Участники Круглого стола были достаточно единодушны в своих оценках и предложили ряд мер, направленных на расширение профессиональных возможностей начинающих хирургов и по снижению социальных рисков, присутствующих при овладении профессией.

Ключевые слова: хирургия, профессионализм, наставничество, риски.

PROFESSIONAL DEVELOPMENT AND ADAPTATION OF NOVICE SURGEONS: OPPORTUNITIES AND RISKS

A. V. Bykov

MD, professor, Honored Doctor of the Russian Federation, Head of the Department of General Surgery and Neurosurgery, Department of Continuing Education, Volgograd State Medical University, profbykov@rambler.ru

R. V. Myakonkiy

Research fellow of the Department of General Surgery and Neurosurgery, Department of Continuing Education, Volgograd State Medical University, Practicing Surgeon of the Volgograd Regional Hospital № 3, mrv-disser@mail.ru

G. S. Tabatadze

Doctor of Philosophy, professor, Vice-rector for Scientific Affairs of the Volgograd Institute of Economics, Sociology and Law, biosoc@yandex.ru

A roundtable discussion on «The entrance of surgeons into the specialty and their adapting to a new job» was held by the editorial Board of Bioethics journal. The major topics covered in the discussion were professional development of beginning surgeons, the relationship between experienced surgeons and novices. The participants of the roundtable were unanimous on the need for a series of measures aimed at providing more opportunities for the beginning surgeons and decreasing the effects of social risks associated with their job.

Key words: surgery, competence, supervision, risks.

Участниками круглого стола выступили:

1. Наталья Николаевна Седова - заслуженный деятель науки РФ, доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор, заведующая кафедрой философии, биоэтики и права Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ), заместитель Главного редактора журнала «Биоэтика», руководитель Отдела этической, правовой и социологической экспертизы в медицине Волгоградского медицинского научного центра (ВМНЦ).

2. Александр Викторович Быков - заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ ВолгГМУ, член экспертного совета ВМНЦ, врач высшей категории, действительный член Российского общества хирургов.

3. Ольга Владимировна Костенко – кандидат медицинских наук, доцент кафедры философии, биоэтики и права ВолгГМУ.

4. Ольга Александровна Чеботарева – ответственный секретарь Регионального Исследовательского Этического Комитета, кандидат социологических наук, старший научный сотрудник Отдела этической, правовой и социологической экспертизы в медицине ВМНЦ, доцент кафедры философии, биоэтики и права ВолгГМУ.

5. Кирилл Олегович Каплунов - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детских инфекционных болезней ВолгГМУ.

6. Геннадий Матвеевич Барсуков - кандидат технических наук, профессор кафедры экологического строительства и городского хозяйства Волгоградского государственного архитектурно-строительного университета (ВолгГАСУ), пациент хирургического отделения.

7. Сергей Владимирович Иванченко - отличник здравоохранения РФ, исполняющий обязанности заведующего хирургическим отделением Волгоградской областной клинической больницы №3 (ВОКБ №3), врач высшей категории.

8. Роман Викторович Мяконький – соискатель ученой степени кандидата медицинских наук, кафедра хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ ВолгГМУ, хирург хирургического отделения ВОКБ №3, врач первой категории, действительный член Российского общества хирургов.

9. Сергей Александрович Харлашин – инженер, пациент хирургического отделения.

Приводим (в сокращенном виде) запись беседы.

Н.Н. Седова: Добрый день уважаемые участники Круглого стола. Мы очень признательны вам за то, что нашли время и согласились принять участие в нашем мероприятии. В редакции журнала «Биоэтика» при поддержке ВМНЦ нами регулярно проводятся Круглые столы, посвященные парамедицинским и медицинским темам. Сегодня речь пойдет об особенностях вхождения в профессию начинающих хирургов. Нам предстоит разговор о том, как могут нестажированные хирурги, наиболее быстро адаптироваться в первичном профессиональном коллективе приступая к самостоятельной практической деятельности. Постараемся выяснить, какие существуют трудности и риски в клинической хирургической практике у начинающих хирургов. С одной стороны пациенты не доверяют и боятся молодых хирургов. С другой стороны, сам молодой хирург не всегда уверен в

своих силах. А с третьей стороны у молодого хирурга все очень хорошо получается. Главной целью нашего мероприятия является найти те векторы, которые позволили бы построить плодотворное взаимодействие начинающих и опытных хирургов, а также их пациентов. Давайте начнем обсуждение. Роман Викторович, что же есть профессионализация?

Р.В. Мьяконький: Профессионализация - целостный непрерывный процесс становления личности специалиста, который начинается с момента выбора будущей профессии и заканчивается, когда человек прекращает активную трудовую деятельность. Эффективность профессиональной деятельности любого врача определяется уровнем его профессиональной подготовки. Наравне с теоретической подготовкой в хирургии важны практические навыки. В связи с закономерной сменой поколений во врачебном сообществе, в частности, в хирургии, весьма актуальными вопросы реализации профессиональных возможностей на этапе приобретения профессиональных навыков молодыми хирургами.

Н.Н. Седова: А как вы считаете, равнозначны ли возможности возрастных и молодых хирургов? Ведь юридически они имеют равные права на осуществление профессиональной деятельности!

С.В. Иванченко: В своем интервью Российской газете, заместитель директора Института хирургии им. А.В. Вишневского профессор А.В. Чжао высказал следующую позицию: «Из каждых 10 выпускников медицинских вузов примерно один хочет быть хирургом и реально остается в этой специальности. Я не назову хирургом молодого человека, который только что получил сертификат на право работать в этой области. И не в одном медицинском учреждении такого молодого человека не допустят к операции, которая может нести риск для жизни пациента, даже, например, к аппендэктомии...». Даже на таком высоком уровне профессора признают, что полноценная замена работающих хирургов молодыми коллегами, получившими все необходимые документы и допуск к самостоятельной хирургической практике, на сегодняшний день невозможна.

А.В. Быков: Динамический процесс постоянного приобретения и потери ресурсов взаимодействующих субъектов есть адаптация специалиста. В масштабе жизни и деятельности конкретного человека имеют место как приобретение (профессионализм, мастерство, квалификация), так и параллельный процесс потери его ресурсов (профессиональная деформация личности, физические и психические заболевания). В масштабе организации это большая или меньшая эффективность реализации социальных функций по созиданию общественных благ. Говоря о нестажированных хирургах, нужно рассматривать лишь процесс профессиональной адаптации, поскольку профессиональная деформация во временном отношении не успевает еще развиться. Основными путями адаптации как активного приспособления человека к требованиям деятельности специалисты считают обучение и воспитание, привыкание, отбор и формирование индивидуального стиля деятельности. Начало самостоятельной клинической деятельности как этап профессионального становления для молодого малоопытного хирурга является серьезным испытанием. Это связано с достаточно ограниченным спектром трудовых функций, выполнением социальных

ролей в первичном коллективе, сложными переплетениями формальных и неформальных отношений с коллегами и руководством.

Н.Н. Седова: Многие ли уходят из профессии?

Р.В. Мьяконький: Согласно докладу Общероссийского народного фронта, в 2015 году в стране сохраняется отток медицинских кадров, из 7200 врачей, покинувших государственные медицинские организации, попавших в статистическую выборку, 6600 (т.е. около 92%) ушли работать в частные структуры.

С.В. Иванченко: Говоря о частном секторе медицины нужно иметь в виду, что начинающему хирургу, как правило, там нет места. Частные клиники не могут служить базой обучения начинающих хирургов, поскольку их владельцы не заинтересованы в трудоустройстве начинающих врачей с отсутствующими репутацией и опытом.

А.В. Быков: Сейчас наблюдается феномен возвращения в профессию. За прошлый год курсантами на факультете усовершенствования врачей стали хирурги, ранее ушедшие работать медицинскими представителями. Это связано с серьезными сокращениями, произошедшими в фармацевтических компаниях. А из выпускников вузов мало кто хочет идти сегодня в хирургию.

Н.Н. Седова: А с чем это связано?

А.В. Быков: Сегодняшнее поколение, которое заканчивает медицинские вузы в последние годы, меняется ментально. Они ориентированы на деньги. На первый план выходит финансовая сторона вопроса, их интересует высокая зарплата. Закончив вуз, они хотят сразу обеспечить себе достойный уровень жизни. А оклад начинающего хирурга, закончившего интернатуру или ординатуру, не имеющего квалификационной категории, работающего в хирургическом отделении обычной больницы по Волгоградской области составляет 19 500 рублей.

О.А. Чеботарева: Действительно, причины «непопулярности» хирургии - длительное обучение, социально-бытовые ограничения, высокая нагрузка и ответственность.

Н.Н. Седова: А есть ли какие-нибудь способы подработки?

А.В. Быков: Надеяться на благодарность от пациентов, так сказать ждать конверты. Но здесь при желании можно усмотреть коррупционную составляющую со всеми вытекающими последствиями. В Волгоградской области этого в крупных масштабах нет. Но это есть, потому что хирурги не могут прожить на те деньги, которые им платит государство. Как вариант подработки могут быть дежурства, но здесь нужен опыт. Но и даже опытный хирург, имеющий высшую категорию, если он будет дежурить, максимально, что он сможет заработать 30 000 рублей.

С.В. Иванченко: Хотел бы добавить, что не во всех больницах хирургу удастся дополнительно взять дежурства. Администрация больниц, с целью экономии средств, старается избежать дополнительных трат.

Н.Н. Седова: А что касается психологических и физических нагрузок в хирургии?

А.В. Быков: Опять же возвращаемся к мотивации. Если хирургия человеку нравится, он идет в профессию именно потому, что она ему нравится. Потому что эта работа сама по себе ему интересна.

С.В. Иванченко: Полностью согласен с Александром Викторовичем. Я считаю, что стать

хирургом это призвание. Это не просто хотеть стать хирургом, абсолютно любой не может им стать.

О.В. Костенко: Статистика многих социологических исследований говорит о том, что многие люди не любят свою работу или относятся к ней без энтузиазма, продолжая работать лишь для того, чтобы обеспечить свое существование. Вот в хирургии этого нет. Профессия выталкивает таких людей.

О.А. Чеботарева: В советский период был очень жесткий отбор в хирургию, существовала большая конкуренция. К примеру, с курса на котором обучалось 300 человек, лишь 60 могли попасть в субординатуру по хирургии. Чтобы иметь шанс стать хирургом студент должен был посещать кафедральный кружок, дежурить.

Н.Н. Седова: Мы подходим к каверзному вопросу. Получается, хирургов раньше лучше учили, чем сейчас?

А.В. Быков: Да, конечно! Безусловно, потому что сама по себе программа было составлена так, что присутствовала профессионализация. Я имею в виду субординатуру. На сегодняшний день ситуация такова, что мотивация врача-хирурга при прохождении обучения сводится не к овладению новыми знаниями и умениями, а к получению документа, необходимого для получения сертификата.

С.В. Иванченко: Проходя субординатуру, мы ходили к врачам в больницы, дежурили, нас знали и оставались потом с ними работать.

Г.М. Барсуков: Нужно согласиться с тем, что даже внешне несправнимо то, что было раньше и то, что есть сейчас. Даже потому, что раньше студент хотел учиться. Сегодня лишь 15% студентов стремятся к знаниям и овладению профессией. Остальные же ориентированы на получение диплома. И многие студенты не виноваты в своей позиции. Ведь раньше были серьезные социальные гарантии: приемлемая стипендия, а затем и зарплата, собственно трудоустройство, обеспечение молодого специалиста жильем. Отсюда была и заинтересованность. А сейчас молодой специалист ничего не имеет. То есть он сейчас живет за счет родителей. Снизилось качество преподавания и кадровый потенциал преподавателей. Зачастую как происходит: закончил вуз, защитил диссертацию и, не имея опыта, преподает студентам. Особенно это опасно в хирургии. Чему может научить преподаватель-хирург сам не умеющий оперировать?

К.О. Каплунов: У меня появилась мысль. Уважаемый Геннадий Матвеевич, озвучил, что небольшой процент специалистов хотят получать знания. Но есть и другая сторона. Чтобы из молодого врача вырастить толкового, значимого специалиста профессиональное сообщество не заинтересовано. И причина тут в том, что опытные коллеги не мотивированы на достижение успехов неопытными коллегами. Они сами зарабатывают очень ограниченные средства, и нет никакой заинтересованности. На мой взгляд, процесс профессионализации хирурга – это процесс двусторонний. С одной стороны выступает молодой не стажированный хирург, а с другой опытный стажированный коллега. С дух сторон должна быть мотивация. И другого не дано.

Н.Н. Седова: В настоящее время произошел переход на трехуровневую систему медицинской помощи. Но, вот этот принцип, не создает ли он социального, профессионального неравенства?

С.А. Харлашин: Социальное неравенство присутствует не только в профессии, но и в повседневной жизни. И в настоящее время обучению молодого хирурга на рабочем месте не уделяется должного внимания.

С.В. Иванченко: Да, это в подавляющем большинстве случаев так. Хотелось бы вернуть советскую модель отношения к молодым коллегам, когда в медицинских коллективах существовала традиция, помогать молодым врачам, овладевать профессией, что являлось непреложным атрибутом врачебной этики.

Р.В. Мьяконький: В советский период со всеми его недостатками, были и положительные, я бы сказал фундаментальные моменты в образовании – профессиональная преемственность поколений. На сегодняшний день в отечественном здравоохранении работают принципы рыночной экономики, что создает трудности для получения опыта не стажированными врачами-хирургами в освоении профессиональных навыков. На начальных этапах профессионального становления молодому хирургу, что называется нужно «жить» в больнице. Тогда есть шанс, что тебя заметят и постепенно что-то начнут давать самостоятельно делать. Опять же это все строится на индивидуальной инициативе, как такового института наставничества на сегодняшний момент не существует.

О.А. Чеботарева: Для начинающих самостоятельную деятельность хирургов характерна сверхнормативная активность как следствие неудовлетворенности своим положением, своим статусом, отношением коллег в коллективе. В свою очередь данное обстоятельство подкрепляется осознанием недостаточного уровня своей компетентности и профессиональной беспомощности.

С.В. Иванченко: Необходимо возрождать систему наставничества. То есть когда бы за определенным опытным врачом закреплялся бы не стажированный коллега, можем назвать его резидент или стажер. И по результатам освоенных им навыков и умение наставник нес бы ответственность и получал некоторые преференции. Тогда бы у наставника была бы мотивация передавать опыт и способствовать профессиональному росту молодого коллеги.

А.В. Быков: Раньше действительно такой институт существовал, но не был закреплён юридически. Студент при желании мог попасть в клинику с первого курса. Студент приходил, сам начинал дежурить, никто ему в этом не мешал. Видя его неподдельный интерес, над ним брали своеобразное шефство, включали в операционную бригаду, он ассистировал. Многие из студентов тех лет уже на начальных курсах самостоятельно выполняли не одну аппендэктомию. И это было возможно, потому что рядом всегда находился негласный наставник. Если видели что парень толковый, ему можно доверять, то он таким образом попадал в неофициальный институт наставников. Его кто-то опекал. Часто привязывались к конкретному хирургу. Наставник и стажер привыкают друг к другу, возможно, складываются даже дружеские отношения. И на этом фоне, совместных тягот и лишений службы, происходит процесс передачи знаний и умений. И это было возможно при советской власти, потому что студент не был ограничен в возможностях, он мог полноценно участвовать в лечебном процессе, ассистировать, оперировать. Сейчас юридически это невозможно.

Р.В. Мяконький: Действительно, в настоящее время очень много ограничений в становлении специалиста, в том числе и юридических.

А.В. Быков: Пациента нужно ставить в известность, получить его согласие на участие в его лечении студента или стажера. Не каждый пациент на это согласится. Я вот, например, первую самостоятельную аппендэктомию выполнил в конце пятого курса. Кто бы сейчас разрешил такое студенту? Поскольку это серьезное дело и в случае наступления неблагоприятных результатов чревато наказанием.

Р.В. Мяконький: Ограничения действительно есть, главным образом юридические. Именно они становятся краеугольным камнем в нежелании преподавателей рисковать и доверять выполнение операций студентам и даже интернам. Лично я, свою первую аппендэктомию выполнил в конце клинической интернатуры. При этом хочу отметить, что перед тем как поступить в Волгоградский государственный медицинский университет окончил Шахтинское медицинское училище им. Г.В. Кузнецовой. Таким образом, будучи старше и в некотором смысле опытные своих коллег по интернатуре столкнулся с вышеуказанными ограничениями.

Н.Н. Седова: Кстати о правовом аспекте обсуждаемого вопроса. Есть ли какие-либо юридические ограничения на деятельность молодого хирурга?

С.В. Иванченко: Официальных ограничений нет. Получил диплом, прошел обучение в клинической интернатуре или ординатуре, выдержал сертификационный экзамен и формально можешь выполнять все виды вмешательств в рамках своей специализации. Но в жизни дело обстоит иначе, можешь, но не умеешь. А ответственность в случае неправильного лечения несешь в полном объеме.

К.О. Каплунов: Вы правы. Проблема юридической незащищенности неопытных врачей очень актуальна. В советское время существовало негласное правило: не наказывать ни административно, ни, тем более, уголовно молодых докторов со стажем работы до трех лет. Сегодня ситуация обратная: молодой доктор лицом к лицу сталкивается с многочисленными сложностями профессии.

Р.В. Мяконький: На самом деле, если все проходит хорошо, то претензий нет. Но если вдруг возникают осложнения или смерть пациента – тут начинаются серьезные проблемы. И никто не берет во внимание то обстоятельство, что риск наступления негативных социальных явлений у нестажированного хирурга по объективным причинам выше, чем у опытного коллеги. В этом плане можно сказать, что молодой хирург менее защищен и более уязвим. Ведь риски, связанные с его неопытностью, никак не застрахованы.

Н.Н. Седова: Что значит молодой нестажированный хирург?

К.О. Каплунов: Здесь можно сослаться на профессора В.В. Деларю, который определяет нестажированность специалиста как опыт самостоятельной практической деятельности менее 5 лет.

А.В. Быков: По моему глубокому убеждению, эта градация применительно к хирургической практике весьма условна и не может быть применима в полной мере. Во-первых, в хирургии, как и в других врачебных специальностях, применяется система

аттестации на квалификационные категории. Вторая категория может быть присвоена через 3 года практической деятельности, первая через 5 лет и высшая через 7 лет соответственно. Но врач может и не сдавать на квалификационную категорию, это не обязательно. Хирург даже со второй квалификационной категорией не может считаться нестажированным.

Если касаться официальных документов, то хирург считается состоявшимся специалистом, когда он получает квалификационную категорию. В тоже время, можно иметь стаж работы 10 лет и не владеть необходимым объемом практических навыков. Хотя в целом, через 5 лет можно уже понять, что из себя представляет тот или иной хирург.

Н.Н. Седова: Таким образом, мы выделили три ограничения для работы молодого хирурга. Первое, неформальное, когда нестажированному специалисту не доверяют выполнять сложных операций. Второе, формальное, когда молодой хирург должен выполнить определенное количество операций, чтобы уверенно самостоятельно действовать. Третье, материальное – то что он должен не просто оперировать и лечить больных, а также содержать семью и поддерживать достаточный социальный уровень жизни. Но хотелось бы знать мнение на этот счет пациентов. Есть ли ограничения со стороны пациентов по отношению к молодым хирургам. Бывает ли так, что пациенты отказываются идти к молодым хирургам?

Р.В. Мяконький: Проведенное нами в текущем году анкетирование среди пациентов хирургических отделений установило, цитирую, 96,4% респондентов отождествляют возраст врача с его опытом. Сменить молодого лечащего врача потенциально изъявили желание 41,4% опрошенных, 27,4% не хотели этого, 5,2% затруднились ответить и 26,3% респондентов были удовлетворены лечением, проводимым молодыми хирургами. До 57,8% пациентов не интересуются перед операцией у оперирующего хирурга его опытом выполнения операций, 21% не задумывается об этом, не допуская мысли о том, что они могут попасть «в руки» неопытного хирурга. При этом 10,5% пациентов готовы доверить неопытному хирургу провести на них операцию впервые (большинство респондентов, поступивших в срочном порядке), 42,1% готовы к этому при условии, если ему будет ассистировать (помогать) опытный коллега, 31,5% категорически против того, чтобы операция выполнялась неопытным хирургом.

С.А. Харлашин: Если хирург с душой относится к своему делу, то почему ему не довериться. На мой взгляд, основная задача – это заинтересовать молодого специалиста, способствовать тому, чтобы от загорелся тем делом, которое ему поручили и которому он себя посвящает. И здесь большая роль отводится первичному коллективу, куду приходит хирург. Со стороны пациентов должно также быть понимание к молодому хирургу. Случается так, что молодой доктор стремится сделать лучше порученную ему операцию, нежели матерый хирург.

О.В. Костенко: Объяснение тому, что молодой специалист стремится ответственно и хорошо выполнить порученное ему дело, при наличии должной мотивации кроется в желании самоутвердиться и показать коллективу, что он может быть полноправным его членом. Что касается

опытных хирургов с большим стажем, то здесь неминуемо присутствуют в той или иной мере элементы профессиональной деформации, а пророй и выгорания. Так случилось, что 15 лет назад по поводу паховой грыжи меня оперировал опытный хирург, а не так давно по такому же поводу меня оперировал молодой хирург. Я хочу сказать, что возраст здесь ни при чем. Главное отношение к делу. Честно говоря, передо мной не был поставлен выбор. К какому хирургу попал, тому и доверился.

А.В. Быков: В доверии пациента к врачу во многом зависит, как врач себя подает и разговаривает с пациентом. Приведу пример, у нас на кафедре был интерн, он затем не стал работать хирургом, он старался, но как у хирурга у него ничего не получалось. Он так разговаривал с пациентами, они просто от него млели. Хотя как хирург он был ниже среднего, но как психолог все делал отлично. И вот значит, пациентка с холедохолитиазом, механической желтухой, надо оперировать. Я как заведующий хирургическим отделением решаю ее оперировать. Прихожу к ней в палату объясняю ситуацию. Она мне говорит, Александр Викторович, я Вас уважаю, Вы замечательный хирург, но я хотела бы, чтобы оперировал меня Вася. Я ей говорю, Вася он же интерн, он вообще еще не хирург. Она мне активно возражает, что он молодец, все у него получится... И в конце концов я же сама решаю какой врач меня будет оперировать. Возник конфликт, и потребовалось полдня, чтобы убедить пациентку в том, что Вася не сможет выполнить необходимый объем операции. Вот вам пример, веры пациента в хорошего врача.

Г.М. Барсуков: Не имея личного опыта, пациент, попадая в то или иное хирургическое отделение, тем более, если требуется операция, действительно начинает интересоваться хирургами, кто о ком какого мнения. В большей степени это происходит при плановых ситуациях, когда есть некоторое время для размышления. Иное дело когда ситуация экстренная, что называется вопрос жизни и смерти, и тут уже как повезет.

Н.Н. Седова: Существует ли в хирургии дискриминация по гендерному признаку?

А.В. Быков: На сегодняшний день хирургия продолжает оставаться мужской профессией, собственно издавна так повелось. Женщины в хирургию идут менее охотно. Но если женщина, выдержав конкуренцию, пробилась, то она может быть незаурядным хирургом.

Р.В. Мясников: Говоря о гендерности в хирургии, хочется привести собственные данные. Проведенное анкетирование показало, что для 47,3% пол хирурга не имеет значения, при этом 49,9% респондентов отождествляют хирурга с мужским полом. В вопросах, касающихся интимной сферы (операции на прямой кишке, гениталиях и т.п.) или по религиозным убеждениям (например, ислам) пациенты чувствуют себя более комфортно, когда врач одного с ними пола.

Н.Н. Седова: Можно сделать вывод, что со стороны пациентов ограничений на деятельность молодых хирургов собственно нет. То есть обязательно найдутся пациенты, которые хотят лечиться у молодого хирурга. Ольга Александровна, а к какому хирургу пошли бы Вы?

О.А. Чеботарева: Все зависит от ситуации, как на тот момент ты себя чувствуешь. Если совсем тяжело, то не очень-то будешь смотреть на того, кто

окажет помощь. Другими словами, когда выбирать не приходится и нужно скорейшая помощь.

О.А. Чеботарева: А у меня другой пример. Касается он взаимодействия молодого и опытного хирурга. Мой студент, он тоже пробовал работать хирургом, а случилось следующее. Поступила пациентка с острым аппендицитом, он собирался ее оперировать, и тут перед самой операцией она ему сообщила, что она ВИЧ-инфицированная. И он, говорит, отказался. И пошел оперировать ответственный дежурный хирург. Он пришел к более старшему коллеге и честно сказал, я ее боюсь. У него двое малолетних детей.

С.В. Иванченко: Хирург не вправе отказываться от операции, если у пациента ВИЧ.

А.В. Быков: Если хирург может доказать, что он ненадлежащим образом защищен, тогда он вправе отказаться от операции. А незащищенность хирурга, отсутствие специальных средств защиты, она сплошь и рядом. Такова реальность нашего времени. Помимо средств индивидуальной защиты, врач прежде всего должен быть защищен своим опытом. И еще должен быть защищен его профессиональный риск через страховую компанию. Что в России абсолютно отсутствует.

Н.Н. Седова: Мы все время говорим о том, что было раньше, и не говорим о том, что будет. Что можно сделать для изменения ситуации, чтобы молодые хирурги входили в профессию, во-первых, благополучно, постепенно и эффективно. Давайте каждый участник нашего Круглого стола попробует внести предложение.

А.В. Быков: Первое, надо мотивировать хирургов, чтобы они шли в профессию. Второе, вводить резидентуру. Возрождение не только неформального института наставничества, но и воплощение в жизни его документально, возможно, закрепленного законодательно.

С.В. Иванченко: Стипендия интерна, ординатора и резидента должна быть достаточной для поддержания достаточного социального уровня, чтобы человек мог полноценно овладеть профессией.

К.О. Каплунов: Наставник, эффективно подготовивший молодого коллегу, должен рассчитывать за эту работу на адекватную зарплату или достаточное дополнение к ней. Другое дело, откуда брать на это средства.

Г.М. Барсуков: Увеличение сроков обучения, наверное, обосновано. Со временем приходит опыт. Но будет ли желание так долго учиться? Как вариант нужно рассмотреть возможность закрепления студентов за конкретными лечебными учреждениями, где они будут трудоустроены после окончания обучения. Должна быть взаимосвязь между вузом и учреждениями.

О.В. Костенко: Достойная заработная плата и на этапе обучения и по его завершении. Должны быть социальные гарантии со стороны государства.

О.А. Чеботарева: Сегодня в обществе взят финансовый вектор, за которым теряется сам человек. Наверное, наступило время изменения общественной парадигмы, в которой внимание снова будет обращено к человеку труда, а не к кошельку.

С.А. Харлашин: Соглашусь с тем, что нужно реанимировать основы советского образования, ведь оно действительно было лучшим и наиболее эффективным в мире. По окончании обучения специалист должен быть трудоустроен с

гарантированной приемлемой зарплатой. Обеспечения начинающих специалистов социальными льготами и жильем. Введение системы распределения.

Р.В. Мяконький: Именно финансовая сторона вопроса определяет твой социальный статус. Если невозможно повысить зарплату до значительного уровня, то возможно рассмотреть вопрос о социальных льготах молодым специалистам. Например, устройство детей в детские сады вне очереди или на особых условиях, снижение тарифов ЖКХ и субсидии за квартиру.

Н.Н. Седова: Еще одна важная вещь, упал престиж врача в российском обществе и его продолжают настойчиво опускать. Агитация против медицины и врачей вполне состоятельна и организована. Подтасовки фактов в средствах массовой информации можно найти чуть ли не ежедневно. Чтобы не произошло, за все отвечает врач. Пациент находится в привилегированном положении, у него обязанностей нет, лишь одни права.

А.В. Быков: В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статье 27 сказано «Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья». Но как он это делает, никто не контролирует. Законодательство в нашей стране перекошено в пользу пациента и в ущерб медицинским работникам. Необходим закон, который регламентировал бы обязанности пациента при взаимоотношениях с медицинскими работниками, который сбалансировал бы ситуацию, поставив всех участников отношений в равные условия.

Н.Н. Седова: Соглашусь, что нормативная база в российском здравоохранении несовершенно и требует серьезной доработки. Завершая нашу встречу, хочется еще раз поблагодарить всех собравшихся. Всем большое спасибо за участие!

По результатам Круглого стола были предложены следующие рекомендации:

1. Активировать работу профессионального хирургического сообщества на создание официального института наставничества, что позволит начинающим хирургам более эффективно приобретать профессиональные компетенции.

2. Просить органы управления здравоохранения регионального уровня решить вопрос о повышении социальных гарантий и разработки льгот для врачей региона, в частности, для начинающих специалистов хирургического профиля.

Литература:

1. Айвазян Ш.Г., Доники А.Д. Права врача в проблемном поле биоэтики (случай из европейской практики) // Биоэтика – 2015 - № 1(15) – С.35-37
2. Доники А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика - 2015.- № 1(15). С.58-60.
3. Доники А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. - № 2(10). - 2012. - С.54-55.
- 4.Петров В.И. Биоэтика и персонализированная медицина. // Биоэтика - - 2014 . - № 2. – С.5-6
- 5.Седова Н.Н. Все законы когда-то были нормами морали, но не все моральные нормы становятся законами // Биоэтика.– 2009.- № 1(3) – С.37-40.
- 6.Седова Н.Н. [Образование в области биоэтики как интернациональная проблема](#) // Биоэтика. – 2012. - №2 (10). – С.22-26.

7.Седова Н.Н. Биоэтика. Учебник для студентов медицинских вузов. М.: Изд-во «КноРус», 2016. – 242 с.

8. Теунова Д.Н., Доники А.Д., Титовская В.А. Информированное согласие в проблемном поле юриспруденции и биоэтики // Биоэтика – 2014 – № 2 (14) 2014 – С.44-46.

9. Donika A.D., Chernyshkova E.V., Andriyanova E.A. Bioethical content of current studies on profiessio genesis problems in medicine // Биоэтика. - 2016.- № 1 (17). - С. 34-38.

10.Zhura V.V., Rudova Yu.V. Bioethical aspects of medical discourse // Биоэтика. 2016. № 1 (17). С. 42-46.

References:

1. Ajvazyan SH.G., Donika A.D. Prava vracha v problemnom pole bioetiki (sluchaj iz evropejskoj praktiki) // Bioetika – 2015 - № 1(15) – S.35-37
2. Donika A.D. Problema formirovaniya ehticheskikh regulyatorov professional'noj deyatel'nosti vracha // Bioetika - 2015.- № 1(15). S.58-60.
3. Donika A.D. Medicinskoje pravo: evropejskie tradicii i mezhdunarodnye tendencii // Bioetika. № 2(10). 2012. S.54-55
4. Petrov V.I. Bioetika i personalizirovannaya medicina. // Bioetika - - 2014 . - № 2. – S.5-6
5. Sedova N.N. Vse zakony kogda-to byli normami morali, no ne vse moral'nye normy stanovjatsya zakonami // Bioetika.–2009.- № 1(3) – S.37-40.
- 6 .Sedova N.N. Obrazovanie v oblasti bioetiki kak internacional'naya problema // Bioetika. – 2012. - №2 (10). – S.22-26.
- 7.Sedova N.N. Bioetika. Uchebnik dlya studentov medicinskih vuzov. M.: Izd-vo «KnoRus», 2016. – 242 s.
8. Teunova D.N., Donika A.D., Titovskaya V.A. Informirovannoe soglasie v problemnom pole yurisprudencii i bioetiki // Bioetika – 2014 – № 2 (14) 2014 – S.44-46.
9. Donika A.D., Chernyshkova E.V., Andriyanova E.A. Bioethical content of current studies on profiessio genesis problems in medicine // Биоэтика. - 2016.- № 1 (17). - С. 34-38.
10. Zhura V.V., Rudova Yu.V. Bioethical aspects of medical discourse // Биоэтика. 2016. № 1 (17). С. 42-46.