



С.С. ВЯЛОВ: «Общеклинический подход: сочетание поликлиники и стационара оптимально для лечения пациентов»

Оказание качественной медицинской помощи по-прежнему является насущным вопросом в медицинской сфере, особенно в амбулаторных лечебно-профилактических учреждениях. Сегодня практикующим врачам помимо профильных знаний, которые требуют постоянного совершенствования, необходимы также правовая грамотность, знание фармакологического рынка. Об этом – в интервью с кандидатом медицинских наук, врачом-гастроэнтерологом Европейского медицинского центра (Москва) Сергеем Сергеевичем ВЯЛОВЫМ.



– С какими трудностями сталкиваются врачи амбулаторного звена в повседневной практике?

– Специфика лечения больных амбулаторно и в стационаре отличается по многим параметрам. Пациент, как правило, приходит в поликлинику на прием к врачу, когда он сам осознал необходимость обратиться за медицинской помощью. И назначив лечение, врач фактически не может проконтролировать пациента и гарантировать повторную явку больного. Немаловажно и то, что в стационаре, например, больной находится под наблюдением только одного врача, а в условиях амбулаторного лече-

ния пациент может обращаться к разным врачам или сменить лечебное учреждение.

В рамках амбулаторного приема врачи также ограничены существующими жесткими нормативами – на одного пациента выделяется от 10 до 20 минут. При большом потоке больных, в условиях, когда отсутствует автоматизация процессов, объяснить пациенту все нюансы лечения и выстроить с ним доверительные отношения крайне затруднительно.

– Сейчас обсуждается вопрос создания амбулаторно-поликлинических центров. Будет ли это

способствовать решению проблем, возникающих при амбулаторном лечении?

– Сочетание поликлинической и стационарной помощи оптимально с точки зрения преемственности в лечении пациентов. Стационар и, как вариант, дневной стационар, с возможностью корректирования времени поступления и пребывания пациента от нескольких часов в течение суток до нескольких суток, – это удобно и для пациента, и для врача.

Согласно программе модернизации российского здравоохранения, например, в Москве будет создано порядка 50 крупных амбулаторно-по-

ликлинических центров с дневным стационаром. В регионах также планируется создание локальных, региональных и федеральных центров. За счет открытия дневных стационаров будет оптимизировано количество больниц, а количество койко-мест в больницах, вероятно, будет скорректировано в сторону уменьшения. Но о каких-либо конкретных результатах в переходный период пока сложно судить.

– Существуют ли какие-либо ограничения в выборе методов лечения, медикаментов и чем они обусловлены?

– В поликлинике, в отличие от стационара, большинство пациентов получают лечение за собственные средства, и врач может выбирать для конкретного больного любой препарат, который считает более эффективным, безопасным у данного пациента и выгодным в отношении «цена – качество». В задачу врача входит разъяснение пациенту объективной ситуации, сообщение о возможных принципиальных подходах к лечению. При этом он не должен задумываться об источниках дохода пациента. Как ни удивительно, даже малообеспеченные пациенты часто делают выбор в пользу более эффективной, нередко дорогостоящей терапии, а не дешевых, менее эффективных и более доступных по стоимости способов лечения.

– Всегда ли самое дорогое лечение является самым эффективным? Доступна ли врачам необходимая информация по лекарственным средствам?

– В этом аспекте наиболее заметна разница между поликлиническим и стационарным подходом к лечению. Так, больницы централизованно закупают лекарственные средства, выбор препаратов осуществляется исходя из различных фармакологических, экономических и прочих составляющих. В амбулаторных условиях выбор препарата не органичен формулярами и списками.

Безусловно, дорогой препарат не всегда самый эффективный, а его стоимость – всего лишь условная договоренность между продавцом и покупателем. Информация о лекарственных средствах должна быть общедоступной для практикующих врачей, но исследований, посвященных фармакоэкономике, очень мало, и они рассчитаны в основном на госпитальных пациентов, так как кафедры образовательных учреждений, факультетов усовершенствования врачей и повышения квалификации, где ведется научная работа, расположены на базе стационаров. Стоимость лечения рассчитывается исходя из затрат на койко-день, выплат по больничному листу, а фактические затраты пациента просчитать очень сложно.

У каждого врача есть наработанные эмпирические знания по применению определенных препаратов. В поликлиническом сегменте нередки ситуации, когда пациент выражает недовольство из-за несоответствия высоких сумм, потраченных им на лечение, и состояния своего здоровья по итогам проведенного лечения. В этом случае нужно анализировать каждую конкретную ситуацию.

– Как эффективность лечения и его стоимость соотносятся с точки зрения пациента?

– Со стороны пациента процесс лечения выглядит иначе, чем с позиции врача. Медицина является, в первую очередь, сферой услуг. Медицинские услуги, которые больные получают «бесплатно» в рамках программ обязательного медицинского страхования (ОМС), на самом деле оплачиваются ими в ходе налогообложения. И пациенты, желая получить «бесплатные» услуги, гарантированные государством, нередко предъявляют претензии.

У пациентов, получающих медицинские услуги по программам добровольного медицинского страхования (ДМС), закрепилось мнение, что за их страховку заплачены «большие» деньги и эти деньги лечебное учреждение «должно» от-

Согласно программе модернизации российского здравоохранения, в Москве будет создано порядка 50 крупных амбулаторно-поликлинических центров с дневным стационаром. Сочетание поликлинической и стационарной помощи оптимально с точки зрения преемственности в лечении пациентов.

работать. Поэтому данная группа пациентов является очень требовательной. Пациенты, которые покупают медицинские услуги за наличный расчет, оценивают отдачу от каждого приема, но нередко врачебная консультация в их восприятии не имеет материальной ценности. Все пациенты, приобретающие медицинские услуги или медикаменты, подвержены заблуждению, что за свои деньги они покупают здоровье. Врач должен объяснять пациентам, что это не так, что они приобретают только услугу.

– Какие факторы могут влиять на эффективность лечения?

– Иногда само заболевание может быть трудно диагностируемым или симптоматика свидетельствовать о наличии нескольких вариантов заболеваний, например, двух основных заболеваний, сопутствующих или фоновых заболеваний.

Если следовать канонам классической школы госпитальной терапии, то 80% диагноза составляет анамнез. Но, например, заболевания печени, в связи с особенностью иннервации данного органа, не проявляются выраженной или специфической симптоматикой, и поставить диагноз только на основании клинической картины нельзя. Ряд заболеваний, в большей степени это касается заболеваний ЖКТ, имеют перекрестные симптомы. Например, изжогу могут вызывать гастрит, язвенная болезнь желудка,



Нередко врачам не хватает информации о лекарственных препаратах. И причин тому множество: загруженность, недоступность для посещения научных и практических конференций, отсутствие в штате поликлиник клинических фармакологов, отсутствие медицинских представителей.

рефлюксная болезнь, а нарушения стула – инфекционные заболевания, язвенный колит, болезнь Крона, синдром раздраженного кишечника (СРК). Перекрестный синдром, или overlap-синдром, при заболеваниях печени сопровождается образованием нетипичных антител или их полным отсутствием.

Не всегда может быть достоверной и морфологическая диагностика в гастроэнтерологии, поскольку, например, «немые» язвы не сопровождаются симптомами, практически бессимптомно длительное время может протекать язвенный колит, а при острых гастритах изменения слизистой оболочки минимальны, при этом пациент испытывает острую боль. При СРК в ряде случаев морфологические изменения структуры кишечника не выявляются.

В связи с этим очень важным для врача является донесение до пациента необходимости проведения таких процедур, как гастроскопия и колоноскопия. Но, исходя из практики, подобные вмешательства вызывают у пациента негативные ассоциации – страх, тревожность, хотя процедура и не является болезненной, а всего лишь неприятной.

– **Как должен поступать врач в случае возникновения напряженности во взаимодействии с пациентом, пришедшим на прием?**

– Хороший врач должен быть хорошим психологом. При лечении пациентов с тяжелыми заболеваниями должно осуществляться

взаимодействие с психиатром или психологом, при лечении легких или функциональных нарушений у пациентов достаточно консультации психолога. И в этом вопросе существует огромный барьер, связанный с тем, что врачи затрудняются отправить пациента к кому-либо из этих специалистов, поскольку не могут установить необходимого контакта с больным. Еще одна проблема – как правило, ни в больницах, ни в поликлиниках в штатном расписании нет должности психолога. К тому же среди психологов процент специалистов, которые занимаются именно заболеваниями, также невелик. Тем не менее в современном стрессогенном обществе психосоматических заболеваний и функциональных нарушений становится все больше, и ни в одной другой сфере медицины нет такого количества психосоматической патологии, как в гастроэнтерологии.

– **И все-таки каковы должны быть действия врача, если пациент отказывается от проведения тех или иных процедур?**

– Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», действующий с 2011 г., требует получения от пациента согласия или отказа от проведения манипуляций, которые должны быть оформлены документально, что «бюрократизирует» процесс общения с пациентом и создает сложности для врача. В зарубежной практике для этих целей существуют стандартные формализованные бланки, и еще до прихода на прием к врачу пациент может ознакомиться с информацией, указанной в них, в клинике или в Интернете. Вопросы формализации всех процессов, связанных с получением от пациента согласия на медицинское вмешательство, лечение, госпитализацию и другие регламентированные законом процедуры или отказа от них, должны решаться на местах, в каждом конкретном лечебном учреждении. К тому же все это требует от врача юридической грамотности.

– **Какие на сегодняшний день существуют способы, чтобы донести до практикующего врача необходимую юридическую информацию?**

– В системе государственных лечебно-профилактических учреждений информация о новых федеральных законах поступает в виде приказов. В негосударственных учреждениях – или издается приказом, или вопрос повышения правовой грамотности отдается на откуп врачу. Как представитель интеллигентной профессии, врач самостоятельно должен отслеживать такую информацию. На практике многие специалисты сталкиваются с такой ситуацией: у больного возникло осложнение, врач не уведомил пациента об этом, но даже если осложнение невозможно было предотвратить, все равно будет виноват врач.

Что касается зарубежного опыта, пациенту достаточно написать только одно обращение в течение 24 часов после развития побочного эффекта от приема лекарственного препарата, и это сразу будет зарегистрировано, поскольку создана и работает система мониторинга подобных нежелательных явлений. Благодаря этому были выявлены побочные эффекты различных лекарственных препаратов, которые впоследствии были сняты с производства. В соответствии с новым российским законодательством врачи в течение 24 часов должны уведомить надзорную организацию о развитии побочного эффекта, но на практике это не реализовано.

– **Существует ли у врачей возможность оперативно получать информацию о лекарственных препаратах?**

– Нередко врачам не хватает информации о лекарственных препаратах. И причин тому множество: загруженность, недоступность для посещения научных и практических конференций, отсутствие в штате поликлиник клинических фармакологов, отсутствие медицинских представителей, которые,



Актуальное интервью

как правило, не доходят до врачей. Не всегда можно получить отклик и от фармацевтических компаний в какой-то конкретной ситуации. Фактически для российских врачей доступны только справочники Регистр лекарственных средств (РЛС) и Видаль. Если обратиться к опыту, например, Германии или Великобритании, то в этих странах существует официально утвержденный список лекарственных препаратов с инструкциями, в котором каждому препарату присвоен код, указана его стоимость, форма выпуска и другие особенности. Этот список доступен в Интернете и на бумажных носителях и регулярно обновляется.

При этом российский фармацевтический рынок растет колоссальными темпами. К тому же в российских аптечных сетях лекарственные препараты продаются без рецепта, хотя формально препараты разделены на рецептурные и безрецептурные формы. И это также способствует развитию рынка. Но, к сожалению, не способствует здоровью граждан.

– Чем чревата ситуация, сложившаяся на российском фармацевтическом рынке?

– Бесконтрольное использование медикаментов может привести к «стертому» или атипичному течению заболеваний, что во много раз усложняет работу врача по установлению диагноза, к непредсказуемым реакциям, таким как развитие зависимости, побочные или нежелательные эффекты. К тому же в нашей стране в телевизионных программах популяризируются крайне агрессивные, а нередко и абсурдные методики, такие как «чистка» организма, печени, кишечника, альтернативные методы лечения. Безусловно, никаких доказательств их эффективности или хотя бы безопасности не существует, но они активно используются населением, а с последствиями этих «чисток» приходится в итоге работать врачам-гастроэнтерологам. Росту российского фармацевтического

рынка также способствует праздность нашей жизни. В предновогодний сезон начинаются застолья, корпоративы, затем наступают новогодние праздники, 23 февраля, 8 Марта, следом за ними отмечаются майские праздники, дачный сезон с шашлыками. Все это сопровождается пищевыми отравлениями, проблемами с пищеварением, а в целом такой «праздничный» образ жизни приводит к развитию метаболических нарушений. Если учесть, что в осенне-зимний период резко возрастает заболеваемость простудными заболеваниями и население принимает соответствующие (на взгляд обывателя, а не специалиста) препараты, в итоге это может быть чревато токсическими, лекарственными, жировыми, алкогольными поражениями печени, а также заболеваниями поджелудочной железы.

Российский менталитет не предполагает контроля здоровья самим пациентом, как правило, вопрос решается по-другому: начинается самостоятельный прием лекарств с целью профилактики или устранения последствий, и многие лекарственные препараты используются не по назначению, что может наносить вред здоровью.

– Значимую долю российского фармацевтического рынка занимают дженерики. Как это отражается на качестве лечения?

– С точки зрения экономики появление дженериков способствует большей доступности лечения для пациентов, потому что стоимость терапии снижается. Например, в ряде скандинавских стран запрещены оригинальные препараты, как более дорогие, но есть также страны, в которых запрещены дженерические препараты, как дешевые копии.

Что касается качества, то самым хорошим результатом для дженерического препарата является его соответствие оригинальному лекарственному средству. Эти исследования в обязательном порядке проводятся при регистрации дже-

нерических препаратов. Существуют определенные государственными органами нормативы соответствия препаратов. В нашей стране они не являются очень высокими и в то же время достаточны для качественного лечения. Но некоторые дженерики стоят в два раза дешевле, и это снижает стоимость терапии, а какие-то дешевле всего на 10–15%, что стоимости лечения не снижает, так как скидка на качество будет намного больше, чем скидка по стоимости. Целесообразно анализировать информацию по каждому конкретному препарату, но нередко такая информация недоступна. Конечно, существуют и качественные дженерики. Фактически разница между оригинальным препаратом и дженериком заключается в затратах на исследование, разработку и тестирование, необходимые для того, чтобы вывести оригинальный препарат на рынок.

– Таким образом, у пациента сегодня есть выбор: различные подходы и методы лечения, оригинальные препараты или дженерики, услуги государственной или негосударственной медицины. А в чем заключается ответственность врача?

– Существует тенденция к стандартизации диагностики и лечения. Используются стандарты Минздрава, которые сейчас обновляются, западные рекомендации различных обществ и профильных организаций, международные консенсусы. К сожалению, рекомендации не учитывают индивидуальные особенности пациента: сочетанную патологию, наличие нескольких заболеваний, по поводу которых пациент уже принимает лекарство в качестве базисной терапии и которые невозможно отменить, и многое другое. Для решения вопросов диагностики и лечения заболеваний, предоставления пациенту правильной и достоверной информации о профилактике, факторах риска, состоянии здоровья и нужен врач. ●

Беседовала Алла Князева

гастроэнтерология