

– Я глубоко убеждён в том, что свежеспечённый специалист по окончании года должен некоторое время проработать в клинике под наблюдением старших коллег – кафедральных сотрудников, у которых можно научиться не только врачеванию, но и профессиональной этике, отношению к делу и пациентам. К сожалению, в иных условиях это выполнить невозможно и принять это необходимо как факт. Поэтому моё отношение к отмене интернатуры – отрицательное. Тем не менее в сложившейся ситуации нужно не сокрушаться, сотрясая воздух неконструктивной критикой инициаторов данной идеи, а искать, что называется, наиболее эффективный выход из сложившейся ситуации.

– Неужто вы, Аркадий Львович, полагаете, что за 6 лет образования на вузовском этапе нельзя подготовить квалифицированного специалиста для самостоятельной работы в первичном звене?

– Цель медвуза – дать будущему доктору представление о медицине как таковой, познакомить молодого человека с многообразием патологий по всем клиническим направлениям, на основании чего он и должен сделать свой выбор относительно той или иной специализации. Одна из тенденций в нынешнем здравоохранении – профилактика, предупреждение болезней. Поэтому главный акцент вузовского образования должен быть сделан на создании клинических кафедр, готовящих поликлинических докторов. Возникает справедливый вопрос: а кто же будет преподавать на этих кафедрах?

Достаточно ли у нас таких педагогических кадров, ориентированных в современной поликлинике, где необходимо выстраивать принципиально новый алгоритм общения пациента с врачом в условиях дефицита времени, маршрутизации больных, электронизации отрасли? Основной задачей медицинского образования на современном этапе является овладение искусством амбулаторного приёма.

В условиях стационара работать с пациентом проще. Больной проходит через своеобразный «консилиум»: врач приёмного отделения, дежурный по стационару, пациента докладывают на утренней административной конференции, потом на утренней клинической конференции, после чего его смотрит лечащий врач, заведующий отделением и кафедральный сотрудник. При таком подходе ошибка минимизируется. В поликлинике такого нет. Врачу амбулаторного звена не с кем посоветоваться. От его квалификации зависит диагностическая концепция и тактика ведения больного. Очевидно, что от поликлинического доктора зависит практически всё, что касается здоровья его пациентов.

К сожалению, система кафедр поликлинической терапии в нашей стране иная. Далеко не во всех поликлиниках есть профессорско-преподавательский состав, способный оказывать консультативную помощь городским врачам, заниматься их образованием, проводить консилиумы, клиничко-анатомические конференции и разборы наиболее трудных и прогностически неясных пациентов. Этого мало: только осознавать, что подоготовленное первичное звено – залог отраслевой эффективности. Надо предпринимать какие-то действия в этой связи.

На одних лозунгах далеко не уедешь. И у меня на этот счёт есть свои соображения, основанные на многолетнем клиническом и педагогическом опыте.

Таким образом, с моей точки зрения, в нашей нынешней реальности, когда интернатура отменена, акцент в вузовском образовании следует сделать на профилактическое направ-

«рейтинг» этих болезней – чтобы не думать о том, чего не может быть. Также нельзя не сказать и о социальном уровне больных, среди которых есть злоупотребляющие алкоголем, наркоманы, мигранты, бомжи и т.д. У них свои болезни – социально обусловленные. Это должно быть проскринировано сразу. С первого взгляда.

плакаты для больных. Пациенты должны быть образованными наряду с докторами.

Мне кажется, что наступил тот момент, когда мнения ведущих экспертов нужно объединить и экстраполировать максимально широко с целью наиболее эффективного их применения практическими врачами. Необходимо создавать университетские кли-

– В нынешнем году стартовал проект по аккредитации медицинских работников. Что скажете об этом?

– Это единственный путь хоть каким-то образом регламентировать образование врача. Волей-неволей они обязаны посещать образовательные мероприятия. Мне легко об этом говорить, так как я возглавляю профессиональное общество амбулаторных врачей. Мы интегрированы в эту балльно-кредитную систему и проводим образовательные мероприятия во всех регионах нашей страны для врачей первичного звена в течение двух последних лет – сессии «амбулаторного приёма».

У меня не возникает сомнений на счёт того, что любое образовательное мероприятие – это школа. В этой связи наше общество создаёт учебники для докторов, посещающих «амбулаторный приём», где мы резюмируем сказанное во время сессий – тот сухой остаток, который должен остаться в головах врачей по окончании мероприятия. От методологии ведения амбулаторной карты и расспроса больного до тех или иных тонкостей профессии терапевта первичного звена, основанных на мультидисциплинарном подходе с учётом многообразия внутренней медицины.

Однако этого не всегда достаточно для привлечения врачей. В этой связи надо уснить, что эпоха лекций прошла. Изложение синтезированных знаний на протяжении 6 часов мало кого удержит в аудитории. В рамках наших сессий проходят спектакли с участием профессиональных актёров. С помощью фраз из классических произведений мы способствуем формированию у докторов тех или иных ассоциаций, необходимых для их повседневной практики. Наряду с этим проводим «круглые столы» в различном формате, где в ходе живой беседы обсуждаем ту или иную клиническую ситуацию, делимся опытом.

Эффективно ли это? Мы создали анонимное голосование и отзывы относительно пользы наших мероприятий. Мне неудобно хвалить себя и своих сотрудников, однако должен заметить, что ни одного негативного отзыва мы не получили. Тысячи благодарных писем. Более того, в случае повторного проведения нашей сессии в том или ином городе до 40% слушателей – те, кто был в прошлый раз. Это колоссальная цифра. Народ голосует ногами. Для нас это наивысшая награда.

– Реформы столичного сегмента отрасли подошли к концу. Как бы вы оценили терапевтическую их составляющую?

– То, что мы идём в «амбулаторном» направлении, несомненно позитивно. Расширяется поликлиническое звено. В наших стационарах подчас находится немало больных, помощь которым можно оказывать в амбулаторных условиях. Относительный негатив данной реформы состоит в том, что далеко не все врачи оказались готовы к этому. Отныне терапевты – не диспетчеры, а ключевое звено в системе. Мы пришли к тому, что врач первичного звена должен справляться как минимум с 80% обращений пациента за медпомощью. Именно поэтому их нужно учить в срочном порядке, чем мы и занимаемся. Весьма эффективно, как мне кажется.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

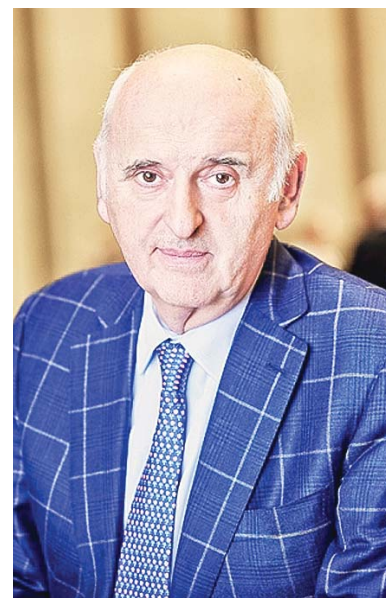
Авторитетное мнение

На новый лад

Результаты нашей работы берут своё начало в первичном звене

Нынешний год для отечественного здравоохранения весьма символичен. Конечно же, речь идёт об упразднении обучения выпускников медицинских вузов в интернатуре. Отныне для того, чтобы работать участковым терапевтом или педиатром, достаточно иметь диплом о высшем медицинском образовании. Наряду с этим набирает обороты проект по аккредитации медицинских работников – новый метод подтверждения своей профессиональной пригодности к эффективной работе в практическом здравоохранении: на смену привычным образовательным циклам, проводимым раз в 5 лет, пришла балльная система, учитывающая самые разные аспекты оценки последипломного образования – от конкретных результатов ведения пациента до посещения доктором всевозможных отраслевых образовательных мероприятий.

Своим нетривиальным взглядом на обозначенную проблематику, а также некоторыми другими суждениями на чрезвычайно актуальные для отечественного здравоохранения темы накануне очередного учебного года с читателями «МГ» поделился один из ведущих экспертов нашей страны в области внутренней медицины, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, член президиума Российского научного медицинского общества терапевтов, профессор, заслуженный деятель науки РФ Аркадий ВЕРТКИН, отмечающий в эти дни, кстати говоря, своё 65-летие.



ление в изучении той или иной патологии, а также увеличить часы пребывания студентов на кафедрах поликлинической терапии. Хочу заметить, что отказываться от традиционной концепции изучения внутренней медицины через кафедры пропедевтики внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии нельзя. Именно на этот базис и следует накладывать знания по амбулаторной патологии, поскольку большинство выпускников пойдёт работать в первичное звено. И приходиться туда надо с хорошими знаниями. Иначе – беда.

– Каким образом, на ваш взгляд, следует осуществлять переобучение врачебных кадров в поликлиниках?

– Дело в том, что за последние годы в амбулаторной практике появились новые вещи, о которых не говорилось раньше: паллиативная помощь, реабилитация, геронтология. Такова реальность. От этого никуда не деться. Как известно, в настоящее время сокращаются стационарные койки, всё реже происходят госпитализации по «03». Однако человек должен где-то лечиться. И место его лечения – поликлиника. А для того чтобы не обращаться туда вследствие обострения того или иного заболевания, надо заниматься профилактикой. И этот процесс должен носить обоюдный характер: от пациента зависит не меньше, чем от врача. Очень многое жидется на комплаентности.

У меня на этот счёт есть свой рецепт. Предварительный диагноз врач поликлиники должен ставить, что называется, с порога: молодой пациент или пожилой, полный или худой, мужчина или женщина и т.д. Каждой такой группе в той или иной степени свойственна своя патология. Как следствие – свой алгоритм. Под стеклом у врача должен лежать

Наряду с этим необходимо помнить о так называемой причине обращения. Ведь то, что для больного является главным, зачастую может быть всего лишь следствием более важного процесса в организме. Приведу небольшой пример: в нашей клинике было исследовано 100 пациентов с острой аллергической реакцией. У четверых из этих больных мы выявили злокачественные новообразования, у шестерых – сахарный диабет 2-го типа и т.д. Если бы они к нам не поступили, то вряд ли бы у них выявили эти патологии в поликлинике. Не было бы счастья, да несчастье помогло, как говорится.

Кроме того, врач поликлиники должен понимать, что наиболее социально значимыми заболеваниями являются сердечно-сосудистые катастрофы, хроническая обструктивная болезнь лёгких, сахарный диабет 2-го типа, онкологические заболевания, а также патология опорно-двигательного аппарата. На каждую группу из этих болезней существует простой перечень вопросов. Это должно быть в виде памятки на столе у врача. На нашей кафедре, кстати говоря, были специально разработаны такие «шпаргалки» для амбулаторных докторов.

Врач просто обязан проскринировать каждого больного, обращающегося к нему, на эти патологии, после чего смоделировать диагностическую концепцию и выстроить риски по той или иной болезни. Ничего сверхъестественного. Я глубоко убеждён в том, что стены в кабинете врача должны быть увешаны такими подсказками – алгоритмами диагностики и ведения пациента в случае той или иной жалобы. Помимо этого, я полагаю, что в коридорах медучреждения должны быть вывешены образовательные

ники и на базе поликлиник, где бы у кафедральных сотрудников была возможность проведения клиничко-анатомических конференций, клинических разборов, консилиумов и т.д. Уверен, что администрация медучреждения встретит таких «кафедралов» с распростёртыми объятиями. К этому нас подводит жизнь: вследствие закрытия стационаров многие кафедры лишаются баз. Путь у них один: в поликлинику. Единственное условие – принимать полноценное участие в лечебном процессе. И ещё, как мне кажется, в идеале нам следует проводить ротацию докторов между поликлиниками и стационарами, как это происходит на Западе – только в этом случае образовательный процесс полноценен. Уверен, что мы придём к этому. Иначе – никак.

– К слову – об университетских клиниках. За последний год столичные медвузы на базе городских больниц создают университетские клиники. Одной из таких клиник руководите вы. Насколько это позитивно с вашей точки зрения?

– Что касается нашей базы, то это всего лишь получение официального статуса. Ничего нового не произошло. Принцип нашей деятельности ничуть не изменился. Львиная доля лечебной работы по оказанию терапевтической помощи в городской клинической больнице им. С.И.Спасокукоцкого Департамента здравоохранения Москвы традиционно лежит на возглавляемой мною кафедре. Уверю вас: университетская клиника – это суть, а не красивое название. Те кафедры, которые не занимаются лечебной работой, не являются университетской клиникой, несмотря на такое почётное название и не станут ею автоматически при получении официального статуса.