

Как же это было давно, подумает удивлённый читатель, вспомнив, как ещё несколько лет назад шёл в кабинет врача без бахил, без полуса, без многих анализов. Современная поликлиника – это уже отсутствие очередей и электронная запись к врачу, широкий выбор медицинских услуг, многочисленные льготы, специализированные кабинеты и многое другое.

Где сегодня центр тяжести

За последние годы быстро выросли новые требования к медицине, её технологические возможности, поэтому в рамках модернизации здравоохранения осуществляется полное реформирование амбулаторно-поликлинической службы. В частности, в Москве произошло объединение поликлиник в амбулаторные центры с общим административно-хозяйственным аппаратом и лечебно-диагностическими возможностями. Повсеместно создаются дневные стационары с различной профильностью, отделения восстановительного лечения, кабинеты паллиативной и неотложной помощи, реорганизуются кабинеты доврачебного контроля в полноценные центры профилактики и пр.

Всё это направлено на перенос центра тяжести медицинской помощи на современную поликлинику. Так, например, до 2012 г. 70% оказываемой медицинской помощи приходилось на стационар и лишь 30% – на поликлинику. Конечно, такая модель, с одной стороны, экономически невыгодна, с другой – поощряет бездействие участковой службы, ведь проще больного госпитализировать, а не ходить к нему на активы и не вызывать его в поликлинику, а «получить готовенького» вылеченного, обследованного с рекомендациями пациента. Сегодня стоит задача поменять акценты и обеспечить 70% медицинской помощи амбулаторно. Конечно, это влечёт изменение нагрузки на врача поликлиники.

Чтобы не быть голословными, в качестве примера рассмотрим одну из типичных поликлиник, обслуживающей ну, скажем, 45 тыс. прикрепленного населения и около 5 тыс. пациентов так называемой диспансерной группы. Ежегодно число обращений в такую поликлинику составляет почти 350 тыс. Понятно, что большая часть пациентов идёт к участковому терапевту: на первичный или повторный приёмы (соответственно 17 и 48%), за справками, талонами к профильным специалистам, выпиской рецептов, санаторно-курортными картами (22%), по различным внештатным обстоятельствам (13%). И всю эту работу терапевт должен выполнять в течение 4 часов, а потом ещё обслужить вызовы на дому. По штатному расписанию в подобной поликлинике должно работать около 30 терапевтов, а в реальности их количество не превышает 10-15. Ну а далее совсем просто: терапевт должен в отведённое ему время выписать рецепты на лекарственные препараты, выдать талоны к профильным специалистам, оформить справки, листки нетрудоспособности, карту на санаторно-курортное лечение или посылочный лист для оформления инвалидности... Кроме того, необходимо учитывать возможные сдвиги в запланированном приёме, которые создают внеплановые больные: ветераны Великой Отечественной войны, беременные, многодетные матери, чернобыльцы и др.

Для облегчения создавшейся ситуации все поликлиники в Москве оборудованы структурированной кабельной сетью с автоматизированным рабочим местом каждого врача с компьютером и принтером для печати. При этом каждый врач и медицинская сестра прошли обучение при помощи

специального сотрудника, который закреплён за каждой поликлиникой и с 9 до 17 часов находится на рабочем месте. Это позволяет решать многие вопросы: быструю печать статистического талона, запись на консультацию к смежному специалисту или исследование, при необходимости даже в другую поликлинику, выписку электронных рецептов и др.

синдромом, нарушением ритма сердца, гипертоническим кризом, гипотонией, острым нарушением мозгового кровообращения и др.

При этом перечень лекарственных препаратов, входящих в оснащение кабинета (отделения) неотложной помощи, не соответствует критериям доказательной медицины и принятым клиническим

с квалифицированным штатом медицинского персонала.

Но вот, к примеру, пациентка В., 54 лет, у которой за неделю до обращения в поликлинику в частной лаборатории была выявлена анемия. Частично работает предыдущий сценарий: сбор жалоб, анамнеза, осмотр и др. Но условия первичного приёма обязывают трату большего вре-

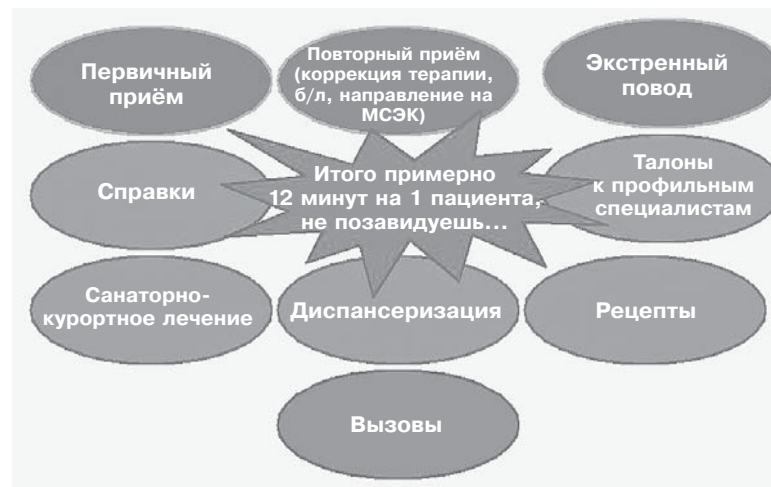
терапевт должен получать в новом формате: участие не менее 2 раз в год в циклах подготовки на базе многопрофильных клиник. Этот формат предусматривает ежедневные клинические разборы пациентов в реанимационных и соматических отделениях, участие в клинико-анатомических конференциях и консилиумах, специальных занятиях по пра-

Проблемы и решения

А поликлиника-то – изменилась!

Может ли терапевт качественно посмотреть больного за 12 минут?

1 ставка участкового терапевта = 4 часа ежедневного приёма в поликлинике («план» = 20 пациентов)



Таким образом, повсеместное создание автоматизированного рабочего места каждого врача, обучение компьютерной грамотности, строгое административное регулирование бесперебойной работы обеспечивает эффективную работу.

Кто поможет участковому врачу

Итак, понятно, что ключевой фигурой в оказании амбулаторной помощи является участковый терапевт. Часть этой помощи можно условно назвать лёгкой и не доставляющей особых проблем (повторный приём, выдача справок, рецептов, талонов к специалистам и т.д.). На этом этапе помощь может оказать медицинская сестра и студенты медицинских вузов (поскольку обеспечить каждый кабинет медицинской сестрой возможности нет), которые заполняют формы медицинской документации, оформляют направления на обследование, рецепты и др. Всё это позволит сэкономить драгоценное время. В Москве практически повсеместно в поликлиниках проходят практику студенты медицинских колледжей и вузов, однако при их опросе ни один студент за последние полгода не высказал желание пойти работать в поликлинику. О новых возможностях студентам никто не рассказывает, преподаватели зачастую сами не представляют реалий современной поликлиники, не имеют должного сотрудничества ни с администрацией, ни с заведующими, ни с врачами поликлиники. А надо, чтобы медицинская сестра и студенты медицинских вузов были у каждого участкового терапевта и были его помощниками, а значит, следует пересмотреть программу подготовки этих студентов с учётом изменившихся условий деятельности амбулаторно-поликлинической службы

Главное – быстрая и качественная помощь

Согласно регистру неотложных состояний, с которыми встречается терапевт поликлиники, большая часть представлена сердечно-сосудистыми осложнениями, в том числе острым коронарным

рекомендациям. Так, к примеру, сегодня уже не должны использоваться в оснащении кабинета коргликон, папаверин, дибазол, анальгин, кофеин, кордиамин, эуфиллин, димедрол, кислота никотиновая, кальция глюконат, магния сульфат, настойка валерианы, корвалол, гидрокортизон

мени на записи в амбулаторной карте, обследования и выбора тактики лечения. В этой ситуации возможен только один путь: знание алгоритмов диагностики и лечения.

Или иной пример. Пациент с анемией на амбулаторном приёме у терапевта. Врач знает, что такое анемия, каковы факторы её риска, наиболее частые причины, основные клинические проявления, что надо проводить экспресс-диагностику. Вывод: при выявлении анемии необходимо использовать диагностический алгоритм, при выявленной железодефицитной анемии понимать, что диетой её вылечить нельзя, необходимо назначить пероральные препараты 3-валентного железа (мальтофер, ферлатум). Как и в этой и в других ситуациях, отпущенное врачу время для приёма пациента 12 минут явно недостаточно. А если требуется госпитализация?

Сегодня внебольничная пневмония стала поводом частого направления или, как более правильно говорить, «входным» диагнозом участковых терапевтов. Частота расхождений диа-

грамм формулировки диагнозов, ознакомлению с новационными технологиями диагностики и лечения и пр. Параллельно образовательным циклом требуется организация университетской клиники в амбулаторном учреждении. Это позволит привлечь к приёму больных клинических ординаторов второго года, а также ассистентов, доцентов и профессоров для перманентного образования, проведения консилиумов, осмотра «трудных» пациентов, формулировки этапных и патологоанатомических эпикризов и др. В конечном итоге это реально обеспечит ответственность в ведении больных и позволит разгрузить участкового терапевта.

Создание системы непрерывного совершенствования профессионального образования как на базе многопрофильных стационаров, так и путём создания университетской клиники в амбулаторном учреждении – неременное условие успешной работы терапевта поликлиники.

Как значится в Википедии, риторический вопрос – это «вопрос, на который ответ заранее известен или вопрос, на который даёт ответ сам спрашивший». Иными словами, это вопрос, ответ на который не требуется или не ожидается в силу его крайней очевидности. Наш риторический вопрос, как успеть посмотреть больного за 12 минут, не требует ответа, просто подчёркивает, что мы задаём его слишком долго и как бы намекаем, что пора уже перестать его задавать и предпринять что-то по этому поводу.

Сегодня всё уже организовано: создана материально-техническая база для современной работы поликлиник, осуществляется компьютеризация многих технологических процессов, разработаны административные формы и др. Да, остаются вопросы, требующие внимания и решения: подготовка квалифицированных кадров, организация системы непрерывного совершенствования профессионального образования врачей и медицинских сестёр, создание представления о поликлиниках, как о современном медицинском учреждении. Но главное – в современной поликлинике есть возможности для творческого роста специалистов и максимального приближения университетских клиник к амбулаторной помощи.

Аркадий ВЕРТКИН,
доктор медицинских наук,
профессор.

Надежда ВЛАДИМИРОВА,
кандидат медицинских наук.

Кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова.

Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Северного административного округа Москвы.

Направление на МСЭК



ацетат, сульфацил натрия. Эти устаревшие препараты не только неэффективны, но и небезопасны. В арсенале современных лекарственных средств имеются внутривенные формы гипотензивных средств (энап Р, эбрантил), растворы будесонида, атровента и лазолвана для небулайзерной терапии, эффективные анальгетики лорноксикам и кеторолак и др.

Справедливости ради следует указать, что никто не мешает руководителям поликлиник самостоятельно закупать необходимые препараты для оказания неотложной помощи, включить их в список складок, утвердить в перечне и следить за поддержанием необходимого лекарственного запаса. Многие аспекты данной работы должен осуществлять клинический фармаколог района, округа, муниципалитета, создавать формуляры, читать лекции, оценивать знания и всё это осуществлять на рабочем месте в каждой поликлинике. Это требует создания современных и оборудованных отделений неотложной помощи

гнозов на догоспитальном и стационарном этапах при этой патологии составляет около 45%. Как оказалось, у трети пациентов вообще нет никаких изменений со стороны лёгких. А в остальных случаях при наличии инфильтративных изменений пневмония носила вторичный характер как осложнение при постинфарктном кардиосклерозе (26,4%), длительной иммобилизации у пациентов с хронической ишемией головного мозга (11,5%), хронической алкогольной интоксикации (8,6%). Такая недооценка во многом определяет неблагоприятный прогноз заболевания.

От чего зависит успешная работа

Этот пример демонстрирует важность квалификации участковых терапевтов, их фундаментальные знания пропедевтики внутренних болезней и патологической анатомии. Поэтому непрерывное своё профессиональное совершенствование участковый