

Е.Л. Никонов*, Л.А. Алексеева, Н.А. Волкова, С.А. Чорбинская

ФГБУ «Поликлиника № 1» УД Президента РФ, г. Москва

ЭВОЛЮЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ОБ ОБЯЗАННОСТЯХ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ СИСТЕМЫ КРЕМЛЁВСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Со времени организации наиболее крупного поликлинического учреждения широкого профиля в системе кремлёвской медицины — ФГБУ «Поликлиника № 1» УД Президента РФ прошло более 85 лет. Терапевтическая служба поликлиники, состоящая сегодня из 8 отделений, включая диспансерное и отделение помощи на дому, имеет кардинальное отличие от российской и зарубежной амбулаторной практик — это персонализированная медицина в полном объёме.

Современный период работы терапевта характеризуется наличием целого ряда факторов, требующих оптимизации дальнейшего развития терапевтической помощи. Наблюдается усложнение профессиональных обязанностей терапевта на фоне нарастающего потока профессиональной информации (по клинической фармакологии, доказательной медицине, меняющимся каждые 2–3 года рекомендациям ВНОК). Увеличился объём различной документации, в том числе немедицинского качества (заполнение различных учётных и отчётных форм по расходу медикаментов, услуг и т.д.), который должен оформлять терапевт. Сократилось время, выделяемое на приём одного пациента. В связи с этим часто возникает вопрос: кем должен быть терапевт многопрофильной поликлиники — диспетчером и специалистом по учёту заболеваемости и медицинских услуг или в первую очередь лечащим врачом, ответственным за своевременность и качество оказания медицинской помощи? В поиске ответа на этот вопрос полезно ознакомиться с опытом развития терапевтической службы ФГБУ «Поликлиника № 1» УД Президента РФ.

ЛЕЧИТЬ НЕ БОЛЕЗНЬ, А БОЛЬНОГО

Со дня основания поликлиники в 1925 г. были созданы уникальные программы поликлинического обслуживания, существенно изменившие организационные формы работы терапевта, но сохранившие основной принцип оказания медицинской помощи, провозглашённый классиками отечественной меди-

цины: лечить не болезнь, а больного. В первые годы после организации медицинской помощи руководителям страны и членам их семей врач-терапевт выполнял обязанности инфекциониста, эпидемиолога, фтизиатра, эндокринолога. При необходимости к лечебной работе привлекались хирург, акушер-гинеколог, уролог, невролог, офтальмолог. Постепенно эти специалисты включались в штат поликлиники. Во всех сложных случаях проводились консультации профессоров. Квалификация и ответственность врачей поликлиники были выше, чем в других лечебных учреждениях, учитывая состав прикрепленного контингента. Регулярные медицинские осмотры для выявления малосимптомных форм заболеваний начали проводиться терапевтами поликлиники еще в предвоенные годы. Однако только с 1947 г. каждый вновь прикрепленный к поликлинике пациент проходил диспансерное обследование с применением специальных методов диагностики, включая рентген грудной клетки, ЭКГ, клинические исследования крови и мочи.

Дальнейшее развитие метода диспансеризации проходило под руководством академика Е.И. Чазова, который возглавлял 4-е Главное управление при Минздраве СССР. Евгений Иванович способствовал совершенствованию диагностической службы поликлиники и был идеологом преемственного ведения пациента в амбулатории, стационаре, реабилитационном центре, санатории. В это время в поликлинике был выработан общий концептуальный подход к программе диспансеризации. Тогда же обсуждалась необходимость создания системы подготовки семейного врача, который должен был использовать дис-

*Контакты. E-mail: e.nikonov@vipmed.ru. Телефон: (499) 252-86-50



*IV терапевтическое отделение ФГБУ «Поликлиника № 1 УД Президента РФ»,
заведующая отделением Инна Анатольевна Соловьева*

пансерный метод не только для диагностики болезни на ранней стадии, но и для выявления факторов риска её развития, проводить первичную и вторичную профилактику основных эпидемических и неэпидемических заболеваний. Особое внимание уделялось Е.И. Чазовым непрерывному профессиональному усовершенствованию терапевта на рабочем месте. Были созданы условия для методической и научно-практической работы в поликлинике: лекции, семинары, клинические разборы, клиничко-анатомические конференции, научно-практические конференции, которые проводили ведущие специалисты медицинских кафедр, профессора и академики РАМН.

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА

Подготовка семейных врачей (врачей общей практики) началась с 1995 г. на кафедре участкового врача Учебно-научного медицинского центра, которой руководил академик РАМН Владимир Сергеевич Гасилин. В последующем эта кафедра была преобразована в кафедру семейной медицины. Все семейные врачи готовились из врачей-терапевтов. Каждый терапевт (участковый или семейный врач) знакомился с прикрепленными пациентами своего участка, выявлял хронические заболевания, диагностировал при последующих обращениях острые состояния и следил за исполнением пациентом рекомендаций по профилактике и лечению основных эпидемических и неэпидемических заболеваний.

При развитии осложнений дальнейшая тактика ведения обсуждалась на консилиумах с участием ведущих специалистов. Большой школой для терапевтов являлась подготовка консилиума, общение с профессорами и академиками у постели больного. В urgentных ситуациях приглашался врач отделения скорой медицинской помощи. На всех этапах оказания лечебной помощи терапевт (участковый или семейный врач) был участником консилиумов и в последующий период контролировал выполнение медицинских рекомендаций.

Терапевт вёл историю болезни, где детально регистрировал все симптомы, динамику их развития, рекомендованное лечение и его эффективность. Медицинская сестра помогала вести учётные документы, осуществляла запись к специалистам, сопровождала пациента на все виды обследований, получала результаты лабораторных исследований. Ведение историй болезни, оформление этапных и годовых эпикризов, документов по первичному и повторному диспансерному обследованию, направления на госпитализацию, санаторно-курортное лечение и многие другие документы и формы, в том числе информированное согласие или отказ от инвазивных методов обследования и лечения, требовали чёткого и своевременного написания.

Семейный врач (врач общей практики), в отличие от участкового терапевта, оказывал медицинскую помощь всем членам семьи, включая подростков, и работал вме-

сте с подготовленной по специальной программе медицинской сестрой. В обязанности семейного врача (врача общей практики) в условиях многопрофильной поликлиники входило также оказание первичной специализированной помощи. Для этого требовалась дополнительная подготовка по ряду специальностей, что осуществлялось на кафедре по модифицированной программе обучения.

В 90-х годах обсуждался дальнейший переход всей поликлиники на работу по принципу семейной медицины. Однако жизнь вносила свои коррективы в перспективное планирование, и семейные врачи (врачи общей практики) продолжили работу в ряде терапевтических отделений. Вместе с тем, сохранялись принципы персонализированной медицины, основанной нашими предшественниками, которая и сегодня остаётся пока недостижимой целью для амбулаторных учреждений всего мира. В последующие годы в поликлинике продолжала совершенствоваться система диспансерного обследования и активного наблюдения лиц с основными неэпидемическими заболеваниями и/или факторами риска их развития, внедрялись современные рекомендации ВНОК по профилактике и лечению АГ, ИБС, ХСН, мерцательной аритмии, основные положения медицины, основанной на доказательствах.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Все пациенты поликлиники, прикрепленные на годовое обслуживание, проходят обязательное диспансерное обследование. Работающему контингенту составляется максимально удобная программа посещений специалистов, проведения исследований и сдачи анализов. Специально для сокращения времени диспансеризации было восстановлено диспансерное отделение. Терапевт назначает каждому пациенту индивидуальный диспансерный маршрут, который позволит провести скрининг его состояния здоровья и выявить все факторы риска развития заболеваний.

В 2011 г. было восстановлено терапевтическое отделение для оказания помощи на дому пациентам, которые вследствие тяжёлых хронических заболеваний не могут самостоятельно посещать поликлинику. Врачи отделения получили новое оборудование, приборы лабораторной экспресс-диагностики. Специалисты клинко-диагностической лаборатории выезжают на дом для забора плановых анализов, медицинские сёстры снимают ЭКГ на дому, хирурги, офтальмологи, неврологи и другие специалисты при необходимости помогают скорректировать план лечения пациента.

Внедрение инновационных медицинских технологий, с одной стороны, и стремление сократить время пребывания пациента в стационаре, с другой, сопровождаются появлением новой должностной обязанности терапевта (участкового или семейного врача) — осуществление предоперационной подготовки пациента

на догоспитальном этапе наблюдения. Терапевт поликлиники ведёт контроль за качеством и сроками обследования больных перед госпитализацией, т.к. амбулаторное проведение всех необходимых исследований позволяет значительно сократить время пребывания в стационаре.

В условиях вынужденной полифармакотерапии, обусловленной полиморбидностью, наиболее выраженной у лиц пожилого и старческого возраста, работа терапевта (участкового или семейного врача), определяющего необходимую базисную терапию и показания для различных видов курсового лечения, становится особенно сложной. Появляется необходимость постоянного сотрудничества с клиническим фармакологом. Трудности лечения этой категории пациентов объясняются также отсутствием доказательной базы для лиц старше 75 лет.

В сложных диагностических случаях терапевт направляет пациентов к узким специалистам для уточнения диагноза, после чего интегрирует весь комплекс назначений, чтобы выстроить индивидуальную программу медикаментозного и немедикаментозного лечения, избегая полипрагмазии и ориентируясь на комплаенс. Терапевты поликлиники непременно напоминают пациентам о выполнении своих назначений, звонят по телефону и приглашают на очередное плановое посещение. Обеспечивается эффективное взаимодействие и преемственность ведения пациентов между терапевтической службой и другими подразделениями поликлиники.

Терапевты поликлиники непрерывно повышают свою квалификацию, поэтому имеют настороженность по факторам риска широкого спектра заболеваний, в первую очередь, онкологических, сердечно-сосудистых, неврологических и др. В результате — большинство болезней, угрожающих жизни пациентов, выявляются на ранней стадии «предболезни», когда у человека ещё отсутствуют жалобы и очевидные симптомы. Внедрение инновационных диагностических технологий на этапе диспансерного обследования на протяжении последних 20 лет сопровождается преимущественным выявлением злокачественных новообразований на 1–2 стадии процесса (82% в поликлинике, 12% в России).

В поликлинике накапливался уникальный опыт диагностики бессимптомных или малосимптомных форм заболеваний, ранней вторичной профилактики, позволившей отодвинуть сроки развития клинических проявлений заболеваний и предотвратить развитие осложнений. Эффективность первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в поликлинике подтверждена снижением заболеваемости острым нарушением мозгового кровообращения и инфарктом миокарда, преобладанием этих осложнений в возрастной группе старше 70 лет, увеличением продолжительности жизни прикрепленного контингента, ростом числа долгожителей среди постоянных пациентов поликлиники.