

Medical Journal of Australia напечатал статью «Что ждет общую медицину?» Подчеркивается, что в XX веке общая медицинская практика в больницах страны была основой медицинской активности. Однако в последующем она столкнулась с углублением знаний, развитием технологий, всё нарастающей специализацией. ОМП стала оттесняться на второй план. Снижение роли ОМП, считает журнал, создает угрожающую ситуацию, когда «лечение органа, а не организма становится главным принципом в терапии индивидуального больного». Вывод, к которому приходят авторы статьи Р.Ф. Jenkins и А.Д. MacDonald, следующий: «Развитие современной медицины невозможно без возрождения общей медицины».

Проблема ОМП имеет, по крайней мере, два аспекта.

Клинический аспект

Как и в австралийской системе здравоохранения, у нас всё отчетливее намечается тенденция к преимущественному развитию специализированной медицинской помощи. Выражается это, в том числе, и в сокращении общетерапевтических коек и отделений в больницах. Это делается в связи с предлагаемой реформой здравоохранения, в которой приоритетной целью является развитие высокотехнологичных видов обследования и лечения. Один и едва ли не главный мотив – эти виды деятельности обеспечиваются из федерального бюджета по квотам и позволяют медицинским учреждениям зарабатывать деньги для врачей и развития самого учреждения. К чему может привести резкое сокращение, а в руках некоторых главных врачей едва ли не отказ сохранить отделения общего профиля в структуре больниц? Не берусь говорить о финансовой обоснованности такого подхода, хотя за высокотехнологичную помощь нередко больному предлагают заплатить – не компетентен, и о моральном аспекте, когда больной становится источником дохода – это особый разговор. Хотелось бы остановиться на клиническом аспекте происходящего.

Личный опыт многолетней работы в отделении общего профиля убеждает в том, что в любой более или менее большой больнице, скажем, от 500 коек и больше, должно быть такое подразделение. Убеждают факты. В потоке больных, поступающих с самыми разнообразными жалобами и диагнозами, как правило, самых «ходовых» болезней (острый гастрит, пиелонефрит, боли в животе, хронический запор, «ацетонемическая рвота», киста яичника и т.д. и т.п.) в этом отделении выявляются опухоль головного мозга, болезнь Гиршпрунга, лимфогранулематоз, болезнь Реклингхаузена, липома брыжейки, всего не перечислишь.

Естественно, эти больные переправляются в специализированные отделения своей же больницы или в другие лечебные учреждения, где есть отделения, которых нет у нас.

Таким образом, отделение общетерапевтического профиля становится как бы диспетчером, своеобразным «первичным» звеном во вторичном, стационарном, «поставщиком» больных для специализированных отделений. Нетрудно представить, каким бы трудным, неоправданно долгим и небезопасным для здоровья больного стал бы его путь к специализированной помощи, не будь отделения общего профиля.

При тенденции к высокотехнологичным видам медицинской помощи отделения и койки общего профиля проигрывают. Их техническое и медикаментозное оснащение скромнее, чем в узкоспециализированных отделениях. Похвастать перед высокими начальниками, отвечающими за здравоохранение, нечем. Им, начальникам, в таком случае нечем похвастать перед более высокими. В адрес вра-

Акценты

Общая медицинская практика: быть или не быть?

Из больниц вытесняются отделения общего профиля. Но радоваться этому не стоит...

чей, работающих в отделениях общетерапевтического профиля, можно услышать обидные высказывания вроде «прошлый век», «работаете по старинке», «попахивает деревней» и т.д.

Но ведь далеко не все больные требуют высокотехнологичных видов обследования и лечения. Простых, обычных, повседневных болезней намного больше. Врачи стационаров, где лечатся такие больные, задают вопрос: о каких высоких технологиях можно в таких случаях говорить? Изворотлив современный чиновник, в том числе и от медицины. Говорит: назначайте, к примеру, антибиотики третьего, четвертого поколения: запишем как высокие технологии.

Можно перевести лечение больных, которым не требуются высокие технологии, в первичное звено, на участок – терапевтический или педиатрический. Но беда в том, что при теперешнем состоянии возможностей оказать достойную помощь на участке практически нет. Притчей во языцех остаются очереди сдать необходимые анализы, пройти требуемые специальные обследования – «рентген», УЗИ, различные виды эндоскопии, более сложные исследования. Это весьма обременительно для пожилых пациентов. Опасно для маленьких больных – заражение инфекционными болезнями при посещении поликлиник. Недаром запрещают в эпидемию гриппа приходить к участковому врачу. Но и без эпидемии ребенок может подхватить там свинку или ветрянку.

Наличие таких отделений вполне приемлемо и оправдано в больших, многокоечных больницах с широким набором специализированных отделений, хорошо оснащенных высокими технологиями. Такой симбиоз позволяет «просеивать» поток больных, направляемых из поликлиник по поводу и без повода, отделить больных с «простыми, повседневными» болезнями от тех, у кого выявляется сложная, угрожающая здоровью и жизни патология, которым, не теряя времени, нужно оказать высокотехнологичную медицинскую помощь. Больные с «повседневными» болезнями тоже требуют хорошей медицинской помощи, пусть без применения высоких технологий, но зато она, помощь, будет высококвалифицированной, которую участковый врач не всегда в силах оказать хотя

бы потому, что его приема каждый день в коридорах ждут два десятка больных.

Специализированные отделения, как правило, не связаны с дифференциально-диагностическими проблемами. В «лейкозное» отделение попадет больной с лейкозом, в нефрологическое – с гломерулопатией, в эндокринологическое – с сахарным диабетом или болезнями щитовидной железы. И так далее, по всем специальностям. Там

небольшое число специализированных отделений: кардиологическое, пульмонологическое, нефрологическое, некоторые другие. На педиатрическом факультете – плюс отделение для новорожденных и детей грудного возраста. Эндокринологическое есть не у каждой кафедры. Далеко не всегда кафедра «сидит» на базе большой многопрофильной больницы.

Нередко приходится слышать от студентов, что на кафедре

стителем по лечебной работе. Если больница располагает соответствующими возможностями, больной получает нужную помощь, если нет – направляется в другое учреждение.

Что нового в квотах на ВМП? Что станет с больницами, которые не будут включены в список оказывающих высокотехнологичную помощь? Пока целый ряд из них являются базами клинических кафедр. Было бы идеально, если бы клинические

проблемы лечебные, и расшифровка сложного варианта – это и есть точки приложения высоких технологий. Врачи, долгое время проработавшие в таких отделениях, становятся слишком узкими специалистами. Эта ситуация давно уже породила среди больных поговорку: врачей (специальностей) много, а обратиться, заболев, не к кому. Ведь консультация специалиста нередко ограничивается стандартной популярной фразой – «моей» патологии нет. Больной направляется к другому специалисту, третьему...

Кроме того, пребывание больного в профильном, то есть специализированном отделении строго регламентировано набором специальных методов обследования и лечения и сроком госпитализации. Выход за рамки регламента не поощряется и даже возбраняется. Специализированное отделение с его высокими технологиями – учреждение дорогое. Там каждый день пребывания больного дорого стоит. В результате – больного будут подталкивать к выписке. Пусть по поводу своих сопутствующих хворей обследуется и лечится где-нибудь еще. Какую роль могут в этой ситуации сыграть отделения общего профиля больницы, чтобы не «вытаскивать» из специализированных отделений больных, у которых помимо «специальной» болезни есть другие, «простые»? Взять их на себя. Это и гуманно, и поможет больному получить медицинскую помощь в полном объеме за одну госпитализацию. Это особенно важно для маленьких пациентов. Тем более что сейчас улучшаются (за счет сокращения коек) условия их содержания. Прибавить к этому доступ матерей в палату для ухода за своим ребенком, получается – лучше некуда.

Такова оборотная сторона медали – увлечения высокими технологиями руководителей здравоохранения.

Образовательный аспект

Медицинский вуз и на лечебном, и на педиатрическом факультете на додипломном этапе готовит врача общей практики. Одно это должно быть основанием для того, чтобы в клинической больнице были отделения (или отделение) общего профиля. Клиническая база любой клинической кафедры включает лишь

«имярек» изучали только ревматизм, или только «почки», или бронхиальную астму и хроническую обструктивную болезнь легких. Это от «бедности» набора специализированных отделений, которыми она располагает. Это от того, что в больнице нет отделения широкого профиля. Только в таком отделении студент может увидеть больных с самыми разнообразными патологиями.

Учебная программа включает в себя изучение большого набора нозологических форм – от простых повседневных, которыми болеет большинство людей, до редких и сложных, которые, к счастью, удел немногих. Где студент увидит больных с геморрагическим васкулитом, железодефицитной анемией, иммунной тромбоцитопенической пурпурой; ацетонемической (циркулярной) рвотой, синдромом раздраженного кишечника, гастроудоденитом; со стенозирующим ларинготрахеитом (крупом), обструктивным бронхитом при ОРВИ, пневмонией? Этот список можно продолжить. В специализированные отделения их не возьмут, не тот «уровень». Высокотехнологичные методы обследования и лечения к ним не применишь. Они в нем не нуждаются. К стати, что считать «высокими технологиями»? Список, опубликованный в Интернете, возглавляют хирургические болезни. Понятно – трансплантации, шунтирование, эндопротезирование суставов и т.д. Дорогие методы исследования и лечения – компьютерная и магнитно-резонансная томография, гемодиализ, парентеральное питание, иммунокомплексные препараты, инфузионная терапия. В перечисленных первых нуждается ограниченное число больных. Вторые вряд ли можно отнести к разряду высоких технологий, они широко вошли в практику мало-мальски крупной больницы. В инструкции Минздрава России написано, что после установления диагноза болезни и показаний к ВМП медицинские документы направляются в некую комиссию, которая, убедившись в обоснованности показаний, ставит больного в лист ожиданий. На клинических кафедрах всегда учили и учат студентов, что все назначения – диагностические и лечебные – должны быть обоснованными. Что это записывается в истории болезни и визируется главным врачом или его заме-

больницы располагали всеми возможностями для оказания современной диагностической и лечебной помощи, чтобы студент видел и учился на примере самых новейших медицинских технологий.

Работая в отделениях общего профиля, студент получает возможность увидеть те самые болезни, с которыми будет сталкиваться на участке, в ЦРБ и в сельской участковой больнице. А с редкими, сложными, «высокотехнологичными» болезнями – на факультете повышения квалификации или на видеоконференциях и будет таким образом расширять и повышать свой профессиональный кругозор и квалификацию.

Немаловажный аспект в преподавании на клинических кафедрах – это доступность больного для учебного процесса. Оставим пока в стороне, насколько теперь это возможно с правовой точки зрения. Чисто организационная сторона – администрация отделений, как правило, не склонна предоставлять студентам возможность более или менее свободно общаться с больными. И раньше чаще всего студенческие группы воспринимались как помеха в работе отделения. Теперь ситуация усугубилась из-за того, что клинические кафедры лишились статуса полноправного участника в лечебно-диагностическом процессе в клинических базовых отделениях. Еще менее доступными для учебного процесса будут отделения с больными редкими и сложными болезнями, требующими высокотехнологичных методов. Их студент может увидеть только через стеклянную дверь палаты. Развитие платных медицинских услуг, появление платных палат в бюджетных ЛПУ (а именно они являются пока клиническими базами медицинского вуза) сделает доступность больного для клинической подготовки будущего врача еще более проблематичной, если не невозможной.

Впрочем, всё сказанное имеет хоть какой-то смысл, если правовой и организационный статус клинических кафедр в базовых клинических больницах останется таким, каким он был десятилетия назад. В ту пору немного было нареканий на качество подготовки врачей в медицинских вузах по сравнению с теперешними временами.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.