

#### 4 РАМКИ ВРЕМЕНИ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА С ПОЗИЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ: ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ

«Сегодня здравоохранением недовольны все: ... и пациенты, и медики» [5]. С мнением известного врача и политического деятеля Л.М. Рошаля согласятся многие. Несмотря на достижения науки, появление новейших технологий, без которых трудно представить дальнейшее развитие медицины, проблемы качества врачевания и врачебной этики стоят на первом месте [2]. Особенно остро это касается первичного звена оказания медицинских услуг – поликлиник.

В «Этическом кодексе Российского врача» (ст. 6) говорится: «Врач отвечает за качество медицинской помощи. Врач должен приложить все усилия, чтобы качество оказываемой им помощи было на самом высоком уровне» [8]. Врач-терапевт, закончивший медицинский вуз должен владеть комплексом знаний и умений, соответствующими практическими навыками. Среди основных – соблюдение принципов врачебной этики при общении с пациентами. Уметь выработать достаточно быстро примерную возможно реальную схему диагностического и лечебного плана в конкретных условиях поликлиники – прежде всего, уметь оказать неотложную помощь или принять решение о своевременной госпитализации нуждающимся в ней пациентам. Врач должен назначить соответствующие возможные в поликлинике инструментально-лабораторные исследования и уметь интерпретировать результаты. В зависимости от медико-социальной оценки состояния пациента дать лечебно-профилактические рекомендации: по поводу режима, медикаментозной и диетотерапии, реабилитационных мероприятий [2].

Однако возникает вопрос: «Возможно ли, с точки зрения здравого смысла, за 12 минут поликлинического приема, утвержденными нормативами нашего здравоохранения, качественно оказать медицинскую помощь, даже в совершенстве владея этими навыками?»

Необходимо упомянуть о серьезной проблеме в отечественной медицине, сформулированной в одном из интервью В.И.Скворцовой (в то время замминистра здравоохранения и социального развития РФ): «По данным Минздравсоцразвития, к началу 2010 г. число врачей на

душу населения в РФ больше, чем в среднем в экономически развитых странах. Однако наблюдается излишняя концентрация больных и врачей в стационарных учреждениях и нехватка в поликлиническом звене» [4]. Необходимо отметить, что более 75% больных с заболеваниями внутренних органов относятся к пациентам поликлиники [2]. Таким образом, приходится сокращать время, уделяемое одному пациенту, до 7-8 минут. О каком тщательном сборе анамнеза, о каких раздумьях над диагнозом, о какой тактике лечения и каких рекомендациях относительно образа жизни можно говорить в таких условиях [9]?

Работа врача в поликлинике отнюдь не проста. В.А. Галкин в статье «Терапевт поликлиники. Повышение компетенции», опубликованной в журнале «Терапевтический архив» в 2011 г., цитирует основоположников русской терапевтической школы. Так, С.П.Боткин отмечал, что «суровая действительность поликлинической работы отличается от тепличных условий университетской клиники» [2]. Высоко оценивал значение амбуланской (поликлинической) терапии Г.А. Захарьин. Он считал, что поликлиническая кафедра является выпускающей: «тогда как, в клиниках-больницах наблюдаются обыкновенно более тяжелые внутренние болезни, в амбулаторных условиях могут встречаться те болезни, которые являются более легкими, пациенты при этом неохотно ложатся в больницу, но и в начальных стадиях более тяжелых заболеваний. При этом амбуланские (поликлинические) медицинские учреждения дают возможность наблюдать течение и лечение болезней не в больничной обстановке, а в разнообразных бытовых условиях, например, на дому; это требует некоторой врачебной зрелости, а потому должны посещаться учащимися после стационарных клиник». Наряду с пропедевтической, факультетской и госпитальной терапией, Г.А.Захарьин выделял отдельно терапию амбуланскую (амбулаторную) [2].

Вспомним «Записки юного врача» Михаила Булгакова: «Я же – врач N-ской больницы, участка, такой-то губернии... прославился настолько, что под тяжестью своей славы чуть не погиб. Ко мне на прием по накатанному санному пути стали ездить сто человек крестьян в день. Я перестал обедать. Арифметика – жестокая наука. Предположим, что на каждого из ста моих пациентов я тратил только по пять минут... пять! Пятьсот минут – восемь часов двадцать минут. Подряд, заметьте», и далее: «Я написал в Грачевку и вежливо напомнил о том, что на N-

ском участке полагается и второй врач... Через три дня пришел ответ: писали, что, конечно, конечно... обязательно... но только не сейчас... никто пока не едет... Заклучали письмо некоторые приятные отзывы о моей работе и пожелания дальнейших успехов» [1]. Что изменилось в России по отношению к врачебной профессии почти 100 лет спустя? Загруженность работой, нехватка кадров, все также присутствует моральная удовлетворенность результатами своего труда – все по-прежнему. Но, к сожалению, в настоящее время, исчезает уважение к самой гуманной профессии, появляется потребительское отношение общества к медицине в целом, здравоохранение отождествляется со сферой услуг.

В том числе, в последнее время в прессе обсуждается вопрос о времени ожидания врачебного приема. Руководящее звено требует приема в соответствии времени, указанного в талонах. Трудно не согласиться: больной человек с трудом высидит час и более у кабинета, ожидая помощи врача. Однако эта проблема должна касаться не только врача, но и администрации, организующей медицинскую помощь, законодательных органов, «выпускающих» соответствующие регулирующие законодательные акты, а самое главное, всего общества в целом, забывающего в последние десятилетия нравственные принципы добродетели, сострадания и милосердия.

В свете этой проблемы следует обратиться к истокам развития биоэтики (медицинской этики) и понятию деонтологии. Формирование морального кодекса людей, выбравших путь врачевания, начинается со времен древнегреческих философов и продолжает свое развитие с появлением монотеистических религий. Этический принцип буддизма – стремление делать добро, сострадание и помощь больному являются важнейшими правилами поведения всех членов общины. Эти принципы схожи с христианскими, в своей нагорной проповеди Иисус Христос говорит: «Мудрый да творит добро – вот сокровище, которое у него никто не отнимет...». Одна из ранних христианских сект носила название «терапевты», их деятельность состояла в «излечении физических и нравственных недугов», изучении различных врачебных манускриптов. Существуют предания, что Иисус Христос в молодости учился у «терапевтов» [9].

На следующем этапе формирования медицинской этики (вплоть до второй половины XVIII в.) продолжается следование великим христианским гуманным традициям. Английский врач Т.Персиваль (на-

чало XIX в.) в книге «Медицинская этика» отмечает: «...Не написаны законы на все случаи жизни, которые встречаются в медицинской практике. Да и как написать законы для тех случаев, когда главным судьей служит совесть или мнение коллег». В России большую роль в развитии медицинской этики сыграли труды декана медицинского факультета Московского университета М.Я.Мудрова, в том числе особое внимание великий врач уделял влиянию на больного слов врача, напоминая о существовании «душевных лекарств», которые должен использовать каждый врач. И Персиваль, и Мудров призывали в первую очередь помогать бедным. Преуспевающий человек чувствовал себя обязанным помочь тем, кому не повезло в жизни [9].

Английский философ и правовед И.Бентам в книге «Деонтология, или наука о морали» (1834) утверждал: «Основание деонтологии – принцип пользы, иначе говоря, это значит, что определенный поступок является хорошим или плохим, достойным или недостойным, заслуживающим или не заслуживающим одобрения в зависимости от тенденции увеличивать или уменьшать сумму общественной пользы». Философское направление, которое исповедовал И.Бентам, назвали «утилитаризмом». В своей книге И.Бентам ни разу не упоминает о врачах, считая деонтологию необходимой для людей любой профессии, в дальнейшем этот раздел этической теории, рассматривающий проблемы долга, моральных требований и нормативов, очень крепко связали с медициной. Появление трудов философа стало началом «деонтологического» этапа развития медицинской этики [9].

Известный историк медицины Г. Сигерист пишет об этом этапе: «Появление капитализма принесло другую концепцию и другой моральный климат общества. Это не могло не отразиться и на медицинской этике. Обнаружилось, что традиционные моральные ценности все менее эффективно действуют на профессиональное поведение медицинских работников... Все отчетливее на первый план стали выходить и подчеркиваться экономические аспекты» [9].

В настоящее время под термином «деонтология» понимается раздел этики, в котором рассматриваются проблемы долга и должного. Акцент на должном в деонтологии обусловлен усилением негативных тенденций в отечественной медицине и необходимостью поддержать уровень медицинской помощи на прежнем уровне, смешая ответственность с управленческих структур на медицинский персонал [3].

Отечественная медицинская деонтология, развивая традиции клинического опыта, ориентирует медицинский персонал на достижение терапевтического эффекта в тесном сотрудничестве с пациентом. Поэтому медицинскую деонтологию можно определить как совокупность этических норм, правил, обеспечивающих терапевтическое сотрудничество врача и пациента. М.Я.Мудров учил: «Врачевание не состоит ни в лечении болезни, ни в лечении причин – врачевание состоит в лечении больного» [3].

Кардинальные изменения социально-экономических отношений в России привели к проникновению рыночных отношений в здравоохранение [3], это коснулось как медиков, так и пациентов. Например, появление денежных поощрительных добавок в соответствии с количеством принятых пациентов и др., требования администрации медицинских учреждений (к медперсоналу) экономить расходные средства на лабораторные и инструментальные методы обследования. В связи с «экономической нецелесообразностью» ликвидируются некоторые лаборатории и отделения больниц. Во многих медицинских учреждениях устанавливается очередность на высокотехнологичные (и, к сожалению, рутинные) методы диагностики и лечения. И это далеко не весь перечень проблем отечественной медицины, приводящий в совокупности с дефицитом квалифицированных кадров к росту количества пациентов на врачебном приеме. В свою очередь, это ведет к снижению качества медицинского обслуживания, росту количества врачебных ошибок, а также количества «хождений» к врачу для конкретного пациента (чаще с хроническим заболеванием), увеличению длительности ожидания приема. Не стоит забывать и об ужесточении требований к оформлению и ведению медицинской документации, что занимает немало времени. Следовательно, «вмещая» прием пациента в рамки времени, указанного в талоне, врач будет прав только с юридической позиции, но не с точки зрения медицинской этики и общечеловеческих принципов нравственности, что унижает статус врача до статуса профессий «работника сферы услуг».

Таким образом врачу в условиях отечественного здравоохранения остается только приспособливаться к ограниченным рамкам поликлинического приема. Либо «ускоряться до беспредельности», либо внедрять различные способы оптимизации: в виде анкетирования пациентов на доврачебном этапе ожидания приема, разрабатывать собственные алгоритмы приема и командного подхода, а также состав-

лять пособия и брошюры для больных с определенной патологией [6], возможно использовать видеоресурсы при ожидании приема. В некоторых ЛПУ у отдельных групп больных (в частности, с сахарным диабетом, трудным диагнозом) «расширяют» прием до 30 минут, с последующим «добором» пациентов до установленных норм.

Ограниченность времени приема дает «благоприятную почву» для «фантазий на тему 12-ти минут». С другой стороны, можно упростить процедуру приема до молчаливого выслушивания, направлений на бесконечные обследования и консультации других специалистов (роль диспетчера), выписке рецептов и справок и т. п., что будет далеко не во благо больному. В конечном итоге, результат лечения конкретного больного будет зависеть от компетенции и мастерства врача.

Исходя из последних экономических изменений, не стоит доводить до абсурда, переводя на «рельсы» экономических реформ труд медицинских работников, «опуская» гуманную профессию врача до категории сферы услуг, тем самым унижая достоинство общества в целом, игнорируя право человека на достойное медицинское обслуживание. С другой стороны, нельзя упускать моральную ответственность общества, забывающего принципы милосердия. А.Швейцер писал: «Под мудростью я понимаю знание того, как использовать знания для выживания человечества и для улучшения условий жизни человечества» [7]. Что только и требуется для решения этой проблемы.

#### Библиографический список

1. Булгаков М. Записки юного врача, Выюга
2. Галкин В.А. Терапевт поликлиники. Повышение компетенции // Терапевтический актив. 2011. Т. 83. № 1.
3. Киселев В.А. Биотгический словарь. Екатеринбург, 2006.
4. Медицинская газета. 2010. 13 янв.
4. Рошаль Л.М. Интервью // Эффективная фармакотерапия. 2011. № 4.
5. Соколова А.Ю., Сентюрин Л.Б., Иликбаева Л.Ш., Паситова В.В. Меры по оптимизации процесса эндокринологического приема пациентов с сахарным диабетом 2-го типа в поликлинике // Актуальные проблемы современной эндокринологии: Мат. науч.-практ. конф. Екатеринбург, 2011.
6. Швейцер А. Культура и этика. М., 1973.
7. Этический кодекс Российского врача: Утв. 4-й Конференцией Ассоциации врачей России. М., 1994.
8. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика». М., 2001.