

Острота кадровых проблем в медицине общеизвестна и определяется рядом причин. Среди них немалая роль принадлежит системе подготовки кадров.

Думаю, имею право говорить об этом, так как из 60 лет моего педиатрического стажа 20 отдано вузовской подготовке педиатров (10 – на лечебном факультете и 10 – на педиатрическом), 20 лет – системе усовершенствования работающих врачей, 10 лет – проблемам организации медицинской помощи детям на посту заместителя министра здравоохранения РФ.

Выпускник вуза, попадая в амбулаторное звено, где сосредоточено 50% штатной численности педиатрической службы, сталкивается, по образному выражению Г.Н.Сперанского, «со всей медициной, сдвинутой в детский возраст», в том числе и с узкоспециализированной патологией.

Последняя составляет значительную часть жалоб, с которыми обращаются больные дети. Но к их решению участковые врачи совершенно не готовы. Связано это, прежде всего, с тем, что подобные дисциплины в программе вузовской подготовки представлены в таком краткосрочном, спрессованном виде, что студент получает о них только общее представление.

Не случайно так описывает эту ситуацию профессор И.Григович (см. «МГ» № 71 от 26.09.2012): «Две недели обучения – и ты уже окулист, ещё две недели – ты специалист по уху, горлу и носу».

Часовая ограниченность по этим дисциплинам и небольшая численность студентов педиатрических факультетов (за исключением Москвы и С.-Петербурга) не позволяет вузам иметь специализированные кафедры отдельно для педиатрического и лечебного факультета. Они объединены, и студенты-педиатры получают представление по этим дисциплинам преимущественно по стандартам взрослого человека. Отсюда, не владея нужными навыками, участковый педиатр лишается возможности оказания необходимой первичной помощи заболевшим детям, поэтому подавляющую часть больных направляет к узкому специалисту.

Следовательно, в первую очередь нуждаются в последипломном образовании именно выпускники-педиатры, направляющиеся на работу в первичное звено.

Подобная установка введена в западных странах вместе со специализацией медицины. Так, для работы в амбулаторной практике длительность обучения увеличена до 2-4 лет. Причём в этот период идёт практическое освоение не только основной патологии, но и узкоспециализированной.

Не удивительно, что за рубежом врачи первичного звена направляют на консультацию к специалистам только 10-15% своих пациентов. В наших условиях подобные обращения достигают 80-90%.

Учитывая сложившуюся обстановку, Минздрав России был вынужден значительно расширить состав и численность узких специалистов в поликлиниках. Более того, снижение рождаемости и

Прямая речь

Как участковому педиатру стать значимым?

Кадровые проблемы амбулаторного звена не такие уж непреодолимые, просто надо иметь желание их решать



ухудшение здоровья подрастающего поколения диктовали необходимость разработки стандартов диспансеризации, в соответствии с которыми специалисты стали привлекаться даже к первичному осмотру всех детей, в том числе и при отсутствии необходимых показаний. Однако обязательная всеобщая стандартизация приводит и к частым посещениям поликлиник здоровыми детьми, в том числе раннего возраста. Так, на первом году жизни предполагается до 32 осмотров, что грозит возможным столкновением с чужеродной вирусно-бактериальной средой поликлиник и этим самым – увеличением заболеваемости.

С нынешнего года вводится дифференцированный подход к диспансеризации, когда в критические периоды (а это, главным образом, грудной возраст) включается большое количество специалистов, а в более спокойное время – 2-3.

Вместе с тем возникают сомнения в достоверности полученных результатов, так как во многих регионах имеется существенный дефицит специалистов. Более того, отсутствие знаний участкового врача по специализированной патологии затрудняет контроль и проведение необходимого лечения при её выявлении в процессе диспансеризации.

Всё это лишней раз диктует необходимость должного последипломного обучения педиатров для амбулаторной практики.

В настоящее время при отсутствии подобного обучения участковый врач должен главным образом следить за сроками направлений к многочисленным специалистам всех детей (а не только по показаниям), контролировать выполнение сделанных консультантами назначений, оформлять массу дополнительных документов, и всё это в сжатые сроки приёма ребёнка в поликлинике.

В результате врач, не способный оказать помощь значительной части своих пациентов, неизбежно теряет авторитет у родителей, абсолютно необходимый для работы на участке, утрачивает свою позицию главного специалиста амбулаторно-поликлинической службы, превращаясь в элементарного диспетчера, что порождает большую неудовлетворённость участкового врача от подобного труда.

Следует учесть и ежедневно сменяющийся состав пациентов на приёме, беспокойство и стресс родителей заболевших детей. Всё это вместе взятое приводит к быстрому формированию «эмоционального выгорания». В последние десятилетия стал нарастать отток кадров из первичного звена, чему способствовала и отмена обязательного распределения выпускников вуза. Национальный проект «Здоровье» с 2006 г. несколько приостановил этот процесс: увеличилась оплата труда, улучшилось техническое оснащение и т.д. Однако в настоящее время этих усилий уже недостаточно, и в поликлиниках вновь нарастает дефицит участковых врачей. Следовательно, только финансовые стимулы ещё не гарантируют кадровую стабильность в первичном звене.

Приходится согласиться с критикой зарубежных коллег в наш адрес, которые утверждают, что даже развитые страны не могут позволить себе использование узкопрофильных специалистов в таком количестве в амбулаторной практике. Более целесообразно и рентабельно обеспечить необходимую подготовку одного врача, способного оказать первичную помощь по всему спектру медицинской патологии, чем привлекать многочисленных узких специалистов в поликлинику для общих профилактических осмотров. Специалисты используются

только для консультации врача первичного звена по его запросам, что составляет, как уже указывалось, 10-15%.

Нужно отметить, что новое руководство Минздрава России сейчас во многом осуществляет совершенствование профессиональной подготовки студентов. Так, с учетом особой остроты проблем амбулаторной педиатрии восстановлено «поликлиническое» учебное время 80-х годов на педиатрических факультетах.

Вместе с тем следует учесть, что даже сейчас среди преподавателей стационарного профиля ещё звучат отдельные высказывания, что врач, хорошо освоивший практику в стационарных условиях, сумеет уверенно справиться и с поликлиническими обязанностями. Однако эта установка на деле не срабатывает, особенно в отношении профилактики и реабилитации. Более того, исключительно стационарная подготовка будущих врачей по патологии детского возраста формирует и другую опасность: в больницу, как правило, поступают тяжелобольные дети – 15-20% от всех заболевших. Следовательно, начальные проявления болезни, лёгкое её течение (а они преобладают в амбулаторной практике) не мобилизуют должного внимания и наблюдения участкового педиатра, что особенно опасно по отношению к детям раннего возраста, когда возникает быстрое развитие необратимых состояний.

Отсюда поздняя госпитализация, смерть на дому и печальная статистика: на протяжении ряда последних десятилетий в РФ из всех детей, погибших в первый год жизни, почти треть так и не получила стационарной помощи.

Конечно, внегоспитальная смертность в наших условиях чрезвычайно зависит от транспорта, удалённости мест проживания от учреждений здравоохранения, активности родителей и прочих причин. В то же время, не снижающийся её уровень, несмотря на совершенствование и развитие реанимационной помощи, свидетельствует, что вклад в эти показатели вносит и недостаточный уровень готовности участковых врачей к работе с больными детьми в амбулаторных условиях.

Следовательно, та подготовка, которую получают студенты по неотложной и реанимационной помощи в стационарных условиях, явно не срабатывает в амбулаторной практике и скорой помощи. Вот почему чрезвычайно важно решение Минздрава России последнего состава включить в программу поликлинических

кафедр и подготовку по неотложной помощи, что нашло своё отражение даже в новом названии этих кафедр.

Одновременно следует отметить и недостаточность вузовского обучения социальной педиатрии, хотя особая её необходимость в современных условиях – общеизвестна.

Учитывая, что практическая реализация задач этого профиля, как правило, осуществляется на амбулаторном уровне, целесообразно было бы курс социальной педиатрии включить в состав кафедры поликлинической педиатрии, как это уже сделано применительно к неотложной помощи детям. При этом обязательно учесть и передачу учебных часов для педиатров с общей кафедры социальной медицины.

В конечном итоге можно сказать, что в настоящее время у нас выстроено достаточно профессиональное и целенаправленное программирование системы вузовского образования. Однако её реализация основательно затруднена фактическим отсутствием собственных вузовских клинических баз. Например, только 4 педиатрических факультета из 40 их имеют; все остальные – ЛПУ различного подчинения. В этих условиях разрушается основа функционирования клинической кафедры, её «триединство» – учить, лечить и заниматься наукой.

В современных условиях появилась реальная возможность использования манекенов для отработки практических навыков, но: «Как нельзя научить пианиста играть на рояле без рояля, или научить человека вождению автомобиля без автомобиля, так нельзя научить будущего врача лечебному делу без осмотра больного» (И.Григович, см. «МГ» № 71 от 26.09.2012).

Понимая опасность подобной ситуации, предпринимается отдельные попытки по зачислению сотрудников кафедр в штат клинической базы, что обеспечивает не только должный контакт с больными, но и лучший уровень профессиональной помощи.

В таком ключе выстраивается подготовка студентов в США, где неизбежно сохраняется единство преподавания, лечебного дела и научного труда в деятельности преподавателей.

Итак, во-первых, необходимо разработать единое «Положение о клинических базах» (с учётом правовых и юридических норм), а во-вторых, последипломное образование должно в первую очередь принадлежать выпускникам педиатрических факультетов, направляющимся в учреждения первичного звена.

Антонина ГРАЧЁВА,
профессор.

Москва.

НА СНИМКЕ: сегодня только годы практики и постоянное самообразование помогают участковому педиатру добиться уважения родителей маленьких пациентов.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Ориентир

Маленькая пациентка, которой провели пересадку стволовых клеток в Российской детской клинической больнице в Москве, в настоящее время чувствует себя хорошо.

29 июля в РДКБ успешно прошла операция по трансплантации стволовых клеток 11-летней девочке из Магнитогорска, больной лейкоемией. По словам врача РДКБ Кирилла Киргизова, пересаженные девочке стволовые клетки

От человека человеку

костного мозга прижились. Сейчас во избежание инфекции пациентка находится в стерильном боксе больницы.

Донором стволовых клеток стала выпускница Южно-Уральского государственного университета, ранее неоднократно сдававшая кровь на Челябинской областной станции переливания крови. Она

стала шестым неродственным донором стволовых клеток из регистра Челябинской ОСПК.

Сегодня в регистре насчитывается около 4 тыс. доноров стволовых клеток, дающих пациентам шанс на лечение тяжёлых онкогематологических заболеваний. Ранее аналогичные операции по пересадке стволовых

клеток четверым детям и одному взрослому, взятым у доноров из данного регистра, проводились в С.-Петербурге и Екатеринбурге.

На Челябинскую ОСПК нередко обращаются трудовые коллективы с просьбой сдать кровь для оказания медицинской помощи конкретному человеку. Совсем недавно 18 курсантов 4-го курса

Военно-воздушной академии сдали 8 л крови для южноуральца, получившего тяжёлую травму. А в ближайшие дни для коллеги, ожидающей ребёнка и нуждающейся в лечении, сдадут кровь сотрудники отдела МВД России по Сосновскому району Челябинской области.

Светлана СЕДАЯ,
специалист по связям
с общественностью
Челябинской областной станции
переливания крови.