

УДК 616.1/4:614.2(571.1/5)

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2017.4.17-24

## Состояние и перспективы развития терапевтической службы в Дальневосточном федеральном округе

В.А. Невзорова, Т.А. Бродская, Н.В. Кулакова, В.Б. Шуматов

Дальневосточный федеральный округ (ДФО) признан стратегически важной геополитической зоной Российской Федерации с определенными и четко сформулированными целями и задачами, от решения которых во многом зависит экономическое благополучие нашей страны. Соответственно, оптимальная организация медицинской помощи и борьба со смертностью населения особенно актуальны для Дальнего Востока России. В качестве перспективных направлений по совершенствованию оказания терапевтической помощи населению ДФО можно выделить: оптимизацию 3-уровневой системы оказания медицинской помощи, повышение полноты и качества диспансеризации, увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи, комплектование медицинских организаций врачами и средним медицинским персоналом, отработка помощи населению по профилю «терапия» в соответствии с требованиями разработанных стандартов, создание благоприятных условий для повышения квалификации, непрерывного медицинского образования врачей ДФО и широкое использование возможностей базовых кафедр для целевой подготовки специалистов.

**Ключевые слова:** Дальний Восток, медицинская помощь, смертность населения, терапевты,

Дальневосточный федеральный округ (ДФО) – крупнейший по размерам федеральный округ России. Его площадь равняется 6169329 км<sup>2</sup>, что составляет порядка 36% площади всей страны. В состав округа входят девять субъектов: Амурская область, Еврейская автономная область, Камчатский край, Магаданская область, Приморский край, Республика Саха (Якутия), Сахалинская область, Хабаровский край и Чукотский автономный округ. Численность населения округа, по данным Росстата (2017), составляет 6182679 человек – примерно 4,2% всего населения России, а плотность населения – 1 чел./км<sup>2</sup> (самый низкий показатель среди территорий страны). Перечисленные обстоятельства тесно связаны с экономическими и демографическими процессами и определяют особенности организации медицинской помощи населению округа.

К настоящему времени ДФО признан стратегически важной геополитической зоной Российской Федерации с определенными и четко сформулированными целями и задачами, от решения которых во многом зависит экономическое благополучие нашей страны. Соответственно, оптимальная организация медицинской помощи и борьба со смертностью населения особенно актуальны для Дальнего Востока России, учитывая сохраняющиеся тенденции депопуляции в большинстве субъектов округа.

Население ДФО характеризуется более высокой долей лиц молодого и среднего возраста по сравнению со среднероссийскими показателями, но более низкой средней ожидаемой продолжительностью жизни (на 2,65 года относительно российского показателя), составляя 69,22 (ДФО) и 71,4 (РФ) года [15]. Одновременно здесь выше среднероссийских показатели смертности в трудоспособном возрасте: в 2016 г. – 641,5

(по РФ – 525,3) на 100 тыс. соответствующего населения. Среди субъектов ДФО наиболее высокие показатели смертности населения в трудоспособном возрасте отмечены в Еврейской автономной области и в Чукотском автономном округе (798,1 и 827 на 100 тыс. соответствующего населения).

Снижение смертности населения является одной из важнейших целей развития России, которая отражена не только в Концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 г., но и во всех региональных демографических программах. В 2017 г. утверждена «Концепция демографической политики Дальнего Востока на период до 2025 года» (распоряжение Правительства РФ от 20.06.2017 г. № 1298-р), которая декларирует принципы и основные направления развития и укрепления сферы охраны здоровья населения ДФО и пути преодоления ряда негативных аспектов, влияющих на продолжительность и качество жизни.

В демографической ситуации современного общества в последние десятилетия определены четкие тренды, которые характеризуются увеличением продолжительности жизни с относительно небольшой разницей у мужчин и женщин и наиболее высоким вкладом в смертность так называемых хронических неинфекционных заболеваний. Россия, как и большинство цивилизованных стран со средним и высоким уровнями дохода на душу населения имеет сходные тенденции в развитии демографической ситуации. Однако несмотря на достигнутые за последние годы успехи в области диагностики и лечения хронических неинфекционных заболеваний и активное внедрение высокотехнологичной медицинской помощи Россия имеет более высокие показатели смертности населения по сравнению со странами Европы и рядом стран Юго-Восточной Азии. Кроме того, следует признать более высокие показатели смертности и значительно

более короткую продолжительность жизни мужского населения нашей страны относительно женского. Очевидна необходимость широкого распространения профилактической стратегии для достижения весомых результатов в дальнейшем снижении смертности и равномерном увеличении продолжительности жизни. Принимая во внимание структуру смертности от хронических неинфекционных заболеваний, среди которых ведущее место принадлежит сердечно-сосудистым заболеваниям, хроническим респираторным болезням, онкологической патологии и заболеваниям желудочно-кишечного тракта, особую актуальность в определении и реализации мероприятий, направленных на увеличение продолжительности жизни населения нашей страны, принадлежит врачу первичного звена здравоохранения или участковому терапевту. Развитие и укрепление терапевтической помощи населению позволит оптимально организовывать комплексную стратегию профилактики с внедрением разработанной на государственном уровне программы, направленной на развитие массовой физкультуры, спорта, борьбу с курением и избыточным потреблением алкоголя и формирование национальной стратегии здорового питания. Участковый терапевт – ключевая фигура здравоохранения в определении индивидуализированного подхода к организации профилактических мероприятий для каждого конкретного пациента в зависимости от результатов диспансеризации и скрининга здоровья. Наибольшее значение в реализации индивидуализированного подхода принадлежит коррекции управляемых факторов риска сердечно-сосудистых, онкологических болезней, заболеваний органов дыхания и пищеварения – артериальной гипертонии, гиперхолестеринемии и дислипидемии, ожирения и нарушений углеводного обмена.

**Основными причинами смертности в ДВФО**, по данным Росстата, в 2015 г. оставались болезни системы кровообращения, на долю которых пришлось 50,8%, новообразования (15,1%), внешние причины (13,2%), болезни органов пищеварения (6,2%) и болезни органов дыхания (4,5%) [15]. По оперативным данным, без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти (январь–июль 2017 г.), по сравнению с тем же периодом 2016 г. отмечено снижение показателей общей смертности населения приблизительно на 2,8% (97,2%), в ДВФО показатель приблизился к общероссийскому и составил 96,8% от уровня 2016 г. Показатели смертности по основным группам хронических неинфекционных заболеваний в России и ДВФО за 2017 г. сравнимы между собой. Так, смертность от болезней системы кровообращения в 2017 г. по сравнению с тем же периодом 2016 г. составила в Российской Федерации и ДВФО 94,9 и 92,9%, от болезней органов дыхания – 91 и 87%, от болезней органов пищеварения – 95,8 и 95,7%, соответственно. Несмотря на общую положительную тенденцию снижения смертности от ведущих

причины – сердечно-сосудистых заболеваний – по оперативным данным Росстата – в ряде субъектов округа отмечен рост смертности по сравнению с тем же периодом 2016 г. К таким субъектам относится самый густонаселенный субъект – Приморский край (101%), а также Хабаровский край (103,5%) и Чукотский автономный округ (106,3%). В Камчатском крае смертность от сердечно-сосудистых заболеваний остается без динамики и составляет по сравнению с тем же периодом 2016 г. 100%. Наилучшие показатели отмечены в Сахалинской и Амурской областях – 53,5 и 71,6%, соответственно. Достигнутый успех в снижении смертности от болезней органов дыхания на территории всей Российской Федерации, в том числе и ДВФО нивелируется в ряде субъектов округа. Так, в Якутии показатель смертности от болезней органов дыхания составляет 130,3%, в Хабаровском крае, Амурской области и Еврейской автономной области – 104,4, 105,4 и 104%. К сожалению, превышены показатели смертности и от болезней органов пищеварения в ряде субъектов региона: Сахалинская область – 130,9%, Амурская и Магаданская области – 109,9 и 107,3% (табл.1) [16].

Принимая во внимание обширность территории ДВФО, низкую плотность населения в большинстве субъектов округа, тенденцию к депопуляции ряда регионов, этническое разнообразие, существующие миграционные потоки к терапевтической службе региона предъявляются особые требования. Организация профилактических и лечебных мероприятий, направленных на снижение смертности от ведущих хронических неинфекционных заболеваний должна строиться не только исходя из полученных индивидуальных данных, но и учитывая региональные факторы.

**Терапевтическая служба** представляет собой сильно разветвленную сеть российского здравоохранения с максимальным приближением к населению. Терапия – самая востребованная специальность медицины, формирующая наиболее полное представление о сложной функционально-метаболической системе человеческого организма и во всех проявлениях, в условиях как нормального функционирования, в том числе при адаптации к воздействию факторов внешней среды, так и в условиях патологии. Терапевтическая помощь населению реализуется в ДВФО во всех видах, условиях и формах в соответствии с законодательством РФ об охране здоровья граждан [4, 7, 8]. По видам – это прежде всего первичная медико-санитарная помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; а также паллиативная. Терапевтическая помощь может предоставляться вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), амбулаторно (в условиях, непредусматривающих

круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника, в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), а также стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение). Формы терапевтической помощи представлены экстренной (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу для жизни), неотложной (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы для жизни) и плановой (при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой для жизни, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью).

**Обеспеченность врачами ДВФО** составляет 40 на 10000 взрослого населения, что даже несколько выше, чем среднем по Российской Федерации (37,2), однако она неоднородна по регионам. Самая высокая обеспеченность зарегистрирована в Чукотском автономном округе (62,9), а самая низкая – в Еврейской автономной области (27,7). Похожая ситуация с обеспеченностью кадрами терапевтической службы ДВФО: по округу показатель несколько выше среднероссийского (5,77 и 5,12 на 10000 взрослого населения, соответственно), при этом самая благоприятная обстановка по данному показателю наблюдается в Чукотском автономном округе – 9,66, а самая неблагоприятная в Еврейской автономной области – 4,42. Данные по обеспеченности врачами-специалистами терапевтического профиля представлены в табл. 2. Несколько лучше, чем в целом по России, выглядит ситуация по обеспеченности ДВФО участковыми терапевтами и врачами амбулаторий, однако в зависимости от регионов этот показатель сильно варьирует: от почти в два раза выше общероссийского (5,85 на 10000 населения) в республике Саха (Якутия) до 2,28 на 10000 населения в Приморском крае и от 2,31 терапевтов амбулаторий в Сахалинской области (в 10 раз больше, чем в среднем по России) до нуля в Камчатском, Хабаровском краях и Еврейской автономной области. Существующий дисбаланс в организации терапевтической службы нельзя полностью объяснить климатогеографическими особенностями и низкой плотностью населения, поскольку субъекты округа по этим показателям близки между собой. Очевидно наблюдаются существенные различия в методических подходах

Таблица 1

Смертность населения по основным классам причин смерти по субъектам Российской Федерации в 2014 и 2016 гг. \* (число умерших на 100000 населения)

Регион	От всех причин		Инфекционные и паразит. болезни		Новообразования		Болезни системы кровообращения		Болезни органов дыхания		Болезни органов пищеварения		Внешние причины	
	2014 г.	2016 г.	2014 г.	2016 г.	2014 г.	2016 г.	2014 г.	2016 г.	2014 г.	2016 г.	2014 г.	2016 г.	2014 г.	2016 г.
РФ	1305,8	1289,3	22,3	24,09	201,9	201,62	653,9	616,38	54,5	47,95	67,2	66,96	129,9	114,23
Центральный ФО	1363,5	1345,6	12,7	12,25	219,6	215,76	705,2	655,44	49,4	50,50	67,2	68,58	112,2	100,80
Северо-Западный ФО	1328,9	1321,3	21,9	20,05	234,6	232,23	729,0	714,38	46,1	46,54	68,1	67,59	127,8	113,08
Южный ФО	1333,8	1345,5	19,7	22,43	195,1	200,82	624,6	647,14	52,5	36,62	69,7	66,98	103,1	95,70
Северо-Кавказский ФО	804,8	779,5	8,8	7,26	118,2	118,02	433,0	414,50	34,4	32,50	34,7	34,14	59,5	51,94
Приволжский ФО	1393,8	1359,7	22,1	24,79	193,5	192,71	691,1	622,29	60,3	49,26	75,3	73,24	151,0	129,9
Уральский ФО	1239,8	1232,1	39,5	43,39	198,4	195,97	580,5	564,70	54,1	44,73	64,8	66,29	146,8	134,16
Сибирский ФО	1324,8	1301,6	39,6	47,27	208,4	212,64	622,7	579,11	72,4	59,71	67,0	66,46	166,5	141,80
ДВФО	1257,0	1252,7	24,2	24,70	190,4	196,78	638,5	576,63	57,1	52,69	77,5	79,64	165,8	147,81
Республика Саха	858,8	837,8	10,6	14,98	128,2	128,95	406,3	368,70	27,9	26,84	37,1	38,07	155,0	135,45
Камчатский край	1154,9	1153,7	14,8	13,31	184,9	172,78	606,8	589,37	35,8	46,92	55,6	61,50	130,6	133,15
Приморский край	1340,6	1362,2	33,8	36,24	216,0	229,17	732,1	649,84	64,4	56,23	80,1	84,06	147,2	124,81
Хабаровский край	1333,1	1313,3	25,2	24,66	191,3	183,89	694,5	646,22	61,2	48,88	88,3	81,71	171,2	146,93
Амурская область	1385,4	1370,8	21,5	18,91	182,7	200,45	599,8	496,21	63,5	57,73	88,6	96,30	213,1	199,08
Магаданская область	1193,8	1140,1	8,7	9,59	195,7	198,69	521,5	489,20	73,1	49,33	73,1	65,09	181,7	183,62
Сахалинская область	1303,2	1312,7	18,2	14,77	218,3	232,08	646,1	588,32	71,5	91,52	100,5	117,58	180,1	161,49
Еврейская АО	1497,3	1518,4	44,9	37,53	216,1	230,06	814,2	833,66	63,8	71,44	117,5	110,79	171,2	181,02
Чукотский АО	1090,1	996,2	25,7	32,006	148,4	154,03	459,0	406,08	43,5	40,01	71,2	70,014	199,8	216,04

\* По данным Российской Федерации службы государственной статистики, <http://www.gks.ru/dbscripts>

Таблица 2

Обеспеченность врачами на 10000 населения по данным аналитики Росстата за 2015 г.

Регион	Всего врачей		Терапевты всего		Терапевты участковые		Терапевты амбулаторий		Врачи общей практики (семейные)		Врачи по медицинский профиль-лактике		Кардиологи		Гастроэнтерологи		Пульмонологи	
	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000
РФ	543604	37,2	60351	5,12	35442	3,01	362	0,10	9520	0,65	36	0,001	10668	0,90	2393	0,16	1773	0,12
ДФО	24850	40,0	2842	5,77	1656	3,36	35	0,23	268	0,43	2	0,00	421	0,85	92	0,15	76	0,12
Республика Саха	4617	48,2	675	9,66	409	5,85	2	0,06	84	0,88	1	0,01	89	1,27	18	0,19	10	0,10
Камчатский край	1286	40,5	139	5,47	89	3,50	-	0,00	8	0,25	-	0,00	14	0,55	4	0,13	1	0,03
Приморский край	6290	32,5	632	4,01	360	2,28	8	0,18	48	0,25	-	0,00	94	0,60	18	0,09	20	0,10
Хабаровский край	5343	39,9	564	5,21	324	2,99	-	0,00	43	0,32	-	0,00	97	0,90	26	0,19	14	0,10
Амурская область	3648	45,0	418	6,58	249	3,92	4	0,15	61	0,75	-	0,00	79	1,24	13	0,16	24	0,30
Магаданская область	785	53,0	81	6,85	53	4,48	-	0,00	7	0,47	-	0,00	7	0,59	4	0,27	3	0,20
Сахалинская область	2096	42,9	237	6,07	113	2,89	21	2,31	10	0,20	1	0,02	37	0,95	9	0,18	4	0,08
Еврейская АО	467	27,7	58	4,42	41	3,13	-	0,00	6	0,36	-	0,00	2	0,15	-	0,00	-	0,00
Чукотский АО	318	62,9	38	10,04	18	4,75	-	0,00	1	0,20	-	0,00	2	0,53	-	0,00	-	0,00
Регион	Эндокринологи		Ревматологи		Гематологи		Нефрологи		Неврологи		Инфекционисты		Фтизиатры		Гериатры		Врачи паллиативной медицины	
	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000	физ. лица	на 10000
РФ	5734	0,49	1466	0,10	1280	0,09	1705	0,12	21651	1,48	5953	0,41	7227	0,49	140	0,04	171	0,01
ДФО	199	0,40	66	0,11	59	0,09	63	0,10	814	1,31	296	0,48	475	0,76	1	0,01	3	0,00
Республика Саха	39	0,56	9	0,09	10	0,10	14	0,15	166	1,73	56	0,59	136	1,42	-	0,00	-	0,00
Камчатский край	8	0,31	2	0,06	2	0,06	-	0,00	46	1,45	16	0,50	26	0,82	1	0,14	-	0,00
Приморский край	56	0,36	16	0,08	14	0,07	16	0,08	193	1,00	85	0,44	108	0,56	-	0,00	1	0,01
Хабаровский край	39	0,36	21	0,16	18	0,13	16	0,12	156	1,17	44	0,33	71	0,53	-	0,00	-	0,00
Амурская область	29	0,46	9	0,11	7	0,09	12	0,15	140	1,73	41	0,51	62	0,77	-	0,00	2	0,02
Магаданская область	6	0,51	1	0,07	1	0,07	-	0,00	21	1,42	11	0,74	18	1,22	-	0,00	-	0,00
Сахалинская область	17	0,44	7	0,14	7	0,14	2	0,04	72	1,47	34	0,70	35	0,72	-	0,00	-	0,00
Еврейская АО	3	0,23	1	0,06	-	0,00	3	0,18	13	0,77	3	0,18	11	0,65	-	0,00	-	0,00
Чукотский АО	2	0,53	-	0,00	-	0,00	-	0,00	7	1,39	6	1,19	8	1,58	-	0,00	-	0,00

к организации терапевтической помощи в разных субъектах.

При относительно благоприятной обстановке по обеспеченности участковыми терапевтами в ДВФО по сравнению с Российской Федерацией, она далека от предъявляемых требований. В соответствии с утвержденными порядками [7, 8] расчетная обеспеченность участковыми терапевтами должна находиться на уровне 1 врач на 1700 взрослого населения. Реальная же обеспеченность находится в диапазоне 1 врач на 2976 населения, что в 1,75 раза меньше норматива. Так, фактическая обеспеченность участковыми терапевтами в Приморском крае при показателе 2,28 составляет 1 врач на 4385 взрослого населения.

Обращает на себя внимание дисбаланс, касающийся распределения по территориям ДВФО врачей-специалистов терапевтического профиля (табл. 2). Как следует из представленных данных, в целом обеспеченность специалистами соответствует общероссийским средним показателям. Однако в ряде субъектов отсутствуют специалисты или имеется недостаточное обеспечение специалистами терапевтического профиля. Так, например, в Еврейской автономной области и Чукотском автономном округе отсутствуют гастроэнтерологи, пульмонологи, ревматологи и гематологи. С учетом больших расстояний и особенностей распределения населения это вызывает особую озабоченность и требует целенаправленной работы по организации соответствующей медицинской помощи населению таких регионов.

**В профилактике заболеваемости, предупреждении и снижении показателей смертности,** в первую очередь от предотвратимых причин, одним из очень важных направлений признается укрепление и повышение доступности первичной медико-санитарной, а именно – терапевтической помощи. Также особое значение придается развитию высокотехнологичной медицинской помощи, а для регионов с низкой плотностью населения – доступность скорой медицинской помощи, в том числе с использованием

сил санавиации. На развитие и укрепление данных направлений обращены основные силы терапевтической службы ДВФО. На протяжении последних лет произошло формирование, совершенствование и отработка маршрутизации пациентов в системе 3-уровневого оказания медицинской помощи при внутренних болезнях. Приходится признать, что остаются недоработанными многие вопросы обеспечения преемственности этапов первичной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинской реабилитации. В данном направлении важную роль должны играть главные специалисты-терапевты субъектов ДВФО [1].

Особое место в системе профилактических мероприятий, по мнению экспертов ведущих национальных сообществ, наряду со стратегией высокого риска и вторичной профилактики занимает так называемая популяционная стратегия [11, 14], воплощение которой требует внимания не только медицинского сообщества но и государства в целом, региональных властей, муниципалитетов и лично граждан (табл. 3). Неуправляемые здравоохранением причины смерти связаны с уровнем и спецификой социально-экономического развития региона, уровнем и качеством жизни и образованности населения, состоянием экологии, занятостью населения трудоспособного возраста, условиями труда, наличием вредных факторов производственной среды, развитостью транспортной и социальной инфраструктуры, уровнем преступности, созданием благоприятных условий для досуга, мотивации населения на борьбу с вредными привычками, борьбой с гиподинамией и ведение здорового образа жизни. В данном направлении эффективно работают созданные и реализуемые в ДВФО региональные программы развития здравоохранения [5, 6].

Учитывая вышеописанные особенности региона (низкую плотность населения, отдаленность населенных пунктов, трудности логистики), крайне важным

Таблица 3

Основные стратегии профилактики ХНИЗ, роль в достижении успеха

Стратегия	Реализация	Целевая доля популяции, %	Вклад в снижение смертности, %	Время достижения эффекта, годы	Доля в заграгах, %
Популяционная	Формирование здорового образа жизни на межведомственной основе (программы)	100	50	5–10	10
Высокого риска	Совершенствование системы раннего выявления лиц с высоким риском и коррекции у них факторов риска (диспансеризация, профилактические осмотры)	20–40	20	4–5	30
Вторичная профилактика	Обеспечение порядков и стандартов медицинской помощи. Обучение врачей. Повышение приверженности пациентов к лечению. Коррекция факторов риска	20–30	30	4–5	60

аспектом является профилактика так называемой догоспитальной смертности. Показательно в этой связи исследование «Резонанс», выполненное в подобных регионах России, по данным которого догоспитальная смертность от сердечно-сосудистой патологии составила 88%. Территориальные особенности регионов создают объективные трудности для своевременного оказания экстренной медицинской помощи населению и снижают ее доступность.

Крайне важное значение в таких условиях имеет четкая организация системы первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, с использованием в том числе санитарной авиации. Кроме того, одним из основных путей снижения смертности вне стационаров служит обучение пациентов, имеющих установленные заболевания, особенно сердечно-сосудистые, а также пациентов с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистой смертности, принципам здорового образа жизни и важности коррекции факторов риска, обеспечение их информацией об основных симптомах жизнеугрожающих состояний и обучение неотложным мерам доврачебной помощи, самопомощи и взаимопомощи. Важно понимание гражданами необходимости своевременного обращения за медицинской помощью и знание ситуаций, в которых это следует делать незамедлительно. Опираясь на правовые механизмы [4, 8, 13], терапевтами Дальневосточного федерального округа активно продвигается направление, связанное с информированием лиц, имеющих высокий риск внезапной сердечной смерти, острого коронарного синдрома и других жизнеугрожающих состояний, а также обеспечение их и членов их семей методическими пособиями и памятками по оказанию первой помощи при наиболее часто встречающихся жизнеугрожающих состояниях, содержащими сведения о характерных проявлениях указанных состояний и необходимых мероприятиях по их устранению до прибытия медицинских работников.

**Выездные формы работы** широко практикуются в ДВФО не только в рамках экстренной медицинской помощи, но и при организации профилактических мероприятий. Охват населения диспансеризацией в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ РФ [9], в 2015–2016 гг. был обеспечен, в том числе за счет активного использования мобильных медицинских технологий. Активно используются силы передвижных медицинских комплексов, в том числе: мобильные комплексы для диспансеризации взрослых, «поезда» и передвижные центры здоровья, врачебные амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты, передвижные флюорографы и маммографы.

**Дистанционное диспансерное наблюдение** рассматривается как перспективная современная концепция, отвечающая потребностям общества, потенциально способная снизить количество обращений по поводу обострений и осложнений заболеваний, количество

вызовов скорой и неотложной медицинской помощи, количество случаев и дней временной нетрудоспособности, особенно в регионах с низкой плотностью населения. В свете актуальных изменений законодательства в данном направлении, разрабатываются и планируются к реализации методики дистанционного диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и высоким риском их развития и другие направления дистанционных медицинских технологий [10, 12, 14].

**Особое место в терапевтической заболеваемости и смертности занимает вакцинация**, особенно с учетом статистики смертности населения ДВФО в отношении пневмонии. Вакцинация является самым эффективным и экономически выгодным профилактическим мероприятием, известным современной медицине. Сегодня не вызывает сомнений ценность иммунизации как метода первичной и вторичной профилактики хронических неинфекционных болезней. В качестве примеров можно привести возможности контроля острых и хронических заболеваний органов дыхания (грипп, пневмония, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктатическая болезнь и др.) с использованием вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции, успехи в предупреждении хронического гепатита, цирроза и рака печени с активным внедрением вакцинации против гепатита В [3]. С помощью вакцинопрофилактики возможно предотвратить прогрессирование большинства хронических заболеваний, которое обычно сопровождают управляемые инфекции. Вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции – эффективное средство профилактики хронических болезней органов дыхания, заболеваний сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета. Она снижает риск летальных исходов у пациентов с другими хроническими неинфекционными заболеваниями (уровень доказательности А). Противогриппозные вакцины способны предотвратить обострения и снизить риск осложнений у лиц с заболеваниями системы кровообращения, эндокринной и неврологической патологией, заболеваниями печени и др., в частности уменьшить частоту тяжелых обострений и смертность при хронической обструктивной болезни легких до 50%. Вакцинация против гриппа снижает частоту летальных исходов от любой причины у пожилых людей на 67% по сравнению с непривитыми людьми (уровень доказательности В).

Крайне важную роль в развитии терапевтической помощи населению играют **профильные профессиональные медицинские сообщества ДВФО**. Такие организации выполняют серьезную методическую, экспертную и образовательную работу [2], активно продвигают современные знания в практическое здравоохранение. Серьезную аналитическую и координационную деятельность по оказанию терапевтической помощи населению ДВФО осуществляют

главные терапевты и главные специалисты терапевтического профиля органов здравоохранения соответствующих территорий. С учетом их мнения разрабатываются и внедряются специальные программы по решению наиболее актуальных и острых проблем в борьбе с внутренними болезнями, издаются региональные нормативные акты. В настоящее время ими оказывается активная методическая помощь в реализации пилотного проекта в рамках усовершенствования первичной медико-санитарной помощи по созданию поликлиник-образцов во всех субъектах ДВФО, поддерживается приоритетное направление в первичном звене здравоохранения по профилактике и раннему выявлению хронических неинфекционных заболеваний, а также по вопросам повышения квалификации специалистов.

К настоящему времени нельзя считать полностью решенной проблему кадрового обеспечения терапевтической службы ДВФО. Основными образовательными организациями региона, осуществляющими подготовку медицинских кадров, и в частности врачей терапевтов и специалистов терапевтического профиля, являются Тихоокеанский государственный медицинский университет (г. Владивосток), Дальневосточный государственный медицинский университет (г. Хабаровск), Амурская государственная медицинская академия (г. Благовещенск) и Северо-Восточный Федеральный университет им. М.К. Аммосова. Специалистов-терапевтов традиционно готовят через клиническую ординатуру, реже – через систему первичной переподготовки в рамках дополнительного профессионального образования. С 2017 г. произошло существенное изменение в системе подготовки медицинских кадров [4], и теперь по завершению освоения образовательной программы «лечебное дело» через процедуру первичной аккредитации на терапевтические участки приходят участковые терапевты с документом об аккредитации специалиста. Такое реформирование медицинского образования в соответствии с требованиями Болонской декларации позволит наполнить и укрепить прежде всего первичное звено здравоохранения ДВФО, что отмечается уже с сентября 2017 г.

Регионы активно работают по внедрению эффективных мер по привлечению и закреплению на своей территории наиболее востребованных специалистов терапевтического профиля. В данном направлении важно создать благоприятные условия для получения профессионального образования, дополнительного профессионального образования в регионах Дальнего Востока, обеспечить привлечение квалифицированных специалистов, в том числе выпускников медицинских вузов, на постоянное место жительства. Это уже реализуется путем развития в регионах ДВФО сети базовых кафедр медицинских вузов с возможностью применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий. Примером такого

успешно реализуемого опыта является реализация соглашения от 09.03.2016 г. № 1 о совместной работе Тихоокеанского государственного медицинского университета и Министерства здравоохранения Сахалинской области в форме гранта образовательной организации, осуществляющей подготовку медицинских и фармацевтических работников, реализация с научным обоснованием системы мер в сфере охраны здоровья населения области, работа над первым этапом которого успешно завершена, и принято решение о продлении сотрудничества [17].

**В качестве перспективных направлений по улучшению оказания терапевтической помощи населению Дальневосточного федерального округа** можно выделить:

1. Совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи, развитие системы маршрутизации пациентов и преемственности между этапами.
2. Упорядочивание, повышение полноты и качества диспансеризации, обеспечение охвата диспансерным наблюдением населения с установленными хроническими заболеваниями и факторами риска их развития.
3. Увеличение объемов имеющихся в регионах методик высокотехнологичной медицинской помощи и внедрение новых инновационных методов при лечении болезней внутренних органов.
4. Комплектование медицинских организаций врачами и средним медицинским персоналом в соответствии с потребностями регионов.
5. Отработка помощи населению по профилю «терапия» в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи и разработанных стандартов, современными клиническими рекомендациями, а также критериями оценки качества медицинской помощи.
6. Создание благоприятных условий для повышения квалификации, непрерывного медицинского образования врачей Дальневосточного федерального округа, обеспечение наиболее широкого охвата всех терапевтических специальностей с активным привлечением сил профессиональных сообществ.
7. Широкое использование возможностей базовых кафедр для целевой подготовки специалистов для удовлетворения потребностей здравоохранения Дальневосточного федерального округа.

#### Литература / References

1. Бродская Т.А., Невзорова В.А., Репина Н.И. Современные аспекты диагностики кардиоваскулярного риска в условиях первичного звена здравоохранения: подходы к индивидуализации // Артериальная гипертензия 2017 как междисциплинарная проблема: сб. тез. XIII Всерос. конгр. Уфа, 2017. С. 64–65. Brodskaya T.A., Nevzorova V.A., Repina N.I. Modern aspects of diagnostics of cardiovascular risk in primary health care: individualization approaches // Hypertension 2017 as an interdisciplinary problem: Sat. proc. XIII all-Russian Congress. Ufa, 2017. P. 64–65.

2. Воевода М.И., Чернышов В.М., Екимова Ю.С. Итоги и перспективы работы терапевтической службы Сибири и Дальнего Востока // Архив внутренней медицины. 2012. № 4. С. 72–78. Voevoda M.I., Chernyshov V.M., Ekimova Y.S. Results and prospects of work therapeutic services of Siberia and the Far East // Archives of internal medicine. 2012. No. 4. P. 72–78.
3. Невзорова В.А., Мокшина М.В., Бродская Т.А. [и др.]. Распространенность неалкогольной жировой болезни печени среди пациентов амбулаторно-поликлинического звена в Дальневосточном федеральном округе // Фармакоэкономика. 2017. Т. 10, № 1. С. 57–65. Nevzorova V.A., Mokshina M.V., Brodskaya T.A. [et al.]. Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease among patients on outpatient care in the far Eastern Federal district // Pharmacoeconomics. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology. 2017. T. 10, No. 1. P. 57–65.
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ. About bases of health protection of citizens in the Russian Federation: RF Federal Law of 21 November 2011 No. 323-FZ.
5. Об утверждении государственной программы Приморского края «Развитие здравоохранения Приморского края» на 2013–2020 годы: постановление администрации Приморского края от 07.12.2012 г. № 397-по. Approval of the state program of Primorsky region “Health Development of Primorsky region” for 2013–2020: The resolution of the administration of Primorsky Krai of 7 December 2012 No. 397-po.
6. Об утверждении государственной программы Сахалинской области «Развитие здравоохранения в Сахалинской области» на 2014–2020 годы: постановление правительства Сахалинской области от 31.05.2013 г. № 281. Approval of state program of the Sakhalin oblast “Development of health care in the Sakhalin region” for 2014–2020 years: Resolution of the government of Sakhalin region dated 31 May 2013 No. 281.
7. Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению: приказ Минздрава России от 15.05.2012 г. № 543н. About the statement of regulations about the organization of rendering primary medical and sanitary aid to adult population: The order the Ministry of health of the Russian Federation dated 15 May 2012 No. 543n.
8. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»: приказ Минздрава РФ от 15.11.2012 № 923н. On approval of the procedure of rendering of medical aid to adult population on the profile of “therapy”: The order the Ministry of health of the Russian Federation from 15 November 2012 No. 923n.
9. Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения: приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 г. № 36ан. On approval of procedure for conducting clinical examination of the certain groups of adult population: The order the Ministry of health of the Russian Federation from 3 February 2012 No. 36an.
10. Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 г. № 1344н. On approval of the Procedure of dispensary observation: The order the Ministry of health of the Russian Federation from 21 December 2012 No. 1344n.
11. Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях: приказ Минздрава России от 30.09.2015 г. № 683н. On approval of the procedure of organization and implementation of prevention of noncommunicable diseases and events to promote healthy lifestyles in health care organizations: The order the Ministry of health of the Russian Federation from 30 September 2015 No. 683n.
12. Опыт и перспективы использования компьютерных и информационных технологий в диагностике и профилактике донозологических состояний и заболеваний / Кулаков Ю.В. [и др.]. Владивосток: Медицина ДВ, 2017. 142 с. Experience and prospects of use of computer and information technologies in the diagnosis and prevention of preclinical conditions and diseases / Kulakov Yu.V. [et al.]. Vladivostok: Medicina DV, 2017. 142 p.
13. Памятки-алгоритмы по первой помощи при ОКС и при подозрении на инсульт: инструктивное письмо Минздрава РФ от 03.03.2016 г. № 17-6/10/2-1233. Memo-algorithms for first aid in ACS and in cases of suspected stroke: Instructive letter of the Ministry of health of the Russian Federation from 03.03.2016 No. 17-6/10/2-1233.
14. Профилактика основных хронических неинфекционных заболеваний в структуре смертности населения. Части 1–2: учебное пособие / Невзорова В.А., Бродская Т.А., Мартыненко И.М. [и др.]. Владивосток: Медицина ДВ, 2017. 140 с. Prevention of major chronic non-communicable diseases in the mortality structure of the population. Part 1–2: Tutorial / Nevzorova V.A., Brodskaya T.A., Martynenko I.M. [et al.]. Vladivostok: Medicina DV, 2017. 140 p.
15. Российский статистический ежегодник. М.: Росстат, 2016. 725 с. Russian Statistical Yearbook. Moscow: Rosstat, 2016. 725 p.
16. Хасанова Р.Р. Особенности смертности населения в Дальневосточном Федеральном округе // Уровень жизни населения регионов России. 2017. № 2. С. 58–64. Khasanova R.R. Features of mortality in the far Eastern Federal district // The Level of life of population of regions of Russia. 2017. No. 2. P. 58–64.
17. Шуматов В.Б., Крукович Е.В., Черная И.П. [и др.]. Опыт Тихоокеанского государственного медицинского университета по реализации гранта Правительства Сахалинской области // Тихоокеанский медицинский журнал. 2017. № 3. С. 77–82. Shumatov V.B., Krukovich E.V., Chernaya I.P. [et al.]. Experience of the Pacific state medical university on the implementation of the grant of the government of the Sakhalin region // Pacific Medical Journal. 2017. No. 3. P. 77–82.

Поступила в редакцию 30.10.2017.

#### STATUS AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF THERAPEUTIC SERVICE IN THE FAR EASTERN FEDERAL DISTRICT

V.A. Nevzorova, N.A. Brodskaya, N.V. Kulakova, V.B. Shumatov  
Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok  
690002 Russian Federation)

**Summary.** The Far Eastern Federal District (FEFD) is recognized as a strategically important geopolitical zone of the Russian Federation with definite and clear goals and objectives, the economic well-being of our country largely depends on their solution. Accordingly, the optimum organization of medical care and combating the mortality of the population are particularly relevant for the Russian Far East. As perspective directions for improving the provision of therapeutic care to the population of the Far Eastern Federal District we can separate: improvement of the 3-level system of medical care, quality improvement in health survey, ramp-up of the high-tech medical care, staff deployment in medical organizations, therapeutic medical services to the population according to the developed standards, creation of favorable conditions for professional development, continuing medical education for physicians of Far Eastern Federal District and wide use of specialized departments to train specialists.

**Keywords:** Far East, medical care, mortality, therapists