

**Во время посещения Южно-Сахалинской областной больницы премьер-министр России Д. Медведев сказал: «Нам нужно навести порядок с медицинским образованием, потому что за последние годы оно деградировало».**

**А как же тогда трактовать успехи модернизации нашего образования и здравоохранения, которые были достигнуты на протяжении последних лет? Об этих успехах мы постоянно читаем и слышим: в проекты вкладываются громадные деньги, строятся современные медицинские центры, осваиваются самые передовые технологии. Правительство докладывает о полученных результатах: снижается смертность, увеличивается рождаемость. Всё вроде бы прекрасно, а тут в одночасье выясняется, что медицинских вузов в стране слишком много, а качество образования неудовлетворительное.**

врачебную деятельность даже не скрывают, что их привлекает в первую очередь сумма. Понимаю, что деньги играют важную роль в жизни любого специалиста, но глубоко убежден, и это убеждение основано на мнении многих моих коллег поколения «советских врачей», что идея «золотого тельца» привела к нарушению стройной системы отечественного здравоохранения XX века.

Всё началось с первого российского министра-невролога – М.Зурабова, поставленного

того, чтобы привести его почти дословно: «Если потребуется, то мы будем платить по 50 тыс., и тогда на село поедут работать даже профессор». Ответ министра свидетельствовал о том, что он не имеет ни малейшего представления, чем занимается и что умеет профессор медицины и что должен делать и уметь сельский участковый врач. Профессор и за миллион рублей не поедет работать в село, так как много лет занимался и достиг высокого профессионального мастерства только в одном из

творной работе в провинции. Врачам, прошедшим школу районной медицины, хорошо известно, что только через 5-7 лет происходит профессиональная и бытовая адаптация к этим условиям, и ты становишься (или не становишься) приличным доктором.

Сама идея государства материально стимулировать медиков для работы в провинции вполне оправдана, но вот объем такой стимуляции, ограниченный миллионом, выглядит несерьезно. Во-первых, следует изменить

## Нормальная медицина начинается с 5%

Слова руководителя правительства дорогого стоят. Они просто так не произносятся, они должны быть хорошо аргументированы конкретными, если и не фактами, то хотя бы статистикой. Здравоохранение – это стратегическая отрасль и, если подготовка кадров для него никуда не годится, то почему об этом все молчат, почему такое положение широко не обсуждается специалистами?

Могу предположить, что мнение премьера основано на участившихся публикациях в СМИ о грубых врачебных ошибках с тяжелыми последствиями. Но, во-первых, далеко не всегда статьи и ТВ-сюжеты, сделанные по «горячим следам» до расследования причин случившейся трагедии, свидетельствуют о врачебных ошибках. Во-вторых, ошибки допускают не только плохие врачи, но и по-настоящему хорошие специалисты. В-третьих, даже правдивые публикации – не тот уровень информации для премьер-министра, по которым можно судить о состоянии отрасли.

Занимаясь проблемой врачебных ошибок на протяжении многих лет, скажу, что даже в странах передовых по уровню здравоохранения (США, Германия, Израиль, Канада) ошибки при распознавании и лечении заболеваний случаются достаточно часто. Так, в США ежегодно в среднем допускаются около 1 млн ошибок, а до 150 тыс. из них заканчиваются трагически. К сожалению, подобная статистика в нашей стране не ведется или не публикуется.

Тогда, может быть, не вузы плохие, а вся система, отвечающая за здоровье российских жителей, никуда не годится: полулегально платная, а для большинства бедных граждан из глухой провинции почти недоступная? Может быть, условия профессиональной деятельности врачей российской глубинки часто напоминают дореволюционную Россию: больницы без водоснабжения и канализации, без качественной телефонной связи и дорог для транспортировки тяжелых пациентов?

Нет, конечно, я твердо убежден, что современная высокотехнологичная медицина существует в нашей стране. И классные специалисты при ней имеются. Однако это удел не более 100 крупных городов, что для наших российских масштабов – капля в море.

Всем хорошо известно, что медицина чрезвычайно дорогая отрасль. Постоянное напоминание о «громадных финансовых вложениях в здравоохранение» в последние годы с цифрами 300-450 млрд на 2 года вовсе не соответствует определению

## Точка зрения

# На что жалуетесь, сельский доктор?

Почему этот элементарный вопрос не зададут верховные власти нашей страны, чтобы наконец сделать верные выводы?



«громадное». Названные цифры – это всего лишь 2% годового ВВП (на мой взгляд), а нормальная медицина начинается с 5%. Надеюсь, что тем, кто занимается экономикой здравоохранения, хорошо известен пример Кубы. В этой, не самой богатой стране, в течение многих лет на медицину выделялся 1% ВВП, что приводило к очень высоким показателям всех видов заболеваемости и смертности. Когда же этот процент стал равен 7, показатели за короткое время кардинально изменились.

## Ложный стимулятор

Недавно Президент РФ предложил «новый» стимулятор улучшения сельской медицины: 1 млн руб. каждому врачу, согласившемуся отработать 5 лет в сельской местности, но возраст претендентов ограничен 35 годами. Как сообщают СМИ, тут же возникла очередь из только что окончивших интернатуру. Начинающие свою

руководить медициной. Он считал, что увеличение зарплаты участковым врачам до 20 тыс. руб. приведет к революционным изменениям в нашем здравоохранении. Как и всякая революция, и эта привела в основном к «гражданской войне» в каждой поликлинике между врачами, получившими такую надбавку, и теми, кому такой надбавки не дали, хотя и те и другие работали в соседних кабинетах, занимались одними и теми же больными.

Психология руководителя отрасли, который плохо представлял, чем и кем он руководит, хорошо может быть проиллюстрирована показанным по ТВ диалогом, случившемся в 2006 г. между Президентом РФ В. Путиным и министром здравоохранения. Президент выразил сомнение: достаточно ли будет 20 тыс. руб. в месяц, чтобы ликвидировать кадровый дефицит врачей в сельской местности. Ответ министра достоин

разделов медицины, а остальные почти забыл.

Врач после интернатуры, длящейся всего один год, не сможет оказывать помощь в сельской местности, так как за такой короткий промежуток нельзя научиться хорошо оказывать даже экстренную врачебную помощь при родах, кровотечении, расстройствах дыхания, сердечной недостаточности и многих других состояниях, требующих всё делать быстро и умело. Умения придут только через несколько лет самостоятельной работы. Но молодой врач, загипнотизированный обещанным миллионом, не понимает всей ответственности, которая ожидает его с первых дней работы. Кроме того, в подавляющем числе интерны – это молодые люди 24-25 лет из семей, проживающих в городских условиях, а потому не представляющих трудных бытовых условий нашей глубинки.

Всё это вместе взятое не способствует долгой и пло-

возрастные рамки претендентов: это должны быть врачи от 30 до 40 лет (может быть даже до 45 лет), уже поработавшие хотя бы несколько лет и имеющие некоторый профессиональный и житейский опыт. Во-вторых, у них должна быть более высокая по сравнению с городскими врачами зарплата и все льготы сельской местности. В-третьих, они должны иметь возможность получить льготные кредиты (под малые проценты и на много лет). Это нужно тем, кто собирается, вернувшись в город через 5 лет, иметь хорошее жилье. Не исключено, что какая-то часть из этих врачей в городе вообще не имела квартиры или имела плохое жилье, или жила с родителями без надежды жить самостоятельно в ближайшей перспективе, и потому эти люди не могли создать свою семью. Возможен вариант, когда, уехав в провинцию, их профессиональная и личная жизнь устроится настолько удачно, что они останутся там на многие годы. Тогда деньги могут понадобиться на обучение их детей в престижных школах или вузах. В-четвертых, «отслужившие» положенный пятилетний срок могут захотеть вернуться в город, но при этом получить сертификат по какой-либо врачебной специальности, а для этого им должна быть предоставлена возможность поступить в ординатуру или аспирантуру бесплатно. И, наконец, в-пятых, стаж работы в сельской местности следует считать год за 1,5 или 2, что позволит раньше получить пенсию. Следовательно, должен быть предложен целый пакет условий привлечения врача в сельскую местность, а не просто миллион рублей.

## Примеры из практики

Но кадры решат не всё. И современное оборудование, включая часто упоминаемые компьютеры, вместе с кадрами решат не все задачи системы здравоохранения в России. Проблемы современной медицины требуют радикальных преобразований всей системы медицинской помощи в первую очередь – на

МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВО

периферии. Система эта должна быть простой, понятной и эффективной. В ней должны предусматриваться уровни помощи – самопомощь, первая врачебная помощь, квалифицированная помощь и специализированная высокотехнологичная помощь, причем с четкой преемственностью. В системе должны предусматриваться временные рамки, это особенно касается экстренной и срочной помощи, когда вопросы жизни и смерти решают минуты, часы и первые (реже вторые) сутки. Чрезвычайно тяжело такие вопросы решаются в отдаленных от больших городов местностях с низкой плотностью населения. Для России с ее пространствами, сложными природными условиями, малыми населенными пунктами, транспортной доступностью и т.п. это особенно актуально.

Позволю привести в качестве иллюстрации к сказанному несколько примеров.

Итак, пример первый. Крупный федеральный чиновник с женой, взрослой дочерью и четырехлетним внуком решили провести свой отпуск ранней осенью не в экзотической стране или известном курорте, а в российской глубинке. Место было выбрано по воспоминаниям студенческих отрядов. На Северо-Западе, в 200 км от областного центра и в 50 км от районного, на берегу красивого рыбного озера с окружающими грибами и ягодными местами. Деревня на 500 жителей, большинство из которых не работает. Имеется начальная школа, небольшая магазин и новенькая врачебная амбулатория, недавно построенная согласно Национальному проекту «Здоровье». В амбулатории есть врач общей практики, 35-летний мужчина, недавно еще работал урологом в поликлинике областного центра. Неудовлетворенный своей зарплатой, отсутствием жилья, имея жену (медсестру) и двух детей, переквалифицировался во врача общей практики и поехал в глубинку. Сейчас у него добротный дом с приусадебным участком, хорошо оснащенная амбулатория и зарплата 20 тыс. руб. и у жены около 10 тыс. В деревне есть электричество, правда, с перебоями, и два телефона – в амбулатории и в поселковом совете.

Часов в 11 вечера у самого чиновника появилась ноющая боль в левой половине груди, одновременно появились боли и онемение в левой руке. Принял таблетку анальгина – не помогло, был с собой нитроглицерин, принял, боль стихла, но ненадолго. Занервничал. Благо метрах в 300 врачебная амбулатория, и с женой отправился за помощью к врачу. Разбудили врача, он посмотрел и послушал больного, измерил давление и даже сделал электрокардиограмму. Сказал, что инфаркта нет, но ручаться не может, так как не всегда при инфаркте бывают заметные изменения на ЭКГ. Надо бы показаться кардиологу, но пока решил позвонить дежурному врачу в ЦРБ. Дежурным врачом был молодой терапевт, который посоветовал позвонить в областную больницу. Часам к 4 утра дозвонились. Боли продолжались, кардиолог сказал, что надо доставить больного к ним, но на машине долго, да и дороги плохие, раскисли после дождей. Врач попробовал заказать вертолет, но ему сказали, что раньше 11 утра тот вылететь не сможет. Стали ждать. Боли усилились, начало

снижаться давление. Вертолет прилетел к 13 часам, и больного с тяжелым инфарктом (как потом оказалось) в состоянии шока доставили в реанимацию областного кардиологического отделения. Через месяц больного перевели в ЦКБ, в Москву. Всё закончилось благополучно.

Пример второй. Место, время и действующие лица те же, но заболел 4-летний внук чиновника.

Вечером после ужина ребенок стал жаловаться на боли в животе, появилась многократная рвота, температура тела оставалась нормальной, но он побледнел, любой глоток воды вызывал рво-



ту, стула не было. Обратились в амбулаторию. Врач выпытал у мальчика «тайну»: он съел два сырых гриба, так как слышал, что их называли сыроежками. Таким образом, диагноз был установлен – отравление грибами. Давали пить слабосоленый раствор и вызывали рвоту, но вялость и сонливость стали нарастать. Решили поставить капельницу, тем более что для этой процедуры было всё необходимое. С трудностями, но попали в вену, и за последующие 2 часа перелили 300 мл изотонического раствора. Врач точно не знал, сколько нужно, но посчитал, что этого количества достаточно. Состояние мальчика не улучшилось, появился жидкий стул водянистый с плохим запахом и прожилками крови. Мать и бабушка стали настаивать на телефонном звонке хотя бы в район. Дежурный терапевт ЦРБ сказал, что педиатр сегодня не дежурит, и дома у нее нет телефона, но он пошлет за ней санитарку. Перезвонили через час, педиатр заподозрила кишечную инфекцию, но машину прислать не может, так как «скорая» уехала на тяжелую травму. Пока посоветовала перелить еще 500 мл раствора внутривенно. К 11 часам утра приехала районная «скорая», ребенка с мамой и бабушкой привезли в районную больницу, положили мальчика в реанимацию в состоянии резкого обезвоживания. Оказалась кишечная инфекция, но всё закончилось благополучно.

Пример третий. Та же семья, в том же месте и в то же время. Только заболела взрослая дочь главы семьи. У нее появились боли внизу живота и кровотечение из половых органов. В амбулатории врачом было выяснено, что у молодой женщины имела место задержка менструации, что справедливо заставило предположить самопроизвольный аборт или внематочную беременность. На нижнюю часть живота был поло-

жен пузырь с холодной водой и внутривенно ввели 10%-ный раствор хлористого кальция, а также 40%-ную глюкозу с аскорбиновой кислотой и витамином «К». Однако через час кровотечение повторилось в более обильном количестве, и снизилось артериальное давление. Пришлось звонить вначале в районную больницу с результатом, приведенным во втором примере, потом в областную больницу. Только поздним утром удалось прислать вертолет, и женщину в тяжелом состоянии с признаками геморрагического шока доставили в область и вскоре оперировали – внематоч-

ная беременность. Результат благополучный.

Все приведенные ситуации не выдуманные, но на самом деле произошли они порознь и с разными людьми. При их анализе можно проследить определенные закономерности.

### Чего конкретно не хватает?

Сколько бы ни было построено врачебных амбулаторий в небольших населенных пунктах, хорошо оборудованных, укомплектованных хорошими добросовестными врачами, состояние здоровья населения заметно не улучшится. Это не зависит даже от зарплаты врача сельской амбулатории (20, 50 тыс. или 1 млн).

К сожалению, внимательно ознакомившись с Национальным проектом «Здоровье» и другими документами, исходящими из Минздрава России, мне не удалось найти трех важнейших разделов, которые позволят нашей периферийной медицине полноценно работать хотя бы в ближайших 10 лет.

1. Средства связи. Надежные средства связи между лечебными учреждениями всех уровней – амбулаториями в глубинке, поликлиниками, районными и областными лечебными учреждениями – должны быть внедрены самым срочным образом. Это – телефонная связь, электронная почта. Домашние телефоны должны быть у всех врачей в районных центрах.

3. Транспорт. В настоящее время только реанимационные санитарные автомобили оснащены достаточно неплохо для того, чтобы оказывать больному медицинскую помощь и даже проводить реанимационные мероприятия. Все остальные санитарные машины, даже машины скорой медицинской помощи, в основном предназначены для перевозки больных, они содержат несколько примитивных шин для транспортной иммобилизации и сумку врача скорой помощи с ограниченным набором лекарственных средств. Все машины, выезжающие к больным для оказания скорой и неотложной помощи, должны быть готовы оказывать помощь в полном объеме при расстройствах дыхания, нарушениях сердечно-сосудистой деятельности, всех разновидностях шока и многом другом.

Кстати, лично я неоднократно видел, как приехавшая к больному обычная (?) скорая медицинская помощь сама вызывает к этому же больному реанимационную машину. Теряется драгоценное время и часто ухудшается результат. Сам был свидетелем, когда при крупной транспортной аварии на железнодорожном переезде с большим количеством пострадавших на место прибыли 10 машин скорой помощи, из них только две были оснащены и способны оказывать помощь тяжелым больным, остальные вносили ненужную суету и перевозили пострадавших в крупную больницу в 20 км от аварии, и часть раненых скончались в машинах. Тяжело вспоминать, но такая же ситуация всей страной наблюдалась при теракте в Москве на Дубровке, когда около 100 бригад «скорой» могли только перевозить, но не лечить.

Полноценный санитарный автотранспорт будет работать при сносных дорогах, а они будут еще не скоро. Поэтому при наших территориальных масштабах в большинстве регионов, начиная от Нечерноземья, до крайнего Севера и далеко на Восток единственным видом санитарного транспорта, способным безопасно перевозить и лечить в дороге больных, является авиатранспорт. Всё, что было сказано об оснащении машин, полностью относится к вертолетам и самолетам. Сегодня они в большинстве своем «пустые», летают только в светлое время суток, а сама транспортировка немалым дорогом для лечебных учреждений.

### А врачей спросили?

Все три раздела, названных мною выше, требуют громадных финансовых вложений (5-7% ВВП решили бы все вопросы). Но других путей нет! Конечно, удивительно, что об этом ничего не говорится ни в Национальном проекте «Здоровье», ни в других регламентирующих документах. Поскольку два предыдущих федеральных министра не являлись врачами, то им должны были об этом сказать те, кто работает в практической медицине. Об этом можно спросить врачей скорой и неотложной помощи, врачей МЧС, но в авторах проекта «Здоровье» и многих других больших документов перечислены чиновники министерств, руководители региональных отделов здравоохранения, они чаще всего этих тонкостей не знают или боятся возражать. Возражать на самом верху не принято, так как им

«ставят оценки не за знания, а за поведение» (так удачно выразился один из известных литераторов).

Прошу меня простить за бестактность, но хочу спросить: смотрели ли авторы проекта американский сериал «Скорая помощь»? Если не смотрели, то очень жаль. По мнению многих моих коллег, практических врачей различных специальностей, это высокопрофессиональный учебно-методический фильм для врачей и медицинских сестер, работающих в отделениях скорой медицинской помощи. В нем есть всё: эвакуация тяжелых больных, транспорт и его оборудование, работа тех, кто привозит больных, и тех, кто их принимает, а также много других полезных вещей, таких важных в нашем медицинском деле. В нашей стране также есть много классных специалистов, но, чтобы так работать, как в США, нужны хорошие условия. Вот эти условия должны быть созданы с помощью Национального проекта «Здоровье», иначе уйдут наши государственные денежки в свисток.

Сейчас я много внимания уделяю неотложной медицине. Это неспроста. Организация неотложной медицины, результаты ее деятельности являются лакмусовой бумажкой, по ее реакции судят обо всей остальной медицине. Какие бы высокотехнологичные медицинские центры ни существовали, какие бы блестящие операции там ни делались – на сердце, сосудах, центральной нервной системе, – если в стране погибают больные от таких заболеваний, как острый аппендицит, кровотечения или прободения язвы желудка, от невосполненной кровопотери, диабетической комы и т.п., то грош цена всей остальной медицине.

Наши великие полководцы в своих мемуарах о Великой Отечественной войне писали, что войну выиграли благодаря прекрасной организации медицинской помощи раненым и больным. А что такое неотложная медицина сегодня? Это – война в мирное время. Сумеет правильно и хорошо организовать «неотложку», используя возможности Национального проекта, – выиграем первый этап, и можно будет браться за остальные разделы медицины.

...Что же касается медицинского образования, о котором так резко высказался премьер-министр РФ, то оно также нуждается в серьезном реформировании. Но дело вовсе не в количестве медицинских вузов, а в том, кого, как и чему мы учим. Однако эта проблема требует отдельного большого и серьезного обсуждения. Пока же подготовка врачебных кадров в России проходит под девизом «Числом поболее, ценою подешевле». Все же страны с добротной медициной поступают наоборот.

**Игорь ГРИГОВИЧ,**  
заведующий кафедрой  
детской хирургии  
Петрозаводского  
государственного университета,  
доктор медицинских наук,  
профессор,  
(врачебный стаж 55 лет).

**НА СНИМКАХ:** в глубинку таких симпатичных врачей завлекли материальным стимулом, но... будут ли они отдавать делу так, как нынешние опытные сельские доктора?