



Врач и общество

Я, например, почувствовал себя главным врачом, каким я был в Нижегородском институте травматологии и ортопедии в советское время. У меня почти не было проблем, мы нормально зарабатывали деньги в соответствии со стандартами, через ФОМС их очень много получали, и в прошлом году мы закрыли почти все проблемы по строительству, закупке инвентаря и оборудования.

В этом году, к сожалению, в одноканальной системе финансирования оставили только областные структуры. При этом у нас в больнице начались проблемы. Если в прошлом году одноканальная система перемешивалась с бюджетом горо-

да и мы могли жить хорошо, то в этом году нам уже труднее. Практически ничего, кроме коммунальных платежей и налогов, нам не оплачивают. Остальные расходы (70–80%) мы закрываем за счет платных услуг, это выход для больницы, особенно в кризисной ситуации. Если просмотреть финансовые документы, то еженедельно расчеты по платным услугам составляют 300–400 тыс. рублей. За счет этих денег покрываются многие статьи затрат: обучение персонала, покупка медикаментов, проведение исследований, публикации, канцелярские и хозяйственные расходы и пр.

А в одноканальной системе у меня были деньги на содержание и ре-

монт больницы, на различные закупки в пределах 100 тыс. рублей. У нас в больнице своя конкурсная комиссия. Поэтому у нас не было проблем при закупках медикаментов, оборудования, строительных материалов. И я знаю, что губернатор сейчас жестко поставил вопрос об обязательном введении в 2011 году одноканальной системы финансирования в регионе. Об этом же говорил и премьер-министр: новые бюджетные учреждения обязательно должны быть в системе одноканального финансирования. Кстати, этого многие опасаются – боятся иметь свободу. Я же ее очень жду...

Доступная помощь при острой сосудистой патологии



*Починка
Илья Григорьевич,
к.м.н., заведующий
отделением
инфаркта
миокарда МЛПУ
«Городская
больница № 13»
Нижегородская область*

Рост сердечно-сосудистых заболеваний наблюдается не только в нашей стране, но и во всем мире. Для того чтобы сделать медицинскую помощь доступной для рядового нижегородца, в регионе реализуется федеральная программа помощи больным с острой сосудистой патологией. Для этого в Нижегородской области создаются первичные сосудистые центры. Илья Починка заведует отделением инфаркта миокарда МЛПУ «Городская больница № 13», на базе которой будет создан один из шести центров. Наш герой активно внедряет современные методы интервенционного вмешательства, преподает свое ремесло в медицинской академии.

Илья Григорьевич, на чем специализируются ваша больница и ваше отделение?

Наша городская больница является широкопрофильной. Мое кардиологическое отделение специализированное, предназначено для больных с острым инфарктом миокарда. Согласно приказу областного минздрава, с января 2011 года оно будет называться Отделением неотложной кардиологии. У нас узкая специализация, мы лечим больных с острым коронарным

синдромом. Еще мы лечим более редкие неотложные заболевания, такие как тромбоз легочной артерии и аневризма аорты. Надо отметить, что наше отделение стоит не первым эшелон для приема больных, оно работает под реанимацией.

В Нижнем Новгороде мы сейчас находимся на переломном этапе. Дело в том, что с 1960-х годов в отечественной медицине не менялись пути поступления больных с острым коронарным синдромом, куда входят

инфаркт миокарда и предынфарктное состояние. Раньше в каждом районе была крупная больница, куда поступали данные пациенты. С нового года ситуация полностью меняется – на территории Нижегородской области реализуется федеральная программа помощи больным с острой сосудистой патологией. Создаются сосудистые центры. Наша больница будет выполнять функцию не только первичного сосудистого центра, но и регионального.

Основная идея новых центров – сделать внутрикоронарное вмешательство при остром инфаркте миокарда доступным для всех пациентов. Современное лечение этой патологии подразумевает не только консервативные терапевтические подходы, но и интервенционное вмешательство в сосуды, питающие сердце (рентгенохирургическое вмешательство).

Нужно отметить, что до 1960-х годов пациенты с подобной патологией вообще считались нетранспортабельными. Их начинали лечить дома, и тех, кто выживал, перевозили в больницу. Потом появилась теория БИТов – блоков интенсивной терапии – которые создавались по всей стране и шли более-менее в ногу со временем. Как известно, самое большое число неблагоприятных исходов болезни происходят именно в первые ее часы, дни. И если человека оперативно поместить в блок интенсивной терапии, то процесс можно сделать обратимым. Даже при развитии клинической смерти больного можно было оживить, и он потом мог жить долгое время. В те времена с помощью этого метода удалось значительно снизить смертность от подобных заболеваний. Позже, вплоть до конца 1980-х – начала 1990-х менялись в основном лекарства, структура помощи не менялась. Затем получили развитие интервенционные методы лечения. С помощью специальных катетеров медики научились заходить внутрь сосуда, то есть пунктировать там, где это доступно (на руке или на ноге) и восстанавливать в узкой зоне кровотока, в том числе продавливать тромб, который в первые часы очень рыхлый. Сейчас этот метод считается предпочтительным, и смертность от острого инфаркта в развитых странах значительно снизилась за последние десятилетия.

В России такого снижения пока нет, наше правительство и ученые пытаются сделать новый метод доступным для рядового гражданина – как раз с помощью создания первичных сосудистых центров.

Как вы готовите кадры?

Молодые люди заканчивают медицинские вузы, получают диплом по специальности «Лечебное дело». Потом

начинается их специализация – после-дипломное обучение. Оно проходит в виде интернатуры или клинической ординатуры. Врач, который получил диплом по одному направлению, но приглашен на другую должность, проходит профессиональную переподготовку. Количественного дефицита кадров у нас не наблюдается. Скорее – качественного. Например, квалифицированный рентгенохирург для сосудистого центра не может появиться сам по себе, а только при наличии рентгенохирургического оборудования, которого было мало в Нижнем Новгороде.

С большей доступностью методов обследования и лечения, в том числе вышеупомянутых интервенционных методов, от кардиолога будет больше требоваться. Нужны специалисты, которые владели бы чем-то кроме тонометра и стетоскопа, – в этом проблема.

Насколько высок престиж именно вашей профессии?

Изнутри мне сложно посмотреть на престиж. Могу лишь сказать, что, несмотря на демографический спад, спрос на места в вузах больше, чем их предложение. В нашей медакадемии, например, конкурс каждый год сохраняется, хотя студентов в целом в России не хватает. С этой точки зрения профессия является престижной. Привлекательна ли она для совсем молодых людей, которые ищут больших и быстрых денег, – скорее нет. Но все меняется. Я, конечно, не беру в расчет эпоху гигантов в медицине – 1930–50-х годов. Тогда были времена лидеров. Тогда профессор, академик считался глыбой человечества. Сейчас время другое. Но это и хорошо.

Почему Вы пошли именно в кардиологию?

Я окончил медицинскую академию, был в ординатуре. И наиболее интересными личностями, с которыми я в то время был связан, которые вдохновляли меня, оказались кардиологи.

В чем проявляется конкуренция между кардиологами?

Она, скорее, интеллектуальная. Вообще, врачи достаточно ревнивы к своим мнениям, к заключениям,

к имиджу у пациентов. Она не очень видна и, по сути, не является истинной конкуренцией. Мы не конкурируем за больного, у нас другая ситуация: наши отделения битком набиты и пациентами, и обещаниями помочь.

Как строится Ваш рабочий день?

Рабочий день начинается с пятиминутки в отделении с отчета о прошедшем дежурстве, оперативно решаются какие-то вопросы со старшей медсестрой и передаются медсестрам. Затем проходит пятиминутка у главного врача или его заместителя, где решаются общепольничные проблемы. Потом я принимаю больных в реанимационном отделении на перевод, смотрю госпитализированных пациентов.

Я занимаюсь преподавательской деятельностью. Кроме того, наша больница участвует в международных клинических испытаниях. Это такой современный метод получения информации об эффективности методов лечения. Например, кто-то придумал таблетку и говорит, что она эффективна. На слово, конечно же, никто им не поверит – проводят клинические испытания: сначала в пробирках, потом на животных, потом на отдельных людях-добровольцах, на сотнях и, наконец, на тысячах добровольцах по всему миру. Причем важно то, чтобы ни пациент, ни врач не знал, чем он лечит – настоящим препаратом или нет. Только так мы можем уменьшить степень самовнушения.

Преподавание для Вас – дополнительные эмоции, заработок или еще что-то?

Дополнительный заработок, да. Кроме того, мы преподаем не какую-то отвлеченную науку, а конкретное ремесло. Работать преподавателем в медицинском вузе невозможно, не имея реальной клинической практики. С этой точки зрения такое совмещение является оптимальным. С другой стороны, работа со студентами требует регулярной подготовки, переосмысления. И это двигает практикующего преподавателя, развивает его. И польза от этого – и для медицины, и для педагогики. ☺

Материал подготовил
С. Сипатов. Фото автора