

## ЗАМЕТКИ ГОСПИТАЛИСТА

*ВИТАЛИЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ ЕРМОЛИН, доктор медицины, Госпиталь Св. Семейства, Метуэн, США*

## NOTES OF INPATIENT SPECIALIST

*V. ERMOLIN, MD New England Inpatient Specialists, Holy Family Hospital, 70 East St., Methuen, MA 01844 USA*

Я работаю в Госпитале Св. Семейства. Это небольшая, на 250 коек, городская больница на границе штатов Массачусетс и Нью-Гемпшир. У меня новомодная специальность: госпиталист. Это значит, что я работаю только в стационаре и не принимаю амбулаторных больных. В Америке это новинка XXI в.

Еще сто лет назад больницы были приютами для бедных: сколько-нибудь обеспеченного человека лечили и даже оперировали дома. За лечение денег не брали, но, бывало, требовали согласия на вскрытие в случае смерти или послужить наглядным пособием, если больница университетская. Работали, точнее подрабатывали, там обычные городские врачи.

К двадцатому веку в больницах были стерильные операционные, аналитические лаборатории, дорогостоящее, громоздкое оборудование и хорошо обученный персонал. Поэтому врачи стали помещать туда пациентов, когда нужна была операция или сложный уход. Но и в больнице врач лечил больного сам, приходя туда после приемных часов в офисе. Пациент американской больницы до сих пор получает два счета: от больницы и от врача, потому что врач — не работник больницы, а пользуется ею по договору с администрацией. Даже рентгенологи часто представляют независимую фирму, у которой с больницей контракт.

Это было не очень удобно, и чем дальше, тем неудобнее. Особенно, когда страховые компании стали бороться за сокращение госпитализаций. Больницам стали платить не за количество дней, проведенных в палате, а за лечение той или иной болезни. Врачу при этом все еще платили по числу визитов. То есть больнице выгодно выписать больного поскорее, а врачу — подержать его там подольше. При этом врач появлялся в больнице часа на два-три, рано утром или поздно вечером. Это не нравилось и больным — врача никогда нет на месте, и родственникам больных — доктора не поймать, приходится устраивать в палате какие-то засады и облавы. Более того, самим врачам это нравилось все меньше: в офисе дергают звонками больничные медсестры, а после офиса нужно ехать в больницу и работать там до позднего вечера. Плюс кто-то должен отвечать за больничных пациентов по ночам, т.е., как минимум, принимать звонки, а бывает, что и ехать в два часа утра к тяжелому больному.

Тогда придумали госпиталистов. Госпиталисты находятся в больнице с утра до вечера (например, у нас с 7 до 19), и, что важно, нигде больше не работают. Ночью там же остается дежурный: либо один из них по очереди, либо специально нанятый «ноктюрист». Иными словами, врач возле больного есть всегда.

Особенно увлеклись госпиталистами больничные администраторы после исследований, показавших, что госпиталисты выписывают пациентов быстрее. Надо сказать, что для больницы не только лишние дни, но и лишние часы госпитализации — потеря в деньгах. Большая доля больничной работы — именно подготовка к выписке. Она начинается еще в приемном покое. В медкарту заносят семейного врача: ему в день выписки пошлют по факсу продиктованный мною эпикриз. Составляют список лекарств, которые больной принимал дома: перед выпиской я должен буду его еще раз просмотреть и отметить те, которые отменил или изменил дозировку. Собирают социальный анамнез — живет ли больной один или с семьей, на каком этаже, пьет ли, курит ли кто в доме, ухаживает ли за больным или неопрятен, не выглядит ли истощенным. При выписке это повлияет на решение: отпустить его домой или направить прежде в дом сестринского ухода для реабилитации. С первого дня каждого сколько-нибудь сложного пациента (дряхлого, слабоумного, с ограниченной подвижностью, с травмами и т.д.) отслеживает так называемый кейс-менеджер, для которого выписка — основная работа. Он заполнит бумаги для агентства, обеспечивающего домашний уход, или дома инвалидов, проследит, чтобы в дом к больному доставили нужное оборудование (скажем, кислород или специальную кровать), объяснится со страховой компанией, почему больному нужно именно это дорогое лекарство. Бывает, и просто уговорит родных принять больного после выписки на неделю к себе домой. Он же ходит за врачом и напоминает: не пора ли, мол, такого-то выписывать: страховщики ругаются. Инструктор ЛФК определяет функциональный статус — может ли больной себя обслуживать, не нужна ли будет по выписке реабилитация. Респираторный терапевт (не врач, а средний медицинский персонал) — нужен ли будет дома, скажем, кислород или небулайзер, сможет ли больной с этим оборудованием справиться и т.д.

Справедливости ради надо сказать: больница делает очень много, чтобы в лечении, а главное, в диагностическом процессе не было задержек.

Назначения врачи вводят сами через компьютерную сеть: иной раз я еще заканчиваю дневник, а больного уже повезли на рентген, который я только что назначил. Еще пару лет назад такого здесь не было. Результаты всех анализов и обследований, анамнезы, эпикризы, листы назначений и прочее — тоже все в компьютере. Бумажные истории болезни еще существуют, но больше для врачебных дневников. Самые употребительные

тесты делаются круглосуточно, остальные — в течение дня. Большинство операций можно, при нужде, сделать прямо сегодня, если требуется подготовка — завтра-послезавтра. Наша больница маленькая, провинциальная — по субботам и воскресеньям не делают стресс-тестов и некоторые другие обследования, кроме как по неотложным показаниям. Это считается большим недостатком — больным приходится ждать до понедельника. Если чего-то нельзя сделать у нас (скажем, коронарное шунтирование), больного в тот же день перевезут в университетскую клинику в Бостон. Формуляр лекарств обширен и одинаково доступен в любом отделении.

Важно, американская обычная больница не делится по специальным отделениям со своими врачами и аптеками, когда в кардиологии кардиологи лечат только сердце, а в урологии урологи лечат только предстательную железу. Есть общемедицинский этаж, есть хирургический, есть интенсивная терапия, отделение ЭКГ-мониторирования. Но на этих этажах отличаются не врачи и лекарства, а медсестры и оборудование. Врачи на всех этажах работают одни и те же.

Нехирургический пациент, как правило, поступает для начала к терапевту (т.е. к госпиталисту). Если пациент хирургический, но с серьезной сопутствующей патологией, — тоже. В несложных случаях — не слишком тяжелая тромбоэмболия легочной артерии, рожистое воспаление или, скажем, гипертонический криз — терапевт действует сам. В сложных зовет консультантов. Те приходят по первому зову — они сильно зависят от таких визитов. Если кардиолога позвали к больному с первым инфарктом — это потенциальный пациент на многие годы. Консультант, раз посмотрев больного, обычно берет на себя дальнейшее лечение той части, к которой его позвали. У постели тяжелого больного за день может смениться пять или шесть врачей: кардиолог, пульмонолог, нефролог, инфекционист, невропатолог... Терапевт же обязан держать в уме, что называется, общую картину и следить, чтобы специалисты не тянули воз в разные стороны.

В среднем за рабочий день мы смотрим человек по пятнадцать. Непосвященный удивится: как можно потратить десять-двенадцать часов на пятнадцать больных, когда, к тому же, немалую часть работы берут на себя консультанты? Во-первых, средний стационарный больной сейчас много тяжелее, чем даже двадцать лет назад. Многие исследования и даже операции (например, эндоскопические) специалисты делают не в больнице, а у себя в офисе или в хирургическом дневном стационаре. Благодаря агентствам сестринской помощи на дому доступны внутривенные лекарства (такие, которые нужно вводить раз или два в день) и ежедневные анализы. Так что несложный больной либо вовсе не ляжет в больницу, либо через пару дней выпишется на долечивание домой или в дом сестринского ухода. Во-вторых, скорость, с которой выполняются назначения, означает, что анализ, назначенный утром, будет готов к обеду, а томограмма — не позже ужина: результат надо отследить, скорректировать лечение, а возможно, и выписать больного, если состояние позволяет. Лечебный процесс сжался во времени, стал концентрированным. В-третьих, от нас ожидают, что мы не только подробно

объясним больному, чем он болен и что с ним будут делать, но и будем отвечать на все вопросы его родных и близких (с разрешения больного), а в-четвертых, это ведение документации.

Американские истории болезни пишутся на странном жаргоне, чрезвычайно бедном грамматически, но перегруженном аббревиатурами вроде ЗРКРС — «зрачки ровные круглые реагируют на свет» или ООХОБЛ — «острое обострение хронической обструктивной болезни легких» (я знаю, что хронического обострения не бывает, но так все пишут). В детстве нас учили: «история пишется для прокурора». Здесь история пишется для адвоката, разумеется, адвоката, который будет подавать гражданский иск о врачебной халатности. С точки зрения этого гипотетического адвоката, что не записано, то не сделано. Отсюда навязчивое стремление умять в каждую строчку как можно больше информации. Второй адресат — страховая компания. Она оплачивает каждый визит врача к больному и каждый день больного в отделении в зависимости от сложности. Сложность определяют специальные люди — кодировщики, читая историю болезни. Кодировщик не имеет медицинского образования, но умеет, выловив из врачебной записи ключевые слова, подвести их под формулу, которая и покажет, какой сложности был визит. Поэтому очень важно знать эти ключевые слова и употреблять именно их. К примеру, нельзя писать «застойная сердечная недостаточность» — это может быть и хроническим состоянием, за это не заплатят стационару. Нужно записать «острая застойная сердечная недостаточность» и уточнить: систолическая или диастолическая. Если она будет еще и «тяжелой» — это стоит дороже. Больничные кодировщики проверяют истории болезни в отделении и оставляют врачам записки: «У больного в моче лейкоциты и бактерии, он получает антибиотики — не инфекция ли это мочевых путей? Если да, пожалуйста, отметьте в дневнике». Каждой степени сложности соответствуют свои, подчас замысловатые требования к подробной записи. Искусству составления таких записей еще, кажется, не учат в медицинских школах, но уже есть немало платных курсов.

Больной выписан. При выписке он получает распечатку: список медикаментов, которые нужно принимать дома. Если их много (что не редкость), я стараюсь сам обсудить их с больным и его семьей, а если больной стар или слаб — послать медсестру из агентства по уходу, чтобы пару раз сходила и убедилась, что больной принимает лекарства правильно. При выписке я диктую по телефону под запись эпикриза, через 2—3 часа его отпечатывают и пошлют семейному врачу. Недавно они жаловались, что получают эпикризы не сразу, а через день или даже через два-три дня. Больница пошла навстречу, и теперь не ждут, пока госпиталист подпишет надиктованное, а посылают сразу, как есть. После подписи белой вариант посылают снова. Через день одна из медсестер обязательно звонит больному и спрашивается, как у него дела, есть ли вопросы к врачу, хорошо ли с ним в больнице обращались, получил ли лекарства по всем рецептам, когда собирается к своему семейному доктору (желательно, чтобы это произошло в течение недели после выписки).