

## Неврология в России: реальность и стремление к идеалу

**А.С. Петрухин**

ООО «Институт детской и взрослой неврологии и эпилепсии им. Свт. Луки»;  
Россия, 119579 Россия, Москва, ул. Акад. Анохина, 9

**Контакты:** Андрей Сергеевич Петрухин [info@epiclinic.ru](mailto:info@epiclinic.ru)

Всем известно и стало уже штампом определение «Мозг человека — высшее достижение биологической эволюции». Из данного определения понятно, что это высшее достижение всего живого на Земле должно изучаться самыми высококвалифицированными специалистами как в условиях его физиологического состояния, так и в условиях патологии. Однако необходимо отметить, что интенсивность изучения мозга именно в нашей стране, бывшей в лидерах в этой сфере науки в начале и до середины XX века, в конце XX века снизилась и в XXI веке упала до очень низкого уровня, тогда как за рубежом конец XX века стал десятилетием нейронаук. Именно за эти последние 10 лет произошли бурные преобразования в неврологии. И наука, базировавшаяся на детальном изучении анатомии, а также строения и функционирования нейронов и рефлекторном принципе функционирования нервной системы, впервые сформулированном русскими учеными И.М. Сеченовым, И.П. Павловым и В.М. Бехтеревым, получила свое дальнейшее развитие в направлении детального изучения метаболизма и его генетического контроля уже на молекулярном уровне. Об интенсивности научных исследований свидетельствует тот факт, что на изучение описательной анатомии человечество потратило 400 лет, на исследование клеточного строения и рефлекторного принципа функционирования нервной системы — 100 лет, а изучение молекулярного уровня стремительно развивается в течение последних 25 лет. Благодаря успехам генетики в настоящее время пересмотрены многие принципы классификации болезней нервной системы, стала возможной точная диагностика заболеваний на основе изучения молекулярных механизмов их развития. В настоящее время клиницисту недостаточно привести только шифр заболевания по Международной классификации болезней 10-го пересмотра, необходимо также указать шифр из каталога OMIM (каталог менделирующих признаков человека, задуманный выдающимся русским неврологом-клиницистом С.Н. Давиденковым и реализованный, как это часто бывает, американским ученым В. Маккьюсом) в том случае, если заболевание имеет наследственную природу. Ежегодно этот каталог пополняется новыми нозологическими формами, их уже более 500, а, как известно (но, к сожалению, не всем),

неврология как клиническая дисциплина включает более 2500 нозологических форм как наследственных, так и ненаследственных (например, инфекционных) заболеваний, а также заболеваний аутоиммунного характера, при которых роль наследственного компонента еще недостаточно установлена, но имеет место. И все это многообразие клиницист-невролог должен знать пусть не в деталях, но хотя бы в общих чертах, чтобы заподозрить патологию и направить пациента к нужным специалистам, которые смогут уточнить, достоверно изучить клинику и патогенез заболевания и назначить нужное и эффективное лечение. Необходимо отметить, что заболевания мозга, особенно наследственные, по отдельности встречаются с небольшой частотой, но в совокупности они составляют чуть менее четверти всех нозологических форм, а некоторые столь редки, что шанс очного знакомства с ними невелик даже у врача с большим стажем. Тем не менее каждый практикующий врач должен знать, что такие формы существуют. Таким образом, главная проблема неврологии в нашей стране заключается в качественной подготовке врачей-неврологов!

По числу неврологов мы намного опережаем европейские страны и страны североамериканского континента. Однако это не отражается на эффективности работы, о чем свидетельствует, например, тот факт, что по количеству инсультов мы находимся на уровне Южно-Африканской Республики. Попытки приблизиться по показателям выживаемости после инсульта или показателям Индекса человеческого развития к развитым странам с высоким качеством жизни пока не увенчались успехом. Несмотря на значительное продвижение в организации неврологической помощи по сравнению с Советским Союзом, в нашей медицине по-прежнему существуют проблемы, возникшие еще в советские времена. В частности, сказываются последствия неудачных реформ в здравоохранении, приведшие к практически полному исчезновению среднего медицинского персонала. Кроме того, сказывается и недостаточная квалификация врачей, когда пытаются победить «не умением, а числом», перефразируя известное изречение А.В. Суворова.

О том, что в квалификации врачей мы уступаем развитым странам, свидетельствует и тот факт, что отечественных публикаций, поданных в журналы

от практических врачей, значительно меньше западноевропейских, хотя большинство новых синдромов, открытых в мире, было впервые изучено и описано именно практическими врачами. Почему это происходит? Корни этого явления прежде всего в образовании. Так, количество часов, выделенных на изучение неврологии в высшей школе, неуклонно сокращается. Более того, эксперименты с учебной программой привели к тому, что студенты медицинских вузов не могут не только детально изучить топическую диагностику и клинику нервных болезней, но даже узнать о существовании многих видов заболеваний. Приведу яркий пример: в Военно-медицинской академии до революции и до середины XX века неврология изучалась в течение 160 ч, а затем, начиная с последнего десятилетия XX века, количество часов неуклонно сокращалось. А в настоящее время, несмотря на колоссальный научный прогресс в этой дисциплине, количество практических занятий сократилось на треть! Такая же ситуация во многих других медицинских вузах, а в некоторых университетах пошла еще дальше, объединив кафедру неврологии с кафедрой психиатрии или глазных болезней. Да что далеко ходить — в нашем университете в 2010 г. пытались объединить кафедру неврологии педиатрического факультета с кафедрой стоматологии. К счастью, эта попытка не увенчалась успехом.

Уступая по количеству часов в программе преподавания этой дисциплины западноевропейским и североамериканским высшим учебным заведениям, мы пытались восполнить этот пробел на занятиях научно-студенческих кружков. Однако до сих пор сказывается слабая подготовка и по медицинской генетике — результат гонений на эту науку с 30-х по 60-е годы XX века, и это отставание мы до сих пор не можем преодолеть. Может быть, это и правильно, что преподавание медицинской генетики передали на кафедру неврологии, поскольку до 70 % нозологических форм неврологических заболеваний имеют наследственную природу. Однако преподавание этой дисциплины ограничено буквально мизерным количеством часов, да и преподавать на старших курсах нужно не медицинскую, а клиническую генетику. Более того, студенты медицинских вузов весьма неохотно изучают неврологию: эта наука для них непонятна, они часто ссылаются на мудреную терминологию, оправдываясь тем, что неврология им не нужна, что они выберут другую специальность — и вот с такими неполными знаниями они и получают диплом врача.

Ниже приводится программа по неврологии с указанием часов, выделенных на изучение отдельных тем:

- Модуль 1. Медицинский менеджмент и медицинское право (1,5 ч);
- Модуль 2. Общие методы обследования неврологических больных (2 ч);

- 2.1. Лабораторные методы исследования в диагностике неврологических заболеваний (1 ч);
- 2.2. Инструментальные и аппаратные методы диагностики в неврологической клинике (1 ч);
- Модуль 3. Топическая диагностика нервной системы (18 ч):
  - 3.1. Нейрофизиологические и нейрохимические основы неврологической патологии (2 ч);
  - 3.2. Методика обследования больных с патологией нервной системы (3 ч);
  - 3.3. Чувствительность. Виды и типы расстройств чувствительности. Боль. Мозжечок. Экстрапирамидная система (1,5 ч);
  - 3.4. Система произвольных движений и их расстройства (6 ч);
  - 3.5. Черепно-мозговая иннервация (2,5 ч);
  - 3.6. Вегетативная нервная система. Надсегментарный и сегментарный отдел (3,5 ч);
  - 3.7. Периферическая нервная система (3 ч);
  - 3.8. Цитоархитектоника коры больших полушарий головного мозга (2 ч);
- Модуль 4. Частные неврологические синдромы (25 ч):
  - 4.1. Нарушения сознания (5,5 ч);
  - 4.2. Отек мозга. Общемозговой и менингеальный синдромы (3,5 ч);
  - 4.3. Болевые синдромы в неврологии (3,5 ч);
  - 4.4. Синдромы поражения мозгового ствола. Бульбарные и псевдобульбарные параличи (5,5 ч);
  - 4.5. Синдромы поражения спинного мозга и периферической нервной системы (3,5 ч);
  - 4.6. Смерть мозга (3,5 ч);
  - 4.7. Синдром Гийена—Барре (3,5 ч);
  - 4.8. Ятрогенные синдромы и отравления как неотложные состояния (3,5 ч);
- Модуль 5. Частные нозологические формы (26 ч):
  - 5.1. Сосудистые заболевания нервной системы (5,5 ч);
  - 5.2. Пароксизмальные расстройства (4 ч);
  - 5.3. Инфекции нервной системы (7,5 ч);
  - 5.4. Наследственно-дегенеративные заболевания (1,5 ч);
  - 5.5. Травмы центральной и периферической нервной системы (4 ч);
  - 5.6. Тестовый контроль. Экзамен (4 ч).

Обратите внимание: на изучение нейрофизиологии выделяется всего 2 ч! А ведь наша страна в XX веке была лидером в ее изучении, но в России нет специальности «клинический нейрофизиолог». На изучение нейродегенеративных болезней отведено всего 1,5 ч, а ведь среди этих заболеваний выделено более 500 форм нейрометаболических расстройств.

Далее для тех, кто выбрал неврологию своей профессией, имеется клиническая ординатура. Длится она

всего 2 года, за которые будущий специалист должен изучить топическую диагностику и те самые 2500 нозологических форм неврологических заболеваний. После окончания ординатуры неврологи работают в поликлинике и стационарах, проходя циклы усовершенствования 1 раз в 5 лет. В постдипломной подготовке врачей-неврологов в настоящее время предусмотрено 144 ч для сертификационного цикла, и такая норма будет сохраняться до 2021 г., количество часов закреплено нормативными документами. Ранее, а именно до 2016 г., на кафедре неврологии и нейрохирургии лечебного факультета сертификационный цикл составлял 360 ч!

Существуют и дистанционные формы обучения с привлечением ведущих специалистов как нашей страны, так и из-за рубежа. С 2021 г. предусматривается другая модель — постоянное непрерывное медицинское образование: каждый врач будет составлять портфолио, по которому будет проводиться аттестация специалистов. Портфолио будет составлять 36 ч очного обучения + 14 ч за посещение медицинских конференций и до 18 ч электронного обучения (так называемый электронно-образовательный модуль).

Сравним с образованием и преподаванием медицины во Франции:

1. Вначале по получении среднего образования по большому конкурсу отбираются будущие студенты на 1-й год обучения медицине (1-й курс по-нашему), причем могут конкурировать только те абитуриенты, которые получили достойные баллы по окончании школы.

2. После 1-го года обучения (которое включает только теорию) происходит большое отсеивание по результатам опять же конкурса. Это очень ответственный момент! Остается только половина студентов, которые могут дальше идти учиться на последующие курсы.

3. Со 2-го курса одновременно с изучением теории начинается практика в клинике. Ежедневно каждый студент до или после лекций приходит в клинику и обучается на практике у кровати больного: семиология, обследование, аускультация и пр. Контролируют студента интерны и заведующие отделениями. Каждые 2–3 нед студент сдает своего рода тест на знания и умения (мы заимствовали иностранный термин «компетенции»). Все оценки и отметки о качествах, знаниях и поведении студента выставляются в дневнике, который он сдает в университет, чтобы получить допуск к экзамену (пропуски, небрежность в одежде и пр. тоже отмечаются). Также со 2-го по 6-й курс он берет дежурства. Дежурства во всех отделениях, особенно на скорой помощи, обязательны!

4. По истечении 6 лет студент проходит наиболее ответственный конкурс по балльной системе, который длится 2 дня — окончание медицинского вуза и поступление в интернатуру. Отсеивается половина студентов. Прошедшие студенты в зависимости от количества баллов идут в более или менее престижные

клиники или специальности в интернатуру (длительность обучения составляет от 4 до 5 лет, что зависит от специальности). Врач-интерн берет на себя основную нагрузку в отделении, включая консультации и дежурства.

5. По окончании интернатуры защищается диссертация (обязательно) и выдается диплом, дающий право практиковать медицину, в том числе в частной сфере. Итого проходит 10–11 лет с момента поступления на 1-й курс университета.

6. При желании специализироваться, например, по неврологии, необходимо пройти 2 года обучения (теория и как минимум 6 мес практики) и сдать 2 экзамена, 1 раз в год, а также защитить диплом. Отсеивается половина! Чтобы выбрать детскую неврологию, нужно сначала пройти интернатуру по педиатрии и в конце 3-го года начинать специализироваться... в течение 2 лет как минимум. Чтобы стать взрослым неврологом, нужно также начинать интернатуру по терапии, по общей медицине и далее несколько лет специализироваться.

7. Продолженное обучение и публикации приветствуются, особенно в университетских клиниках и для тех, кто планирует карьерный рост. Выступления на международных конгрессах, дополнительная специализация (ЭЭГ, УЗИ, психология и пр.) дают преимущества, но не сразу. Вообще молодые специалисты не сразу приобретают репутацию: даже если они блестяще себя показали ранее, им приходится долго и усердно доказывать свои способности на протяжении долгих лет, и только после 40 лет или позднее они могут получить признание (иногда это быстрее происходит за границей, чем у них на родине, во Франции).

В заключение, учитывая вышесказанное, хочу выразить свое личное мнение врача и преподавателя с полувековым стажем: все попытки регулирования процесса преподавания на протяжении многих лет приводили к еще худшему результату. Это касается не только высшей школы, но и средней, а именно оттуда мы получаем абитуриентов. Маленький пример: в России до начала XX века в гимназии (только окончившие гимназию могли поступить в университет) изучали 2 «мертвых» языка: латынь и греческий (гимназисты могли свободно читать книги на греческом), а также 1 иностранный язык, обычно французский, которым настолько свободно владели, что, например, Л.Н. Толстой треть романа «Война и мир» написал на французском. Поэтому и писатели русские были известны и почитаемы во всем мире. Благодаря полученным знаниям в гимназии или нормальной школе, а затем в университетах и технических училищах русские ученые изучили строение атомного ядра, освоили атомную энергию, создали авиацию и работали в космическом пространстве. Сейчас же школьники, несмотря на колоссальную часовую

нагрузку, не только иностранным языком не владеют, но и по-русски пишут с трудом. В процессы постдипломного преподавания постоянно вводятся так называемые «усовершенствования», внедряются иностранные термины и обозначения, смысл которых не всегда понятен и не имеет никакого влияния на качество: почему «модуль», а не «раздел», почему «компетенции», а не «знания и умения»? Механический перенос каких-то частных форм преподавания и контроля знаний в отечественную систему преподавания, введение ЕГЭ в средней школе и тестового контроля в высшей школе и постдипломном образовании, заменяя индивидуальный подход, учитывающий особенности личности будущего врача и специалиста, да еще и с всеобщим стремлением уложить весь клинический опыт в стандарты, неизбежно приведет к снижению качества врача-специалиста в первую очередь из-за отсутствия логического мышления. Приведу для подтверждения этих слов высказывание великого американского хирурга, пионера нейрохирургии Харви Кушинга: «Мы пытаемся стать стандартизированной страной, и, возможно, это не так и плохо, если мы уже смогли достигнуть индустриального прогресса. Однако стандартизация нашей системы образования может уничтожить индивидуальность, вновь отбрасывая нас назад. Человеческие качества, которые действительно ценятся в этом мире, ничем нельзя измерить, никакие тесты или экзамены не в состоянии оценить самое важное качество человека — его индивидуальность».

Кроме того, я думаю, сказывается еще и потеря волевых свойств, которые необходимы в работе врача. Многочисленные процессы по делам медиков, проводимые в сталинский период, не могли не сказаться на характере и подготовке врачей. Показателем является полное отсутствие описаний новых заболеваний советскими врачами после печально известной разгромной Павловской сессии Академии наук СССР. Обратите внимание, сейчас эта ситуация еще более усугубилась — наши врачи не только не описывают новые случаи и новые синдромы, но и не высказывают своего мнения по острым вопросам медицины, таким как проблема борьбы с болью, отсутствие важнейших медикаментов, в частности препаратов для купирования эпилептического статуса. На мой взгляд, действительные качества человека проявляются лишь в момент стрессовой ситуации, при ощущении груза ответственности. «Тогда с него слетает всякая шелуха, и он являет нам свое истинное лицо, способное удивить не только его самого, но и его учителей», — это было сказано Х. Кушингом еще в начале XX века. Сейчас же в постдипломном образовании царит настолько жесткий контроль над действиями врача, что ординаторам не разрешают описывать больного и вносить записи в историю болезни. А как же тогда

будущий специалист сможет излагать свои мысли? Это все равно что учащемуся консерватории не разрешать играть на фортепьяно, а только позволять смотреть, как играет профессор.

Также имеет место другая крайность, когда основное предпочтение отдается лекциям в уверенности, что это дает знания. По своему опыту скажу: основная цель лекции — осветить проблему, заинтересовать слушателей данной проблемой и наметить пути решения. По выражению советского физика Л.А. Арцимовича, «студент — это не урна, которую нужно заполнить, а факел, который нужно зажечь». Поэтому в процессе преподавания любой дисциплины необходимо разумное сочетание лекций, экспериментальной работы (которая в последние несколько десятилетий сошла на нет), практических занятий и семинаров, а главное, необходима самостоятельная работа с книгой и у постели больного — истинная, вековая традиция русского врача! Колоссальные нагрузки врача-невролога в поликлинике приводят к его эмоциональному выгоранию, отсутствию мотивации самостоятельно пополнять свои знания и работать с литературой. Именно поэтому так редко практические врачи публикуют свои наблюдения в научных журналах. На осмотр неврологического пациента отводится каких-то 15 мин, за которые врач не может не только обследовать больного, но и изучить его анамнез, а на осмысление и во все не остается времени. В результате все пациенты в глазах врача становятся на одно лицо, врач перестает выявлять различия и тонкости симптоматики. В итоге обедняется палитра заболеваний, и в статистике обозначаются зачастую вообще несуществующие нозологические формы, такие как, например, в детской неврологии: гипертензионно-гидроцефальный синдром, вегетососудистая дистония и сплошная гипердиагностика перинатальных повреждений мозга. Ведь еще Гюстав Флобер дал определение таланта: «Талант — это острая наблюдательность, бесконечное терпение и усилие воли».

По сути дела, следовало бы сказать, что закрытие интернатуры стало большой ошибкой. В интернатуре можно было подготовить врача по общим вопросам неврологии, топической диагностики, электрофизиологических и нейровизуализационных методов исследования, после интернатуры врач с сертификатом специалиста мог быть допущен к больному для изучения частных вопросов неврологии, выполняя уже весь объем работы практикующего врача. Конечно же, и отбор кандидатов для интернатуры и ординатуры должен быть индивидуальным и конкурсным. После такой подготовки появилось бы больше высококвалифицированных врачей-неврологов, способных решать сложные задачи диагностики и лечения болезней, и пациенты не ходили бы по кругу, многократно осаждая различные медицинские учреждения.