

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Д.Г. Тихонов

К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

Крайний Север – это труднодоступный для человека регион земного шара с суровыми природно-климатическими условиями и с недостаточным развитием сельского хозяйства, транспорта, социальной сферы, а также с относительно низкой плотностью населения [22]. Территория Крайнего Севера составляет 10,9 млн. км², что соответствует 64,0 % территории Российской Федерации. При этом здесь проживает всего менее 10,0 млн. человек [8].

Районы Крайнего Севера считаются некомфортными зонами для жизнедеятельности человека. К сожалению, вплоть до настоящего времени в монографиях, посвященных медицинским проблемам Севера, не уделяется достаточно внимания вопросам физиологии человека и особенностям этиопатогенеза его заболеваний в условиях Крайнего Севера. Полностью отсутствует информированность участников врачей и терапевтов по этим вопросам, т.к. ни в одном учебнике, руководстве и справочниках они не освещены. Они не затрагиваются даже и в процессе обучения в высших учебных заведениях, расположенных в регионах Севера.

Адаптация организма к холодному климату происходит с синхронного повышения порога чувствительности рецепторов, скоординированного повышения уровня активности всех систем, экономии ресурсов и энергии для покрытия потребностей адаптивного напряжения. Исходами адаптации являются адаптированность и дезадаптация [27]. Организм человека почти всегда адаптируется к суровым условиям холодного климата, за исключением выходцев из регионов с теплым климатом.

Холод своим тренирующим воздействием способствует мобилизации внутренних резервов организма, положительно влияя на весь организм. Было установлено, что в период адаптации организма к холоду серьезно напрягаются механизмы терморегу-

ляции: повышается основной обмен, перестраивается весь обмен веществ в организме, усиливается ход ряда биохимических циклов с усиленным расходом витаминов, микроэлементов и других биологически активных нутриентов.

В условиях Крайнего Севера болезни протекают на фоне общепатологических синдромов, возникающих у жителей Севера как реакция на экстремальные климатические факторы. Так, было установлено, что среди жителей Крайнего Севера в период адаптации развиваются:

- полигиповитаминоз,
- микроэлементозы,
- гипоксический синдром,
- «квантовая» недостаточность из-за недостатка солнечной инсоляции,
- синдром полярного напряжения (по Казначееву В.П.),
- метеоневроз (Данишевский Г.М.),
- склонность к хронизации заболеваний с развитием склеротических и дегенеративно-дистрофических процессов,
- изменение иммунологической реактивности,
- склонность к развитию obstructивных явлений в бронхолегочной системе,
- гипосекреторный синдром желудочно-кишечного тракта,
- синдром полярной анемии, «булимический» синдром, ожирение и др. [1-3, 5, 9-16, 19, 27, 29].

Процессы приспособления организма к меняющимся условиям среды могут привести к двум исходам: к состоянию адаптированности или к состоянию дезадаптации. Состояние дезадаптации в условиях Севера может вызвать развитие заболеваний с этиопатогенезом нервно-психического характера, хронизацию заболеваний, ускорение процессов преждевременного старения [27].

В 1978 г. конференция ВОЗ в Алма-Ата признала существовавшую в СССР систему первичной медицинской помощи лучшей в мире. С целью усовершенствования первичной медико-санитарной помощи в нашей стране предпринимались серьезные шаги.

Важную роль в повышении качества подготовки врачей первичной медико-санитарной помощи сыграло создание кафедр поликлинической терапии. В 1980-х гг. благодаря усилиям заслуженного деятеля науки РФ профессора Галкина В.А., профессоров Барта Б.Я. и Орловой Г.Г., выступивших инициаторами организации кафедр поликлинической терапии, были открыты три кафедры в Москве, Курске и Саратове. Новым кафедрам отводилась ведущая роль в системе подготовки врачебных кадров для амбулаторно-поликлинической сети страны. В настоящее время по всей России действуют более 50 кафедр поликлинической терапии и они признаны основными базами для подготовки врачей общей практики.

Первая такая кафедра в России была создана на медицинском факультете Московского университета в 1896 г., но следует отметить, что к середине 50-х гг. кафедра была закрыта [6].

Во все времена в нашей стране при подготовке врача существенное внимание обращалось на духовное воспитание, формирование врача как личности, бескорыстно преданной своему делу. Врач всегда пользовался большим авторитетом и уважением населения страны. Вера в авторитет врача, убежденность в его правоте являлись мощными помощниками доктора в лечении больных. Они с лихвой восполняли недостаток средств в здравоохранении. В медицинских публикациях авторитетных ученых часто высказывались опасения, что «медицинская технология» разрушит эти отношения.

В отечественное здравоохранение в настоящее время вторгаются рыночные отношения. Следует отметить, что эти тенденции положительно могут восприниматься лишь незначительной частью населения нашей страны. Коммерциализация здравоохранения кардинально меняет образ врача в общественном сознании. В массовом сознании образ врача из «ангелов в белых халатах» может трансформироваться в отрицательную сторону. Широкое обсуждение в средствах массовой информации проблемы транс-

плантологии наглядно свидетельствует об этих тенденциях. Эти тенденции, с другой стороны, связаны с чрезмерно «узкой» специализацией оказания первичной медицинской помощи. Следует отметить, что во всем мире врачи общей практики работают на бесплатной основе и где уровень этой помощи выше, там и высок авторитет врача. По нашим данным, лишь участковые врачи не требуют с пациентов деньги взамен за услуги. Так, 76% платных услуг оказывают, согласно опросам больных, «узкие» специалисты [4]. По данным World Bank, 74% неофициальных платежей за медицинские услуги в России производятся за стационарное лечение [28].

Крупными отечественными учеными, внесшими неоценимый вклад в высшее медицинское образование (Боткин С. П., Кончаловский М. П., Мясников А. Л., Василенко В. Х. и др.), была обоснована система взглядов на работу врача и на диагностику заболеваний как на особую мыслительную деятельность у постели больного. Они всегда подчеркивали неотрывную связь диагностического процесса и личного контакта врача и больного, важность общения и обследования врачом своего клиента. При этом придавалось большое значение формированию у молодых докторов в стенах высших учебных заведений системы врачебного мышления. Следует отметить, что увлечение «узкой» специализацией также ведет к «аппаратной медицине», утрате врачебного мышления и доминированию технического подхода к больному.

В последнее время не только в нашей стране, но и во всем мире возрождается интерес к первичной медицинской помощи. В амбулаторно-поликлинических учреждениях нашей страны лечатся 80% всех больных [7, 18]. Интерес государственных органов управления к амбулаторно-поликлинической помощи, с одной стороны, диктуется финансовыми соображениями. Амбулаторно-поликлиническая помощь является дешевой по сравнению со стационарной помощью, в то же время при правильной организации обладает высокой эффективностью.

Т. Яковлева, зам. председателя Комитета по охране здоровья и спорта Госдумы РФ, считает, что необоснованная госпитализация пожилых людей порой составляет до 40%. Чаще всего они госпитализируются не по медицинским, а по социальным показаниям [21], и такое лечение не может повлиять на показатели состояния здоровья всего

населения. Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в РФ предусматривалось уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих форм [20].

В связи с вышеизложенным качеством додипломной и постдипломной подготовки участковых врачей и врачей общей практики должно существенно улучшиться. По мнению ведущих специалистов по поликлинической терапии, качество подготовки участковых врачей отрицательно сказывается в тех высших учебных заведениях, где поликлиническая терапия преподается «стационарными» кафедрами терапии [6].

Работая в системе подготовки медицинских кадров на медицинском факультете Якутского государственного университета в течение достаточно длительного времени, нами были увидены и изложены основные недостатки организации высшего медицинского образования в республике и пути его реформирования [23, 25]. В настоящее время в республике в сельской местности имеется 726 населенных пунктов, из них в 484 насчитывается всего лишь до 500 жителей в каждом. Малонаселенность и удаленность этих населенных пунктов друг от друга создают определенные трудности в организации первичной медико-санитарной помощи.

В настоящее время уровень подготовки врачебных кадров первичной медико-санитарной помощи в республике не отвечает возросшим современным требованиям. Так, по данным официальной статистики до недавнего времени в ряде районов республики диагностика рака в запущенной стадии достигала 100,0% [17]. Почти по всем основным локализациям рака (кроме рака пищевода и желудка) отмечалась тенденция к росту однодневной летальности [23]. Полученные нами данные свидетельствуют, что в республике среднем проходит 11 дней со дня обращения больного в амбулаторно-поликлинические учреждения, чтобы заподозрить у больного рак и еще 70 дней до постановки уточненного диагноза рака пищевода. Таким образом, на диагностику данного заболевания в среднем затрачивается 81 день. Установлено, что проходит слишком много времени от момента появления первых симптомов заболевания до первого обращения больного в амбулаторно-поликлинические учреждения – 116 дней. По раку желудка картина такая же [24]. Как правило,

больные в отдаленных поселках обращаются в фельдшерско-акушерские пункты. Местный фельдшер назначает им лечение. Через 10 дней не наступает улучшение и фельдшер начинает подозревать наличие более серьезного заболевания и направляет больного в участковую больницу. Участковый врач лечит больного еще месяц, но, не добываясь эффекта, направляет его в райбольницу. В районной больнице проводят рентген-исследование желудка и, ничего не обнаружив, лечат его еще месяц. В конце концов, его направляют в город Якутск, в республиканский онкодиспансер, и там устанавливается точный диагноз, но болезнь уже запущена.

В условиях Якутии до недавнего времени на уровне участковых больниц и врачебных амбулаторий диагностика заболеваний онкологического риска преимущественно основывалась на врачебном осмотре [24]. В настоящее время положение улучшается, так как в республике создана сеть эндоскопической службы [26]. Тем не менее следует отметить, что в условиях Якутии уровень квалификации медицинских работников первичного звена здравоохранения имеет решающее значение. И она зависит от уровня подготовки специалистов в Медицинском институте Якутского госуниверситета, так как более 70% всех врачебных кадров республики являются его выпускниками.

На уровень подготовки специалистов в Медицинском институте Якутского госуниверситета оказывает влияние отсутствие в нем собственной клинической базы. Еще 13 лет назад, организуя Мединститут, мы отмечали важность организации собственной многопрофильной клиники [25]. В настоящее время многие лечебно-профилактические учреждения, в том числе и городские поликлиники, стали муниципальной собственностью. Даже 13 лет назад мы встречали трудности с заключением договоров организации клинических баз с лечебно-профилактическими учреждениями. В настоящее время эти проблемы стали еще более острыми.

В Медицинском институте Якутского госуниверситета организовано около 20 кафедр, но, к сожалению, отсутствует кафедра поликлинической терапии. Возможности для организации такой кафедры в пределах финансирования в Мединституте имеются, так как в институте организованы даже такие кафедры, как кафедра здорового образа жизни и экологии человека.

Значительную роль в реабилитации и в восстановительном лечении больных, выписанных из стационара после оперативного лечения или после перенесенного острого заболевания внутренних органов, должны играть врачи первичной медико-санитарной помощи. В амбулаторных условиях в реабилитации широко можно использовать природные физические факторы, физиотерапевтические методы лечения, массаж, лечебную физическую культуру, психологическую реабилитацию и т.д. В подготовке участковых врачей (врачей общей практики) вопросам реабилитации и восстановительного лечения должно уделяться достаточно внимания.

Республика Саха (Якутия) имеет огромные возможности для экономического развития. Визит Президента России Путина В.В. в Якутию в первые дни его председательства в «восьмерке» стран АТР (6 января 2006 г.) показывает, какая роль придается Якутии в энергетической безопасности не только России, но и всего АТР. В своем выступлении в г. Якутске он сказал: «...развитие нефтегазового комплекса Якутии могло бы стать одной из опорных точек роста Восточносибирского региона в целом и не только надежно обеспечить внутренние потребности республики, но и наладить поставки энергоресурсов на рынки Дальневосточного федерального округа и далее

на рынки наших партнеров по АТР». Он подчеркнул, что: «...Восточная Сибирь для России имеет огромное значение – здесь огромный потенциал, и в Якутии в том числе. Перспективы здесь просто колоссальные... Это требует особого внимания правительства к решению вопросов в Якутии, во всей Восточной Сибири».

Планы интенсивного развития промышленности и освоения природных ресурсов северных территорий создают новые условия для конкурентной борьбы за право разработки месторождений полезных ископаемых. В этой борьбе победит тот, кто умеет защитить своих специалистов и рабочих от пагубного воздействия на здоровье экстремальных природно-климатических факторов Крайнего Севера. К нашей радости, в настоящее время зарубежные фирмы не умеют организовать работу в условиях холодного климата. Как показал опыт работы зарубежных строительных фирм в Якутии в холодное время года, фирмы не рискуют здоровьем своих рабочих, и они просто замораживают строительные объекты в зимнее время года.

Для того, чтобы успешно выполнить национальную программу по здравоохранению в Республике Саха (Якутия), необходимо резко повысить качество подготовки участковых терапевтов путем организации кафедры поликлинической терапии в Мединс-

титуте Якутского госуниверситета. С точки зрения учебного процесса, это легко можно сделать путем перераспределения учебных часов без дополнительных финансовых затрат между стационарными кафедрами (додипломный период обучения) и кафедрой семейной медицины (постдипломный период обучения).

С целью более полного использования потенциала санаторно-курортных учреждений в подготовке врачебных кадров первичной медико-санитарной помощи мы предлагаем создать учебно-научно-производственное объединение между Объединением «Якуткурорт» и Мединститутом якутского госуниверситета.

Существующая система первичной медико-санитарной помощи Якутии не сможет выдержать миграционный натиск нового тысячелетия. Чтобы достойно встретить вызов современной эпохи, необходимо подготовить врачебные кадры первичного звена здравоохранения с учетом особенностей адаптации человека в условиях сурового климата Якутии и с учетом возросшей роли амбулаторно-поликлинической помощи в системе охраны здоровья населения в тесном сотрудничестве с лечебно-профилактическими и санаторно-курортными учреждениями.

Полная библиография к статье находится в редакции журнала.

Р.В. Александров

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

На сегодняшний день в системе ресурсного обеспечения здравоохранения Республики Саха (Якутия) существуют 2 основные проблемы. Первая связана с несбалансированностью заявленных гарантий бесплатной медицинской помощи с имеющимися финансовыми ресурсами. Вторая – это несоответствие мощности развернутой сети медицинских учреждений сложившемуся республиканскому потоку пациентов.

АЛЕКСАНДРОВ Роман Вячеславович – препод. кафедры «Бухгалтерский учет и аудит» Всероссийской Государственной налоговой академии.

Указанные негативные особенности обусловлены, на наш взгляд, наличием двух несбалансированных между собой факторов, что проиллюстрировано на рис. 1.

Во-первых, по состоянию на сегодня сложился дисбаланс между объемом финансирования и величиной заявленных гарантий бесплатной медицинской помощи. Отрасль финансируется на 70% от расчетной потребности по социальным нормативам, ориентированным на действующую сеть ЛПУ, т.е. практически сохранен сметный принцип финансирования из средств бюджета республики.

Во-вторых, достаточно устойчи-

вым можно считать сложившийся в республике дисбаланс между развернутой сетью учреждений и потоком пациентов. Республике исторически присуща ситуация функционирования относительно стабильной сети учреждений здравоохранения. В то время как внутриреспубликанские миграционные процессы сельского населения в зимний период усиливаются. Это существенным образом увеличивает нагрузку на медицинские учреждения в городах, куда перемещается это сельское население. Более того, в малодоступных и малонаселенных пунктах ЛПУ содержатся в целях обеспечения доступности медицинской помощи.