

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ И ЗАСЕДАНИЙ РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ НА 2012 ГОД



Уважаемые коллеги! Одной из приоритетных задач Российского научного медицинского общества терапевтов была и остается организация образовательных мероприятий, поддержание и развитие связей с регионами нашей страны. Мы продолжаем процесс обучения и самообразования посредством тесного общения со специалистами других территорий. Нам предстоит обширная и насыщенная событиями работа, освещать которую мы будем в том числе на страницах официального издания Российского научного медицинского общества терапевтов — журнала «Архивъ внутренней медицины». Я призываю всех коллег присоединяться и активно участвовать в наших мероприятиях, поскольку только сообща мы можем достичь цели — совершенствования науки, медицинской помощи и здравоохранения России.

Юрий Борисович Белоусов, член-корр. РАМН, президент Российского научного медицинского общества терапевтов, главный редактор журнала «Архивъ внутренней медицины»

Мероприятия РНМОТ в 2012 г.:

12-13 апреля, Ярославль

VI Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ

24-25 мая, Ставрополь

I Съезд терапевтов Северо-Кавказского федерального округа

8-9 июня, Курск

VII Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ

20-21 сентября, Новосибирск

III Съезд терапевтов Сибири и Дальнего Востока

11-12 октября, Екатеринбург

I Съезд терапевтов Уральского федерального округа

7-9 ноября, Москва

VII Национальный конгресс терапевтов

Заседания Президиума РНМОТ в 2012 г.:

21 февраля

16 мая

12 сентября

28 ноября

Повестка заседания Президиума РНМОТ (21.02.2012 в 15:00, Москва, ул. Угрешская, д. 2, стр. 8)

1. Отчет о подготовке мероприятий РНМОТ на 2012 г. — Белоусов Ю.Б., Спасский А.А., Кокорин В.А., Смирнов Д.А.
2. О подготовке национальных рекомендаций РНМОТ и Справочника терапевта — Арутюнов Г.П., Спасский А.А.
3. Результаты исследования ИСПОЛИН — Воевода М.И., Кокорин В.А., Спасский А.А.
4. Подготовка программы и работы секций РНМОТ — Ойроткина О.Ш., Воевода М.И., Гордеев И.Г., Демидова Т.Ю., Щекотов В.В., Драпкина О.М., Михин В.П.
5. Отчет об издательской деятельности журнала «Архивъ внутренней медицины» — Белоусов Ю.Б., Спасский А.А.
6. Рассмотрение предложения председателя Казанского отделения РНМОТ Сигитовой О.Н. о создании новой классификации хронического пиелонефрита — Спасский А.А.
7. Отчет о международной деятельности РНМОТ — Кокорин В.А., Спасский А.А.
8. О работе сайта РНМОТ — Кокорин В.А., Арутюнов А.Г.
9. Об оценке эффективности работы Президиума и Правления РНМОТ — Арутюнов Г.П., Спасский А.А., Кокорин В.А.
10. О подготовке положения о членстве в РНМОТ и создании рабочей группы — Белоусов Ю.Б., Мартынов А.И., Спасский А.А., Кокорин В.А.
11. О подготовке положения о выборах Почетного иностранного члена РНМОТ — Белоусов Ю.Б., Мартынов А.И., Спасский А.А., Кокорин В.А.
12. Разное.

СЕРГЕЙ АНАТОЛЬЕВИЧ БОЙЦОВ: «Врач должен постоянно обновлять свои знания»



Директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, д.м.н., профессор Сергей Анатольевич Бойцов всю сознательную жизнь пополняет свои знания и совершенствуется в работе. Трудолюбие, упорство и постоянное движение только вперед позволили Сергею Анатольевичу достичь больших профессиональных высот, но сам он уверен, что этого недостаточно. Важнейшим качеством практикующего врача он считает способность сопереживать пациенту и стремление помочь всеми доступными для этого средствами.

Сергей Анатольевич, вы — профессионал с большой буквы, сегодня вы добились того, к чему другие люди идут не два и не три десятилетия. В чем секрет вашего успеха? Наверное, дает о себе знать колоссальный опыт?

С одной стороны, 55 лет — не столь большой возраст. А с другой, понимаешь, что к этому времени что-то надо было сделать. Стандартный профессиональный путь врача предполагает несколько обязательных ступеней: интернатура, клиническая ординатура, затем аспирантура (у меня была адъюнктура в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова), работа в отделении, по истечении определенного времени — заведование отделением. Правда, в моем случае адъюнктуре предшествовали 4 года службы в качестве начальника медицинской службы атомной подводной лодки на Северном флоте. Но в большинстве случаев путь все же более или менее стандартен. Так вот, если человек занимает должность заведующего отделением, его карьеру уже можно считать очень успешной — он профессионал своего дела. Но я считаю, что это не главное. Можно быть подлинным профессионалом и не став, например, заведующим отделением. Важно получать удовольствие от своей работы, а это возможно только при условии любви к специальности. Для этого врач должен обладать таким природным качеством, как эмпатия. Со временем это чувство, конечно, немного притупляется, поскольку никаких душевных сил не хватит, чтобы глубоко переживать историю болезни каждого пациента. Но если эмпатии нет совсем, стать хорошим врачом трудно, а с годами можно превратиться в человека, который просто формально выполняет свои обязанности. Можно обладать информацией и даже уметь ее применять, но такой врач всегда будет разительно отличаться от коллег, которым свойственна эмпатия.

Какими еще качествами должен обладать врач?

Стремлением к непрестанному совершенствованию знаний. Еще в конце 1990-х годов скорость принципиального обновления информации составляла примерно 5 лет, сегодня этот срок существенно сократился. Мы в своей практике применительно к каждому больному опираемся на факты доказательной медицины, за которой стоят аргументы огромного количества многоцентровых исследований и метаанализов. Благодаря Интернету расширились возможности коммуникаций, проведения конференций и т.д. Какие-то вещи всегда остаются актуальными, но постоянное появление большого объема новой информации диктует необходимость регулярного обновления знаний. Если врач этого не делает — он деградирует как профессионал. Сегодня недостаток знаний нельзя компенсировать опытом. Если раньше профессор, заведующий отделением отличался от врача-ординатора и аспиранта тем, что он мог получить гораздо больше информации при осмотре и физикальном обследовании пациента (пальпация, перкуссия, аускультация), то теперь эта разница нивелируется: различные средства диагностики, в первую очередь визуализации, доступны и профессору, и ординатору практически в равной степени, и таким образом уменьшается разница в опыте. У ординатора или аспиранта нередко даже есть некоторое преимущество — из-за большей осведомленности в современных информационных технологиях и знания иностранных языков им доступнее весь объем доказательной медицины.

Сергей Анатольевич, кого вы считаете своим учителем?

Мне повезло — у меня были замечательные учителя. Моим первым и, наверное, главным учителем

был Александр Николаевич Сененко, профессор, начальник кафедры военно-морской и госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Помимо высочайшего профессионализма, Александр Николаевич отличался исключительной интеллигентностью, умел общаться с людьми так, чтобы ни в коем случае не ставить их в неловкое, затруднительное положение. Этот принцип касался и его коллег. Под его руководством я прошел не только подлинную клиническую школу, но и школу человеческих взаимоотношений.

Я очень благодарен и другим своим учителям — Виктору Павловичу Андрианову, Андрею Онуфриевичу Нестерко, Юрию Леонидовичу Шевченко. Юрий Леонидович сыграл огромную роль в моей судьбе. Когда он был начальником Военно-медицинской академии и одновременно начальником кафедры сердечно-сосудистой хирургии, между нашими кафедрами происходило достаточно интенсивное сотрудничество на стыке кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии. Именно при нем я был назначен начальником кафедры военно-морской и госпитальной терапии. Став министром здравоохранения, Юрий Леонидович пригласил меня в Москву, и я стал главным терапевтом Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. Также в течение нескольких лет я возглавлял один из филиалов этого Центра, а затем получил приглашение от Евгения Ивановича Чазова занять должность его первого заместителя, где уже в совершенно зрелом возрасте прошел еще одну незабываемую школу под руководством великого профессионала, организатора здравоохранения и мудрого учителя. Считаться учеником Евгения Ивановича — большая честь. Именно под его началом я был подключен к вопросам организации здравоохранения, совершенствования кардиологической помощи больным, продвижению сосудистой программы и т.д.

Около года назад я получил от Минздравсоцразвития предложение возглавить Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины и стал преемником Рафаэля Гегамовича Оганова, руководившего в течение многих лет всей системой профилактики инфекционных заболеваний в нашей стране.

В каком направлении сейчас работает Научно-исследовательский центр профилактической медицины?

В центре очень сильная база и устоявшиеся традиции, имеются интересные наработки на будущее. Сейчас Минздравсоцразвития отчетливо меняет вектор своей работы от сугубо лечебно-диагностического в сторону профилактического. Это совпало

Решением Президиума Российского научного медицинского общества терапевтов Сергей Анатольевич Бойцов награжден медалью имени В.Д. Шервинского, которая вручается «за многолетнюю безупречную работу и активное участие в деятельности Российского научного медицинского общества терапевтов».



с потенциалом центра: очень много научных разработок ждут практической реализации. Фактически из научного центр должен стать научно-практическим. Это невероятно сложно, но мы берем на себя смелость справиться.

Чем интереснее заниматься лично вам — клинической или управленческой работой?

Думаю, участие в организации чего-либо со временем становится естественной внутренней потребностью многих людей: накапливается опыт, который хочется обобщать, систематизировать и применять в более крупных масштабах. Но при этом я не отошел от клинической работы. Если врач хотя бы на непродолжительный период отдаляется от пациента, он очень быстро отстанет от времени.

Сергей Анатольевич, каким вы видите будущее российской медицины?

Отечественная медицина располагает замечательным историческим опытом, и его нужно сохранять и преумножать. Конец 90-х годов прошлого века был разрушительным для нашей системы здравоохранения, я бы сравнил это с последствиями гражданской войны. Причем, если в военные годы процесс разрушения происходил извне, то в конце прошлого века мы стали свидетелями активного разрушения, происходящего изнутри. Поэтому сейчас все не так просто. Конечно, мы перенимаем опыт американской и европейской медицины, но его нельзя использовать как кальку — у России всегда был и есть свой собственный путь.

Наше государство относится к разряду социальных, т.е. оно заботится о своих гражданах. В Швейцарии, например, нет такого уровня попечения населения, каждый платит за здоровье из собственного кармана. В России же охрана здоровья гарантирована Конституцией.

Однако есть мнение, что отечественное здравоохранение постепенно становится платным...

Ничего подобного. Доступность бесплатного здравоохранения не только не уменьшается — напротив, растет в последние годы. Но параллельно естественным образом развивается коммерческий сектор медицинских услуг как одна из сфер бизнеса и одновременно элемент системы охраны здоровья. Она востребована — значит, нужна, на нее есть спрос, но никто не пытается заменить бесплатную медицину платной. Хотя эта тема нередко в популистских целях гиперболизируется. Распускаются слухи о приватизации больниц. Но ведь только сумасшедший бизнесмен захочет приватизировать, например, городскую больницу — лечебно-диагностический процесс очень затратен из-за высокой стоимости современного оборудования. При этом, как только предвыборный цикл заканчивается, тема платной медицины сразу за-

Сергей Анатольевич, пациенты и даже сами врачи порой отождествляют понятия «врач общей практики» и «врач-терапевт». Поясните, пожалуйста, разницу.

Врач общей практики — более широкое понятие. Наверное, сегодня такие специалисты встречаются скорее не в мегаполисах, а в сельской местности. Врач общей практики обладает более внушительным набором практических навыков, он не только знает терапию, но и умеет провести ЛОР и неврологическое обследование, простейшие хирургические манипуляции и т.д. Участковый же терапевт — это именно терапевт, который работает в поликлинике, обслуживая вмененный ему участок с ограниченным числом пациентов.

бывается. Короче говоря, бесплатная медицина в нашей стране не будет заменена платной. Только в рамках оказания бесплатной высокотехнологичной помощи десяткам тысяч пациентов ежегодно выполняются очень дорогие операции. Конечно, в пересчете на душу населения мы существенно отстаем от стран Запада, но, с другой стороны, численность населения нашей страны больше, чем любого из европейских государств. Правда, меньше, чем в Соединенных Штатах Америки, но американская экономика не подвергалась таким мощным внешним и внутренним воздействиям, и сама история Штатов менее драматична, чем российская. Кроме того, кардинальных изменений системы мало, одновременно должны меняться и сами участники этой системы. А это происходит отнюдь не быстро.

Приведу в этом отношении один пример. Одна из самых актуальных проблем сегодня — высо-

кая загруженность врачей-терапевтов. На работу с одним пациентом выделяется около четверти часа, при этом 10 минут занимает заполнение документации, выписка рецептов и т.д. На контакт с пациентом и его осмотр остается около 5 минут, чего явно недостаточно. Не полностью решить, а упростить эту проблему можно с помощью электронных историй болезни, однако это сопряжено с необходимостью обучить сотрудников лечебных учреждений правилам работы с ними. Из опыта не поликлиник, а стационаров известно, что поначалу всегда приходится сталкиваться с жесточайшим сопротивлением, затем врачи привыкают, а уже через 3 месяца говорят: «Не понимаем, как мы раньше жили без этой инновации?»

Как вы считаете, электронные версии журналов способны заменить бумажные?

Думаю, что нет, и на то есть ряд веских причин. Дело в том, что информация на любых электронных носителях носит все-таки виртуальный и пока далеко не для всех удобный характер. При этом также доказано, что наиболее успешное хранение информации обеспечивает дублирование ее на осязаемых носителях. Электронные версии нужны, они обеспечивают доступность и более широкий охват аудитории читателей, но бумажные, безусловно, пока остаются основными. Возможно, следующим поколениям докторов бумажный носитель будет казаться несколько странным, однако для работающих ныне специалистов, особенно не самых молодых, он является более привычным и удобным.

Сергей Анатольевич, «Архив внутренней медицины» вышел в свет уже на фоне существования многочисленных журналов для врачей. Почему к нему возник такой огромный интерес?

Думаю, в первую очередь потому, что он сразу охватил всю аудиторию, которая предполагается для большинства других журналов. Ведь «Архив внутренней медицины» интересен не только терапевтам, но и врачам других специальностей: неврологам, кардиологам, гинекологам, онкологам, педиатрам и т.д. С другой стороны, в основном он нацелен на участкового врача, врача общей практики. Кроме того, за журналом стоит Российское научное медицинское общество терапевтов. Журнал интерактивный, инновационный, его формат соответствует духу нашего времени. При этом я в отношении других журналов не хочу сказать, что консервативность — обязательно отрицательное качество. Они нужны такими, какие они есть, а журналу «Архив внутренней медицины» я желаю дальнейшего роста и развития!