

В диспансеризации участковый терапевт — ключевая фигура



Бойцов Сергей Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, директор ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России. Автор более 500 научных трудов и публикаций. Под его руководством подготовлены и успешно защищены более 30 диссертационных исследований на соискание ученой степени кандидата и доктора медицинских наук. Президент Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, вице-президент Российского кардиологического общества. Главный редактор журналов «Профилактическая медицина», «Рациональная фармакотерапия в кардиологии», член редакционных коллегий ряда авторитетных российских медицинских журналов.

— Глубокоуважаемый Сергей Анатольевич, в Государственную Думу представлена концепция стратегии формирования здорового образа жизни населения до 2025 года. Как Вы оцениваете этот документ? И каковы его перспективы?

— Значение его трудно переоценить. И это не преувеличение. Концепция стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний до 2025 года определяет приоритеты и основные направления государственной политики и нормативно-правового регулирования в отношении снижения смертности населения.

24 июня 2016 года Минздрав России совместно с Всемирной организацией здравоохранения провел совещание, посвященное обсуждению этой концепции. Присутствовал большой круг экспертов — организаторов здравоохранения. С учетом их корректировок, а также замечаний, полученных от федеральных органов исполнительной власти и ряда институтов, подготовлена новая редакция документа, который после широкого обсуждения, включая обсуждения в интернет-ресурсах, будет представлен в Правительство. Следующим шагом после его принятия станет разработка плана действий по реализации данной стратегии. Сейчас

документ имеет функцию прежде всего политическую, образовательную и направлен на вовлечение всех ветвей власти и ведомств, общественных организаций в работу по снижению смертности населения от неинфекционных заболеваний.

— Расскажите, пожалуйста, об основных направлениях этой стратегии.

— Их всего четыре, и только путем одновременной реализации мер по всем направлениям можно достичь поставленных целей по уменьшению смертности населения и бремени неинфекционных болезней.

Первое направление — снижение популяционного риска неинфекционных заболеваний, что достигается повышением информированности и мотивацией людей к ведению здорового образа жизни.

Второе — выявление лиц высокого риска при диспансеризации и профилактических осмотрах взрослого населения, детской диспансеризации, работе центров здоровья.

Третье — диспансерное наблюдение и эффективный контроль неинфекционных заболеваний: артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, других сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического ге-

неза и их осложнений, злокачественных новообразований после хирургического, лучевого и химиотерапевтического вмешательства, хронической обструктивной болезни легких и сахарного диабета.

Четвертое направление связано с коррекцией факторов риска в условиях стационара и развитием специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в отношении четырех видов патологии: сердечно-сосудистой, бронхолегочной, онкологии и сахарного диабета.

Таким образом, в представляемой стратегии соединяются профилактика и лечебно-диагностический процесс.

— С 2013 года при диспансеризации определенных групп взрослого населения проводится масштабный скрининг неинфекционных заболеваний и их факторов риска с ежегодным охватом более 20 млн человек. Как, по-Вашему, справляется с этой непростой задачей главное звено поликлинической помощи — терапевтическая служба, участковые врачи?

— Сказать, что терапевтическая служба на все сто справляется с проведением диспансеризации, было бы преувеличением. Это и понятно. На участкового терапевта сегодня возложено

много новых обязанностей. Чтобы минимизировать нагрузку и проводить эффективную диспансеризацию пациента, необходимо, чтобы в поликлиниках действовали специальные подразделения: отделения профилактики в тех учреждениях, к которым прикреплены 20 или более тысяч человек, и кабинеты — там, где обслуживают менее 20 тысяч. Персонал этих подразделений берет на себя работу по анкетированию, заполнение документации, первичный сбор информации, маршрутизацию пациента и предоставляет все эти данные терапевту, который в рамках отведенного по стандарту времени должен поставить диагноз, определить группу здоровья, наметить тактику лечения и провести при необходимости краткое фактическое консультирование больного.

«Сегодня в диспансеризации принимают участие около 4 тысяч поликлиник по всей стране, и столько же отделений/кабинетов профилактики задействованы в проекте»

Проект удался именно благодаря вышеописанной модели, однако поначалу для многих терапевтов задача массовой диспансеризации стала серьезным испытанием. Уже в 2013 году годовой объем диспансеризации был выполнен за полгода, хотя и не без определенного административного давления. В 2014–2016 годах диспансеризация шла вполне организованно и отлаженно. Конечно, есть проблемы, в первую очередь там, где до сих пор не созданы отделения/кабинеты профилактики и вся нагрузка ложится на участкового терапевта.

— Значит ли это, что отделения/кабинеты профилактики в большей мере созданы и действуют?

— Во всяком случае в регионах — повсеместно. Сегодня в диспансеризации принимают участие около 4 тысяч поликлиник по всей стране, и столько же отделений/кабинетов профилактики задействованы в проекте. Система заработала, однако достигли мы этих цифр только по истечении двух лет активного внедрения описанной модели.

В Москве получилось не так, как планировали: сказались специфика организации первичного звена, когда действуют основная поликлиника и несколько ее филиалов. Специализирующиеся на профилактике

отделения сосредоточены в главных поликлиниках, а филиалы, как правило, не имеют таких.

— Какие факторы мешают реализации модели всеобщей диспансеризации?

— Во-первых, дублирующая амбулаторная карта, куда вопреки приказу Минздрава заносят все результаты диспансеризации. Казалось бы, все логично: анализы, результаты обследования, фиксируемые в такой карте, необходимы при общении с представителями фонда обязательного медицинского страхования, со страховыми компаниями. Проблема в том, что не всегда эти результаты, установленный в ходе диспансеризации диагноз переносят в основную амбулаторную карту. Именно это снизило результаты диспансериза-

ции работающего населения, которую проводили не участковые терапевты, а специальные выездные бригады, заносившие информацию в дублирующие амбулаторные карты, «оседавшие» затем где-то в шкафах. Необходимо, чтобы вся информация содержалась в единственной карте пациента, которая даст полное представление о его текущем состоянии, о течении заболевания, если оно имеется.

Во-вторых, в крупных поликлиниках зачастую вместо положенных отделений профилактики действуют маленькие кабинеты, которые не справляются с нагрузкой. Бывает и так: есть отделение, но не хватает сотрудников. Я считаю, что в этой ситуации надо в большей степени задействовать средний медицинский персонал. Медицинские сестры, как правило,

«Необходимо, чтобы вся информация содержалась в единственной карте пациента, которая даст полное представление о его текущем состоянии, о течении заболевания, если оно имеется»

достаточно скрупулезны и нацелены на выполнение инструкций, что очень важно. Конечно, наличие в отделении медицинской профилактики врачей, прошедших углубленное обучение в области профилактического консультирования, может существенно улучшить его работу.

И в-третьих, кабинет профилактики, как правило, работает в одну смену, а участковый терапевт — в две. Таким образом, на участкового, принимающего во второй половине дня, падает большая нагрузка. Поэтому важно, чтобы отделения профилактики работали в две смены там, где необходимо.

— И это основные проблемы, тормозящие диспансеризацию? А не перегруженность участковых врачей?

— Слова о перегруженности врачей при условии обслуживания участковым терапевтом одного участка несправедливы. При численности участка в 1700 человек на диспансеризацию приходят примерно 420–450 человек в год. В году примерно 250 рабочих дней, значит, диспансерных пациентов — около двух в день.

Из 1700 человек на участке примерно 700 — гипертоники. Есть больные и сахарным диабетом, и хронической обструктивной болезнью легких, и сердечной недостаточностью. Эта часть пациентов находится на контроле у кардиолога, эндокринолога, пульмонолога. Диспансеризацию проводит только участковый терапевт. К нему приходят на прием 150–200 таких больных в месяц. Это немного. Но должен сделать оговорку, что данный расчет справедлив только при отсутствии совместительства. К сожалению, в административных центрах субъектов Российской Федерации проблема дефицита участковых терапевтов и совместительства не решена.

Диспансеризация сегодня очень далеко ушла от кабинетного принципа. О жалобах пациента не спрашивает врач, они выявляются при анкетировании. На вопросы в анкете большинство может ответить самостоятельно, а пожилым людям и инвалидам поможет изложить свои проблемы квали-

фицированная медсестра, например патронажная.

Участковый терапевт — ключевая фигура в диспансеризации. Однако повышенная нагрузка имеет место только при кадровом дефиците, когда ему приходится совмещать ведение двух-трех участков. Подобное бывает часто

в крупных городах, где врачи востребованы в частной медицине, куда и уходят терапевты.

К сожалению, до сих пор додипломная подготовка выпускника медицинского вуза, будущего участкового терапевта, не обеспечивает необходимый объем знаний по профилактике. Поэтому врачи работают, исходя из собственного понимания задачи, а также следуя указаниям заведующего терапевтическим отделением или начальника медицинской части.

«Диспансеризация очень далеко ушла от кабинетного принципа. О жалобах пациента не спрашивает врач, они выявляются при анкетировании»

Диспансеризация направлена на упреждение и раннее выявление болезни. Первый ее этап предполагает клинические исследования, сдачу анализов, прием больного терапевтом; второй этап (по назначению) — посещение пациентом узких специалистов, более глубокое обследование, получение направления на лечение, своевременное приглашение на контроль. Только таким образом можно уменьшить риск обострений, число вызовов скорой помощи и количество госпитализируемых, а также случаев смерти.

Вроде бы, простая логика. Но принять ее, когда за плечами 20 лет работы в другом режиме, несмотря на все приказы, методические рекомендации и другие документы, бывает очень сложно.

— Сейчас подводятся итоги первого этапа диспансеризации. Каковы его результаты? Снижается ли заболеваемость, смертность?

— Заболеваемость в ходе диспансеризации, наоборот, повышается в результате лучшего выявления болезней. Так, в ее рамках у 15% пациентов заболевания выявляют впервые.

Выросло количество людей на диспансерном наблюдении: с 150–200 до 300–500 человек на каждом терапевтическом участке. Диспансеризация и диспансерное наблюдение повлияли на достижение целевых уровней артериального давления: до 50–60% женщин-гипертоников контролируют показатели АД, у мужчин ситуация иная. Немного хуже с показателями холестерина: стартовали с уровня 9%

пациентов, поддерживающих его целевые значения, сейчас таких уже 25%.

— Первый этап пройден. Что же будет дальше?

— Будем совершенствовать диспансеризацию: использовать более современные и надежные методы диагностики, например проводить анализ кала на скрытую кровь, с помощью которого мы успешно выявляем злокачественные опухоли толстой кишки и кишечника, не с помощью бензидиновой пробы,

а с применением методик иммунохимического анализа.

Сегодня диспансеризация для лиц каждой возрастной категории проводится раз в три года. Планируем проводить с периодичностью раз в два года маммографию, анализ кала на скрытую кровь и флюорографию — они особенно важны для людей старшего возраста.

Очень серьезной задачей является информатизация процессов диспансеризации и диспансерного наблюдения, она позволит анализировать, а значит, управлять достижением целевых уровней артериального давления, холестерина, глюкозы и в конечном итоге даст возможность влиять на показатели смертности на каждом терапевтическом участке.

— Какова роль Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины в организации и реализации проекта всеобщей диспансеризации?

— Работу Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины (далее — Центр) можно условно разделить на три основных блока.

Первый — научно-организационная деятельность в области профилактики неинфекционных заболеваний и пропаганды здорового образа жизни, которая включает в себя эпидемиологию и непосредственно первичную и вторичную профилактику. Сюда я бы также отнес выработку идеологии и внедрение новых принципов профилактической

медицины. Львиную долю в работе Центра составляет именно последнее: через центры медицинской профилактики (а они есть практически во всех субъектах Российской Федерации), через отделения и кабинеты мы внедряем основные принципы профилактики и диспансеризации. Центры профилактики — это те структуры, на которые мы опираемся. То, что мы делаем в масштабе страны, они делают в масштабе региона.

Второй блок — лечебно-диагностический процесс, который служит базой для выработки организационных решений по вторичной профилактике в условиях специализированной помощи в стационарах. Центр обладает мощной клинической базой, оснащенной самым современным оборудованием, что позволяет оказывать специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь пациентам, нуждающимся в эндovasкулярных методах лечения ишемической болезни сердца, терапии нарушений ритма и проводимости сердца.

Сейчас в Центре всего 135 коек, но мы пролечиваем около 5 тысяч больных в год, проводим порядка 2 тысяч операций, большинство которых — в рамках высокотехнологичной помощи. Это один из ведущих центров в стране в области интервенционной аритмологии и ангиологии.

И третий блок — образовательный. Наш Центр является одним из немногих образовательных учреждений, на базе которых готовят специалистов по профилактической медицине.

— Что бы Вы пожелали коллегам, читателям журнала «Доктор.Ру»?

— Формула «здоровье не купишь» неверна, точнее, неполна. Пусть его нельзя купить, но его можно сохранить, что мы и пропагандируем. А участковым терапевтам и сотрудникам профилактических отделений/кабинетов хотел бы пожелать, прежде всего, поверить, что у них все получится, и понять, что в их руках находится здоровье вверенных им пациентов, и сохранять его — задача огромной важности, требующая колоссальной личной ответственности.

*Специально для Доктор.Ру
Елисова О. В., Юданов В. А.*