

	<p>УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА</p>
--	----------------------------------

**Для студентов
медицинского университета**

**АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ
ТЕРАПИЯ**

Учебная литература
Для студентов медицинского университета

В.Г. ЛЫЧЕВ, Т.Т. КАРМАНОВА

**АМБУЛАТОРНО -
ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ
ТЕРАПИЯ**

Барнаул, 2004 г.

Лычев В.Г., Карманова Т.Т.

Амбулаторно-поликлиническая терапия. - Барнаул, 2004. – 404 с.

Рецензент:

Алгазин А.И., д.м.н., профессор, проректор по лечебной работе и последипломному образованию, заведующий кафедрой терапии и семейной медицины ФПК и ППС АГМУ

Федеральная концепция развития здравоохранения предусматривает новые технологии организации и проведения обслуживания больных терапевтического профиля в условиях поликлиники - по принципу врача общей практики (семейного врача). Это требует нового подхода к подготовке врача-терапевта поликлиники для будущей работы врачом общей практики (семейным врачом) в городе и сельской местности. Данные вопросы, а также современные положения нелекарственных методов лечения терапевтических больных в условиях поликлиники, фармакотерапии, реабилитации, психотерапии, паллиативного лечения, индивидуальной медицинской сексологии, экспертизы трудоспособности, профилактики, формирования здорового образа жизни, семейной практики, диспансеризации, медицинского страхования, контроля качества работы в полном объеме и подробно изложены в пособии. Представленный материал обеспечивает единство и взаимосвязь теоретической и практической подготовки студентов для реализации терапевтической помощи пациентам на врачебном участке.

Учебно-методическое пособие соответствует требованиям Государственного образовательного стандарта и учебной программы по поликлинической терапии, утвержденной МЗ РФ.

Предназначено для студентов медицинского университета, интернов и последипломного образования.

Утверждено

на ЦКМС АГМУ 25. 03. 2004 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	7
<i>Глава 1. Задачи и организация обслуживания пациентов терапевтического профиля в поликлинике</i>	10
1.1 Задачи терапевтической службы поликлиники	10
1.2 Организация оказания амбулаторной терапевтической помощи пациентам	14
<i>Глава 2. Методы обслуживания пациентов территориального врачебного участка</i>	19
2.1 Амбулаторный прием пациентов	19
2.2 Посещение на дому	22
2.3 Экстренный вызов.	28
2.4 Фармакотерапия	29
2.5 Реабилитация	35
2.6 Психотерапия (совместно с к.м.н. И.Е. Бабушки- ным)	58
2.7 Паллиативное лечение	128
2.8 Индивидуальная медицинская сексология (сов- местно с Ю.Ю. Деминым)	150
2.9 Экспертиза трудоспособности	190
2.10 Профилактика	216
2.11 Формирование здорового образа жизни	237
2.12 Семейная практика	250
2.13 Обслуживание пациентов на промышленных предприятиях	256
2.14 Обслуживание пациентов в сельской местности	269
2.15 Технология диспансеризации	277
2.16 Медицинское страхование	281
2.17 Контроль качества работы	288
2.18 Правовые основы деятельности	296

Список сокращений

АГ	-	артериальная гипертония
АД	-	артериальное давление
АлАТ	-	аланинаминотрансфераза
АсАТ	-	аспартатаминотрансфераза
Д	-	диспансерная группа
ИВЛ	-	искусственная вентиляция легких
ИМТ	-	индекс массы тела
КФК	-	креатининфосфокиназа
КЭК	-	клинико-экспертная комиссия
ЛПУ	-	лечебно-профилактическое учреждение
МКБ-10	-	международная статистическая классификация болезней и причин смерти 10-го пересмотра
МСЭК	-	медико-социальная экспертная комиссия
НПВС	-	нестероидные противовоспалительные средства
ОМС	-	обязательное медицинское страхование
ОРВИ	-	острые респираторно-вирусные инфекции
ОРЗ	-	острые респираторные заболевания
ПМСП	-	первичная медико-санитарная помощь
$p\text{CO}_2$	-	парциальное напряжение CO_2 в крови
$p\text{O}_2$	-	парциальное напряжение O_2 в крови
ФВД	-	функция внешнего дыхания
ХОБЛ	-	хроническая обструктивная болезнь легких

Введение

Современный этап развития РФ обуславливает качественные изменения оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению, которая обеспечивается учреждениями муниципальной, государственной и частной формами собственности на основе договоров со страховыми медицинскими организациями. Уровень ПМСП во многом определяется экономическим, технологическим и социальным развитием региона страны и варьирует от выполнения простейших лечебных мероприятий до сложнейших лечебно-диагностических и профилактических программ, использования современных технологических процессов и аппаратуры.

ПМСП населению России в настоящее время оказывают участковые врачи-терапевты, педиатры, хирурги, другие врачи узких специальностей, а также врачи общей практики (семейные врачи). Регламентация работ врача общей практики (семейного врача) детализирована приказом МЗ РФ № 237 от 26.08. 92 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача). Компетенцию врача общей практики (семейного врача) имеет врач, прошедший специальную последипломную многопрофильную подготовку по терапии, хирургии, педиатрии, акушерству и гинекологии, другим узким специальностям по оказанию ПМСП членам семьи независимо от их пола и возраста.

Вопросы подготовки студентов для будущей работы вначале врачами-терапевтами и затем врачами общей практики на территориальном участке поликлиники (амбулатории), где начинают и заканчивают лечение 80-85% пациентов, требуют пристального внимания и совершенствования. Многие очень важные разделы по оказанию терапевтической помощи пациентам поликлиники требуют большого объема специальных знаний и умений. Это касается принципов работы на приеме, обслужива-

нии вызовов на дому, выбора оптимальных методов лечения, особенностей патологии и лечения пациентов пожилого возраста, профилактики, диспансеризации, поликлинического этапа реабилитации, экспертизы принимаемых решений.

В настоящее время в работе участкового врача-терапевта имеется необходимость глубоких знаний не только диагностики, лечения и профилактики заболеваний внутренних органов в условиях поликлиники, но и новой психологии отношений врача и пациента, психотерапевтической коррекции психосоматических и сексуальных расстройств, современного контроля качества своей работы. Последнее в работе участкового врача-терапевта в настоящее время занимает приоритетное место.

Целями и задачами обучения студентов на цикле поликлинической терапии являются: *овладение*: организацией работы участкового (цехового) врача поликлиники (амбулатории); принципами оказания лечебно-профилактической помощи прикрепленному контингенту в амбулаторно-поликлинических условиях; *изучение*: основных положений участкового (цехового) врача-терапевта; организации работы врача-терапевта по приему пациентов в поликлинике, при обслуживании пациентов на дому и на вызовах; особенностей работы с пациентами пожилого возраста, в условиях семейной практики; особенностей обслуживания пациентов, работающих на промышленных предприятиях, в строительстве, на транспорте и связи, в сельской местности, в условиях медицинского страхования, особенностей формирования здорового образа жизни; проведения профилактики; технологии диспансеризации; реабилитации; экспертизы качества работы участкового (цехового) врача-терапевта; критериев качества и эффективности работы; диагностики психосоматических расстройств и методов психотерапевтической коррекции; экспертизы трудоспособности; основ индивидуальной медицинской сексологии; паллиативного лечения.

Выполнение задач достигается, прежде всего, самостоятельной работой студентов с пациентами под контролем преподавателя. Студент должен полностью освоить должностные обязан-

ности участкового (цехового) терапевта: вести амбулаторных больных, выполнять вызовы на дому, заполнять медицинскую документацию, решать вопросы экспертизы трудоспособности, диспансеризации. В самостоятельной работе каждого студента должен присутствовать обучающий элемент: обсуждение с преподавателем обоснованности принимаемых решений.

При этом используются следующие формы контроля знаний и умений: текущий индивидуальный контроль в процессе самостоятельной работы; защита учебной истории болезни амбулаторного больного; защита программы реабилитации курируемого пациента; тестовый контроль: а) по темам семинаров; б) итоговый контроль; аттестация практических навыков по итогам цикла поликлинической терапии; итоговый контроль знаний в объеме работы участкового (цехового) врача-терапевта в рамках аттестации по госпитальной терапии; решение ситуационных задач по пройденному материалу на занятиях; решение ситуационных задач по поликлинической терапии на государственных экзаменах.

Особое значение амбулаторно-поликлинической подготовки будущих врачей общей практики привело к необходимости создания данного учебного пособия, которое ориентировано и на последипломное образование.

Учебное пособие соответствует требованиям учебной программы по поликлинической терапии, утвержденной МЗ РФ, Государственного образовательного стандарта и современным документам ВОЗ.

Авторы будут признательны за все замечания и рекомендации, которые улучшат данное издание.

ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ

1.1. Задачи терапевтической службы поликлиники

Основной задачей терапевтической службы поликлиники является оказание пациентам в поликлинике и на дому своевременной *квалифицированной* лечебно-профилактической терапевтической помощи. Это обеспечивается квалификационной характеристикой участкового врача-терапевта, включающей:

- мероприятия по диагностике, лечению и профилактике наиболее распространенных заболеваний пациентов;
- мероприятия по оказанию неотложной медицинской помощи во время приема пациентов в поликлинике и обслуживании на дому;
- медицинские манипуляции;
- организационные мероприятия.

Для выполнения поставленных задач врач-терапевт территориального (цехового) участка поликлиники выполняет следующие функции.

- Обеспечивает в поликлинике (амбулатории) и на дому

квалифицированную терапевтическую помощь населению, проживающему на закрепленном участке.

– Проводит прием пациентов в поликлинике (амбулатории), на дому, в отдельных случаях - в клинике или стационаре.

– Проводит анализ физических, психологических и социальных факторов, определяющих уровень здоровья населения участка и использует эти данные в своей повседневной работе.

– Осуществляет постоянное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями и больными в терминальном состоянии.

– Устанавливает доверительные отношения с пациентами и членами обслуживаемых семей.

– Осознает свою ответственность перед обслуживаемым населением и местными органами власти.

Для выполнения своих функций участковый врач-терапевт обязан осуществлять следующие мероприятия.

1. Лечебно-профилактическую и санитарно-гигиеническую работу на участке осуществлять по графику, утвержденному заведующим отделением (руководителем ЛПУ), в котором предусматриваются фиксированные часы амбулаторного приема и оказание помощи на дому. Распределение времени приема и помощи на дому определяется в зависимости от численности и состава населения участка, отдаленности от поликлиники (амбулатории), состояния дорог, наличия пересеченной местности и др.

2. Оказывать экстренную медицинскую помощь больным, независимо от их места жительства.

3. В случае отсутствия на другом участке врача врач-терапевт обязан в пределах своего рабочего времени принять его больных, а также обслужить вызовы на дому. Такие больные могут быть направлены к нему медицинским регистратором по талону.

4. Оказывать медицинскую помощь больным на дому в день поступления вызова.

5. Проводить экспертизу трудоспособности в соответствии

с действующим Положением, своевременно направлять больных на КЭК и МСЭК с целью определения трудоспособности.

6. Своевременно госпитализировать больных с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации.

7. Осуществлять консультацию больных с неясными диагнозами у заведующего терапевтическим отделением и врачами других специальностей.

8. Планировать и осуществлять комплексные программы профилактики, направленные на формирование здорового образа жизни.

9. Использовать в своей работе современные методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации больных, в том числе комплексной терапии и восстановительного лечения.

10. Осуществлять паллиативное лечение нуждающимся больным своего участка.

11. Координировать работу служб поликлиники по диспансеризации населения своего участка с ежегодным анализом ее эффективности и качества методом экспертной оценки по динамике интенсивности воздействия факторов риска, снижению заболеваемости, изменению группы «диспансерного» наблюдения.

12. Осуществлять персональный учет населения участка.

13. В соответствии с установленным графиком, утвержденном администрацией поликлиники, проводить профилактические осмотры декретированных контингентов, проживающих или работающих на территории участка.

14. Своевременно проводить выявление лиц с факторами риска СПИДа, их учет и обследование согласно действующим приказам и инструкциям.

15. Активно выявлять больных наркоманией, токсикоманией и хроническим алкоголизмом.

16. С целью раннего выявления и профилактики туберкулеза, онкологических заболеваний активно направлять больных на флюорографию и в смотровой кабинет поликлиники, постоянно работать с флюорокартотекой.

17. Осуществлять организацию и проведение профилактических прививок и дегельминтизации населения участка.

18. Осуществлять немедленную сигнализацию заведующему терапевтическим отделением (при его отсутствии - руководству ЛПУ) и врачу кабинета инфекционных болезней о всех случаях инфекционных заболеваний или подозрительных на инфекцию больных, о пищевых и профессиональных отравлениях, о всех случаях нарушения режима и невыполнения противоэпидемических требований инфекционными больными, оставленными для лечения на дому, направлять в органы санэпиднадзора экстренное извещение.

19. Систематически повышать свою квалификацию и уровень медицинских знаний участковой медицинской сестры.

20. Активно и систематически проводить санитарно-просветительную работу среди населения участка по вопросам формирования здорового образа жизни, предупреждения заболеваний, подготовки общественного санитарного актива участка.

21. Своевременно и качественно вести медицинскую документацию участка.

22. Выписывать рецепты согласно приказу № 175 МЗ СССР, наркотические и сильнодействующие препараты выписывать больным строго по медицинским показаниям в дозах, предусмотренным данным приказом. Рецепты на льготные медикаменты выписывать строго по показаниям с регистрацией в амбулаторной карте.

23. Соблюдать в своей работе принцип деонтологии.

24. Осуществлять руководство и контроль работы участковой медицинской сестры.

Врач-терапевт начального (первого) уровня ПМСП оказывает медицинскую помощь с выполнением основных лечебно-диагностических, профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий. Квалифицированную медицинскую помощь он может осуществлять, имея профессиональную базовую

подготовку и пройдя обучение в интернатуре и клинической ординатуре. На этом уровне он может выполнять все врачебные манипуляции терапевтического профиля. Специализированную помощь участковый врач-терапевт может оказывать в специально предназначенных для этих целей дневных стационарах поликлиник или стационарных лечебных учреждениях при условии, что он ведет больных на закрепленных за ним койках.

1.2 Организация оказания амбулаторно-терапевтической помощи пациентам

Амбулаторно-поликлиническая терапевтическая помощь пациентам в РФ организована по участково-территориальному (цеховому) принципу. Гражданскому взрослому населению, проживающему в районе деятельности поликлиники (амбулатории), медицинскую помощь оказывает участковый врач-терапевт, работникам промышленных предприятий, строительных организация, транспорта и связи - цеховой врач.

Свою деятельность участковый врач-терапевт осуществляет как в государственных (федеральных), так и в муниципальных амбулаторно-поликлинических медицинских учреждениях. Виды работ врача определяются лицензией. Контингент обслуживания формируется с учетом права свободного выбора по территориальному, территориально-семейному и иным принципам. Численность контингента, прикрепленного для постоянного обслуживания, определяются регламентирующими документами МЗ РФ. Расчет численности должностей всех врачей амбулаторного приема в амбулаторно-поликлинических учреждениях в настоящее время производится по объему работы. Структуру врачебных должностей определяет руководство поликлиники с учетом демографического фактора, а также особенностей состо-

яния здоровья населения.

Численность населения на одну должность участкового (цехового) врача-терапевта составляет 1500-2000 человек. На селе врач-терапевт обслуживает 1200 человек. Контингент обслуживания формируется с учетом права свободного выбора по территориальному, территориально-семейному и иным принципам. Численность контингента, прикрепленного для постоянного обслуживания, определяются регламентирующими документами МЗ РФ. Расчет численности должностей всех врачей амбулаторного приема в амбулаторно-поликлинических учреждениях в настоящее время производится по объему работы из расчета 11,8 врачебных должностей на 10000 населения. Структуру врачебных должностей определяет руководство поликлиники с учетом демографического фактора, а также особенностей состояния здоровья населения.

В настоящее время руководителям органов и учреждений здравоохранения предоставлено право разрабатывать индивидуальные нормы нагрузки. Отраслевые нормативные акты по труду признаются рекомендательными, штатные нормативы могут использоваться как методическое пособие при определении численности должностей медицинского персонала. Численность медицинского персонала должна формироваться на основе плановых расчетных норм (функции врачебных должностей, годового объема работы медицинского персонала) и фактического объема работы, выполненного за отчетный год.

Численность среднего и младшего персонала в амбулаторно-поликлинических учреждениях определяется в зависимости от численности врачебного персонала. Для городских поликлиник такое соотношение составляет 1:2,2:0,9, для амбулаторно-поликлинических подразделений учреждений, расположенных в городах и поселках с численностью населения менее 25 тыс. человек - 1:(3,5-5,0): (1,5-2,0), которое зависит от характера расселения.

Врач-терапевт территориального участка поликлиники (амбулатории) - это не только клиницист, это организатор здраво-

охранения на этапе первичной медико-санитарной помощи населению. Важным разделом такой работы является регистрация и своевременная отчетность о проделанной работе. Согласно «Типовой инструкции к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактическими учреждениями» он ведет всю учетную и отчетную медицинскую статистическую документацию (Приложение № 2). Кроме того, врач-терапевт поликлиники ведет и другие документы: заполнение граф книги регистрации листков нетрудоспособности; выписка любого рецепта, в том числе рецепта на получение лекарства, содержащего наркотическое вещество и рецепта «бесплатно, оплата 50%, 20% стоимости» и др.; заполняет ф. № 30 «Отчет лечебно-профилактического учреждения за год»; ф. № 003-2/у-88 «Карта больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице» и др. Затраты времени на ведение медицинской документации участковым врачом-терапевтом составляют 27,8% общего рабочего времени.

В настоящее время участковый врач-терапевт работает 5 дней в неделю с двумя выходными днями. Работа его в поликлиническом отделении больницы строится по системе чередования. Периодичность и длительность работы в стационаре устанавливается администрацией учреждения и составляет не менее 3 мес в каждые 3 года. Продолжительность рабочего дня - 6,5 часов, из них 4,5 часов для приема пациентов в поликлинике (амбулатории), 2 часа - по обслуживанию больных на дому.

График может быть скользящим или по принципу: в четные даты - утренние часы приема пациентов, в нечетные - вечерние часы (или наоборот). Расчетное время на первичное посещение (обращение) равно 22 мин, на повторное посещение - 16 мин. Средние затраты времени на лечебно-диагностическое посещение равны 17,7 мин. Кратность посещений составляет 2,5. Коэффициент перевода случаев посещения с целью профилактического осмотра, посещения на дому, проведения консультации в посещение поликлиники(амбулатории) оставляет соответствен-

но: 1:0,64, 1: 2,26, 1:1,29.:

Норма нагрузки (обслуживания) - количество работы, выполняемой в единицу времени (60 мин), составляет 3,4 (60: 17,7). Плановая функция выражается в числе посещений к врачу в течение года и составляет 5600. Установлено, что нагрузка врача на приеме и по обслуживанию пациентов на дому в значительной степени зависит от фактора времени - сезона, дня недели и часа в течение дня работы. Наиболее напряженными часами работы («часы пик») являются 9-11 и 15-18 ч. На период 11-12 ч и 14-19 ч приходится наибольший удельный вес повторных посещений.

Как следует из опыта работы в среднем в месяц на одного участкового врача-терапевта приходится от 820 до 1200 посещений, то есть за рабочий день он обслуживает 16 - 20 пациентов. При этом выделяют два варианта работы участкового врача: первый вариант - прием ведет один врач; второй вариант - прием ведет врач совместно с медицинской сестрой. Какой из вариантов выбирается для работы, зависит от компетентности медицинской сестры, ее статуса и других причин.

Для повышения квалификации участковые врачи-терапевты направляются в институты (факультеты) усовершенствования врачей, на курсы усовершенствования и специализации при медицинских высших учебных заведениях, научно-исследовательских учреждениях и крупных учреждениях здравоохранения не реже 1 раза в 5 лет.

Участковый врач-терапевт несет ответственность как за некачественную работу и ошибочные действия, так и за бездействие и неприятие решений, которые входят в сферу его обязанностей и компетенции, в соответствии с действующим законодательством. В своей работе он подчиняется непосредственно заведующему терапевтическим отделением, в случае его отсутствия - заместителю главного врача поликлиники по медицинской части. Ему подчиняется работающая под его руководством участковая медицинская сестра.

Оценку работы участкового врача-терапевта проводит заве-

дующий терапевтическим отделением поликлиники по итогам работы за квартал (год) на основании учета качественных и количественных показателей работы, соблюдения им требований официальных основополагающих документов, правил трудовой дисциплины, морально-этических норм, общественной активности.

Контроль за деятельностью врача-терапевта территориального (цехового) врачебного участка, его назначение и увольнение осуществляет главный врач лечебно-профилактического учреждения в соответствии с действующим законодательством.

МЕТОДЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА

2.1 Амбулаторный прием пациентов

Участковый врач-терапевт как на приеме в поликлинике (амбулатории), так и при посещении пациентов на дому выступает в роли советчика и консультанта по всем медицинским вопросам. Среди всех вопросов, которые приходится ему решать, главными являются диагностика и лечение заболеваний, которые занимают 57,1% рабочего времени. При этом точность инструментальной диагностики им зачастую переоценивается, а эффективность физикального обследования и тщательно собранного анамнеза – недооценивается. Между тем, с их помощью диагностируется до 70 % заболеваний и более.

Особенности оказания терапевтической помощи пациентам в поликлинике (амбулатории) определяют следующие факторы:

- неизвестность в начале каждого рабочего дня состава впервые обращающихся больных;
- ограниченность времени приема каждого пациента;
- необходимость быстрой ориентировки, владения методами ранней диагностики и оказания неотложной помощи, организации своевременной консультации пациентов у специалистов;

- связь с лечебно-диагностическими службами ЛПУ;
- зависимость эффективности лечения пациентов от желания сотрудничать или уклоняться от лечения и др.

Обычно участковый врач-терапевт работает с пациентами малого риска. У него как на приеме, так и при посещении на дому встречается мало пациентов, требующих сложного диагностирования, клинические картины болезни у них проявляются чаще в легкой форме, нежели в тяжелой. Однако ему приходится учитывать всю многомерность нездоровья у каждого из своих пациентов, в котором медицинская сторона является лишь одним из аспектов в их жизни, даже если она наделяется приоритетом.

Следовательно, у терапевта поликлиники при работе с пациентами часто возникает необходимость субъективного подхода в принятии решения, что может сопровождаться добросовестным заблуждением, то есть врачебной ошибкой. Последствия врачебных ошибок нередко близки к преступным действиям, за которые следуют юридически рассматриваемые и назначаемые наказания.

Под врачебными ошибками обычно понимают последствия заблуждений, но без элементов халатности, небрежности, недобросовестности, профессионального невежества. Ряд ошибок может зависеть от несовершенства методов исследования и аппаратуры, нетипичности, необычности клинического случая, то есть особенностей течения заболевания, которые врач не знал или не распознал. Чаще всего, это происходит от малого опыта или недостаточной компетентности. Отсюда понятна боязнь выпускников медицинских вузов ехать на работу в маленькие города или в сельские участковые больницы, где субъективизм в принятии лечебно-диагностических решений очень велик.

Следовательно, у врача-терапевта территориального участка поликлиники часто остается высокой степень ненадежности диагностических и терапевтических решений и он должен рассматривать в качестве одной из задач учет этой высокой степени ненадежности. При этом он должен знать, что опасность спол-

зания субъективных решений к упрощенным методам диагностики и лечения или самовластному произволу могут быть сведены к минимуму самоконтролем и экспертизой качества.

Социальные вопросы являются одними из сложных и трудоемких при обслуживании терапевтических больных в поликлинике. Участковый врач постоянно имеет дело с вопросами социальной защиты своих пациентов. Так, он подготавливает и представляет документы на клиничко-экспертную комиссию, если необходима больному инвалидность и назначение пенсии или путевка в санаторий, либо информирует отдел страхования, когда речь идет о восстановлении трудоспособности пациента и т.д. С точки зрения пациента лечащий врач должен не только его лечить, но и персонально ему помогать, координировать выполнение профессиональных вспомогательных мер на получение услуг в системе здравоохранения при решении проблем его здоровья. Однако практика показывает, что приобретенные в университете знания могут быть использованы во многих таких случаях лишь косвенно, проведенные по правилам медицинские услуги зачастую не в состоянии решить проблем пациента, что время, необходимое для приема или обслуживание вызова, в дефиците, а предписания и назначения должны подчиняться принципам экономии. И результатом всего этого нередко являются конфликты.

Эти конфликты, прежде всего, связаны с тем, что пациент измеряет работу своего лечащего врача степенью удовлетворения своих потребностей, которые частично или полностью противоречат требованиям социальной медицины: необходимости, целесообразности и достаточности для всех пациентов в равной мере. Последнее становится возможным только путем ограничения расходов. Задача участкового врача состоит в том, чтобы найти компромисс между этими требованиями.

2.2 Посещение на дому

Посещения врачом-терапевтом пациентов на дому (визиты) подразделяются на:

- **первичные** – когда поводом для визита является новая диагностическая проблема;
- **активные (очередные)** – каждое последующее посещение, связанное с этой проблемой, сделанное по инициативе врача, без вызова его больным.

Посещения в установленный срок – проводятся как ежедневная врачебная практика в соответствии с распорядком рабочего времени. Во время очередных посещений оценивается течение болезни и принимаются меры по дальнейшему лечению. В момент такого посещения, более чем во время первичного, происходит формирование заключения по поводу болезни и форм ее преодоления. Посещения в рамках долгосрочного обслуживания не следует проводить в форме ритуала дружеского общения, оно должно содержать регулярное обследование пациента.

Все другие посещения пациентов на дому являются **неотложными**. Они нарушают нормальный распорядок рабочего и свободного времени врача. Среди неотложных посещений особо следует выделить посещения по вызову во время приемных часов и ночью, которые имеют место обычно в сельской местности.

Нагрузку врача-терапевта по помощи на дому рассчитывают в каждом амбулаторно-поликлиническом учреждении исходя из фактических затрат времени.

Для оказания помощи больным на дому поликлиники снабжают врачей специальными медицинскими сумками с набором необходимых приборов и инструментов для проведения диагностических мероприятий и оказания неотложной помощи: фонендоскоп, прибор для измерения АД, шпатель, пилочка для ам-

пул, термометр, жгут, шприцы, перчатки. В список медикаментов должны быть включены препараты не только для оказания помощи при обычных заболеваниях, но и для критических ситуаций и экстренных состояний.

Во время посещения в квартире пациента могут быть обнаружены домашние животные (кошки, собаки, ягнята, телята и др.), вредные насекомые, о которых врач и не предполагал. Чистота и эстетичность оформления и содержания жилого помещения позволяет врачу сделать вывод об актуализации психологических способностей пациента преодоления болезни и его семейных взаимоотношениях. Все это позволяет получить необходимые данные для принятия определенных терапевтических и профилактических решений.

Во всех случаях, в которых показана госпитализация, больные направляются в стационар. Госпитализация терапевтических больных в стационар может быть срочной или плановой. Осуществление плановой госпитализации требует от врача проведения соответствующей подготовительной работы: должны быть проведены необходимые лабораторные и инструментальные исследования. Решив вопрос о госпитализации пациента, врач заполняет «Направление на госпитализацию и консультацию» (ф. № 028/у) и обязательно направляет в стационар «Медицинскую карту амбулаторного больного» или подробную выписку из нее с данными всех проведенных лабораторно-инструментальных исследований. По окончании стационарного лечения амбулаторная карта пациента с выпиской из истории болезни (ф. № 027/у) возвращается обратно в поликлинику участковому врачу. Это позволяет лечащему врачу правильно и своевременно проводить дальнейшее восстановительное лечение больного, диспансеризацию.

При отказе больного от госпитализации или при затруднении ее реализации организуется **стационар на дому**. В таком случае лечащий врач обеспечивает проведение больному на дому необходимых клинико-лабораторных и инструментальных диагностических исследований (клинические и биохимические

анализы крови, мочи, кала, мокроты, рентгенологическое, ЭКГ и др.), выполнение лечебных процедур (инъекции, капельницы, физиотерапия и др.), ЛФК, консультации врачами узких специальностей, уход. Для этой цели могут привлекаться члены Общества Красного Креста, активисты, санитарные уполномоченные и участковые медицинские сестры. Медикаменты для лечения больных в стационарах на дому приобретаются за счет больных, а предметы ухода обеспечивает поликлиника. В поликлиниках, объединенных со стационаром, возможна организация питания больных из кухни больницы, выдача им во временное пользование белья.

Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводит заведующий отделением по представлению лечащего врача. При необходимости, продление листка нетрудоспособности КЭК может проводить дома в сроки, установленные инструкциями по экспертизе временной нетрудоспособности. Все записи производятся в амбулаторной карте.

Существуют два метода организации работы участкового врача и медицинской сестры в стационарах на дому: *централизованный и децентрализованный*. В первом случае для работы с больными в стационаре на дому администрация поликлиники выделяет врача и медсестер. Установлено, что они могут обслуживать в день 12-14 больных. При децентрализованном методе помощь больным в стационаре на дому оказывают свой участковый врач и медицинская сестра. При этом методе врач может наблюдать 2-3 больных своего участка. В выходные дни пациенты в стационарах на дому обслуживаются дежурной службой.

Показаниями для лечения пациента в условиях стационара на дому в большинстве случаев являются обострение хронических заболеваний в первые 5-7 дней, когда состояние требует соблюдения домашнего режима и нет необходимости в госпитализации:

1) диагноз заболевания ясен и для постановки его или подтверждения не требуется проведения лабораторно-инструментального исследования в условиях стационара;

2) общее состояние пациента и течение заболевания не угрожает жизни, не сопровождается развитием осложнений, требующих проведения реанимационных, хирургических и других вмешательств, и позволяет осуществлять диагностические и лечебные мероприятия в домашних условиях;

3) у пациента имеются благоприятные бытовые условия, а у родственников согласие и возможность по уходу за ним.

Обязанностями участкового врача при организации стационара на дому являются:

- выработка тактики ведения и лечения больного;
- ежедневный осмотр больного;
- еженедельная консультация пациента у заведующего терапевтическим отделением поликлиники;
- организация консультации пациента другими узкими специалистами;
- определение характера и объема лабораторно-инструментальных исследований и их реализация;
- постоянный и тщательный контроль за выполнением назначенных исследований и лечения.

В настоящее время в поликлиниках согласно приказу МЗ РФ № 438 от 09.12.99 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» созданы **дневные стационары** (приложение № 3). Их создание следует рассматривать как прогрессивную форму медицинской помощи населению, позволяющую в амбулаторных условиях в большем объеме проводить обследование, лечение и реабилитационные мероприятия больным.

Дневной стационар в поликлинике организуется для госпитализации больных с острыми и хроническими заболеваниями, в основном, терапевтического профиля, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения. Обследование в дневном стационаре проводится в течение 3-4 дней, лечение - 7-10 дней. Отбор больных для госпитализации в дневной стационар осуществляется обычно в плановом порядке после консуль-

тации с заведующим терапевтическим отделением поликлиники. При решении вопроса о направлении в дневной стационар особое внимание необходимо уделять диспансерной группе больных, длительно и часто болеющим. Всеми необходимыми для организации лечебного процесса медикаментами дневные стационары обеспечиваются в прикрепленной аптеке, как за счет бюджета поликлиники, так и за счет больного.

В дневной стационар поликлиники направляются:

- лица, за которыми после применения определенных диагностических процедур, лечебных мероприятий, должно осуществляться краткосрочное (в течение нескольких часов) медицинское наблюдение;

- больные, у которых возможно развитие неблагоприятных реакций после переливания крови и ее препаратов, внутривенного вливания кровезамещающих жидкостей и других растворов, после специфической гипосенсибилизирующей терапии и др.;

- больные, нуждающиеся в длительном внутривенном вливании медикаментозных препаратов;

- пациенты, которым показаны различные процедуры (грязевые аппликации, вытяжение и т.д.) с обязательным последующим отдыхом (релаксацией);

- пациенты, которым требуются для установления или подтверждения диагноза достаточно длительное лабораторно-инструментальное исследование, выполнимое в амбулаторных условиях;

- пациенты, у которых во время обращения в поликлинику развилось состояние, требующее оказания срочной и квалифицированной помощи (приступ бронхиальной астмы, гипертонический криз, ангинозный приступ и др.), но при этом отсутствует реальная возможность их госпитализировать;

- пациенты, нуждающиеся в долечивании после интенсивного лечения в условиях полного стационара (например, постинфарктное состояние);

- лица, в отношении которых следует решить сложные во-

просы экспертизы трудоспособности с применением дополнительных лабораторных и функциональных исследований;

– пациенты, нуждающиеся в контролируемом лечении (подростки, пожилые, беременные и др.);

– пациенты, нуждающиеся в сложных реабилитационных процедурах;

– пациенты, имеющие социальные показания для пребывания в дневном стационаре.

Лечение в дневном стационаре обеспечивает:

а) оказание в поликлинике оздоровительных, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий;

б) интенсификацию лечебно-оздоровительных мероприятий, активное и плановое оздоровление больных, в том числе работающих, длительно и часто болеющих, лиц пожилого возраста, одиноких и др.;

в) пребывание больных часть суток дома;

г) исключение или сокращение адаптационного синдрома;

д) исключение психологической травмы, связанной с госпитализацией в обычные стационары;

е) интенсификацию труда медицинских работников;

ж) преемственность в лечении и наблюдении больных в пределах ЛПУ;

з) повышение квалификации врачей поликлиники;

и) увеличение обеспеченности населения стационарной помощью и повышение ее доступности.

Своевременное оказание в условиях дневного стационара поликлиники необходимой медицинской помощи в полном объеме способствует сокращению сроков временной нетрудоспособности больных, более рациональному использованию коечного фонда стационара.

2.3. Экстренный вызов

Вызов врача-терапевта для оказания помощи на дому принимают регистратор или медицинская сестра. Вызов может быть сделан самим больным по телефону или его близкими. При оформлении вызова выясняется состояние больного и в экстренных случаях участковый врач (дежурный врач - при отсутствии или его занятости) отбывает к больному немедленно. Данные о вызове заносятся в журнал (ф. № 031/у).

Клиническая медицина определяет экстренный случай объективным в соответствии с клиническими критериями, констатируемыми врачом. Обычно это бывают состояния, когда требуется быстрая врачебная помощь. В бытовом понимании экстренный вызов обусловлен драматическим восприятием ситуации самим пациентом, его близкими или случайными свидетелями. Восприятие непрофессионала часто обусловлено боязнью какой-то угрозы жизни и здоровью. Эта боязнь регулируется привычками, чувствами, характером и отношением к окружающему миру и проявляется **экстренным вызовом** врача на место события.

Общими правилами поведения врача при экстренном вызове являются:

- сохранение спокойствия;
- демонстрация компетентности;
- активность;
- не предоставлять пациента самому себе;
- успокаивать пациента и его близких.

Диагностические действия врача при экстренном вызове всегда должны осуществляться с тем, чтобы сразу исключить неотложные состояния. Если исключить неотложное состояние не удается, то пациента необходимо обслуживать как тяжело больного.

Принципы действий врача при экстренном вызове:

- оценка общего состояния пациента;
- быстрые диагностические решения;
- неотложная помощь;
- учет прогноза состояния;
- учет личных интересов пациента;
- выбор оптимального терапевтического решения.

Обслуживание экстренных вызовов всегда требует много времени и большой психологической и физической нагрузки. Во время приема пациентов обслуживание экстренного вызова приводит к значительным нарушениям распорядка работы. Обычно такое случается в сельской местности.

2.4. Фармакотерапия

Правильное назначение лекарственных препаратов амбулаторному больному должно учитывать определенное заболевание, которое можно вылечить или целенаправленно смягчить его симптомы. Могут быть и другие причины назначения лекарственных средств. Около четверти рецептов выписываются участковыми врачами на приеме или при посещении на дому по желанию пациента, и из них примерно половину назначивший эти лекарства врач не стал бы выписывать, если бы он принимал решение свободно. Это обусловлено многими причинами. В том числе и тем, что при многих заболеваниях больным, лечащимся в амбулаторно-поликлинических учреждениях и на дому, выдаются рецепты для бесплатного получения медикаментов. Специальный приказ МЗ РФ определяет такие группы больных. Другой причиной является и то, что фармакотерапевтический аспект, каким бы важным он ни был во врачебной практике, всегда является лишь частью медицинского решения проблем пациента.

Процесс правильного назначения лекарственной терапии

амбулаторным больным разделяется на десять этапов (схема 1).

Схема 1

Алгоритма назначения фармакотерапии амбулаторным больным



Приоритетным является определение проблем, целей и задач вмешательства. Определение проблем пациента имеет исключительно важное значение. Чуткое отношение к пациенту,

тщательный сбор жалоб, анамнеза в комплексе с физикальным обследованием и, при необходимости, данных дополнительного (лабораторного, биохимического, инструментального и др.) исследования позволяет во всех случаях поставить правильный клинический диагноз и определить проблемы.

За проблемами могут стоять нарушения самочувствия, симптомы болезни, скрытые психологические и социальные трудности. Частой причиной посещения или вызова врача на дом являются не желание получить лечение, а желание получить объяснение своего нездоровья

Затем врач ставит краткосрочные и долгосрочные цели вмешательства. Четко поставленная цель вмешательства ограничивает количество терапевтических решений и облегчает выбор лекарственных средств. Например, краткосрочной целью может быть уменьшение болей в суставах и утренней скованности при ревматоидном полиартрите. Назначение одного из нестероидных противовоспалительных средств поможет решить эту проблему.

Третьим этапом будет выбор возможных вариантов терапевтического решения проблем пациента и определение последовательности проведения мероприятий.

Обычно рассматривается пять альтернативных вариантов терапевтического вмешательства:

- консультация;
- нефармакологическое лечение;
- фармакотерапия;
- направление к узкому специалисту или в стационар;
- сочетание вариантов.

Необходимо проверить и убедиться, действительно ли требуется лекарственная терапия или есть альтернатива, например, физиотерапия. Если необходима медикаментозная терапия, то в первую очередь надо начинать с выбора наиболее эффективных лекарственных средств, обладающих наименьшими побочными эффектами.

Следующим действием врача будет проверка принадлежности пациента к группе риска возможных побочных действий выбираемых лекарственных препаратов (табл. 1). Здесь особого внимания требуют беременные.

Таблица 1.: Группы риска возможных осложнений лекарственной терапии

Группы риска	Лекарственные препараты с побочным действием
Пожилые люди	Бензодиазепины, нейролептики, антидепрессанты, антихолинэргические, ИАПФ, противогистаминные
Беременные	Антибиотики, цитостатики, противогрибковые, противовирусные, противодиабетические средства, гипотензивные, гормоны, снотворные, психотропные
Кормящие матери	Противодиабетические, антикоагулянты, противогистаминные, гипотензивные, гормоны, гликозиды, слабительные, спорынья, тиреостатики, йод
Больные с нарушением функции печени	Оральные противодиабетические средства, антикоагулянты, наркотические, гепатотоксичные препараты
Больные с нарушением функции почек	Аминогликозиды, цефалоспорины, сульфаниламиды, бета-блокаторы, диуретики, блокаторы H ₂ -рецепторов гистамина, цитостатики, нефротоксичные препараты

В настоящее время плод из «немного» объекта наблюдения превратился во внутриутробного «пациента», который нуждается в медицинском наблюдении и помощи, как и любой другой пациент. Особенно опасно воздействие на плод вредных веществ, в том числе медикаментов, в три критических периода:

1-й период - с 7 по 14 день жизни эмбриона (период имплантации);

2-й период - с 3 по 12 неделю беременности, когда происходит закладка тканей и органов плода, которые еще не могут функционировать самостоятельно;

3-й период - с 18 по 20 и с 22 по 24 неделю беременности, когда формируются функции органов.

Следующими действиями будут выписка рецепта и обсуждение выбранной формы лечения с пациентом, так как большая часть проблем сотрудничества врач – пациент возникает из-за плохой информированности больных.

После назначения лекарственного средства пациенту должно быть ясно, как действовать дальше. Он должен знать, следует ли ему приходить на прием, и, если да, то когда и в какое время. Кроме того, пациента надо информировать, что будет обсуждаться на следующем приеме. Надо спросить у пациента, особенно у пожилого, все ли он понял и не хотел бы узнать еще что-нибудь. Только после этого с ним можно расстаться.

Во время следующей встречи посредством расспроса и объективного обследования пациента необходимо проверить эффективность и наличие возможных побочных эффектов назначенных лекарственных препаратов.

В пожилом возрасте имеется целый спектр факторов, которые могут существенным образом изменить фармакокинетику лекарственных препаратов, порождают потенциальные особенности клинического течения болезни. К этим факторам относятся:

- 1) наличие сочетанных заболеваний;
- 2) уменьшение почечного кровотока и снижение клубочковой фильтрации;
- 3) уменьшение печеночного кровотока со снижением активности микросомального окисления в печени;
- 4) снижение активности печеночных ферментов;
- 5) снижение моторной функции желудочно-кишечного тракта;
- 6) повышение количества жировой и уменьшение мышеч-

ной ткани;

7) снижение активности бета-адренорецепторов.

В пожилом возрасте процессы восстановления протекают более медленно, они менее совершенны, что и обуславливает более затяжной период реабилитации и меньшую эффективность терапии, направленную на оздоровление организма, реализацию его скрытых приспособительных возможностей, восстановление нарушенных функций (табл. 2).

Таблица 2.: Особенности фармакотерапии в пожилом возрасте

Особенности	Методы
Дозировка	Начинать с половинной дозы и при необходимости осторожно увеличивать ее
Схема лечения	Максимально простая
Нарушения функции печени, почек и других органов	Исключить гепато- и нефротоксичные медикаменты. Не использовать в качестве препаратов первого выбора средства, повышающие риск развития ортостатической гипотонии, или препараты с выраженным центральным действием из-за риска развития депрессии и псевдодеменции

Безуспешность, а иногда и отрицательный эффект фармакотерапии у пациентов пожилого возраста могут быть следствием изменения реактивности клеток, их истощения. Процессы атрофии, наблюдаемые при старении, - важный фактор, изменяющий фармакодинамику лекарственных средств. В старческом возрасте инволюция паренхиматозных тканей происходит значительно интенсивнее, нежели в пожилом или среднем, поэтому масса тела у таких больных не может быть основным критерием дозировки медикаментов. В связи с этим в проведении восстановительного лечения пожилых и старых пациентов должна быть проявлена большая настойчивость и учтены возрастные

особенности их физического и психического состояния. Важной особенностью фармакотерапии пожилых пациентов является выбор максимально простой схемы лечения и учет изменения функций внутренних органов.

2.5. Реабилитация

Реабилитация - это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду. По определению ВОЗ, реабилитация - комбинированное и координированное применение социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки индивидуума для достижения оптимальной его трудоспособности.

Реабилитация является составной частью лечебного процесса и характеризуется ранней и особой направленностью лечебных мероприятий, обеспечивающих улучшение функций систем организма и наиболее полное восстановление трудоспособности пациента.

Реабилитация в работе участкового врача подразделяется на:

- медицинскую (различные методы фармакотерапии, физиотерапии, фитотерапии, ЛФК, массажа, лечебного питания, разгрузочно-диетической терапии, санации очагов хронической инфекции);

- психологическую (мероприятия по своевременной профилактике психосоматических нарушений и их коррекцию, формированию у пациента побудительных мотивов сознательного и активного участия в реабилитационном процессе);

- профессиональную (восстановление профессиональных навыков или переобучение, трудоустройство);
- социальную (применение пациенту соответствующих нормативно-правовых актов, гарантирующих ему определенные социальные права и льготы, а также обеспечение их реализации).

Реабилитация начинается на самых ранних этапах болезни и поэтому не может являться ее долечиванием. Весь процесс лечения с первого дня заболевания по существу является процессом медицинской реабилитации, успех которой зависит от того, как рано она начата.

Основой реабилитации является медицинская реабилитация, предусматривающая использование медико-биологических и медико-социальных мероприятий, направленных на предупреждение утраты трудоспособности, скорейшее восстановление нарушенных функций, на профилактику обострений заболеваний.

Принципами медицинской реабилитации являются:

- 1) этапность;
- 2) преемственность всех проводимых мероприятий;
- 3) обязательность и своевременность проведения;
- 4) наличие всех необходимых методов и средств реабилитации;
- 5) индивидуальный подход при ее проведении.

К *этапам медицинской реабилитации* относятся:

- этап экстренной реабилитации - поддержание или восстановление работоспособности спецконтингентов в зоне или очаге чрезвычайной ситуации;
- этап стационарный (госпитальный) - диагностика, интенсивная терапия и восстановительное лечение в больнице, госпитале или другом стационарном лечебном учреждении;
- этап санаторный - реадаптация в соответствующих санаторно-курортных учреждениях с продолжением необходимых мероприятий, начатых на стационарном этапе реабилитации;

– этап амбулаторно-поликлинический - продолжение и/или завершение всего комплекса реабилитационных мероприятий в поликлинике (амбулатории) по месту жительства.

Здесь важным является следующее положение. Чем меньше временной промежуток между окончанием предшествующего и началом последующего этапов реабилитации, тем проще, легче и эффективнее осуществляется их проведение.

Задачи медицинской реабилитации определяются ее этапом.

Задачи этапа экстренной реабилитации включают:

1) прогнозирование и анализ возможных патологических состояний в соответствующих ситуациях;

2) разработка комплекса мероприятий, средств и методов своевременного предупреждения таких состояний;

– создание средств и методов быстрого восстановления нарушенных психосоматических функций;

– разработка методик дифференцированного применения средств, позволяющих предупредить возникновение патологии и быстро ликвидировать появившиеся нарушения.

На стационарном этапе осуществляются:

– выработка наиболее рациональной программы реабилитационных мероприятий с обеспечением ее преемственности на последующих этапах;

– определение адекватного лечебно-двигательного режима;

– разработка диетических рекомендаций;

– изучение психологического состояния пациента и его отношение к своему заболеванию;

– формирование у пациента и его родственников адекватного представления о болезни;

– разъяснение пациенту необходимости соблюдать режим двигательной активности на всем протяжении стационарного периода реабилитации (одно из важнейших условий профилактики осложнений);

– преодоление отрицательных психо-эмоциональных реакций, возникших у пациента в связи с заболеванием;

- предупреждение, раннее выявление и устранение возможных осложнений заболевания;
- санация очагов инфекции и лечение сопутствующих заболеваний, которые могут повлиять на эффективность реабилитации.

Задачами *санаторного этапа реабилитации* являются:

- дальнейшее повышение работоспособности пациентов путем осуществления программы физической реабилитации с использованием природных и преформированных физических факторов;
- проведение в целях психической регуляции мероприятий, направленных на устранение или уменьшение психопатологических синдромов;
- подготовка пациентов к профессиональной деятельности;
- предупреждение прогрессирования заболевания, его обострений и осложнений путем проведения на фоне курортного лечения медикаментозной терапии и осуществления вторичной профилактики.

На *поликлиническом этапе* проводится весь комплекс реабилитационных мероприятий каждому конкретному пациенту при последовательном решении следующих организационных, технических и медицинских задач.

1. Диспансерное динамическое наблюдение.
2. Проведение профилактики.
3. Рациональное трудоустройство.
4. Поддержание или улучшение трудоспособности.

В основе программ реабилитации больных на любом этапе восстановительного лечения лежит принцип постепенно возрастающих физических нагрузок.

Поликлинический этап реабилитации терапевтических больных подразделяется на 4 периода.

Первый период - подготовительный, охватывает промежуток времени от окончания предшествующего этапа реабилита-

ции (стационарного, санаторного) или от начала поликлинического этапа до времени возобновления трудовой деятельности.

Второй период - вработывания, длится около 2 - 4 недель при условии возвращения на прежнюю должность.

Третий период - частичного ограничения физических (трудовых) нагрузок, продолжается в среднем 5 - 6 месяца от начала выхода на работу.

Четвертый период - полной работоспособности, наступает у большинства больных спустя 5 - 6 месяцев трудовой деятельности.

Общими задачами поликлинического этапа реабилитации в первом периоде являются:

- преемственное продолжение восстановительных мероприятий;
- коррекция режимов бытовой, трудовой и физической активности, фармакотерапия.

Частными задачами поликлинического этапа реабилитации первого периода являются:

- 1) составление индивидуальной программы реабилитации;
- 2) преемственное продолжение восстановительных мероприятий с коррекцией режима бытовой и физической активности, фармакотерапии;
- 3) определение степени восстановления трудоспособности;
- 4) определение объема служебных нагрузок и, при необходимости, рациональное трудоустройство;
- 5) завершение периода временной нетрудоспособности с установлением оптимального срока возобновления работы;
- 6) назначение очередной явки на прием к врачу.

Особенностью *подготовительного периода* является изменение ставшего уже привычным стационарного (санаторного) режима. В этот период меняется уровень повседневной физической активности, распорядок дня, питание. Появляются дополнительные физические и психологические нагрузки в связи с

необходимостью поездок на общественном транспорте, посещения продовольственного магазина, приготовления пищи и др. Отсутствие постоянного врачебного контроля, который осуществлялся в стационаре (санатории), в некоторых случаях приводит к неадекватному расширению физических нагрузок и ухудшению течения заболевания.

В то же время при каждом посещении поликлиники пациентом, в соответствии с уровнем состояния его здоровья, необходимо давать ему новые задания по расширению режима бытовой и физической активности. От правильного решения этих вопросов будет зависеть трудовой прогноз больного.

При проведении реабилитационных мероприятий привлекаются для консультаций врачи узких специальностей (кардиолог, физиотерапевт, окулист, диетолог и др.).

Продолжительность первого периода в каждом конкретном случае различна и определяется степенью восстановления трудоспособности больного. Особое значение приобретает срок пребывания пациента в стационаре и степень его физической подготовленности перед выпиской домой.

Второй период - период вработывания характеризуется изменением домашнего режима на режим трудовой активности, который зависит от характера и специфики производства. Он протекает более благоприятно у тех, кто возвращается на свою прежнюю должность. Меньших психо-эмоциональных затрат требует возобновление труда в сфере, аналогичной той, что была до заболевания, но с изменением должности на менее активную.

В наиболее неблагоприятных условиях оказываются лица, вынужденные менять профессию в связи с противопоказаниями к труду по своему заболеванию. Переквалификация требует больших психоэмоциональных и физических затрат, вызывает значительную неуверенность в себе, боязнь неуспеха и, в связи с этим, потери работы. Поэтому при решении вопроса о трудоустройстве предпочтение следует отдавать возвращению пациента на прежнюю должность или близкую к ней, но с меньшей нагрузкой.

Длительность периода вработывания индивидуальна для каждого пациента и зависит от вида профессии, возможности возврата к прежней должности или переквалификации. Сокращению срока вработывания будет способствовать выполнение пациентом рекомендаций по обязательному соблюдению продолжительности рабочего времени на производстве, исключение сверхурочных и домашних работ, сведение к минимуму или даже отказу от дополнительных служебных и общественных нагрузок, использование обеденного перерыва для отдыха.

Третий период (частичного ограничения нагрузок) требует особого внимания, так как к этому времени пациенты чувствуют себя практически здоровыми и, в нарушение рекомендаций лечащего врача, начинают неадекватно функциональному состоянию организма наращивать физическую активность. Следует настойчиво разъяснять пациенту необходимость частичного ограничения обычных нагрузок в течение не менее 5 - 6 месяцев после выхода на работу.

В периоде полной работоспособности в течение 12 месяцев постепенно уменьшаются ограничения трудовой активности. Пациент постепенно возвращается к уровню трудовой, бытовой и физической активности, бывшей до заболевания.

Составление программы реабилитации

Программа реабилитации должна быть составлена с учетом комплексной оценки состояния больного и эффективности предшествующего этапа восстановительного лечения. Комплексная оценка предполагает изучение клинико-анамнестических и инструментальных данных в каждом конкретном случае. Помимо клинико-инструментального исследования, в программу реабилитации должны быть включены лабораторные данные. Необходимо изучение и трудового анамнеза. Уточняется длительность рабочего дня, интенсивность рабочей нагрузки, а у лиц административно-управленческого аппарата - проведение заседаний, совещаний, публичных выступлений.

Обязательно учитывается объем нелекарственных методов лечения и медикаментозной терапии, уровень повседневной бытовой и физической активности.

Непременным условием такой оценки является исследование с помощью инструментальных методов функциональной диагностики (ЭКГ, спирография и др.). Число таких методов в каждом амбулаторно-поликлиническом учреждении различно и зависит от его оснащенности. По окончании исследования проводится оценка полученных результатов и совместно с пациентом составляется план коррекции режимов трудовой, бытовой, физической активности, нелекарственных методов лечения и фармакотерапии. Периодичность комплексного клинко-лабораторного и инструментального обследования определяется периодами этапа реабилитации. Обычно оно проводится один раз в 3 месяца в течение первого года и один раз в 6 месяцев на втором году реабилитации.

Программа должна учитывать осуществление всех пяти аспектов восстановительного лечения - медицинского, физического, психологического, профессионального, социального во всех четырех периодах поликлинического этапа реабилитации.

Это связано с тем, что доля каждого аспекта восстановительного лечения на различных этапах неодинакова. Так, доля медицинского аспекта на стационарном этапе больше, чем на поликлиническом этапе. Однако его доля в первых двух периодах поликлинического этапа превышает таковую на завершающей стадии санаторного этапа. Наименьший удельный вес медицинский аспект имеет в периоде полной работоспособности, когда осуществляется превентивная и поддерживающая немедикаментозная и медикаментозная терапия с целью предупреждения обострения и прогрессирования заболевания.

Основные средства медицинской реабилитации

Лечебная физическая культура (ЛФК). Это метод лечения, использующий средства физической культуры с лечебно-профилактической и реабилитационной целью для восстановления здоровья и трудоспособности больных, предупреждения и устранения последствий патологического процесса. ЛФК, используя основную биологическую функцию организма - движение, является наиболее естественным методом лечения. Применение физических упражнений предусматривает непосредственное и активное участие пациента в лечебном процессе, что является отличительной особенностью метода ЛФК.

Физические упражнения, применяемые в ЛФК, делятся на общеукрепляющие и специальные, гимнастические, спортивно-прикладные и игры. Общеукрепляющие направлены на оздоровление и укрепление всего организма. Специальные - на ту или иную область или конкретную функцию организма.

Основными средствами ЛФК являются: физические упражнения, двигательные режимы, естественные факторы природы, трудовая терапия, массаж. Основные формы ЛФК составляют: утренняя гигиеническая гимнастика, процедура лечебной гимнастики, физические упражнения в воде, прогулки, оздоровительный бег, различные спортивно-прикладные упражнения, подвижные и спортивные игры. Занятия ЛФК проводят обычно медицинские сестры (инструкторы-методисты), которые дозируют нагрузку, следят за качеством выполнения процедуры, динамикой состояния различных органов и систем организма пациента.

Физиотерапия. Физиотерапевтические процедуры занимают важное место в реабилитации пациентов. Их основу составляют естественные и искусственные перманентные раздражители. К естественным раздражителям относятся: температура, абсолютная и относительная влажность воздуха, вода, солнечные

лучи. Искусственными раздражителями являются: ионизация, электрическая энергия и др.

В настоящее время на поликлиническом этапе реабилитации используются следующие виды физических методов лечения:

– *электролечение* (применение электрического тока различной формы, направления и частоты, электрического и электромагнитного полей - гальванический ток, импульсные токи низкой частоты, постоянное электрическое поле высокого напряжения, электрическое поле УВЧ, индуктотермия и др.);

– *светолечение* (применение излучения искусственных источников света - видимого, инфракрасного и ультрафиолетового излучения);

– *механические колебания;*

– *искусственная воздушная среда;*

– *изменение давления - баротерапия;*

– *радиация;*

– *водолечение* (обтирания, обливания, влажные укутывания, общие и местные ванны, души);

– *бальнеолечение* (естественные и искусственные минеральные ванны, естественные и искусственные газовые ванны и др.);

– *лечение грязями и грязеподобными веществами* (иловыми минеральными, сапропелевыми, торфяными, глиной, парафином, озокеритом, песком и пр.);

– *аэроионотерапия* (применение униполярных атмосферных ионов-аэроионов, получаемых искусственным путем)

– *лечение ультразвуком* (внутри ультразвукового поля возникают потери энергии, которые превращаются в тепло. В первую очередь оно образуется в пограничных зонах перехода от мягких тканей к костной или соединительной ткани, к сосудам или нервной ткани. Глубина проникновения составляет 3-5 см);

– *рентгенотерапия;*

– *ингаляционное лечение.* Различают влажные и аэрозоль-

ные ингаляции. Влажная ингаляция из-за больших размеров ингалируемых частиц не показана при обструктивных заболеваниях легких. Она назначается при заболеваниях верхних дыхательных путей. Ее может сделать в быту сам пациент с помощью бумажной трубки, надетой на нос чайника с кипящей водой и добавлением морской или поваренной соли, пищевой соды. Горячий пар действует секретолитически, вызывает гиперемию и осмотическое раздражение слизистой оболочки. Аэрозольная ингаляция основана на распылении лекарственного вещества с помощью сжатого воздуха или ультразвука. При этом создаются частицы размером от 2 до 5 мкм, способных достигать бронхиоло-альвеолярной области дыхательных путей.

Этот метод может применяться при любых заболеваниях с бронхиальной обструкцией и нарушениями мукоцилиарного аппарата. Он позволяет добавлять в ингалируемую смесь различные медикаменты, например, кромогликат натрия, антибиотики, бета-2-агонисты, муколитики и др.

При физиотерапии интактное и витальное регуляционное поведение называется адаптационной способностью, которая является обязательной для каждой биологической системы: слабые раздражители возбуждают, сильные – угнетают, очень сильные – вредят.

В терапевтической практике физиотерапия может применяться в качестве доминирующей или отвлекающей альтернативы как с лечебной, так и с профилактической целью. При этом раздражитель должен применяться в обратной пропорциональной зависимости по отношению к степени нарушения здоровья, тяжести заболевания или нарушения регуляции. Чем сильнее нарушены функции организма, тем меньшая должна быть интенсивность раздражителя.

Организм, который находится в острой реактивной фазе (высокая температура, артериальная гипертензия и др.) нельзя стимулировать сильными дополнительными раздражителями. Так, при ваготоническом состоянии, характерном для начала любого простудного заболевания, требуется щадящий режим. В

этой фазе противопоказаны сильные раздражители, например, нельзя рекомендовать принимать горячую ванну, ходить в баню. Реакцией на них может быть резкое падение АД.

Дозировка и риск, связанный с проведением физиолечения, должны обсуждаться с пациентом. Например, для пациента с артериальной гипертонией или сердечной декомпенсацией легкой степени предпочтительнее душ, нежели горячая ванна. При принятии горячей ванны стимулируется выработка адреналина, что вызывает повышение чувствительности сердца, увеличивает пред- и постнагрузку. Последствием этого могут быть острые нарушения ритма и сократительной функции миокарда.

При назначении физиотерапевтических методов лечения пожилым пациентам необходимо учитывать особенности стареющего организма и, в первую очередь, сердечно-сосудистой системы, изменения ее реактивности. Любые виды лечения физическими методами оказывают не только местное, но и общее воздействие, требуют мобилизации часто значительных резервов, которыми организм пожилого человека, как правило не обладает.

Иглофлексотерапия. Метод лечения, использующий стимуляцию биологически активных точек, активизирующий глубоко лежащие сенсорные пути, воздействуя на нервную систему, что вызывает изменение функционального состояний нейрогуморальных центров организма.

Существует классическая джень-дзю терапия (иглоукальвание, прижигание полынными сигаретами) и пунктурная физиотерапия, когда с целью воздействия на биологически активные точки применяют соответствующие аппараты, генерирующие постоянный или переменный ток слабой силы (электропунктура), лазерное излучение (лазеропунктура), высокочастотное электромагнитное поле с надпороговой интенсивностью (КВЧ-терапия) и высокочастотное поле интенсивностью ниже порога чувствительности тканей (микроволновая резонансная терапия). Особенностью акупунктурной терапии является мобилизация собственных ресурсов организма, минимальное использование

медикаментозного воздействия.

Мануальная терапия. Применение лечебных приемов посредством ручного воздействия. В настоящее время мануальная терапия получила всеобщее признание и научную основу. Она является частью широкого комплекса физиотерапевтических, бальнеологических, рефлексотерапевтических и др. мероприятий, применяемых для реабилитации больных преимущественно с заболеваниями позвоночника и суставов конечностей. Кроме того, мануальная терапия оказывает положительное влияние при ряде патологических процессов во внутренних органах и сосудистой системе.

Главным принципом мануальной терапии является соблюдение физиологичности и мягкости манипуляции. Она всегда начинается с растяжения и проводится через утомление тканей области поражения. При этом должны строго соблюдаться законы биосопромата с постепенным увеличением пластичности тканей. В противном случае, то есть при форсированных, грубых манипуляциях, возникают надрывы мышц, связок, сухожилий, фасций, замещающихся в дальнейшем рубцовой тканью. Постепенное растяжение до умеренного физиологического натяжения тканей органов, нервных стволов и сплетений улучшает их кровоснабжение, трофику, что стимулирует репаративные процессы, направляя в русло релаксации, нормализует функции различных органов и систем

Лечебный массаж. Занимает важное место среди средств медицинской реабилитации. Это метод лечения и профилактики, представляющий собой совокупность приемов механического дозированного воздействия на различные участки поверхности тела человека, производимого руками массажиста или специальными аппаратами. Массаж улучшает трофические процессы в коже, стимулирует функции потовых и сальных желез, способствует рассасыванию инфильтратов, активизирует обмен веществ, повышает газообмен в органах и тканях, укрепляет суставы и связки. Он особенно эффективен при заболеваниях с сильным мышечным напряжением (остеохондроз) и неправиль-

ным балансом.

Массаж различают на ручной и аппаратный, по области воздействия - на общий, местный и сегментарно-рефлекторный. Наиболее распространен классический ручной массаж. Базисные приемы его включают в себя элементы традиционного шведского метода - поглаживание, растирание и щипки поверхностных мышц тела. Обычно это сопровождается легкими успокаивающими движениями. При массаже достигается наибольший эффект, когда учитываются анатомические и функциональные особенности состояния тканей пациента. Лечебный массаж снимает стресс, повышает работоспособность и улучшает общее самочувствие. Однако эффект его краткосрочный и не всегда достаточный, особенно при хронической боли.

Разновидностью сегментарно-рефлекторного массажа является точечный массаж, при котором массируют узко ограниченные участки тканей.

К разновидностям аппаратного массажа относятся вибромассаж, гидромассаж, вакуумный массаж (пневмомассаж), баромассаж и др. Наиболее распространен вибромассаж. Вибрационные аппараты подразделяются на аппараты для общей вибрации, вызывающие сотрясение всего тела (вибрационные «стул», «кровать», «платформа», велотраб Гоффа и др.) и аппараты местного вибрационного воздействия - «Вибромассаж», «Тонус» и др.

Для получения лучшего эффекта применяются альтернативные виды массажа: мышечно-рефлекторная терапия, направленное воздействие на мышечную энергию, мышечно-фасциальный расслабляющий массаж, рольфинг. В необходимых случаях эти методы играют значительную роль в избавлении пациента от хронической боли.

Основное методическое требование при всех видах массажа - максимальное расслабление мышц больного и придание его телу среднего физиологического положения. Массаж можно применять как самостоятельный метод лечения, а также в комплексе с медикаментозной терапией, лечебной гимнастикой, фи-

зическими упражнениями в воде, механотерапией, различными физиотерапевтическими и бальнеотерапевтическими процедурами.

Традиционные методы лечения. При проведении реабилитации участковый врач располагает большим арсеналом терапевтических возможностей. Это медикаментозная терапия, которая может быть ориентирована на ортодоксальное или аллопатическое лечение, мануальные методы, психотерапия и др. Кроме того, существуют многочисленные диагностические и лечебные методы, представляющие собой не альтернативу, а дополнение и расширение терапевтических концепций с применением стандартных, воспроизводимых технологий (иридиодиагностика, натуропатия, фитотерапия и др.), которые можно проанализировать и дать оценку их применения.

Фитотерапия. Фитотерапия относится к натуропатическому направлению традиционной медицины, которое становится все более научно обоснованным.

Важным компонентом современной натуропатии являются травы, которые из настоев и отваров цельных листьев, коры или семян превратились в стандартизованные экстракты с концентрациями, поддающимися измерению. Их использование теперь обосновывается не мнением того или иного фитотерапевта, а научным экспериментом.

Современная натуропатия значительное внимание уделяет диете. Популярность старых методик голодания и сыроедения значительно уменьшилась. К ним остался довольно ограниченный круг показаний. Сейчас натуропатия предлагает к широкому применению полувегетарианскую диету с низким содержанием жира и пищевыми добавками (Г. Шелтон, 1997). *Пищевые добавки* включают кальций, железо, цинк, магний, стронций, витамины А, В, С, Е, фолиевая кислота и др. Применение пищевых добавок фирм «New Spirit Naturals», «Earthrise Company», «Enrich International Inc.», США; «Селако», Финляндия; «Биалонг», Вьетнам; «Галена» и др. показывает их высокую эффективность в лечении различных заболеваний. Например, приме-

нение кофермента Q-10 при высоком уровне в крови холестерина (Cardio HealthTM, Maxi Chel, CoQ-10 и др.) или кортизоноподобных растительных веществ (Devil's Claw, BoneTM и др.) при артритах. Здесь и далее приведены примеры биологически активных пищевых добавок (нутрицевтиков) из каталога компании «Enrich International Inc.» (США).

Разгрузочно-диетическая терапия (лечебное голодание). В настоящее время международная нелекарственная медицина особое внимание уделяет разработке питания с использованием овощей и фруктов, где особое место среди них занимает разгрузочно-диетическая терапия. В основе разгрузочно-диетического лечения лежат механизмы саногенеза (Б.И. Кадыков, 1966; Н.Ф.Сорока, 1994), которые обеспечивают выведение из организма отработанных метаболитов и ненужных продуктов обмена и создание метаболически активных веществ (табл. 3).

Сроки лечебного голодания составляют от 1 до 35 дней и более в зависимости от показаний. Голодание более 7 дней должно проводиться в условиях стационара, под контролем врача, прошедшего специальную подготовку.

Период полного воздержания от пищи можно условно разделить на три фазы.

Первая фаза - пищевое возбуждение. Ее продолжительность составляет 2-4 дня. В течение первых суток расходуются запасы углеводов в виде гликогена печени и мышц, активируется образование глюкозы из неуглеводных продуктов - аминокислот, которые образуются из белков и частично глицерина. В это время пациента раздражают любые упоминания о еде, разговоры о продуктах питания, пребывание на кухне, вид и запах пищи. Отмечается плохое настроение, ухудшается сон, появляется урчание в животе, неприятное чувство или боль в области желудка. Масса тела в это время снижается на 1 кг/сут.

Вторая фаза - нарастающего ацидоза. Длится около недели и характеризуется отчетливым недостатком в организме углеводов. В качестве энергетического материала начинают использоваться жиры. Они усиленно расходуются с образованием недо-

окисленных продуктов - кетоновых тел, содержание которых увеличивается в крови в 10-20 раз. С 4-го по 7-й день голодания организм полностью переключается на питание за счет собственных тканей - эндогенное питание.

Таблица 3.: Формы и механизм саногенеза при разгрузочно-диетической терапии

Формы саногенеза	Механизмы саногенеза
Реституция	Восстановление функции поврежденных структур организма
Регенерация	Обновление тканей организма. Каждые 7 лет жизни ткани организма обновляются. Клетки головного мозга регенерируют медленнее
Компенсация	Способность органов и систем брать на себя другие функции
Иммунитет	Невосприимчивость. Способность организма противостоять заразным заболеваниям
Аутолиз	Уничтожение ненужных клеток и клеточных частиц самим организмом. В результате аутолиза происходит очищение организма
Автотрофное питание	Самостоятельный синтез необходимых белков из тканей организма. При гетеротрофном питании белки поступают в организм извне

Интенсивность обмена веществ в организме в это время снижается на 40%. В это время чувство голода пропадает, исчезают боли и неприятные ощущения в животе. Появляется жажда. Нарастает общая слабость. Возможны головокружения, головная боль, тошнота и обморочные состояния. Эти явления заметно уменьшаются после приема воды и прогулок на свежем воздухе. При обследовании у пациента выявляется белый или серый налет на языке, его сухость, запах ацетона изо рта, дыхание становится более глубоким, снижается АД. Потеря массы тела в это время составляет 300-500 г/сут.

Третья фаза – компенсации. Наступает с 9-10 дня воздержания от пищи и длится до конца голодания. В эту фазу организм приспособливается к голоду. Происходит снижение кетонных тел в крови, нормализуется кислотно-основное состояние. В это время энергетические потребности организма обеспечиваются на 82% за счет жиров, на 15% - за счет белков и на 3% за счет углеводов. В эту фазу значительно улучшается общее самочувствие, исчезает чувство физической слабости, появляется бодрость, ясность мышления, хорошее настроение, улучшается память, очищается язык, уменьшается запах ацетона изо рта. Суточная потеря массы тела составляет 100-200 г.

При продолжающемся голодании, наступает период, когда начинает учащаться пульс, повышается АД, ухудшается сон, появляются сновидения, в которых некоторые пациенты видят вкусную пищу. Это сигнал к тому, что период голодания должен быть завершен.

Восстановительный период (выход из голодания). При выходе из однодневного голодания не требуется проведения специальных мероприятий. Минимальный срок выхода из голодания составляет половину числа дней голода плюс один день. Утром в день выхода из голодания необходимо выпить 50 мл сока моркови, разведенного водой в 2 раза. Пить сок следует маленькими глотками, подолгу задерживая во рту. Через 2 часа можно медленно съесть 100 г салата из вареных овощей. Вновь появляется чувство сильного голода, но оно легко утоляется водой и 1-2 чайными ложками сока. Усиливается слабость. Настроение в этот период неустойчивое. В обед принимается гречневая или пшенная каша. На ужин следует выпить стакан компота из сухофруктов. В течение этого дня можно пить отвар из сухофруктов. На 2 день диета расширяется за счет овощных супов. Через 2-3 дня появляется самостоятельный стул. На 4-6 день восстановительного периода возрастает аппетит, постепенно расширяется рацион, разрешаются продукты животного происхождения.

Разгрузочно-диетическая терапия повышает эффективность

натуропатических методов лечения (фитотерапия, медолечение), воздействия на организм мумие, прополиса, витаминов-антиоксидантов, биостимуляторов, способствует положительному влиянию регуляторных методов лечения – акупунктуры, точечного массажа, гимнастики До-ин, Ци-гун, аутогенной тренировки, коррекции черт характера и др.

Разгрузочно-диетическая терапия широко используется при лечении хронических заболеваний (табл. 4).

Таблица 4.: Показания к разгрузочно-диетической терапии

Патология системы органов	Нозологические формы
Болезни сердечно-сосудистой системы и органов дыхания	Гипертоническая болезнь, вегетососудистая дистония, ранние стадии атеросклероза, хронический бронхит
Болезни желудочно-кишечного тракта	Острый и хронический гастрит, острый и хронический панкреатит, хронический колит.
Болезни обмена веществ и эндокринной системы	Ожирение. сахарный диабет II типа у пожилых пациентов с избыточным весом тела в стадии компенсации, подагра
Болезни опорно-двигательного аппарата	Остеоартрозы, ревматоидный артрит
Аллергические заболевания	Бронхиальная астма, рецидивирующий отек Квинке, крапивница, нейродермит, экзема, респираторные аллергозы, поллиноз.

Клинический эффект, как и других натуропатических методов лечения, обусловлен действием основного закона саногенеза - закона Геренга. По этому закону при воздействии на организм натуропатических методов лечения излечение происходит через обострение болезни в обратном хронологическом порядке появления симптомов.

Результаты клинических и инструментальных исследований свидетельствуют о том, что дозированное лечебное голодание усиливает адаптационные возможности человека. Степень выраженности влияния дозированного голодания и адаптацион

Противопоказаниями для проведения разгрузочно-диетической терапии являются: туберкулез; злокачественные заболевания; сахарный диабет I типа; тиреотоксикоз; хронический активный гепатит; цирроз печени; гнойные процессы; паразитарные процессы; гипертоническая болезнь III ст.; беременность и лактация; болезни почек; болезни крови.

Отрицательные реакции на голодание. При проведении разгрузочно-диетической терапии возможны отрицательные реакции, вероятность которых возникает с 4-го и более дней голодания при отсутствии медицинского контроля и необходимой подготовки пациента к голоданию (табл. 5).

Таблица 5.: Типы реакции на разгрузочно-диетическую терапию

Реакция	Критерии
Хорошая	Выраженная реакция с ярко очерченными стадиями и хорошо выраженной этапностью динамики клинических проявлений. Гликогенез наступает на 6-9 дни
Удовлетворительная	Замедленная, но сильная реакция, или быстрая, но слабая. Гликогенез наступает на 9-12 дни
Плохая	Стадии нечеткие. Ацидотический сдвиг сохраняется до 15 дней и более. Переключения на эндогенное питание не происходит. Показан досрочный выход из голодания

Неуправляемый ацидоз. Возникает на 4-7 дни голодания у пациентов, не прошедших адаптацию 1-2-3 дневными циклами. Он проявляется тошнотой, рвотой, головокружением, раздражительностью, нарушением сна, депрессией. Для купирования этого состояния необходимо сделать очистительную клизму с содо-

вым раствором (1 ст. ложка соды на 1 литр воды) и принимать внутрь минеральные гидрокарбонатные воды. Если самочувствие не будет улучшаться, необходимо начать выход из голодания.

Ортостатический коллапс. Возникает из-за резкого вставания после длительном пребывания в положении лежа. Для купирования коллапса необходимо уложить пациента с приподнятым ножным концом и запретить резко вставать сразу на ноги во время голодания (предварительно нужно несколько минут посидеть).

Аритмии, боли в сердце. Их коррекция проводится теми же методами, что и при неуправляемом ацидозе. Необходимо исключить ИБС.

Обострение хронических заболеваний. Симптомы обострения появляются на 4-7 день голодания. Могут быть самые разные клинические проявления, в том числе требующие срочного хирургического вмешательства. Продолжение голодания в каждом случае решается индивидуально.

Блокада соединительной ткани. Прекращается потеря веса, несмотря на продолжающийся голод. Продолжение голодания решается индивидуально.

Существует несколько методов проведения разгрузочно-диетического лечения. Среди них заслуживают внимания своей простотой и эффективностью методы Ю.С. Николаева, С. Аракеяна, П. Брэга.

Пример из практики. Пациентка Т., 30 лет, обратилась в Центр Восточной медицины с жалобами на быструю утомляемость, боли в правом подреберье, кашель со слизистой мокротой, избыточный вес тела. После клинико-лабораторного и инструментального обследования был поставлен диагноз: ожирение II ст., вегето-сосудистая дистония по гипертоническому типу, дискинезия желчевыводящих путей по смешанному типу, хронический простой бронхит в фазе ремиссии. При иридокопии выявлены: щелевидная лакуна в области сердца, группа мелких пигментных пятен в области печени и желчного пузыря,

липидно-натриевая дуга в зоне головного мозга и утолщение дистрофического ободка 2 ст. над зоной легких. В течение 6 месяцев больной была проведена разгрузочно-диетическая терапия с расширенным слепым лечебным зондированием печени. Дважды проводилось лечебное голодание сроками по 7 и 14 дней с предварительной адаптацией 1-3 дневными циклами. В результате проведенного лечения у больной появилась бодрость, нормализовался вес тела, исчезла одышка и кашель. При иридокопии отмечено исчезновение пигментных пятен в области печени и желчного пузыря, липидно-натриевой дуги в зоне головного мозга и уменьшение дистрофического ободка до 1 ст. над зоной легких.

Краткая методика разгрузочно-диетической терапии с 1 - 3 дневным голоданием (по Ю.С. Николаеву и П. Брэгу). Перед голоданием в течение недели необходимо соблюдать раздельное или вегетарианское питание. В течение последних 3 дней следует проводить очищение кишечника с помощью очистительных клизм.

Краткая методика разгрузочно-диетической терапии с 3 дневным голоданием (по С. Аракелян). Накануне голодания в 18 часов принимается легкий ужин. В 22 часа принимается солевое слабительное. На следующий день утром ставится очистительная клизма и пациент входит в голодание. В течение всех дней голодания рекомендуется принимать напиток, который включает на один прием: 300 мл отвара мяты, 30 мл лимонного сока и 1 чайную ложку меда. Воды можно пить до 1,5 л в сутки.

Курс лечебного голодания - это серьезная нагрузка для организма, своеобразная стрессовая ситуация. Это ответственный курс лечения. Первый курс лечебного голодания следует проводить исключительно под контролем специалиста. Разрешение на проведение последующих сеансов должен давать только врач.

Апитерапия. В целях реабилитации пчелоужаления проводятся с использованием до 200 биологически активных точек. В состав пчелиного яда входят ферменты: фосфолипаза, апитоксин, гиалуронидаза, которые способствуют усвоению фосфоли-

пидов, рассасыванию рубцов и спаек. Белок пчелиного яда – меллитин стимулирует образование гормона надпочечников кортизола. Поэтому апитерапия эффективна при ревматических и аутоиммунных заболеваниях (бронхиальная астма, псориаз, артриты), остеоартрозах, невритах и др. Широко используются в лечении больных терапевтического профиля продукты пчеловодства – мед, пыльца, прополис, которые являются биологически активными веществами. В меде имеются все микроэлементы, необходимые для ферментных систем организма.

Целительские искусства. Эти методы не вписываются в современную ортодоксальную медицину (С. Брэтмен, 1997). К ним относятся: китайская медицина, биоэнерготерапия, телесно-ориентированные методы. И если китайская медицина или некоторые методы психосоматической медицины имеют многовековые традиции, получили признание, то такие методы как «протекание энергии по каналам и меридианам», «энибиополевое воздействие», «ясновидение» и др. требуют тщательной проверки и испытания временем.

Целительские искусства – это иррациональный элемент в механистическом мире современной медицины. Большинство целительских искусств полностью зависит от интуиции целителей. Эти методы невозможно воспроизвести, обработать статистически или превратить в формулу. Поэтому целительские методы окружает масса всевозможных, порой самых нелепых и невероятных мифов. Некоторые из этих мифов создаются самими целителями в целях рекламы, другие – критиками альтернативных методов лечения. Причина распространения мифов заключается в ненаучности целительских искусств. Однако эти методы порой подхватываются средствами массовой информации, сознательно эмоционализируются, что дает повод для появления несбыточных надежд у пациентов. Другими причинами популярности целительства является разочарование больных в возможностях научной медицины. Пациенту непонятно, почему совсем недавно он был здоров, а сейчас нарушение его здоровья не может быть устранено. Он задается вопросами о точности ди-

агностики, ошибках и надежности методов лечения и не находит на них ответа. Сам факт «невозможности излечения» приводит его к разочарованию научной медициной и толкает к поиску альтернативы. Он хочет верить в возможность излечения и поэтому верит обещаниям целителей вылечить его.

Участковому врачу следует считать своей прямой обязанностью открыто и внимательно выслушивать пациента и принимать на себя его неуверенность и озабоченность, предоставлять ему полную информацию об обсуждаемых методах лечения. Надо объяснить, что еще ни одному человеку не удалось прорваться сквозь обещания целителей его исцеления без потерь времени и денег. На счету каждого целительского метода всегда есть несколько поразительных исцелений. Однако проверка показывает, что эти исцеления чистая коммерческая продукция. Особенно это касается новых методов, которые не обладают и малой долей приписываемых им качеств. Единственная цель таких методов – принести быструю наживу.

2.6. Психотерапия

В современных условиях сложилась новая как для терапии, так и для психиатрии клиническая реальность, требующая от врача-терапевта пересмотра ряда принципиальных диагностических и лечебных позиций. Выдвигается перспектива интеграции психиатрии в общую медицину. Это связано с тем, что в последнее десятилетие повсеместно отмечается рост числа нозологических форм болезней легких, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, которые рассматриваются как «психосоматические».

Определенные психосоматические воззрения в медицине относятся к очень древним временам. Еще врачи древнего Египта, Греции и Рима указывали на факты несомненного психогенного воздействия на соматическую сферу, описывая изменения

частоты пульса при волнении, покраснении или побледнении лица при эмоциональных переживаниях и другие подобные явления.

Термин «психосоматика» впервые был применен в начале XIX века немецким психиатром И. Гейнротом. Только спустя столетие во врачебную практику было введено понятие «психосоматическая медицина». К «психосоматическим» первоначально относились такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, псориаз, в патогенезе которых существенную роль играют неблагоприятные психические воздействия.

В настоящее время к этому ряду относят психические расстройства, часто осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм и др.), нарушения, осложняющие некоторые методы лечения (депрессии и мнестические расстройства, развивающиеся после операции аортокоронарного шунтирования, аффективные тревожные и астенические состояния у больных, получающих гемодиализ), состояния, связанные с генеративным циклом женщин (синдром «предменструального напряжения» и «предменструальное дисфорическое расстройство»; депрессии беременных и послеродовые депрессии и др.). К психосоматическим расстройствам относятся также соматогенные (симптоматические) психозы - делирий, аменция, галлюциноз.

Психосоматические расстройства - группа болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов, проявляющихся:

- соматизацией психических нарушений;
- психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание,
- развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов.

О распространенности психосоматических нарушений в це-

лом судить трудно, так как в связи с многообразием их клинических проявлений больные наблюдаются в разных медицинских учреждениях как общесоматического, так и психиатрического профиля. Иногда они обращаются за помощью к представителям «нетрадиционной медицины», вообще выпадая из поля зрения врачей. Частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется среди населения от 15 до 50 %. Среди контингента пациентов многопрофильной больницы (однодневный «срез» госпитализированных больных) психосоматические расстройства были выявлены в 53,6 % случаев (А.Б.Смулевич и др., 1999).

Психосоматические расстройства отражаются в разных рубриках МКБ-10: «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (рубрики F04—F07, соответствующие реакциям экзогенного типа), «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (рубрики F44.4—F44.7, соответствующие психогениям, и F45 - соматоформные расстройства), а также «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (рубрики F50—F53). Если врач желает показать связь между психологическим состоянием или фактором и соматической проблемой, он должен использовать два кода: один для болезни (например, экзема), другой для психологического фактора или состояния (например, F54 - психологические и поведенческие факторы, связанные с болезнями, или расстройствами, кодированными где-либо еще).

Психопатологический полиморфизм психосоматических расстройств находит отражение в их положении в современных классификациях психических заболеваний. Несмотря на многообразие рассматриваемых состояний, их объединяет общий признак: *сочетание расстройств психической и соматической сферы и связанные с этим особенности медицинского обслуживания, которое предполагает тесное взаимодействие психиатров и участковых врачей-терапевтов, осуществляемое обычно либо*

в медицинских учреждениях общего типа, либо в специализированных психосоматических клиниках.

Исходя из структуры психосоматических соотношений выделяют 4 группы психосоматических состояний.

I. *Соматизированные психические (соматоформные) реакции*, формирующиеся при невротических или конституциональных расстройствах (неврозы, невропатии):

1. Органные неврозы
2. Кардионевроз (синдром д'Акосты)
3. Синдром гипервентиляции
4. Синдром раздраженного толстого кишечника

II. *Психогенные реакции (нозогении)*, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний.

1. Невротические
2. Аффективные
3. Патохарактерологические
4. Бредовые

III. *Реакции по типу симптоматической лабильности* — психогенно спровоцированная манифестация либо обострение соматического заболевания (психосоматические заболевания в традиционном их понимании).

1. Ишемическая болезнь сердца
2. Артериальная гипертония
3. Бронхиальная астма
4. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
5. Псориаз

IV. *Реакции экзогенного типа (соматогении)*, манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности на психическую сферу и относящиеся к категории *симптоматических психозов*, т.е. к категории экзогенных психических нарушений.

1. Органические психозы.
2. Симптоматические психозы.
3. Осложнения при хирургических операциях, гемосорбции, химиотерапии.

Исследование психосоматического статуса

Для врачей-терапевтов поликлиник существует ряд трудностей в распознавании психических и психосоматических расстройств. Трудности обусловлены, во-первых, тем, что многие больные не предъявляют спонтанных жалоб на психические расстройства, так как не осознают наличия у себя психических нарушений или не желают обсуждать своё беспокойство по этому поводу с врачом из-за страха социальной стигматизации. Во-вторых, многие врачи не обладают необходимой квалификацией, позволяющей выявить психические нарушения у пациента.

Для облегчения предварительной диагностики и осуществления первичного отбора больных, нуждающихся в консультации психиатра, в условиях первичной медицинской службы используются различные методы психосоматических исследований.

Психосоматические исследования включают наблюдение, эксперимент, диагностическую беседу, сбор психосоматического анамнеза, использование стандартизованных клинических шкал и опросников (Н.Д. Творогова, 1997; И.Б.Ханина, 1997; В. Бройтигам и др., 1999).

Наблюдение. Это способ, когда врач, не вмешиваясь в события, отслеживает их изменение. Наблюдение является одним из основных методов психического исследования на этапе получения эмпирических данных. Невмешательство является наиболее важной чертой наблюдения. Достоинством метода является то, что объект наблюдения не знает о том, что за ним наблюдают, и ведет себя естественно.

Недостатками наблюдения являются: во-первых, врач в какой-то мере может предвидеть, что в ситуациях, которые он наблюдает, могут происходить изменения, но он не в состоянии их контролировать; во-вторых, врач не может по различным причинам зафиксировать все изменения ситуации и выделяет лишь те, которые он считает для себя наиболее важными, что свидетельствует о субъективности принятия такого решения; в-третьих, врач, стремясь найти подтверждение своей гипотезе, может бессознательно игнорировать противоречащие ей факты.

В поликлинической практике находит ограниченное применение.

Эксперимент. Отличается от наблюдения организацией ситуации исследования, что обеспечивает полный ее контроль. Эксперимент бывает четырех видов: лабораторный, собственный, констатирующий, формирующий. Недостатком эксперимента является то, что трудно его организовать, чтобы испытуемый не знал о нем. Поэтому возможно появление у пациента скованности, тревоги, боязни оценки. В поликлинической работе терапевта обычно не используется.

Диагностическая беседа. Установление связей между данными анамнеза и соматического обследования - повседневная работа врача. Это в равной степени относится к врачу-терапевту и к врачам других специальностей. Однако соматическое обследование предполагает эмоционально нейтральную обстановку, которая невозможна при осуществлении психотерапевтического процесса.

При психосоматическом обследовании имеются *две исходные ситуации*, которые определяют направленность диагностической беседы:

1) чтобы оказать помощь психосоматическому больному с известным соматическим заболеванием в преодолении (переработке) своей болезни и способствовать его участию в лечении (готовность, согласие), нужно определить роль психических влияний на болезнь, состояние и установки больного. В этом выражается *соматопсихическая* постановка вопроса;

2) жалобы и симптомы психосоматического больного имеют психическую обусловленность. Поэтому необходимо участие психических факторов в возникновении и течении заболевания. В этом заключается причинная *психосоматическая* постановка вопроса.

Вы должны быть уверены, что беседа будет проходить в тихой неофициальной обстановке, не будет прерываться. Заранее подготовьте вопросы, что создаст организованный подход к беседе. Используйте наиболее надежный источник информации. Не начинайте с личных, деликатных вопросов. Постарайтесь внушить пациенту доверие, убедить в том, что полученные от него сведения будут носить конфиденциальный характер.

Четко формулируйте свои вопросы. Используйте понятную для пациента терминологию, наводящие вопросы, чтобы сосредоточиться на неясных моментах. Позвольте пациенту до конца закончить фразу, даже если он чересчур многословен. Не перебивайте с темы на тему. Говорите ясно, медленно и отчетливо. Слушайте и наблюдайте.

Во время беседы пациент должен почувствовать Вашу компетентность и профессионализм. Это будет оказывать определенный терапевтический эффект, позволит Вам четко определить проблемы пациента и свои задачи по их решению.

Будьте спокойны и неторопливы, проявляйте сочувствие, искренний интерес и участие. Это ободрит пациента и облегчит выражение его чувств.

Внимательно выслушивайте пациента, не перебивайте, не критикуйте. Не торопите его с ответами. Молчание позволит Вам наблюдать за пациентом, а ему собраться с мыслями.

При психосоматическом заболевании диагностическая беседа направлена на определение нынешнего внешнего и внутреннего состояния больного. Что знает пациент о своем заболевании? Какое значение имеет оно для него сейчас и в его жизни в целом? Имеется ли у него свой взгляд, в соответствии с которым он сам, его родные, врачи или кто-либо еще ответственные

за это заболевание ? Соответствует ли его знание болезни, ее причин и течение врачебной оценке ?

Необходимо обращать внимание на ситуацию, которую больной переживает как «демонтаж», когда врач занимается вопросами его слабости, конфликтов и перегрузок. Необходимо поговорить и о сильных, здоровых сторонах личности больного: «Что вам хорошо давалось во время учебы?», «Чем вы больше всего интересуетесь?». Поэтому наряду с периодами расстройств настроения пациент должен рассказать и о своих успехах. Для оценки состояния больного важны также сведения как о сохраненных, так и нарушенных вегетативных функциях: о слишком кратком или длительном сне, аппетите, изменении настроения в течение дня.

Чем более свободно и менее формально протекает беседа, тем больше пациент раскрывает себя врачу. Тогда становится понятным, чувствует ли он участие и заинтересованность врача или врач оставляет его наедине с его проблемами. В первой же беседе необходимо также выяснить, что пациент утаивает от врача, несмотря на обилие даваемой им информации и в последующих беседах попытаться разобраться в причинах.

Психосоматический анамнез. Цель психосоматического анамнеза состоит в том, чтобы привести неосмысленные больным соматические симптомы в понятную смысловую связь с внешней и внутренней историей его жизни. При этом констатируются временные и понятные связи между появлением соматических нарушений и изменениями внешней или внутренней ситуации в жизни больного. *Если нет этих временных и понятных связей, то психосоматическую обусловленность следует ставить под сомнение.* Если такие связи устанавливаются, следующим моментом будет прояснение понимания больным значимости для развития заболевания тех неприятностей, которые возникли у него в связи с конфликтами и кризисами. Это предполагает знание личности больного, условий его развития в детстве, конфликтов в процессе социализации, фиксации на них до последнего времени и уязвимости в отношении их с учетом ослаб-

ления актуальности прошлых переживаний.

Решающим для понимания внутренних конфликтов и внешних психосоциальных связей является вопрос о жизненной ситуации к моменту начала болезни: «Что произошло в вашей жизни, когда это случилось? Что в то время появилось нового в вашей жизни, кто появился в вашей жизни и кто ушел из нее?». Это вопрос о «провалах» в судьбе, о ситуациях успехов и неудач, об изменениях в служебной деятельности, решении жилищных проблем и др. Больной должен при этом вызывать у себя воспоминания в форме свободных ассоциаций. Сбор психосоматического анамнеза обычно проводится в форме диагностической беседы и имеет отчасти характер провокации. Врач подбадривает пациента, задает откровенные вопросы, которые наталкивают его на ответы, но не фиксирует на них внимание, давая лишь направление для размышления. При этом необходимо отказаться от представления, что пациент все о себе знает. Беседа должна вести к созданию новых представлений даже из несоответствующих сообщений. Больной должен быть критичным и открытым в отношении своих воспоминаний, новых ассоциаций и взглядов, тогда они могут стать плодотворными.

Современная врачебная практика диктует необходимость находить время и место для сбора психосоматического анамнеза. Пациент будет активно говорить и размышлять, если почувствует, что врач его внимательно слушает, что врач всегда думает о нем, что сказанное им имеет значение и что врач готов принять сообщение больного для «участливого наблюдения». Это означает, что врач принимает в больном участие, но сохраняет определенную дистанцию. При этом принимаются во внимание словесные выражения больного, последовательность изложения, перерывы и паузы. Врач должен не только чувствовать, как к нему относится пациент, но и регистрировать и определять свои собственные осознанные или неосознанные, в том числе и эмоциональные, реакции на сведения, сообщаемые пациентом.

Такая диагностическая беседа требует не менее 30 мин, но обычно занимает значительно больше времени. Успех беседы

зависит от квалификации врача, умения установить контакт с пациентом, дать ему возможность максимально свободно выражать свои мысли. Психосоматический диагноз, как и психотерапия, зависит от того, как на него реагирует сам пациент. Многим пациентам первая беседа с врачом дает возможность не только свободно поговорить, но и достичь при этом такого понимания своего состояния, которое означает совершенно новое, оптимистичное отношение к своей болезни.

Психологические тесты. Могут использоваться в работе участкового врача-терапевта в клиничко-психологической, а тем самым и психосоматической диагностике как консультативная и психотерапевтическая помощь.

По своим целям консультативное и психотерапевтическое вмешательство с помощью совпадает с тем, которое используется при лечении соматических больных – избавление пациента от страданий и ликвидацию причин, их вызывающих. Однако в психосоматической диагностике имеются свои особенности: во-первых, природа психосоматического неблагополучия кроется не в болезненных процессах, происходящих в организме пациента, а в особенностях его личности, специфике жизненной ситуации и характере взаимоотношений с окружающими; во-вторых, пациент, имеющий психосоматические проблемы, объективно не является и субъективно не признает себя психически больным.

В какой бы форме не осуществлялась психологическая помощь: в форме психологического консультирования или в форме психотерапии – она базируется на глубоком проникновении в личность пациента, в его чувства, переживания, установки, картину мира, структуру взаимоотношений с окружающими людьми (В.М.Блейхер и др., 1986). Для такого проникновения и используются специальные психологические диагностические методы: тестирование и опрос

Тестирование и опрос осуществляются с помощью тестов и опросников и позволяют собрать диагностическую информацию у большого количества пациентов в короткий срок. Их результа-

ты содержат сведения о тех или иных особенностях (интеллекте, тревожности и т.д.) каждого пациента, дают качественное и количественное сравнения с другими людьми, становятся полезными с точки зрения выбора средств вмешательства, прогноза его эффективности.

Психологические тесты - это стандартизованные психологические методы, предназначенные для изучения и оценки в количественном и качественном отношении своеобразных свойств личности в ее переживаниях и поведении. Они составлены таким образом, что с их помощью можно получить объективную оценку состояния пациента, независимую от субъективного мнения исследователя. Это достигается путем высокой стандартизации в проведении и оценке теста.

Однако эти методы в принципе не выходят за пределы того, что можно получить в диагностической беседе с пациентом. Они могут дополнить, но никак не заменить диагностическую беседу и сбор психосоматического анамнеза. В индивидуальной диагностике они имеют дополнительное, вспомогательное значение. В психосоматических исследованиях их роль возрастает, если проводятся среди большого числа обследуемых. В этих случаях используются систематические и сопоставимые для всех обследуемых данные.

Тестирование. Предполагается, что пациент выполняет заданную деятельность (решение задач, рисование, рассказ по картине и др.), то есть проходит определенное испытание. Тесты бывают вербальные (словесные) и невербальные (рисунчатые) и представляют стандартные наборы заданий и материала, с которыми работает пациент. Стандартной является и процедура оценки результатов.

Выделяются две группы тестов: стандартизированные и проективные. Стандартизированные тесты ориентированы на оценку. Это: тесты интеллекта, тесты специальных способностей, тесты креативности (измерение творческих способностей) и др. Проективные тесты направлены на выявление качественных изменений личности, в том числе скрытых, неосознаваемых

побуждений, стремлений, конфликтов, переживаний.

Материал, который предъявляется пациенту, может толковаться им разнообразными способами. Главным является не объективное содержание, а субъективный смысл, то отношение, которое он вызывает у пациента. Ответные действия пациента при этом толкуются не как правильные и неправильные, а как индивидуальные проявления.

На основании результатов испытаний врач делает выводы о наличии, особенностях, уровне развития тех или иных психологических свойств пациента.

Опрос. Проводится с помощью опросников. Это методики, материал которых представляют вопросы, на которые пациент должен ответить; либо это утверждения, с которыми он должен согласиться или не согласиться. Различают опросники-анкеты и личностные опросники.

Опросники-анкеты предполагают возможность получения информации о пациенте, не отражающей непосредственно его личностные особенности. Таковыми являются биографические опросники, опросники интересов и установок и др.

Личностные опросники предназначены для измерения личностных особенностей. Они распределяются на несколько групп: типологические, черт личности, мотивов, установок, интересов, ценностей.

Из многочисленных методик медицинской психологии наибольшую известность имеет Миннесотский многофакторный личностный опросник (ММПИ; Hathaway S, McKinley; 1970). получивший большое распространение и в нашей стране. Его с успехом применяют в клинике внутренних болезней, а также в профилактических исследованиях. Однако использование этого опросника сопряжено с большими затратами труда и времени. Ответы на вопросы (566) занимают у большинства испытуемых 1–1,5 часа. У определенных категорий лиц столь длительная процедура вызывает утомление, приводит к ошибкам, а иногда и к отказу от завершения исследования.

Для комплексной оценки особенностей личности также ши-

роко применяется методика многостороннего исследования личности (ММИЛ). Она отличается меньшим количеством вопросов (377). С ее помощью определяется психологический тип индивидуального реагирования, особенности мотивационной сферы, межличностный стиль поведения, некоторые эмоционально-динамические оттенки интеллектуальной деятельности, тип реакций в стрессе, адаптивные и компенсаторные возможности исследуемых. Методика обеспечивает оценку психологического статуса обследуемого по 13 шкалам, из которых первые три являются оценочными, остальные клиническими.

Методикой, отвечающей основным требованиям проведения популяционных скрининговых исследований, социально адаптированной для нормы, является тест *Мини-Мульт*. Отобранные на основании факторного анализа 71 вопрос обеспечивают оценку психологического статуса обследуемых по 11 шкалам. В нашей стране используется русский модифицированный и ревалидизированный вариант теста Мини-Мульт - методика СМОЛ (сокращенный многофакторный опросник для исследования личности). Возможность получения количественной оценки результатов, проведения статистической обработки, согласованности данных, обследования большого числа испытуемых в течение ограниченного промежутка времени, обуславливает эффективность использования данной методики, ее широкое распространение в различных сферах.

Различные виды реакций больных соматическими заболеваниями на свою болезнь и других, связанных с нею личностных отношений диагностирует *тест отношения к болезни*. Методика выявляет сложившийся под влиянием заболевания паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

В целях уточнения базисных особенностей личности больных также используется 16-факторный личностный опросник Кэттелла (16-PF; R.Cattall, 1970). Методика направлена на ис-

следование широкого круга личностных характеристик и выявление особенностей личности, способствующих возникновению патопсихологических явлений. Использование теста позволяет прогнозировать поведение человека в максимально широком спектре возможных ситуаций. Тест 16-ФЛЮ удобен при обследовании больных соматического профиля. Он не отпугивает респондентов психопатологическим содержанием вопросов, не вызывает акцентированной категоризации ситуации диагностики как ситуации экспертизы.

В последнее время в развитии психосоматических заболеваний большое значение придается так называемым жизненным событиям. Для их оценки, выявления и количественного анализа созданы специальные опросники. В них перечисляются возможные служебные, семейные, интимные события, каждое из которых имеет определенную оценку. В число событий включаются не только сопровождающиеся отрицательными эмоциями, но и вполне приятные события (свадьба, отпуск и т.д.). Это объясняется тем, что и эти события требуют известного, часто интенсивного напряжения адаптационных механизмов. Наиболее известна *социальная шкала Холмса-Рея*, в которой содержится 43 события жизни больного (например, смерть супруга – 100 ед., развод – 73 ед., смерть близкого члена семьи – 63 ед. и т.д.). Установлено, что при наличии 200 и более единиц, характеризующих изменение в жизни в течение одного года, увеличивается число психосоматических расстройств.

Выбор тестовой методики для проведения медико-психологического обследования определяется в каждом конкретном случае в зависимости от задач исследования, психического состояния испытуемого, его возраста, образования и отношения к исследованию. Методы психологического исследования не являются изолированными и могут входить составной частью один в другой.

С 1992 г. в США и в ряде европейских стран успешно применяется адаптированная к МКБ - 10 Формализованная система диагностики психических расстройств. Она может использо-

ваться при осмотре всех пациентов или только тех, у кого подозревается психическое расстройство. Процедура занимает у врача от 5 до 15 мин., обеспечивая распознавание психических расстройств в пределах 3 основных категорий МКБ - 10: а) расстройства настроения (депрессии); б) тревожные расстройства (паническое, генерализованное тревожное); в) соматоформные расстройства (приложение 7).

Клиника психосоматических расстройств

У большинства людей разнообразные нюансы характера многочисленны и переплетены между собой (F. Alexander, 1951). В то же время существует много людей с явным преобладанием одних черт характера над другими. Такое заострение, акцентуация, то есть чрезмерное усиление некоторых черт определяет психический настрой индивидуума. Такие люди обнаруживают своеобразную уязвимость в конкретных жизненных ситуациях, при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим, возможно, даже более драматичным жизненным событиям. В каждом акцентуированном характере имеется «слабое звено» - место наименьшего сопротивления. Поэтому психотравмирующим фактором для людей с теми или иными акцентуациями будет не любая трудная ситуация, а только та, которая наносит воздействие на наиболее уязвимое место их характера (Н. Пезешкиан, 1996).

Одни целиком погружаются в себя, в свои внутренние переживания. Другие, наоборот, не могут преодолеть постоянной потребности обсудить свое состояние и возникшие опасения с кем-либо из товарищей или близких. Некоторые больные боятся услышать о своей болезни, избегают даже упоминания о ней, другие же всячески стараются расширить познания относительно природы и клинических проявлений своего недуга, копаются в медицинской литературе, посещают специальные лекции и пр. Часть больных охотно ходят в поликлиники и стремятся к кон-

такту с врачами, педантично выполняют все их советы. Другие же часто меняют врачей, не доверяя им, требуя авторитетных консультаций, назначения различных обследований и новых, самых «модных» лекарств.

Когда человек не только начинает ощущать появившиеся изменения в организме, но и осознает сам факт своей болезни, существенно меняется и его поведение. Различают следующие типы личности больных соматическими заболеваниями.

Гармоничный тип. Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступны больному. При неблагоприятном прогнозе в целом – сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела.

Эргопатический тип. «Уход от болезни в работу». Даже при тяжелом течении болезни отличается стремлением продолжать работу. Характерно сверхответственное, одержимое отношение к работе. В ряде случаев оно выражено в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением, во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.

Анозогнозический тип. Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного. Приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись «своими средствами». Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание продолжать получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, пагубно сказывающихся на течение болезни.

Тревожный тип. Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов». Настроение тревожное, угнетенное. Тревожная мнительность касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных неудач в жизни, работе, в семье в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют больше, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

Ипохондрический тип. Сосредоточение на субъективных болезненных или неприятных ощущениях, уход в болезнь. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требования тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

Неврастенический тип. Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем наступает раскаяние за беспокойство и несдержанность.

Меланхолический тип. Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

Апатический тип. Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало.

Сенситивный тип. Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасение, что окружа-

ющие станут избегать его, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

Эгоцентрический тип. Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются только как «конкуренты», отношение к ним неприязненное. Постоянное желание показать другим свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни. Закономерно развитие истероидной психопатии.

Паранойяльный тип. Уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злumu умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Дисфорический тип. Доминирует мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый вид, зависть и ненависть к здоровым. Отмечаются вспышки крайней озлобленности к окружающим. Требования особого внимания к себе. Деспотическое отношение к близким с требованием во всем угождать ему.

Психосоматическая структура личности определяется 4-я типичными признаками с разной степенью их приоритетности в каждом отдельном случае:

1. Своеобразная ограниченность способности фантазировать. Пациент затрудняется или оказывается просто не способным пользоваться символами, результатом чего является своеобразный тип мышления, который можно определить как «механический», «утилитарный». Речь идет о мышлении, связанном с текущим моментом, ориентированном на конкретные реальные вещи. Оно лишено колоритности, в разговоре утомляет со-

беседника и часто производит впечатление настоящей тупости.

2. Неспособность выразить переживаемые чувства. Пациент не в состоянии связывать вербальные или жестовые символы с чувствами. Чувство испытывается им как нечто, непередаваемое словами. Чувства описываются через окружающих (мой врач сказал, что у меня болит...), либо вместо чувства описывается соматическая реакция (ой, мне плохо..ой, мне плохо...).

3. Приспособленность к товарищеским отношениям. Определяется как «гипернормальность». Однако их связи с конкретным человеком характеризуются своеобразной «пустотой отношений». Поскольку они не в состоянии разбираться в чувствах своих знакомых («друзей»), то остаются с ними на уровне конкретного «предметного» их использования.

4. Психосоматический больной существует с помощью и благодаря наличию другого человека (его ключевой фигуры).

Каждая из групп психосоматических расстройств, характеризуясь достаточным разнообразием клинических проявлений, имеет вместе с тем определенные психопатологические особенности.

Органные невроты. Это один из вариантов психосоматической патологии, структура которой определяется функциональными расстройствами внутренних органов (систем) при возможном участии пограничной психической и субклинической соматической патологии.

Клинические проявления органных невротозов отличаются значительным полиморфизмом. В случаях с относительно изолированными нарушениями функций того или иного органа или системы выделяют отдельные варианты невротозов - кардионевроз (синдром д' Акости), дыхательный невроз (синдром гипервентиляции), невроз раздраженного пищевода, раздраженного желудка (гастроневроз), раздраженной кишки (неязвенная диспепсия), раздраженной толстой кишки, раздраженного мочевого пузыря и др.

Наиболее распространенными вариантами органических невротозов являются кардионевроз, гипервентиляционный синдром и синдром раздраженной толстой кишки.

Кардионевроз. Симптомы кардионевроза встречаются среди населения в 21-56% случаях, диагностируются у 80% амбулаторных больных, обращающихся по поводу болей в области сердца, и у 10-61% лиц, направленных на ангиографию. В симптоматику кардионевроза входят достаточно длительно сохраняющиеся (не менее месяца) страх перед угрожающей жизни сердечно-сосудистой патологией, доминирующий в клинической картине или сопряженный с кардиалгией, а также ощущение усиленного сердцебиения, изменения ритма сердечных сокращений.

Особенности локализации и описательных характеристик болевых ощущений, как правило, позволяют легко дифференцировать симптомы кардионевроза с типичными проявлениями соматической патологии. Особенностью рассматриваемых состояний является крайний полиморфизм и неустойчивость локализации функциональных нарушений. Выявляется одновременное или последовательное вовлечение различных органических систем. Например, сочетание кардиалгии с нарушениями кожной чувствительности (онемение по типу «перчаток» или «носок»), парестезиями (покалывания, чувство холода в области головы, конечностей), нарушениями координации (неустойчивость походки), диспноэ, ощущением «кома» в горле, цефалгиями и т.д.

Течение кардионевроза может быть различным. Чаще встречается кратковременное (в среднем - не более 1-2 мес.), которое полностью редуцируется после разрешения психотравмирующей ситуации и не сопровождается значимыми изменениями уровня трудоспособности и социальной адаптации. Реже - менее благоприятное, когда наблюдается хронификация функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы с утяжелением прогноза заболевания. При этом проявления кардионевроза становятся более выраженными и продолжительными, нарастает несоответствие выраженности и длительности кар-

диалгии и сопутствующих нарушений функции сердечно-сосудистой системы тяжести психотравмирующих ситуаций. Характерны многократные обращения к участковому терапевту и кардиологу по поводу малейших изменений в самочувствии.

Гипервентиляционный синдром. Частота таких состояний в пульмонологических отделениях достигает 24-49%. Симптомы гипервентиляции, как правило, сочетаются с явлениями кардионевроза. Поэтому распространенность гипервентиляционного синдрома отмечается в тех же показателях, что и распространенность кардионевроза. Однако отмечается, что случаи с изолированными или преобладающими функциональными нарушениями дыхательной системы, сопряженные с психической (как и при кардионеврозе - тревожной) патологией, наиболее часто выявляются у пациентов, поступивших в общесоматический стационар с бронхиальной астмой, подтвержденной или отвергнутой в ходе дальнейшего клинического обследования.

Гипервентиляционный синдром определяется пароксизмальными состояниями "удушья" с ощущением неполноты вдоха, недостаточного прохождения воздуха через дыхательные пути, сочетающимися с симптомами тревоги. Дыхательные расстройства отличает полиморфизмом: диспноэ с ощущением неполноты вдоха, чувством нехватки воздуха, с желанием «наполнить легкие кислородом», пароксизмальным поперхиванием и зевотой.

В ряде случаев происходит хронификация гипервентиляционного синдрома, сопряженная с психическими нарушениями. У пациентов нарастает склонность к утрированной рефлексии в отношении любых симптомов телесного дискомфорта и тенденция к избегающему поведению, «страховке» организма. Опасаясь ухудшения состояния, развития возможных осложнений, больные тщательно регистрируют малейшие признаки телесного неблагополучия, устанавливают щадящий режим с особым порядком проветривания помещения, специальными упражнениями, призванными «улучшить функционирование легких».

Синдром раздраженной толстой кишки (СРТК). Распро-

страненность симптомов СРТК среди населения составляет примерно 20%. В соответствии с современными данными, СРТК диагностируется у 30% пациентов, обращающихся к врачам общей медицинской практики с жалобами на работу желудочно-кишечного тракта. СРТК представляет собой сложный психосоматический симптомокомплекс, в структуре которого интегрируются нарушения функций толстой кишки и различные психопатологические образования. Основными проявлениями СРТК являются нарушения моторной функции толстой кишки и боли в животе. Нарушения моторики толстой кишки проявляются изменениями стула. Чаще преобладают запоры. Вторым ведущим клиническим признаком СРТК - болевой синдром. Боли в животе возникают на фоне позывов на дефекацию и редуцируются (полностью или частично) непосредственно после дефекации.

Боли в животе обнаруживают тенденцию к миграции, изменчивости областей иррадиации и интенсивности. Характер болей также отличается лабильностью: ощущения жжения сменяются тянущими, спастическими или колющими болями. Боли сопровождаются ощущением вздутия живота, внезапными неоднократными позывами на дефекацию с последующим чувством неполноты опорожнения кишечника. Больные ретроспективно связывают возникновение симптомов с нарушением диеты, образа жизни, переменой места постоянного проживания, психотравмирующими обстоятельствами.

Характерно присоединение головных болей по типу «стягивающего обруча» либо «кола, вбитого в голову», прокалывающих болей в области сердца. Отмечается конверсионная симптоматика - головокружения, неустойчивость и шаткость походки, периодически возникающие обморочные состояния, онемение рук и ног по типу истерических «перчаток» и «носов». Функциональные расстройства ЖКТ при СРТК могут формироваться в рамках *панического расстройства*. Имеют место эпизодические обострения болевых ощущений и расстройств стула в структуре панических приступов (эпизодические спонтанные или ситуационно обусловленные приступы страха с массивными

вегетативными расстройствами). Симптоматика, как правило, возникает спонтанно и остро, в метро, наземном транспорте, реже - на улице. В ряде случаев присоединяются патологические страхи недержания кишечных газов или позывов на дефекацию в общественном месте, что сопровождается формированием охранительного поведения: отказ от поездок в общественном транспорте, ритуальные неоднократные посещения туалетов перед выходом на улицу до ощущения полного опорожнения кишечника, изучение мест расположения общественных туалетов по маршруту следования.

При хронизации СРТК наблюдается тревожная фиксация пациентов на «патологических процессах» в ЖКТ. Отрицательные результаты очередных обследований лишь ненадолго снижают тревогу. В целом опасения нераспознанной соматической патологии персистируют достаточно длительное время. Тем не менее, несмотря на сравнительно большую (до нескольких лет) длительность течения заболевания, пациенты легко адаптируются к функциональным расстройствам, сохраняют профессиональный уровень, остаются социально активными.

Сопряженность СРТК с депрессивными расстройствами отмечается примерно в 2 раза чаще, чем с невротическими. Преобладают затяжные (более 2 лет) депрессии легкой и умеренной степени тяжести. В таких случаях признаки нарушения функций ЖКТ типичные для СРТК. Запоры, боли в животе выступают в качестве общих симптомов депрессии и патологии системы пищеварения наряду со снижением аппетита (депрессивная анорексия), ощущением неприятного привкуса или горечи во рту, сухостью слизистой полости рта. Отмечаются значительное снижение массы тела, стойкие нарушения сна.

Нозогении - психогенные реакции, обусловленные психотравмирующим воздействием соматического заболевания; они связаны с субъективно тяжелыми проявлениями болезни, распространенными среди населения представлениями об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность. При

дифференциации нозогений необходимо учитывать особенности внутренней картины болезни. Большую роль в формировании внутренней картины болезни играет тип эмоциональных отношений больного к своей болезни, её проявлениям, прогнозу и др. Существуют различные типы подобных отношений. *Гипонозогностический тип*: больные игнорируют свою болезнь, пренебрежительно относятся к лечению и т.д. Больной может всё знать о своей болезни, о её серьёзном прогнозе и т.п., но это не вызывает у него эмоций тревоги, беспокойства и пр. У таких больных иногда легко образуется неадекватная (завышенная) модель ожидаемых результатов лечения и «сверхоптимальная» модель полученных результатов лечения. О *гипернозогностическом типе* можно говорить в тех случаях, когда у больного имеется преувеличенно яркая эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью, при этом формируется заниженная модель ожидаемых результатов лечения. Можно выделить также *прагматический тип* эмоциональных отношений к болезни: больной находится в деловом контакте с врачами, стремится к реальной оценке болезни и прогноза, уделяет внимание оптимальной организации лечебных и профилактических мероприятий.

Распространенность нозогенных реакций (28,2%) превышает таковую для всех остальных психических расстройств, наблюдающихся в соматическом стационаре; их частота в поликлиническом звене общесоматической патологии значительно ниже - 15,1%.

Нозогенные реакции у больных ИБС. Гипернозогностические нозогении у больных ИБС чаще всего формируются, когда заболевание дебютирует: инфарктом миокарда или стенокардией с частыми (чаще 1 раза в сутки) и продолжительными (более 5 мин) приступами, возникающими при физической нагрузке на улице в холодную погоду и сопровождающимися достаточно интенсивными загрудинными болями, иррадиирующими в левую руку; для их купирования необходимо регулярно принимать нитраты и обращаться за медицинской помощью; некоторыми

аритмиями (постоянная форма мерцания предсердий или частая наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия) с постоянными ощущениями неритмичности сердцебиений, сильными ударами сердца и ощущением нехватки воздуха, не поддающимися «самопомощи»; недостаточностью кровообращения с частыми (чаще 1 раза в сутки) приступами сердечной астмы, эпизодами удушья, появление которых пациент не может связать с каким-либо существенным провоцирующим фактором (как правило, при этом выражена дилатация левого желудочка).

Манифестация *гипонозогностических реакций* чаще всего отмечается, когда заболевание дебютирует: стабильной стенокардией напряжения или нарушением сердечного ритма без коронарных катастроф в анамнезе (или только при инфаркте миокарда без тяжелых осложнений); стенокардией с редкими ангинозными приступами, возникающими без четкой связи с физическим напряжением и холодной погодой; болями нетипичной локализации без выраженной иррадиации, которые можно самостоятельно купировать без приема нитроглицерина; некоторыми аритмиями (пароксизмальные наджелудочковые тахикардии и пароксизмальная форма мерцания предсердий) с относительно небольшим числом сердечных сокращений и без иных клинических симптомов (боль, ощущение нехватки воздуха и др.); такие боли можно эффективно купировать путем приема внутрь антиаритмических или седативных средств; проявлениями недостаточности кровообращения с относительно редкими эпизодами одышки, которые возникают исключительно в связи с физическим напряжением (расширение камер сердца вообще не отмечается или оно небольшое).

Нозогенные реакции у больных артериальной гипертензией. У значительного числа пациентов с артериальной гипертензией при манифестации гипертонических кризов и/или осложнений со стороны внутренних органов (ангиопатия сетчатки, невропатия и т.д.) формируются *гипернозогностические реакции*. Это заболевание, даже если показатели АД высокие, но кризы отсутствуют, воспринимается не столько как угрожающее жизни, со-

пряженное с необратимыми медицинскими и социальными последствиями и необходимостью наблюдения за собственным состоянием, сколько как временное, ситуационно обусловленное, преходящее недомогание, не требующее серьезного внимания.

Нозогенные реакции у больных бронхиальной астмой. Преимущественно формируются при «стабильно обструктивном» и тяжелом вариантах течения. Так, для тяжелого варианта течения заболевания (значительное и стойкое снижение показателей бронхиальной проходимости, тяжелые приступы удушья, триггеры которых разнообразны и связаны с часто встречающимися бытовыми» аллергенами, физической нагрузкой и психическими стрессорами) более типичны тревожно-фобические и депрессивные реакции. Для легкого течения астмы (сопряженной с отделением значительного количества мокроты при умеренном снижении показателей бронхиальной проходимости, нетяжелыми приступами удушья, провоцируемыми холодом) характерны сенситивные реакции.

Гипонозогнозические реакции чаще манифестируют на начальных этапах онкологического заболевания, особенно при отсутствии в клинической картине субъективно тяжелых симптомов, существенным образом влияющих на жизнедеятельность. Могут наблюдаться даже явления анозогнозии - полного отрицания самого факта наличия опухолевого заболевания (нездоровье ассоциируется с менее тяжелым диагнозом).

Нозогении, возникающие после оперативных вмешательств. Развиваются при ампутации конечностей, наложении колостомы, удалении грудной железы, экстракции передних зубов, нередко представлены сенситивными реакциями.

При выявлении нозогений обращают внимание на ряд признаков, характерных для психогенных состояний: сопряженность манифестации нозогенной реакции с психотравмирующим воздействием соматического заболевания; содержание психогенного комплекса, который в рассматриваемых случаях включает сюжеты соматического страдания; обратное развитие, соответствующее стадии ремиссии или выздоровления от патологи-

ческого процесса внутренних органов. При диагностике нозогений необходимо учитывать, что их продолжительность обычно не превышает 3 мес., однако может варьировать в довольно широких пределах. Так, психопатические нозогенные реакции (с формированием сверхценных идей) наиболее длительны - могут персистировать около полугода. Невротические реакции длятся (в среднем) 2 мес., аффективные - 3 мес.

Редукция нозогений может происходить как спонтанно (при улучшении соматического состояния), так и под влиянием психотерапии. При хронизации соматического заболевания отмечается тенденция к уменьшению числа гипонозогнозических реакций и увеличение гипернозогностических. Такое изменение позиции пациентов по отношению к соматическому страданию обусловлено несколькими причинами - нарастанием тяжести болезни, прогрессирующей утратой трудоспособности, необходимостью повторных госпитализаций и т.д. Кроме того, важную роль играет накопление негативной информации о болезни, происходящее как под влиянием специалистов, так и лиц, составляющих микросоциальную среду больного (родственники, знакомые, соседи по палате т.д.).

Психосоматические заболевания. Соматическая патология, связанная с лабильностью организма по отношению к воздействию психотравмирующих социальных и ситуационных факторов. Этим понятием объединяются ИБС, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, некоторые эндокринные заболевания (гипертиреоз, сахарный диабет), нейродермит, псориаз и ряд других (в том числе - аллергических) заболеваний.

Проявления соматической патологии при психосоматических заболеваниях не только психогенно провоцируются, но и усиливаются расстройствами соматопсихической сферы - феноменами соматической тревоги с витальным страхом, алгическими, вегетативными и конверсионными нарушениями. Формирование психопатологических образований этого ряда утяжеляет течение заболеваний, чаще приводит к инвалидизации, усложняет диагно-

стику, видоизменяет ответ на терапию, повышает риск летального исхода.

Знание психосоматических соотношений необходимо каждому врачу-терапевту, поскольку психические и соматические процессы в организме пациентов тесно взаимосвязаны. Важным этапом диагностического процесса является оценка конституциональных особенностей пациента, которым принадлежит значительная роль в формировании психосоматических заболеваний. Выделяют различные типы патохарактерологических акцентуаций в сфере соматопсихики (*"коронарная"*, *"язвенная"*, *"артритическая"* *личность*). Среди личностных расстройств, относящихся к группе риска развития коронарной болезни, доминируют нетерпеливость, беспокойство, агрессивность, стремление к успеху, ускоренному темпу жизни и работы, сдержанность при внешних проявлениях эмоций. Преобладание навязчивых свойств (педантизм, мелочность, стремление к порядку, эмоциональная холодность, застенчивость и одновременно амбициозность) рассматривается в аспекте склонности к язвенной болезни и т.д. Подверженность психосоматическим заболеваниям может носить более универсальный характер и определяться *хронической тревожностью*, склонностью к фрустрации, *истерическими* и *нарциссическими чертами*. Часто она формируется у лиц с признаками алекситимии (дефицит вербального выражения эмоциональной жизни с бедностью воображения и затруднениями в осознании собственных чувств, препятствующий проявлению негативных эмоций вне тенденции к соматизации).

Соматогении (реакции экзогенного типа), манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности, относятся к категории симптоматических психозов. Определяемые этим понятием психические расстройства развиваются при общих неинфекционных заболеваниях, инфекциях, интоксикациях и рассматриваются в единстве с основным заболеванием. В число их клинических проявлений входит широкий спектр синдромов - от астенического состояния до психоорганического синдрома. Соматогенные психозы развиваются при энцефалитах, сыпном тифе, ревматизме, малярии, сифилисе, туберкулезе, СПИДе, а

также при тяжелых оперативных вмешательствах и urgentных состояниях (аортокоронарное шунтирование, гемодиализ). Показатели заболеваемости колеблются в широких пределах - от 0,2 до 10%, что связано с отсутствием единых взглядов на клинические границы соматогений и с тем фактом, что эти больные наблюдаются в стационаре общемедицинского профиля, где регистрируются лишь наиболее острые, психотические формы. К соматогениям относятся также *соматогенные депрессии*, которые подробно будут рассмотрены ниже.

Диссомнии. Жалобы на плохой сон характерны для пациентов участковых врачей-терапевтов и они учащаются с возрастом. Неудовлетворенность сном отмечается у 25 % мужчин и 50 % женщин пожилого возраста, тогда как общие показатели нарушений сна среди взрослого населения составляют от 4 до 45 %. У большинства пациентов среднего возраста плохой сон возникает на фоне сосудистых изменений. В половине случаев проблема сна связана с психотравмирующей ситуацией. Такие пациенты отмечают трудности засыпания и отсутствие чувства сна, в то время как раннее пробуждение определяется прежде всего соматическими расстройствами.

Пациенты с плохим сном чаще пробуждаются в первые часы сна, они более тревожны, преувеличивают период засыпания и преуменьшают длительность сна. Чаще всего у них выявляется мультифакторная природа нарушений сна, взаимодействие психосоциальных, медицинских и психогенных факторов в комбинации с органической мозговой дисфункцией. При этом только у одной трети пациентов бессонница является первичной, в остальных случаях - вторичной.

К *первичным нарушениям сна* относятся:

- ночные апноэ;
- ночной миоклонус;
- ночное беспокойство ног.

Вторичные нарушения сна возникают вследствие:

- соматических заболеваний;

- неврологических поражений;
 - психических нарушений;
 - медикаментозного воздействия (психотропные средства – антидепрессанты; гипотензивные препараты - клонидин, бета-блокаторы; антибиотики - хинолоны; тиреоидные препараты; пирацетам и др.).
- Вследствие непрямого фармакологического механизма нарушения сна возникают при приеме диуретиков, антидиабетических препаратов, при передозировке дигоксина или лечении каплями в нос или глаза, содержащими симпатомиметики;
- частого употребления алкоголя;
 - поведенческих расстройств (нарушение цикла сон-бодрствование психофизиологически- и средовообусловленные).

Типы бессонницы:

- долгий период засыпания;
- один или два периода бодрствования;
- частые и короткие промежутки бодрствования;
- бессонница в ранние утренние часы.

Пациенты с нарушениями сна страдают сонливостью в течение дня и менее бдительны, то есть бессонница отражается на восприятии человека. Однако, если бессонница не приводит к возникновению проблем в дневное время, она не является клинически значимой. Поэтому, прежде чем будет принято решение о начале лечения бессонницы, следует определить, какие факторы ответственны за нарушения сна и обсудить с пациентом возможность немедикаментозного вмешательства. Прежде всего, следует провести коррекцию гигиены сна, что может оказать заметное влияние на его качество.

Считается, что снотворные препараты предназначены только для лечения временной бессонницы. Их благотворное влияние на сон обычно исчезает через несколько недель. Причем, прием гипнотических препаратов хотя и улучшает качество сна, но не вызывает повышение активности в дневное время. Однако

временная бессонница, возникшая под влиянием внешних обстоятельств, может привести к серьезным последствиям. Поэтому таким пациентам необходимо назначить медикаментозное лечение.

При временной бессоннице, вызванной нарушениями циркадных ритмов (реактивное торможение, результат сдвига), рекомендуются гипнотические препараты из группы диазепинов, имеющие короткую или среднюю продолжительность действия (Nitrasepam принимать по 5 - 10 мг за полчаса до сна или Rohypnol - по 0,5 - 1 мг). Фармакологические средства этого класса характеризуются быстрым началом действия, хорошей переносимостью, они безопасны. Препараты валерианы и хмеля являются безопасными и могут быть отнесены к мягким гипнотическим средствам. Они особенно эффективны при нарушениях засыпания, вызванных стрессовыми воздействиями. Барбитураты считаются устаревшими, поскольку существует опасность передозировки, развития психологической и физической зависимости.

При приеме снотворных препаратов могут развиваться *остаточные явления* в виде изменения настроения, повышенной тревожности, ухудшения памяти, нарушения работоспособности. Эти остаточные явления могут не только влиять на безопасность пациента и затруднять выполнение работ в дневное время (например, вождение автомобиля), но также сказываться на эффективности лечения, поскольку дневной сон может создавать помехи естественному ночному сну. Остаточные явления более выражены у пожилых пациентов.

Дисмнезии (забывчивость). Чаще встречается среди пожилых пациентов с психосоматическими состояниями и касается легкого снижения всех трех типов памяти. сенсорной, оперативной и долговременной

Сенсорная память с помощью органов чувств фиксирует и удерживает в сознании в течение долей секунды. четкую и полную картину мира с целью принятия решения и перевода в оперативную память.

С помощью *оперативной (рабочей) памяти* здоровые люди

запоминают 5-7 последовательных единиц информации (слова, буквы, цифры, имена, факты, события и т.п.). Это кратковременная память. В основном она используется для отбора нужного материала с целью перевода в долговременную память. Она же извлекает его из долговременной памяти при необходимости.

Долговременная память хранит опыт и знания, приобретаемые человеком в течение всей жизни. Емкость ее практически не ограничена.

Чаще всего легкое ухудшение памяти проявляется трудностями припоминания в нужный момент и успешное его осуществление спустя некоторое время. Как правило это сопряжено с легкими нарушениями сенсорной памяти, связанных со снижением концентрации внимания, что обычно не регистрируется пациентами даже при хорошем самоанализе. При этом признаки мнестико-интеллектуального снижения могут не выявляться при анкетном тестировании. Однако сами пациенты в беседе отмечают ухудшение способности запоминать новую информацию или возможность это делать в ограниченном объеме, особенно в сравнении со свойственным им уровнем такого рода способностей в более ранний период жизни. В целом это не отражается на поведении пациентов, однако привлекает внимание их самих, составляет предмет озабоченности и обосновывает прибегать к простейшим приемам, облегчающим припоминать необходимое. В таких случаях для тренировки когнитивных способностей им можно рекомендовать упражнения для повышения концентрации внимания, быстроты реакции, умственной работоспособности и психомоторной координации. К числу наиболее известных упражнений можно отнести пробы Шульце, Бурдона, реципрокную координацию.

Тренировка собственно самой памяти у пациентов с психосоматическими расстройствами путем заучивания и воспроизведения слов, рисунков, предметов или смысловых фрагментов, как правило, желаемого результата не приносит. Более правильным и эффективным будет обучение таких пациентов специальным приемам запоминания, основанных на лучшем усвоении

эмоционально окрашенной информации:

- 1) находить в ней какие-либо яркие и запоминающиеся смысловые или ситуативные ассоциации;
- 2) представлять информацию визуально в контексте окружающих предметов, событий, фактов.

Пациенты с адекватным отношением к возникшему соматическому страданию и вполне трезвой его оценкой встречаются далеко не часто. В большинстве случаев приходится иметь дело с неадекватной реакцией личности на болезнь. При этом выделяются следующие варианты психосоматического реагирования на болезнь: астенический, ипохондрический, псевдоневрастенический, анозогнозически, субдепрессивный, депрессивный.

Астенический вариант. Отмечаются повышенная утомляемость и истощаемость, вялость, снижение активности, эмоциональная неустойчивость. В состоянии этих людей обращают на себя внимание симптомы раздражительной слабости. При самых незначительных болевых ощущениях, тех или иных колебаниях самочувствия появляются несдержанность, взрывчатость. В случае малейшей неудачи, возникающей в процессе лечения, больные сразу же теряют веру в эффективность назначаемых врачом лекарств и возможность выздоровления. У этих людей явно повышен порог чувствительности к неприятным физическим ощущениям.

Ипохондрический вариант. Характерными признаками ипохондрических нарушений являются:

- стойкая прикованность внимания к своим переживаниям; преувеличенная трактовка влияния физического неблагополучия на здоровье, которое теперь «навсегда утеряно»;
- стремление выискивать у себя новые болезненные симптомы;
- невозможность переключиться на что-либо другое

Показательным является чрезмерное внимание к своему здоровью, сосредоточенность на заботах о нем и тревога за него. Состояние пациентов определяется сверхценной фиксацией на

услышанных от врача, другого медицинского работника или постороннего человека замечаниях о симптомах возможного заболевания, на данных анализов или инструментального обследования. Оно сопровождается тревогой или чувством страха с переживанием растерянности или обреченности, нарушением сна, сосредоточенностью на малейших нарушениях в самочувствии, конкретными нозофобическими переживаниями, навязчивыми представлениями о предстоящих мучениях или приближающейся смерти. Эти состояния могут иметь транзиторный характер, проходят самостоятельно или после психотерапевтического воздействия. Иногда может потребоваться кратковременное психофармакологическое вмешательство..

Псевдоневрастенический вариант. Симптомы неврастенического круга определяются астенизацией, эмоциональной неустойчивостью, нарушением концентрации внимания, нарастающей слабостью адаптации. Характерны жалобы на ощущения тяжести в голове, шум или звон в ушах, головокружение с пошатыванием при вставании или ходьбе. Пациенты отмечают нарастающую утомляемость при минимальных физических нагрузках, потребностью в дополнительном отдыхе, дневном сне. В их жалобах почти всегда фигурируют трудности засыпания, поверхностный тревожный сон с мучительными сновидениями.

Анозогнозический вариант. Анозогнозическое отношение к болезни - это весьма своеобразный вариант личностного реагирования, когда пациенту свойственно легкомысленное пренебрежение к замеченным им расстройствам в организме. Игнорируя врачебные советы, эти больные всячески стремятся отбросить мысли о возникшем заболевании до тех пор, пока оно не примет самый серьезный характер. Это крайне затрудняет своевременное лечение заболевания. Такие пациенты не желают являться к врачам, выполнять их рекомендации и изменять что-либо в своем образе и стиле жизни.

Субдепрессивный вариант. В состав клинических прояв-

лений субдепрессии входят расстройства, характерные для соматического заболевания (астения, снижение массы тела, нарушения сна, головокружение, тремор, тахикардия, боли в грудной клетке, диспноэ, диспептические расстройства – горечь, сухость во рту, запоры, метеоризм и др.). При наличии признаков соматического заболевания возникает чувство тревоги, угнетенное настроение, тоска. Свое состояние пациенты рисуют в мрачных тонах, высказывают уверенность в обязательно грозящих им осложнениях.

У пожилых пациентов относительно часто встречаются психогенные или невротические субдепрессии, возникновение которых в значительной мере связано с воздействием психотравмирующих факторов, специфических или характерных именно для поздних возрастных периодов. Фактор утраты лица из ближайшего окружения, прежде всего, супруга или супруги, признается наиболее важным. Расстройства у пожилых пациентов, как правило, неглубокие, поведенческие расстройства при них выражены минимально или не имеют места. Тревога, мучительно переживаемая пациентами, как правило, не сопровождается внешними проявлениями ажитации, депрессивная анорексия не имеет характера полного отказа от еды, депрессивная самооценка с тягостным чувством «измененности состояния» не достигает степени самоуничужения.

Для диагностики маскированных субдепрессий применяют следующие методы:

- выявление признаков депрессии;
- выявление предрасполагающей основы в виде преморбидных черт, отражающих особенности реактивности, семейные и наследственные факторы;
- выявление признаков цикличности соматоневрологических симптомов в анамнезе и при наблюдении настоящего состояния;
- выявление отсутствия соответствия между объективным статусом и жалобами;

– выявление отсутствия эффекта от соматической терапии и положительной реакции на психотропные средства.

Депрессивный вариант. Депрессия (от лат. подавление, угнетение) - психическое расстройство, оказывающее существенное влияние на социальную адаптацию, качество жизни и характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с пессимистической оценкой себя и своего положения в окружающей действительности, торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением побуждений и соматовегетативными нарушениями.

Причины возникновения депрессии неизвестны. Обнаружению биологических или психосоциальных причин препятствует разнородность контингента больных. Одной из причин депрессии могут стать тяжелые психотравмирующие события. Риск развития аффективного расстройства возрастает при различных соматических заболеваниях, которые могут увеличивать его тяжесть и продолжительность. События жизни могут послужить толчком для развития депрессии. Однако у многих больных депрессивные состояния могут возникнуть без видимых причин. Депрессия ни в коем случае не является проявлением слабости характера, так как это заболевание нарушает все функции человека, в том числе и волевые. Соматическое заболевание может оказывать выраженное и непосредственное влияние на аффективные расстройства, увеличивая тяжесть и продолжительность депрессивных симптомов. В свою очередь аффективные расстройства утяжеляют и усложняют течение соматического заболевания.

Депрессия очень распространенное заболевание. По данным ВОЗ депрессивными состояниями страдают 8-12% населения планеты. В действительности распространенность депрессии значительно выше, так как она нередко остается нераспознанной. Часто люди, страдающие депрессией, не обращаются за медицинской помощью, либо не сообщают о симптомах, связанных с изменением настроения. Многие считают, что привычное

для них настроение и уровень активности рано или поздно восстановятся сами по себе. Другие полагают, что изменение их состояния - проявление усталости от эмоциональных или физических перегрузок. Они уверены, что смогут справиться собственными силами (отдых, режим, диета, общеукрепляющие средства). Некоторые больные сами осознают, что изменения их самочувствия во многом связаны с нарушением психического состояния, но не знают о существовании эффективного медицинского лечения.

Депрессия приводит к целому ряду негативных последствий как для самого пациента, так и для его близких. Она снижает значительно активность и работоспособность и часто является причиной проблем на работе. Даже при легкой депрессии трудно справиться с профессиональными обязанностями из-за снижения инициативности, нарушения концентрации внимания, памяти, частой раздражительности, придирчивости и др. Депрессия влияет на тяжесть и течение соматических заболеваний. Длительность депрессии варьирует в очень широких пределах: от 3-4 недель до нескольких лет.. Как правило депрессия - хроническое заболевание, которое проявляется периодическими обострениями. Другой вариант - непрерывное хроническое состояние на протяжении нескольких лет.

Значительная часть депрессий распределяется в пределах следующих двух категорий.

1. Реакции экзогенного типа (соматогении) - соматогенные депрессии, манифестирующие вследствие реализуемого на патогенетической основе воздействия тяжелой соматической вредности.

2. Психогенные реакции (нозогении) - нозогенные депрессии, возникающие в связи с констелляцией психогенных, ситуационных и других факторов

Нозогенные депрессии детерминируются рядом факторов (психологических, социальных, личностных, биологических). Основные факторы, влияющие на формирование нозогенных

депрессий:

- а) структура личности;
- б) семантика диагноза;
- в) предшествующая соматическому заболеванию психическая патология;
- г) особенности течения соматического заболевания.

Для депрессии характерны следующие признаки.

1. Напряженность, неспособность расслабиться.
2. Стойкое угнетенное настроение с чувством тоски, подавленностью и/или повышенной раздражительностью.
3. Утрата способности получать удовольствие от того, что раньше радовало.
4. Обостренное чувство вины, собственной малоценности, бесполезности, беспомощности.
5. Трудности сосредоточения, осложнения с памятью. Потеря интереса к обычной деятельности.
6. Снижение настроения, особенно утром.
7. Расстройства сна (трудности засыпания, кошмары, нарушение продолжительности сна (частые пробуждения), слишком раннее пробуждение, слишком долгий сон).
8. Нарушение сексуальной функции (отсутствие желания; отсутствие удовольствия).
9. Расстройства аппетита (отсутствие вкусовых ощущений, приступы прожорливости без аппетита).
10. Изменение веса.
11. Неопределенный страх. Чувство грядущего несчастья.
12. Быстрая и длительная утомляемость, слабость.
13. Головная боль.
14. Дрожь, онемение, щекотание в пальцах, лице, носу, щеках, губах и других участках тела.
15. Напряженное выражение лица.
16. Стереотипное поведение.
17. Холодное липкое рукопожатие.
18. Хожение из угла в угол, беспокойство.

19. Раздражительность, слезливость.
20. Пессимизм, безнадежность.
21. Снижение энергии (постоянная усталость, ощущение собственного бессилия).
22. Беспокойство или медлительность, заметные для окружающих.
23. Сухость во рту (сухость тревоги), горечь во рту, металлический привкус.
24. Запоры.
25. Канцерофобия и др. фобии.

Нозологически самостоятельные депрессии.

Циклотимические депрессии. Аутохтонно возникающие фазовые состояния патологически измененного аффекта, протекающие на психотическом уровне: а) витальная депрессия - определяется подавленным настроением с беспричинным пессимизмом, унынием. На первом плане явления депрессивной гиперестезии (позитивная аффективность) - тоска, тревога, заниженная самооценка с представлением о собственной никчемности. Признаки депрессии могут достигать достаточной выраженности с максимумом в утренние часы (патологический циркадианный ритм); б) апатическая депрессия - определяется дефицитом побуждений с падением жизненного тонуса (обедненная мимика, монотонность речи, обычно малозаметной (временами достигающей уровня акинезии) замедленностью движений. Преобладает чувство отрешенности от прежних желаний, безучастности ко всему окружающему и собственному положению. Все поступки как бы лишены внутреннего смысла, совершаются в силу необходимости. При углублении на первый план выдвигаются ощущение внутреннего дискомфорта, мрачная угнетенность, связанные с осознанием происшедших изменений аффективной жизни; в) анестетическая депрессия - определяется явлениями отчуждения, сочетающимися с ангедонией (внутреннее неудовольствие) с проявлением ощущения «притупления» умственной деятельности, исчезновения прежней насыщенности восприятия,

приглушенности чувств или анестезией соматических функций (отсутствие чувства сна, насыщения, жажды и т.д.).

Атипичные депрессии (варианты со стертыми проявлениями, характеризующимися особой констелляцией симптомокомплексов). Составляют не менее 40% всех депрессий. Развиваются преимущественно на фоне личностных девиаций избегающего, истерического (гистрионного) и зависимого типа с чертами аффективной лабильности, тревожности, сенситивности в интерперсональных отношениях. Чаще всего это стертые формы депрессий. Речь идет о синдромах, не достигающих полной психопатологической завершенности, при которых основные, свойственные циклотимическим депрессиям проявления (собственно гипотимия, психомоторные расстройства, идеи виновности и др.) мало выражены, а часть их вообще отсутствует. В других случаях собственно аффективные расстройства отступают на второй план и часто не распознаются, поскольку ведущее положение в клинической картине занимают симптомокомплексы, выходящие за пределы психопатологических расстройств аффективных регистров. По признаку доминирующих феноменов, которые чаще всего изолированные, выделяют соматоформные расстройства, имитирующие патологию внутренних органов (стойкие алгии - головные боли, невралгии, гиперсомния и др), расстройства влечений (анорексия, булимия, дипсомания, токсикомания и др.).

Дистимии. Хронические (длительностью не менее 2 лет) депрессии, протекающие (как и циклотимические) на непсихотическом уровне при минимальной выраженности аффективного расстройства. Различают два типа дистимических состояний:

а) катестатическая (соматизированная) дистимия. Характеризуется преобладанием соматовегетативных и астенических симптомокомплексов (наиболее типичные жалобы на плохое самочувствие, сердцебиение, одышку, слезливость, плохой сон). Аффективные проявления (угнетенное настроение, пониженная самооценка, пессимизм) тесно связаны с соматоформными расстройствами. При этом подавленность, тоскливость приобрета-

ют физикальный оттенок (жжение в груди, ледяной холод в подложечной области и др.). По мере хронизации на первый план выступают явления астении (снижение активности с чувством физического бессилия, склонность к самоощажению, экономии сил), в других - доминируют явления невротической ипохондрии (синестезии, дизестетические кризы, фобии ипохондрического содержания);

б) характерологическая дистимия определяется спаянными между собой проявлениями аффективных и патохарактерологических расстройств. В структуре дистимического аффекта преобладают явления дисфории: угрюмое брюзжание, сварливость с недовольством, придирчивостью, эксплозивными вспышками. В ряду патохарактерологических признаков стоят психопатические проявления «драматического» характера - демонстративность, манипулятивное поведение. В клинической картине доминирует мрачный пессимизм, хандра, недовольство сложившейся судьбой, негативное отношение к окружающему. Явно преувеличенные жалобы на подавленность подкрепляются нарочито скорбной мимикой, стонами, рыданиями и сочетаются с грубыми притязаниями, повышенной требовательностью к родственникам.

Реактивные депрессии. Возникают, как правило, в связи с тяжелой психической травмой, вызывающей реакцию горя (необратимые утраты, распад семьи, судебное преследование, потеря работы и др.). Выделяют острые депрессивные реакции с чрезмерной силой аффективных проявлений психогенно помраченного сознания с преобладанием диссоциативных расстройств в виде эксплозивных вспышек с отчаянием, рыданием, обмороками. Такие состояния во времени непосредственно связаны с происшедшим несчастьем, они непродолжительны. Значительно чаще встречаются затяжные, медленно развивающиеся депрессии, симптоматика которых (подавленность, безнадежность, слезливость) приобретает синдромальную завершенность лишь спустя определенное время после психической травмы. Обычно это истерические депрессии, которые отличаются большой дра-

матичностью психогенного комплекса (изменчивые, образные, сценopodobные представления, отражающее индивидуально значимое событие), выраженностью соматовегетативных и конверсионных (астазия-абазия, «ком» в горле, афония) проявлений.

Для установления депрессии необязательно наличие всех возможных симптомов или большинства из них. Минимальный срок для определения депрессии как болезненного состояния составляет две недели. Аффективные расстройства, формирующиеся без участия соматической патологии, могут быть в рамках психических заболеваний эндогенного и психогенного круга - циклотимии, маниакально-депрессивного психоза, дистимии, реактивной депрессии. Диагноз депрессии ставится в соответствии с критериями DSM IV.

1. Сниженное настроение в течение большей части дня, почти каждый день (определяется субъективно - печаль, пустота или объективно - слезы).

2. Заметная потеря интереса ко всем (почти) занятиям (работа, хобби, домашние дела), продолжающаяся, как правило, изо дня в день в течение почти всего дня.

3. Заметное уменьшение или прибавление массы тела, без применения диеты (изменение > 5% в месяц). Длительная потеря аппетита.

4. Проблемы с продолжительностью сна (при депрессии со страхом в период засыпания) или чрезмерный сон (особенно сложности пробуждения по утрам).

5. Психомоторные возбуждение или торможение (объективно или субъективно).

6. Каждодневная усталость, состояние бессилия.

7. Чувство заброшенности или невероятного стыда, вины (иногда похожие на бред).

8. Снижение способности мыслить и концентрироваться, невозможность принимать решения постоянно.

9. Навязчивые мысли о смерти (не только страх смерти). Повторные мысли о самоубийстве, с планом или без него, или

попытка самоубийства.

Пять из перечисленных симптомов должны отмечаться как минимум в течение 2 недель и одновременно должно наблюдаться явное ухудшение в личностном функционировании: сниженное настроение или потеря интереса или удовольствия и т.д.

Если состояние пациента отвечает приведенным критериям, должен быть исключен маниакальный психоз. Необходимо также проверить прием лекарств, способные вызвать депрессивные проявления, исключить соматические заболевания, которые могут вызвать депрессию (гипотиреоз и др.).

Маскированные депрессии обозначаются также как «скрытые», «алекситимические депрессии» либо как «депрессивные эквиваленты». Как вытекает из последнего определения, в ряде случаев пациенты могут не осознавать депрессивного расстройства. Иногда они убеждены в наличии у себя какого-либо редкого и трудно диагностируемого заболевания и настаивают (предполагая некомпетентность врача) на многочисленных обследованиях в медицинских учреждениях непсихиатрического профиля. Вместе с тем при активном расспросе удается выявить подверженный суточным колебаниям патологический аффект в виде преобладающей по утрам необычной грусти, уныния, тревоги или безразличия, отгороженности от окружающего с чрезмерной фиксацией на своих телесных ощущениях.

В беседе необходимо учитывать особенности самосознания больных (и особенно в случаях алекситимических депрессий), их неспособность выразить и описать свое душевное состояние, склонность приписывать плохое самочувствие соматическому недомоганию.

Соответственно необходимую информацию нередко удается почерпнуть из ответов на вопросы, поставленные не в плане наличия конкретных психопатологических феноменов (*чувствуете ли вы тоску, есть ли мысли о самоубийстве и т. п.*), но относящихся к изменениям самочувствия, настроения, влечений и всего образа жизни, нарушению интерперсональных отношений

и эмоциональных связей, снижению профессионального стандарта (*не исчезала ли радость жизни, близко ли слезы, давно ли превалирует пессимистическая оценка сложившейся ситуации*).

По признаку доминирующих феноменов, которые чаще бывают изолированными, выделяют следующие варианты атипичных депрессий.

«Маски» в форме психопатологических, расстройств:

- тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, тревожные сомнения, панические атаки, агорафобия);
- обсессивно-компульсивные (навязчивости);
- ипохондрические;
- неврастенические.

«Маски» в форме нарушения биологического ритма:

- бессонница;
- гиперсомния.

«Маски» в форме вегетативных, асоматизированных и эндокринных расстройств:

- синдром вегетососудистой дистонии, головокружение;
- функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной толстой кишки и др.);
- нейродермит, кожный зуд;
- анорексия, булимия;
- импотенция, нарушения менструального цикла.

«Маски» в форме алгий:

- цефалгии;
- кардиалгии;
- абдоминалгии;
- фибромиалгии;
- невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит);
- спондилоалгии;
- псевдоревматические артралгии.

«Маски» в форме патохарактерологических расстройств:

- расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания);
- антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, фронтационные установки, вспышки агрессии);
- истерические реакции (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям, принятие роли больного).

Депрессии, принимающие соматические «маски», соматизированные депрессии, часто встречаются в общемедицинской сети. От 1/3 до 2/3 всех пациентов, наблюдающихся у врачей широкого профиля, а также у узких специалистов, страдают депрессией, маскированной ипохондрической или соматизированной симптоматикой. Нередко проявления депрессии перекрываются симптоматикой органических неврозов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной кишки, синдром Да Коста и др.

Функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы — кардиалгии, тахикардия, аритмии сердца, колебания АД — имитирующие симптоматику различных форм кардиологической патологии в 21% случаев выступают не как самостоятельные психопатологические образования, а маскируют аффективные расстройства. Еще чаще на первый план клинической картины депрессий выдвигаются функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (синдром раздраженной кишки) - гипомоторная дискинезия, запоры при отсутствии позывов на дефекацию, стойкие абдоминалгии в проекции толстой кишки. Синдром раздраженной кишки в 1/3 случаев (71%) является составной частью соматовегетативного комплекса депрессий (апатические, тоскливые депрессии).

Одной из наиболее распространенных «масок» депрессий являются стойкие идиопатические алгии. Хроническая боль как проявление маскированной депрессии может локализоваться практически в любой части тела. Чаще всего врачу приходится

сталкиваться с цефалгиями, болями в спине, кардиалгиями и др.

Критерии диагностики соматизированных депрессий:

– разрыв между полиморфизмом соматовегетативных проявлений, потребностью в медицинской помощи, с одной стороны, и отсутствием объективно выявляемых признаков соматического заболевания - с другой;

– подчиненность соматизированных и других проявлений позитивной аффективности суточному ритму (улучшение настроения вечером, реже утром);

– присоединение в дебюте или по мере динамики расстройства признаков негативной аффективности;

– периодичность (сезонность) манифестации болезненной симптоматики, ремиттирующее течение;

– настойчивое обращение за медицинской помощью, несмотря на очевидное отсутствие результатов лечения;

– улучшение на фоне приема антидепрессантов.

Помощь при психосоматических расстройствах

Помощь при психосоматических расстройствах включает широкий круг профилактических и лечебных мероприятий, требующих комплексного подхода. Лечение (особенно в выраженных случаях) проводится не только терапевтом либо узким специалистом, но нередко требует участия психиатра и психотерапевта.

Важным методом лечебного воздействия является психотерапия, включающая элементы психокоррекции. Проводимая параллельно с лекарственным лечением симптоматическая психотерапия помогает снизить тревожность, отвлечь внимание больного от ипохондрических опасений, придать личностный смысл лечебному процессу. При соучастии в генезе наблюдаемых расстройств неразрешенных интрапсихических конфликтов психотерапия используется как патогенетический метод лечения.

Основными методами психотерапии психосоматических состояний являются:

- 1) психотерапевтическая беседа;
- 2) поддерживающая терапия;
- 3) соответствующее диагностико-терапевтическое использование взаимоотношений «врач-пациент»;
- 4) ориентированные на поведенческую терапию индивидуальные и групповые подходы к лечению.

Современный врач-терапевт с его многообразными терапевтическими возможностями должен играть роль активного, знающего специалиста, могущего помочь больному. Отойти от этой роли и поддерживать открытые партнерские отношения с больным бывает трудно или невозможно. Хотя некоторые врачи при этом проявляют склонность давать «радикальные» советы и указания: «Разведитесь, ваша жена не понимает вас», «Эта профессия не для Вас, у вас нет определенной потребности руководить людьми», «Женитесь, и тогда Ваши страхи и беспокойство исчезнут». Следует знать, что такие советы успехом у больных не пользуются.

Неспецифической терапевтической задачей врача-терапевта является обязанность выслушать все существенные сведения больного о его конфликтах и проблемах, дать ему конкретные советы и рекомендации. Самые большие трудности при этом связаны с современным профессиональным образованием, направленном на быстрые решения и действия, в то время как врачу необходимо перестроиться на рецептивную установку, которая дает пациенту свободно высказываться. Необходимо осознавать тот факт, что для больного уже простое сообщение о своих проблемах и конфликтных ситуациях и своей жизни приносит ему существенное облегчение и тем самым играет важную терапевтическую и профилактическую роль.

В современном психотерапевтическом лексиконе для характеристики эмпатии, эмоционального участия в отношениях между врачом и пациентом используются понятия «перенесе-

ние» и «контрперенесение», которые отражают эмоциональное участие врача, интерес, который он проявляет к пациенту и его соматическим и психическим проблемам, что он переживает как свои конфликты и проблемы с которыми к нему приходит больной.

Наряду с теоретическими знаниями в области психосоматической патологии необходимо овладеть навыками ведения беседы, нацеленной на симптомы и конфликтные ситуации и соответствующего оформления взаимоотношений «врач-пациент». Эти методы могут применяться в отдельности или в сочетании с другими дополнительными методами в зависимости от симптоматики пациента и компетентности врача. Врач-терапевт должен найти в сфере психосоматической медицины среди овеществленного и инструментального ошибочного понимания болезни пациентом доступ к мыслимым возможностям решения проблемы и альтернативам (В.Бройтингам и др., 1999).

Выбор метода психотерапии проводится с ориентацией на пациента в зависимости от нозологической формы заболевания, его продолжительности, тяжести течения и мотивации на лечение. Показания к использованию разных видов и методов психотерапии и психопрофилактики при хронических соматических заболеваниях должны основываться на знании типа личности, особенностей складывающихся в процессе болезни личностных отношений, охватывающих как саму болезнь, так и все, что с ней связано.

Отношение больного к своей болезни, к окружению и к самому себе понимается, прежде всего, как функция бессознательного. С позиций психологии отношений следует признать, что эти отношения в подавляющем большинстве сознательные, а те, что не осознаны, в принципе могут тоже стать сознательными. Свойства личности – важный, но далеко не единственный фактор, определяющий отношение к болезни.

Психотерапевтическая беседа.

Методами терапии и профилактики психотерапевтической беседы являются вербальные воздействия и внушения.. Необходи-

димом руководствоваться следующими общими правилами ведения психотерапевтической беседы.

1. Важно, чтобы пациент не только рассказал о своих соматических жалобах, но и сообщил сведения о своем эмоциональном состоянии, своей жизни и жизненных конфликтах. Если это удастся при эмоциональном участии врача, то это дает гарантию, что пациент получил облегчение от такой беседы. Нельзя полагать, что в каждом случае необходимо давать совет по разрешению проблемы. Вербализация и вскрытие конфликта сами дают терапевтический эффект и прежде всего в случаях, когда пациент правильно оценил свое положение, приведшее его к конфликту. В самом восприятии речи, в его интересе к пациенту, его понимании конфликтной ситуации, его вопросах и изложении своего мнения о возникновении конфликта заключается терапевтический эффект.

2. Решающим является, остается ли конфликт и участие в нем пациента на поверхности без глубинной проработки или удастся актуализировать его во взаимоотношениях пациента с врачом и представить сценически. Это происходит большей частью неосознанно и незаметно и проявляется не в содержании разговора, а во внешне второстепенных особенностях поведения больного: как он ходит, употребляет те или иные понятия, принимает или не принимает предложения врача, каковы его осанка, поза, положение рук и ног, манера говорить, взгляд и др., что указывает на их аффективный сценический характер.

3. Однократная диагностически-терапевтическая беседа для большинства больных является единственной психотерапией, которую они получают. Первый и единственный разговор часто является решающим. От него зависит, найдет ли пациент контакт с врачом и разъяснит ему свое понимание болезни и сможет ли врач объяснить больному свою психологическую оценку болезни.

4. Для проведения психотерапевтической беседы необходимо, чтобы врач уделял ей достаточно времени. Если он испытывает недостаток времени, то не сможет оценить психический ас-

пект становления болезни. Обычно это означает, что врач при первой встрече назначает новую встречу с больным в более свободное время и при этом дает понять, что он серьезно воспринимает психические аспекты его болезненного состояния.

5. Если между соматическими жалобами пациента и жизненной ситуацией обнаруживается связь, может быть назначена медикаментозная терапия. Она должна как бы дополнять, то, что вытекает из врачебной беседы, имеет отношение к ее содержанию, символизирует заботу врача. Полезно после беседы нормализовать ночной сон пациента. Психотерапевтические средства позволяют создать новые ориентиры и могут облегчить состояние больного, запутавшегося в своих конфликтах, помогут ему внутренне освободиться от них и сосредоточится на восстановительных тенденциях. Лишенная почвы симптоматика облегчится за счет уменьшения вегетативного влияния под непосредственным действием психофармакотерапии.

Поддерживающая терапия.

Это разгружающий метод активного выслушивания, проникновенного безоценочного понимания, искреннего заботливого участия. Речь идет о технике, при которой прорабатываются жизненное положение и поведение пациента в реальной жизни, его трудности, изоляция, приспособление, патологические реакции.

Целью этой терапии не является изменение личности. Врач пытается вникнуть в проблему, не осуждая пациента, а поддерживая. Часто бывает важно видеть родственников вместе с пациентом, чтобы вместе разобраться в социальном положении пациента. При этом от врача требуется достаточная степень активности.

Этот метод показан и для пациентов, которым требуется изменяющая личность психотерапия, но которые пока не готовы к изменению своих установок и действий. Такая терапия зачастую способствует возникновению мотивации к более поздней аналитически ориентированной психотерапии.

Взаимоотношения «врач-пациент» в терапии психосо-

матических состояний.

Составляющими лечебного воздействия поведения врача следует считать:

- вникающее понимание без оценивания;
- открытость, неподдельность, отсутствие формальностей;
- заботливое участие в коррекции заболевания и судьбе пациента;
- активное высказывание (внимательно слушать и сообщать пациенту, что стало ясно из его ответов).

Такие характеристики взаимоотношения врач–больной, как эмпатия, акцептация (положительное принятие и теплота), самоконгруэнтность (естественность, согласованность чувств и их выражения), являются существенными условиями для конструктивных изменений личности в процессе психотерапии.

Вербальное вмешательство.

Является особой формой ведения врачебной беседы. Оно проводится только индивидуально в течение не менее 20 мин. Проводится ориентация на симптомы и коммуникативные ситуации и должно побудить пациента через восприятие своего заболевания к самонаблюдению за возможными иницирующими причинами, проблемами и конфликтами. Важно помочь пациенту признать взаимосвязь между конфликтом и симптоматикой, что станет мотивом для самостоятельного разрешения конфликтов и изменения поведения.

В деонтологическом подходе к больным с психосоматической патологией имеются отличительные особенности. Весьма существенным для врача в этих случаях является, возможно, раннее выяснение собственной концепции больного о его болезни, представлений о ее причинах, степени выраженности чувства тревоги, влияния на жизненную ситуацию, угрозы для будущего. С учетом этих данных особенностей личности пациента врач через какое-то время излагает ему свое понимание основных проявлений заболевания, стараясь при этом избегать директивного стиля и ни в коем случае не навязывать свою точку зре-

ния. Он привлекает пациента к совместному обсуждению предполагаемой терапевтической тактики, постоянно приобщая к активному участию в лечебном процессе.

Указанные принципы составляют основу проводимой психотерапии. Сама по себе откровенная беседа пациента с врачом, понимающим его, приносит ему душевное облегчение. Пациенту непонятны происхождение и сущность мучающих его тягостных ощущений, страхов, различного рода опасений. Достижимое с помощью врача осознание причин невротических расстройств помогает ему справиться с ними, пересмотреть свои взгляды на окружающее и научиться по-другому трактовать свои эмоциональные переживания.

В процессе психотерапевтического воздействия пациент получает представление о психологических механизмах своей болезни, начинает четко осознавать факт искаженного восприятия происходящих в организме биологических процессов. Это позволяет ему понять ошибки в его реагировании на те или иные физические ощущения. Большое значение имеет помощь врача в раскрытии больному причин и содержания имеющегося у него «внутреннего конфликта», в изменении его ценностных ориентаций и установок, в мобилизации его усилий на преодоление существующих трудностей. Одним из методов такого воздействия является рациональная психотерапия.

Рациональная психотерапия.

Суть рациональной психотерапии состоит в разъяснении, убеждении, отвлечении и успокоении больного. Советы врача всегда должны исходить из реальных условий жизни, возможностей больного, его привычек и интересов. От впечатления, которое вынесет пациент из первой встречи с врачом, от того, насколько сильным окажется возникший между ними эмоциональный контакт, в огромной степени будет зависеть эффект лечения.

Имеющийся при невротических состояниях сложный внутренний конфликт находит свое выражение не только в психосоматических реакциях и нарушениях внутриличностных связей, но и в изменении отношений с окружающими. Из-за обусловленных нервным срывом искажений в области социального восприятия больной неверно, предвзято истолковывает мотивы поведения окружающих людей. Он неадекватно реагирует на разного рода трения и шероховатости, невольно возникающие в процессе общения. Ранее они совершенно не привлекали его внимания и только теперь, когда он находится в состоянии нервного срыва, стали вызывать болезненную реакцию.

Учет этого межличностного фактора, как одного из аспектов невротических нарушений, говорит о целесообразности использования психотерапии не только в индивидуальной, но и групповой форме. Особенность групповой психотерапии состоит в том, что она проводится одновременно с несколькими больными. При этом формируется коллектив больных, который уже сам по себе оказывает положительное психологическое воздействие на всех его членов. Это достигается только в том случае, если в группе царит атмосфера непринужденности, доброжелательности, взаимного стремления помочь друг другу избавиться от болезненных расстройств. Лечение проводится 1-2 раза в неделю в течение 1 часа. Количество больных, входящих в группу, может быть различно: большие группы – 10-15 человек и малые – 2-5 человек. Состав их может быть постоянным (группа закрытого типа) или меняющимся по мере того как выбывают одни боль-

ные: их место занимают другие (группа открытого типа).

При проведении сеансов врач рассказывает больным о причинах и механизмах возникновения их недуга, объясняет, что заболевание носит временный, обратимый характер и хорошо поддается лечению. Во время сеансов анализируются возможные пути преодоления болезни, показывается огромная важность саморегуляции, выработки способности «гасить» в себе неприятные переживания, ни в коем случае не фиксироваться на всякого рода внутренних ощущениях. Существенное влияние, помимо врача, оказывают дискуссии, возникающие между членами группы.

Наряду с различными видами рациональной психотерапии проводится также и гипносуггестивные воздействия

Гипносуггестивные воздействия.

Гипноз - это ритуализированное лечение внушением, которое как врачебный метод зародилось в 19-м веке. Врач здесь полностью активен, доминирует, уверенный, знающий; пациент остается пассивным, регрессивным, воспринимает благодаря действиям врача подчеркнутое вербальное внушение. При этом возникает особая форма аффективных отношений с регрессивным сужением сознания пациента, который свое внимание направляет на действия врача, полностью лишаясь своей воли и подчиняясь ему в своих действиях. Внушение в гипнозе благоприятно воздействует на «невротические наслоения», особенно если последние не имеют характера исторической фиксации.

Если лечащий врач выбирает гипноз в качестве метода лечения, важно иметь достаточно полное и четкое представление о характерологических особенностях личности пациента, его эмоциональной, поведенческой реакции на гипноз, его отношение к гипнотерапии. Высокий терапевтический эффект можно получить лишь тогда, когда продолжительность сеанса гипнотерапии составляет не менее 45-50 минут. Лечебные методики гипнотерапии разнообразны и выбираются в зависимости от конкретной задачи. Это: индивидуальные и коллективные сеансы, гипноз-отдых, удлиненная гипнотерапия, гипнокатарсис, сочетание

гипноза с процедурами электросна.

Все большее распространение в последнее время приобретает такой метод психотерапии, как аутогенная тренировка.

Аутогенная тренировка.

Особый вид самовнушения (внушение - прием на веру без критической переработки поступающей информации). Как метод лечения основан на саморегуляции психических и вегетативных функций организма при их нарушении в связи с отрицательными эмоциями путем расслабления скелетной мускулатуры, регуляции регионарного сосудистого тонуса, сердечного ритма, частоты и глубины дыхания посредством специально подобранных словесных формул. Врач обучает пациента переживать состояние покоя, чувство тяжести и теплоты, которые он затем в течение дня вызывает у себя сам. Стандартная методика основоположника аутотренинга В. Шульца включает отработку с помощью специальных словесных формул следующих 6 упражнений:

- 1) быстро и в полной мере расслабить все мышцы тела;
- 2) вызвать ощущение тепла в руках и ногах;
- 3) произвольно регулировать ритм сердечной деятельности;
- 4) регулировать ритм, глубину, частоту дыхания;
- 5) вызвать ощущение тепла в области живота (волевое воздействие на тонус сосудов брюшной полости);
- 6) регулировать тонус сосудов головы.

Обучение пациента проводится в спокойном размеренном темпе, с закрытыми глазами, в полной тишине, без помех путем запоминания и повторения в строгой последовательности словесных формул:

– *Моя правая рука тяжелая. Я спокоен, совершенно спокоен. Ничто меня не волнует. Расслабляются мышцы правой руки: пальцы, кисть, рука полностью. Рука становится тяжелая, тяжелая, будто свинцовая. Нет желания и сил ею шевелить. Рука стала как плоть. Все больше тяжесть в ней. Нет сил поднять руку.*

Повторять до закрепления. Затем последовательно выраба-

тывается ощущение тяжести в левой руке, правой и левой ногах, во всем теле.

– *Моя правая рука теплая.* Я спокоен, расслаблен, тяжелые руки, ноги, все тело. Не хочется шевелить ни рукой, ни ногой. Меня окутывает легкое тепло. Чувствую тепло. Оно наиболее чувствуется в правой руке. Теплые пальцы, кисть, вся правая рука. Как будто они находятся около печи. Мне приятно и хорошо.

Повторять до закрепления с последующей выработкой ощущения тепла последовательно в других частях тела.

– *Мое сердце бьется спокойно и ровно.* Спокойно, совершенно спокойно работает мое сердце. Приятное тепло течет из левой руки в левую половину груди. Расширяются сосуды сердца. Стало приятно и тепло за грудиной. Сердце сокращается спокойно и ровно. Мне приятно и хорошо. Я не чувствую сердце. Мне приятно и хорошо.

Повторять до закрепления.

– *Мое дыхание спокойное и ровное.* Я спокоен. Я совершенно спокоен. Расслаблен. Тяжелые руки, ноги, все тело. Дыхание спокойное и свободное. Бронхи расширены. Ничто не мешает моему дыханию. Легко и свободно струится воздух. Хочется дышать и дышать. Мне приятно и хорошо. Дыхание глубокое и спокойное.

Повторять до закрепления.

– *Мое солнечное сплетение излучает тепло.* Я спокоен. Расслаблен. Приятная тяжесть во всем теле. Тепло в правой руке (кисть положить ладонью на солнечное сплетение). Расслабляются мышцы живота. Живот плавно участвует в дыхании. Дыхание спокойное, глубокое, ровное. Приятное тепло нарастает под правой ладонью. Ощущаю глубокое тепло в животе. Это солнечное сплетение излучает тепло. Мне приятно и хорошо.

Повторять до закрепления.

– *Мой лоб приятно прохладен.* Я спокоен. Я совершенно спокоен. Мой лоб приятно прохладен. Голова становится све-

жей. Легкий ветер охлаждает мое лицо. Мне легко. Голова свежая и легкая.

Повторять до закрепления.

Этот этап продолжается 2-3 месяца. Следующим этапом является обучение пациента общему телесному и душевному расслаблению, духовному самопогружению с помощью специальных упражнений и подобранных словесных формул, что имеет много положительных психосоматических эффектов.

Классические формулы самовнушения при аутогенной тренировке могут быть перестроены врачом в соответствии с особенностями личностных установок и статуса пациента или самим больным. В них могут быть включены эффективно значимые в каждом конкретном случае приемы борьбы с определенными психогенными расстройствами. Этот метод нередко оправдывает себя не только при чисто функциональных нарушениях психогенной природы, но и при большинстве психосоматических заболеваний.

Психофармакотерапия. Психотерапия пациентов с психосоматическими расстройствами в практике участкового врача-терапевта может проводиться в комбинации с применением психотропных препаратов, воздействующих на переживания и поведение человека. Интенсивность и продолжительность их воздействия зависят от вида препарата, дозировки, способа применения и личности пациента. Как правило, психотропные средства действуют ограниченно во времени, симптоматически и не устраняют причин заболевания. Поэтому их следует применять только в рамках комплексной терапевтической концепции, в сочетании с сопутствующими беседами и учетом *основных правил психофармакологической коррекции*:

- четкие показания к лечению;
- учет предшествующего медикаментозного лечения;
- составление программы медикаментозного лечения данного пациента;
- адекватный выбор лекарственных средств в зависимости

от клинических проявлений психосоматического состояния;

- отказ от использования комбинированных препаратов;
- доза препарата должны быть настолько малой, насколько возможно, приниматься столько времени, сколько необходимо данному пациенту;
- регулярный врачебный контроль во время и после фармакологической коррекции;
- информирование пациента о действии, побочных эффектах, взаимодействии с другими лекарственными препаратами и алкоголем назначенного психофармакологического средства;
- максимально быстрое окончание терапии с постепенным снижением дозы назначенного препарата;
- особая осторожность в отношении пациентов с риском развития наркотической зависимости.

В то же время психотерапия, проводимая параллельно с лекарственными назначениями, помогает снизить тревожность, отвлечь внимание больного от ипохондрических переживаний, наряду с ней значительное место в терапии психосоматических расстройств занимает медикаментозная терапия. Фармакотерапия психосоматических расстройств, учитывая их многообразие и наличие в ряде случаев сочетанной патологии внутренних органов, строго индивидуальна и не может проводиться по шаблону. Обязательным условием терапии является сотрудничество больного с врачом. Задача врача - добиться заинтересованности и участия пациента в процессе терапии. В противном случае возможно нарушение врачебных рекомендаций в отношении как доз, так и режима приёма лекарств. У 25-50% амбулаторных больных подобные нарушения негативно отражаются на результатах лечения. Необходимо внушить пациенту веру в возможность выздоровления, преодолеть его предубеждение против «вреда», наносимого психотропными средствами, передать ему свою убеждённость в эффективности лечения при условии систематического соблюдения предписанных назначений.

Назначая психотропные средства, надо помнить, что эффект большинства из них развивается постепенно. В связи с этим перед началом терапии во избежание разочарований и преждевременного прекращения курса лечения больных предупреждают о постепенном «развёртывании потенциала» лекарственного средства и возможности побочных эффектов.

При определении метода терапии учитывается клиническая характеристика психосоматических расстройств. Психотропные средства показаны в первую очередь при преобладании в клинической картине тревожно-фобических расстройств, ипохондрических расстройств. Выбор психотропных средств во многом определяется выраженностью психопатологических проявлений. В случаях психопатологической незавершенности клинических расстройств (субсиндромальные состояния), их нестойкости и эпизодической манифестации, как правило, достаточным оказывается назначение препаратов класса транквилизаторов. Наряду с этим могут использоваться медикаменты, традиционно рассматриваемые как соматотропные, но обладающие и нерезко выраженным психотропным эффектом (препараты группы бета-блокаторов, обнаруживающие анксиолитический эффект, нифедипин и верапамил, обладающие нормотимическими свойствами).

При психопатологически завершенных формах выбор психотропных средств определяется структурой синдрома.

Необходимо использовать медикаменты, в наибольшей мере соответствующие требованиям, предъявляемым к лекарственным средствам, применяющимся в общемедицинской сети. К ним относятся: минимальная выраженность нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов, которые могли бы нарушить функции внутренних органов и/или привести к усугублению соматической патологии; ограниченность признаков поведенческой токсичности; а в условиях акушерской практики - минимальный тератогенный эффект, не препятствующий проведению психофармакотерапии в период беременности; низкая вероятность нежелательных взаимодействий с соматотропными

препаратами; безопасность при передозировке; простота использования (возможность назначения фиксированной дозы препарата или минимальная потребность в ее титрации).

Важным с точки зрения использования в общей медицинской практике качеством этих средств является также минимум терапевтически значимых нежелательных взаимодействий с соматотропными медикаментами. Соответственно они безопасны для пациентов с сердечно-сосудистой патологией (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, кардиомиопатии, миокардиты, приобретенные пороки сердца и др.), с легочными заболеваниями (острый и хронический бронхиты, пневмонии), с заболеваниями крови (анемии различного генеза), их можно применять при мочекаменной болезни, гломерулонефритах, в том числе осложненных почечной недостаточностью, сахарном диабете, заболеваниях щитовидной железы, глаукоме, аденоме предстательной железы, а также у физически ослабленных и лиц пожилого возраста.

Нейролептики. К таким средствам относятся некоторые производные фенотиазина (алимемазин - терален, перфеназин - этаперазин, тиоридазин - сонапакс), тиоксанта (хлорпротиксен), а также бензамиды (сульпирид - эглонил) и некоторые другие атипичные нейролептики (рисперидон - рисполепт) при условии использования в малых дозах. Некоторые из перечисленных нейролептиков находят применение в системе терапии соматической патологии. Сульпирид (эглонил) используется при патологии желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, болезнь Крона и «оперированного желудка», кожных заболеваний; перфеназин (этаперазин) обладает противорвотными свойствами; алимемазин (терален) оказывает выраженное гипотензивное действие.

Нейролептики показаны при лечении хронического соматоформного болевого расстройства (стойкие однотипные боли неизвестной этиологии). При терапии органических невротозов (синдром «раздраженной толстой кишки») одним из препаратов выбора является сульпирид (эглонил), действующий не только на

психическое, но и на соматическое состояние.

Рекомендуются следующие суточные дозы нейролептиков, применяемые в терапии психосоматических расстройств в амбулаторной практике:

Препараты (торговое название)	Доза, мг/сут
сульпирид (эглонил)	50-300
оланзапин (зипрекса)	5-10
рисперидон (рисполепт)	1-2
кветиапин (сероквел)	25-200
алимемазин (терален)	10-45
тиоридазин (сонопакс)	10-30
перфеназин (этаперазин)	2-12
хлорпротиксен	15-45

При использовании нейролептиков в рекомендуемых для терапии психосоматических расстройств малых дозах реализуются дополнительные их эффекты: седативный, гипнотический.

Антидепрессанты. Методы лечения депрессий в общей медицинской практике во многом заимствованы из психиатрической практики, где ведущее место принадлежит психофармакотерапии с преимущественным использованием антидепрессантов (А.Б.Смулевич, 2003). При этом наряду с медикаментами широко используются физио-, фито- и психотерапия с элементами психокоррекции, а также реабилитирующие воздействия, включая психообразовательную работу с активным вовлечением больного и его семьи в лечебный процесс.

Эффективная терапия депрессий невозможна без знания не только спектра психотропной активности антидепрессантов (тимоаналептиков), но и клинических свойств медикаментов, относящихся ко всем основным классам психотропных средств.

Как и другие психотропные средства, антидепрессанты подразделяются в зависимости от области применения (соматическая медицина, психиатрическая клиника) на препараты первого и второго ряда.

К препаратам **первого** ряда относятся антидепрессанты 2-го

и последующих поколений: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – флуоксетин, сертралин, пароксетин, флувоксамин, циталопрам; обратимые ингибиторы моноаминоксидазы типа А (ОИМАО-А) – пиразидол; селективные блокаторы обратного захвата норадреналина (СБОЗН) – миансерин; селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗС и Н) – венлафаксин, милнаципран; норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты (НССА) - миртазаптин; селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС) – тианептин. Препараты первого ряда в наибольшей степени отвечают требованиям общепрактической практики. Они обладают минимальной выраженностью нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов, которые могли бы нарушить функции внутренних органов, центральной нервной системы и/или привести к усугублению соматической и психической патологии; ограниченностью признаков поведенческой токсичности; низкой вероятностью нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами; безопасностью при передозировке; простотой использования; возможностью назначения фиксированной дозы или минимальной потребностью в ее титрации.

Выбор антидепрессанта зависит от таких факторов, как возраст пациента, его соматическое состояние, а также толерантность. Необходимо также учитывать прошлый опыт больного и сведения об особенностях реакции на терапию его близких родственников в случае, если они лечились психотропными препаратами.

Общую схему дозирования определяет период полувыведения препарата (время, в течение которого из организма выводится половина принятой дозы).

Рекомендуются следующие суточные дозы антидепрессантов первого ряда, применяемые в терапии психосоматических расстройств в амбулаторной практике:

Аббревиатура	Препарат	Доза (мг)
--------------	----------	-----------

СИОЗС	флуоксетин	20
	флувоксамин	50-100
	сертралин	50-100
	пароксетин	20
	циталопрам	20
ССОЗС	тианептин	25-37,5
СБОЗН	миансерин	30-60
СИОЗС и Н	венлафаксин	75-112,5
НССА	миртазапин	15-30
ОИМАО-А	пирлиндол	100-150

При необходимости увеличения суточной дозы препарата ее повышение (титрация) проводится постепенно при тщательном контроле изменений как в психическом, так и в соматическом статусе.

Нейрохимические механизмы, на которые воздействует антидепрессант, обладают инертностью. Поэтому тимоаналептический эффект развивается постепенно. В связи с этим не надо прерывать терапию, если ее результат не обнаруживается в первые дни лечения. Модификация лечения проводится при отсутствии эффекта в течение 1-2 недель.

Среди данной группы широко применяется сертралин (золофт). Это препарат бициклической структуры, мощный селективный ингибитор обратного захвата серотонина, не вызывает блокады мускариновых, серотониновых, адренергических рецепторов. Поэтому препарат практически не обладает холинолитическим, кардиотоксическим и седативным эффектом. Фармакокинетические характеристики сертралина аккумулируют позитивные свойства всей группы антидепрессантов. В основе психотропной активности сертралина лежит отчетливое тимоаналептическое действие со слабым стимулирующим компонентом. Терапевтическая концентрация препарата в крови достигается через 6-8 часов после приема. Первые признаки улучшения появляются уже в течение первой недели терапии. Однако для достижения очевидного эффекта необходимо 3-4 недели, а ино-

гда 6-8 недель. Эффект усиливается по мере продолжения лечения.

Сертралин применяется при всех видах депрессий разной степени тяжести. Он оказывает положительное влияние у больных с тревожными депрессиями и нарушениями сна.

В небольших дозах (до 100 мг/сутки) сертралин применяется в профилактических целях при рекуррентных депрессиях. Кроме того, сертралин используется для лечения обсессивно-фобических расстройств. В этих случаях лучший эффект достигается в дозе 150-200 мг/сутки в течение 8-12 недель.

Поскольку период полураспада сертралина составляет около суток, он назначается в однократной дозе – 50-200 мг/сутки. При этом минимальная доза (50 мг) является и оптимальной. В случае необходимости дозу увеличивают на 50 мг/сутки 1 раз в неделю. Для профилактики достаточно 50-100 мг/сутки.

Сертралин эффективен и безопасен для всех возрастных групп, в том числе детей и пожилых пациентов. Индивидуального подбора дозы в зависимости от возраста не требуется. Препарат не усиливает влияние алкоголя, не вызывает седацию, не оказывает влияния на психомоторную функцию, не вызывает зависимости, не обладает кардиотоксическим действием и хорошо переносится больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

К антидепрессантам **второго** ряда отнесены традиционные тимоаналептики – ингибиторы моноаминоксидазы – ИМАО. Их использование в современной психиатрической практике ограничено из-за высокой токсичности. К этому ряду отнесены также трициклические антидепрессанты (ТЦА), обладающие выраженным психотропным эффектом. Применяются они только в психиатрических клиниках. Антидепрессанты, выделенные в этот ряд (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин и др.) должны применяться с большой осторожностью.

Терапия депрессии включает три фазы: купирующую, поддерживающую и профилактическую.

Купирующая терапия в амбулаторной практике проводит-

ся в три этапа. На всех этапах желательно определить необходимость консультации психиатра.

На первом этапе проводится монотерапия препаратами 1-го ряда. При отсутствии эффекта проводится титрация дозы или в комплекс лечения добавляются гормоны, стимуляторы, ноотропы.

При отсутствии эффекта приступают ко второму этапу. Он включает замену антидепрессанта. Препаратами выбора являются: СИОЗС – ССОЗС – СИОЗ и С – ОИМАО-А.

При отсутствии эффекта проводится комбинированная терапия препаратами первого ряда – третий этап. Используются: СИОЗС – ССОЗС – СИОЗН и С.

Следует назначать минимум психотропных средств (два препарата) Это связано с их возможной интерреакцией, не известной врачу-терапевту, а также с вероятностью побочных эффектов.

Купирующая терапия позволяет достичь редукции депрессивной симптоматики вплоть до полного обратного развития депрессии и наступления ремиссии (интермиссии). Однако, такой результат еще не является показанием для отмены приема антидепрессанта. Отказ от продолжения лечения приводит к высокой частоте рецидивов (20-50%).

Осложнения. Во время фармакотерапии может произойти переход к (гипо) маниакальному состоянию, вызванному самим антидепрессантом или в связи с фактикеким маниакально-депрессивным психозом. При выраженном маниакальном расстройстве показан нейролептик.

Серотонинергические побочные эффекты включают желудочно-кишечные расстройства, нарушения сердечного ритма, возбуждение. Антигистаминергическое действие содержит в себе седативный эффект и увеличение массы тела. Антиадренергическое действие выражается в ортостатической гипотонии, нарушениях потенции. Антихолинергическое побочное действие - сухость во рту, запоры, задержка мочи, нарушения потенции, аккомодации, глаукома, делирий.

Для лечения депрессий, коморбидных соматическим заболеваниями, наряду с антидепрессантами, транквилизаторами и ноотропными препаратами (*сибазон, бромазепам, лоразепам, альпразолам* и др.) применяются замещенные бензамины - *сульпирид (эглонил)* по 0,1 г/сут и блокаторы кальциевых каналов *нифедипин* и *верапамил*. *Нифедипин* и *верапамил*, используемые для профилактики приступов стенокардии, лечения артериальной гипертензии, а также в составе комбинированной терапии хронической сердечной недостаточности, обладают и нормотимическими свойствами. Поэтому они являются препаратами первого выбора при проведении вторичной профилактики аффективных (депрессивных) расстройств, формирующихся у больных соматическими заболеваниями. Дозы препаратов и кратность их приема подбираются индивидуально.

Поддерживающая (противорецидивная) терапия проводится при всех типах депрессий. Назначается она не менее чем на 4-6 мес после купирования основных проявлений заболевания. После завершения основного курса терапии необходимо постепенное снижение дозы препарата. Быстрое прекращение приема препарата приводит к «синдрому отмены» с выраженными вегетативными расстройствами.

Больные с рецидивирующими (рекуррентными) депрессиями нуждаются в длительной (не менее нескольких лет) **профилактической** терапии антидепрессантами

Транквилизаторы. Большинство представителей класса транквилизаторов могут с успехом применяться при терапии психосоматических расстройств. Нежелательные эффекты транквилизаторов (явления поведенческой токсичности - сонливость в дневные часы, нарушения внимания и др.) легко устранимы (перераспределение или снижение суточной дозы препарата). Препараты этого класса обнаруживают положительные соматотропные эффекты. Некоторые из производных бензодиазепина уменьшают риск возникновения тяжелых желудочковых аритмий и фибрилляции желудочков как при острой ишемии, так и

при реперфузии миокарда. Многие транквилизаторы, включая гидроксизин (атаракс), обладают выраженным противорвотным эффектом, распространяющимся даже на тяжелые, вызванные радиационной терапией или химиотерапией диспепсические явления. Производные бензодиазефина уменьшают желудочную секрецию, а также снижают содержание в желудочном соке пепсина и соляной кислоты как за счет прямого антихолинергического, так и центрального седативного и вегетостабилизирующего эффекта. Средств этого класса (производные бензодиазефина) входят в число немногочисленных медикаментов, которые могут применяться при беременности и грудном вскармливании.

Рекомендуются следующие дозы транквилизаторов:

Препараты (торговое название)	Дозы, мг/сут
Бензодиазепины: диазепам (реланиум, сибазон)	10-30
хлордиазепоксид (элениум, либриум)	10-30
феназепам	1-2
нитразепам (эуноктин, радедорм)	5-10
клоназепам (ривотрил)	1-3
Другие группы: алпразолам (ксанакс, алзолам)	1-2
мидазолам (дормикум)	7,5-15
гидроксизин (атаракс)	25-75

Транквилизаторы (анксиолитики) показаны при широком спектре психосоматических расстройств. Среди них - органические неврозы, нозогенные реакции, протекающие с преобладанием невротических (тревожно-фобических и соматизированных) расстройств, явлениями истериопохондрии (конверсии) и нарушениями сна. Назначение транквилизаторов показано в сочетании с соматотропными средствами при лечении психосоматических состояний (психогенно спровоцированные приступы стенокардии, бронхиальной астмы), при urgentных состояниях, часто сопровождающихся витальным страхом, тревогой, паническими атаками (инфаркт миокарда, астматический статус, гипертони-

ческий криз и др.).

Ноотропы. Как и транквилизаторы, препараты класса ноотропов относятся к предпочтительным при лечении психосоматических расстройств средствам. Ноотропы не оказывают негативного влияния на функции внутренних органов, не обнаруживают признаков поведенческой токсичности, не вступают во взаимодействие с соматотропными препаратами, безопасны при передозировке; их применение может сопровождаться лишь незначительным снижением порога судорожной готовности и транзиторными нарушениями сна. Ноотропы обнаруживают ряд положительных нейротропных и соматотропных эффектов. Используются они в реанимационной практике, при острой церебральной патологии (инсульты, коматозные состояния), лечении мигрени и других алгических синдромов, эффективны при купировании ряда побочных эффектов психофармакотерапии и осложнений, возникающих в процессе проведения электросудорожной терапии.

Рекомендуются следующие суточные дозы ноотропов.

Препараты (торговое название)	Доза, мг/сут
пирацетам (ноотропил)	1200-2400
пантогам (гаммалон, аминалон)	1500-3000
пиритинол (энцефабол)	200-600
винкамин	15-20
винпоцетин (кавинтон)	15-20

Ноотропы показаны при нозогенных реакциях, протекающих с преобладанием астенических расстройств. Наиболее широко используются ноотропил (пирацетам), пикамилон, церебролизин, энцефабол, тиролиберин, семакс и др.

Если в процессе медикаментозной терапии возникают или углубляются аффективные расстройства, необходимо провести обследование, чтобы своевременно подтвердить либо исключить диагноз ятрогенной депрессии. При этом особое внимание следует обратить на признаки повышенной чувствительности к медикаментам в анамнезе, а также на временные соотношения

(совпадение во времени) между назначением (или изменением доз) лекарственных препаратов и началом депрессии. Врач должен составить четкое представление обо всех лекарственных средствах, назначенных больным (некоторые пациенты по забывчивости или застенчивости могут не назвать, например, оральные контрацептивы и др.). При наличии технических возможностей желательно уточнить концентрацию лекарственных веществ в плазме крови.

Значительный рост психических нарушений среди пациентов общемедицинских учреждений свидетельствует о необходимости организации специализированной помощи этому контингенту. Несвершенство этой службы в настоящее время создаёт опасность несвоевременного выявления психических расстройств, увеличивает число трудных для диагностики случаев, способствует снижению трудоспособности пациентов, ухудшению качества их жизни, влечёт за собой неоправданные экономические затраты.

Медицинская помощь при психосоматических расстройствах должна осуществляться в рамках, так называемой взаимодействующей психиатрии, с тесным сотрудничеством психиатра-консультанта и врача-терапевта.

Оптимальной представляется модель организации медицинской помощи, при которой существует преемственность в диагностической и лечебной работе между психиатрами, врачами-терапевтами и врачами смежных специальностей. В настоящее время эта модель используется в работе психиатрических и психотерапевтических кабинетов территориальных поликлиник и некоторых других лечебных учреждений. При этом психиатр территориальной поликлиники осуществляет в специальном кабинете приём и лечение больных с психическими расстройствами и одновременно является консультантом, постоянно взаимодействуя с врачами других специальностей, обсуждая с ними особенности состояния больных и тактику лечебных мероприятий.

Предполагается, что значительную работу по лечению пси-

хических нарушений у соматических больных может проводить участковый врач-терапевт, консультируясь с врачом-психиатром. В обязанности участкового врача, обнаружившего у пациента признаки психических нарушений, входит выбор правильной тактики. При этом предусматривается две возможности: прибегнуть к традиционным формам психиатрической помощи - направить в специализированное психиатрическое учреждение или избрать другие варианты вплоть до самостоятельного проведения диагностических и лечебных мероприятий.

Безусловным основанием для направления больного в психиатрические учреждения могут быть клинические проявления тяжёлых психических расстройств: депрессия с суицидальными мыслями (принимаются во внимание и попытки самоубийства в прошлом, выраженная тревога, страхи, психомоторное возбуждение, ажитация или заторможенность), признаки психоза (помрачение сознания, бред, галлюцинации). При таких острых состояниях, особенно в случаях, чреватых опасностью суицида, не следует ограничиваться формальной выдачей направления, необходимо убедиться в осуществимости предстоящей госпитализации, возможно, вызвать бригаду скорой психиатрической помощи. При менее острых проявлениях психической патологии врач может ограничиться направлением больного в психоневрологический диспансер.

При выявлении у пациента пограничных психических расстройств или психосоматических расстройств возможны следующие варианты проведения лечебных мероприятий:

- направление для дальнейшего лечения к психиатру;
- проведение лечения при систематических консультациях психиатра;
- осуществление самостоятельной курации.

Их выбор зависит не только от структуры психических расстройств, но и от особенностей личности больного, его социального и экономического статуса, желания самого пациента и его родственников.

Для лечащего врача обязательны следующие действия:

- исключение тяжёлых хронических соматических заболеваний, беременности, а также алкоголизма и эпилепсии;
- проведение дополнительных психологических, лабораторных, инструментальных и других исследований, а также получение объективных анамнестических сведений;
- выбор психотропных средств, дающих оптимальный по отношению к выявленным психическим нарушениям терапевтический эффект;
- учет относительных или абсолютных противопоказаний для использования психофармакологических препаратов.

2.7. Паллиативное лечение

Паллиативное лечение является неотъемлемой практикой врача-терапевта территориального участка поликлиники и требует пристального внимания.

Термин «паллиативный» имеет латинское происхождение - «pallium» - плащ, покрытие и относится к помощи пациентам с неизлечимой или терминальной стадией заболевания. Однако заботу и милосердие к неизлечимо больным и умирающим принесло в Европу христианство. Античные медики, следуя учению Гиппократу, полагали, что медицина не должна «протягивать руки» к тем, кто уже побежден болезнью. Помощь безнадежно больным считалась оскорблением богов: смертному человеку, даже наделенному даром врачевания, не пристало сомневаться в том, что боги вынесли больному смертный приговор. Вплоть до 19 века безнадежно больные пациенты могли уронить авторитет врача. Они доживали свои дни почти без всякой медицинской помощи в домах призрения. В начале 19 века врачи редко приходили к умирающим больным, даже чтобы констатировать смерть.

По определению экспертов ВОЗ (1989) в настоящее время паллиативное лечение:

- утверждает жизнь и рассматривает смерть как нормальный процесс;
- не ускоряет и не замедляет смерть;
- воспринимает пациента и его семью как единое целое для своей заботы;
- обеспечивает облегчение боли и других беспокоящих симптомов;
- объединяет психологические, социальные и духовные аспекты заботы и лечения пациентов;
- предоставляет пациентам систему поддержки активной жизни до самой смерти, насколько это возможно;
- предоставляет систему поддержки и оказывает помощь семье в период болезни и смерти близкого человека.

Паллиативное лечение необходимо тогда, когда болезнь уже не поддается лечению. Оно направлено на удовлетворение не только физических, но и не менее важных психологических, социальных и духовных потребностей.

Во многих регионах мира ученые и практики паллиативной медицины, социальные работники, представители религиозных конфессий вырабатывают единую стратегию паллиативного ухода. В основе такого подхода лежит:

- система поддержки пациента, помогающая ему жить насколько возможно качественно в финальный период его жизни;
- уход за пациентом, основанный на искренней заботе и милосердии;
- психологическая и духовная поддержка пациента перед надвигающейся смертью;
- устранение и облегчение страданий обреченных пациентов;
- психологическая помощь членам семьи и близким уми-

рающего пациента (Р.Дж. Твайкросс и др., 1992).

Принципы паллиативного лечения

Цель:

- создание для пациента и его семьи лучшего качества жизни;
- обеспечение оставшейся жизни умирающего более комфортной и значимой;
- поддержание максимально возможного уровня здоровья на данном этапе жизни, связанного с потерей.

Задачи:

- создание и поддержание для пациента комфортных и безопасных условий;
- создание у пациента максимального чувства независимости;
- отсутствие у пациента чувства боли;
- решение психологических, социальных и духовных проблем таким образом, чтобы пациент смирился со своей смертью, принял ее;
- предоставление помощи и поддержки, обеспечивающие жизнь пациента настолько активно и творчески, как только это возможно для него до самой смерти;
- обеспечение готовности пациента и его близких к смерти;
- оказание помощи пациенту в его горе и его преодолении не являются напрасными.

Паллиативная лечение состоит из следующих компонентов:

- 1) контроль за симптомами;
- 2) реабилитация;
- 3) забота об умирающих;
- 4) психотерапия;
- 5) поддержка семьи во время болезни пациента и после его смерти;

б) обучение.

Паллиативное лечение может проводиться: на дому; в поликлинике (дневной стационар, дневной хоспис); в стационаре (койки паллиативной помощи, отделение паллиативной помощи); в специальной больнице паллиативной помощи (хоспис), выездной службой паллиативной помощи.

Принципы оказания паллиативной помощи дома и в условиях стационара одинаковы. Однако в домашних условиях родные и близкие испытывают больше физических и психологических проблем, что необходимо учитывать при планировании такой помощи.

Устранение симптомов

Паллиативное лечение больного может варьировать в широких пределах - от радикального лечения до терапии, направленной только на устранение симптомов. Подавляющее большинство больных, нуждающихся в паллиативном лечении, обречены на страдания в течение длительного времени.

Многие виды лечения охватывают полный спектр лечебных мероприятий соответственно основному заболеванию. Например, при раке он может включать радиотерапию, химиотерапию и хирургическое лечение. В паллиативном лечении важно выделить следующие ключевые положения:

- оценка прогноза;
- определение цели данного вида лечения;
- предупреждение побочных эффектов;
- определение пользы, приносимой больному, данным видом лечения;
- избавление больного от мучительной смерти.

Иногда очень трудно или даже невозможно составить точный прогноз. Очень часто переоценивается предполагаемая продолжительность жизни умирающих больных. Однако из этого

правила есть множество исключений. Значительное число больных живут дольше, обычно на месяцы, а иногда на целые годы переживая предполагаемый срок ухода из жизни. Более того, в некоторых случаях диагноз оказывается неверным, а при раке желудка нельзя игнорировать и выздоровление. Поэтому существуют ситуации, когда лучше всего «дать смерти шанс» В этом плане искусство медицины состоит в том, чтобы определить не бессмысленно ли поддерживать жизнь и не лучше ли прийти смерти

Для достижения высокой степени комфорта больного, необходима четко определенная стратегия. В настоящее время ВОЗ разработаны детальные рекомендации по современным методам паллиативного лечения пациентов с наиболее типичными тягостными симптомами Основные положения этих рекомендаций выражаются в следующем.

1. Для эффективного устранения симптомов необходимо избегать посещения больными специалистами в разных поликлиниках. В идеале одни и те же специалисты должны координировать, направлять и консультировать работу на всех этапах лечения. Как пациенту, так и его семье должно быть хорошо известно, к кому они могут обратиться в экстренном случае.

2. Оценка симптомов должна предшествовать лечению. Даже у больных раком симптомы не всегда обусловлены процессом малигнизации.

3. Симптом может быть обусловлен действием множества факторов. Причинами появления симптомов могут быть:

- само заболевание;
- лечение;
- неподвижность и длительное пребывание в постели;
- сопутствующие заболевания. Все указанные причины могут иметь непосредственное отношение к боли, а также большинству других симптомов и нарушений самочувствия. Так как некоторые симптомы вызываются одними и теми же факторами,

последние необходимо определить, а затем устранить те, которые этому поддаются. Таким образом удастся достичь значительного, если не полного, облегчения.

4. Лечение большей частью зависит от основного патологического процесса. Но не всегда. Даже когда симптомы обусловлены опухолью, их появление бывает вызвано другими механизмами, и, следовательно, варианты лечения могут значительно варьировать в каждом конкретном случае.

5. В начале лечения необходимо объяснить больному причины появления каждого симптома. Знание этих причин играет важную роль в снижении отрицательного влияния симптомов на пациента. Без такого объяснения больные считают, что тяжесть состояния от них скрывают. Это пугает их, им кажется, что даже врачи не знают, что с ними происходит.

6. Следует обсудить с пациентом выбор метода и тактики лечения. Пациент должен участвовать в решении вопроса, что должно быть сделано в ближайшее время. Если определенные, касающиеся лечения, аспекты, будут проигнорированы и не обсуждены, это будет беспокоить больного. Умиряющего пациента травмирует пренебрежительное отношение к нему врача.

7. Контакт с близкими родственниками пациента позволяет получить от них помощь, поддержку и улучшить планирование борьбы с симптомами. Однако важно не позволять родственникам играть ведущую роль. В большинстве случаев желание пациента должно иметь приоритет.

8. Лечение в целях облегчения боли и других симптомов не должно ограничиваться только фармакотерапией. Оно должно включать удовлетворение желаний и потребностей пациента, например, устранение запахов приготовления пищи.

9. Медикаментозное лечение персистирующих симптомов (боль) должно проводиться регулярно на профилактической основе

10. . Введение лекарств «по потребности», а не регулярно не позволяет облегчить страдания многим больным.

11. Лечение должно проводиться наиболее простыми мето-

дами. При назначении дополнительных лекарственных препаратов нужно учесть следующие моменты:

- определение цели назначения и реакции пациента на их введение;
- определение риска побочных эффектов и нежелательного взаимодействия назначаемых лекарств;
- возможность прекращения приема одного или более препаратов, которые пациент уже принимает;
- возможность замены одним лекарственным препаратом два медикамента из тех, которые пациент принимает или будут ему прописаны.

12. Лечащий врач должен советоваться с коллегами в трудных ситуациях. Это особенно важно, если он не имеет достаточного опыта или никогда ранее не встречался с подобными симптомами.

13. Пациент не должен терять надежду. Надежду можно поддерживать только тогда, когда есть цель. В конце жизни ею может стать избавление от боли или спокойная смерть. Важно убедить больного, что для устранения боли и других тягостных симптомов будет сделано все возможное. Обычно последовательное выполнение назначений врача дает больший эффект, нежели попытки немедленного облегчения.

14. Необходим тщательный контроль за фармакотерапией. Для максимального участия больного в лечении, ему нужно дать четкие рекомендации. Если больному назначить лекарство по потребности (в таких количествах и так часто, как хочет), это вызовет у него беспокойство, уменьшит эффективность лечения, приведет к нежелательным эффектам. Надо дать письменные рекомендации по режиму приема лекарств, чтобы пациент и его семья неукоснительно ему следовали (название препарата, показания для приема, время приема, доза).

15. Ответная реакция пациента на медикаментозное вмешательство должна оцениваться через регулярные промежутки времени. Часто невозможно заранее определить оптимальную

дозу препарата для устранения симптомов, особенно когда речь идет об опиоидах, слабительных или психотропных средствах. Поскольку вероятность изменения дозы препарата велика, следует подготовить пациента к проведению постоянного контроля, так как нежелательные эффекты могут вызвать недоверие больного к назначенному лечению.

Необходимо отметить, что, хотя многие симптомы поддаются коррекции сочетанным действием лекарств и немедикаментозных методов, иногда следует идти на компромиссное решение во избежание недопустимого побочного эффекта.

Принципы контроля за болью

Боль, являясь одной из наиболее частых проблем больных, представляет собой неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое, исходя из такого повреждения. Боль всегда субъективна. Причинами боли являются:

- 1) рост и распространение опухоли;
- 2) поражение костей;
- 3) сдавление нервных стволов;
- 4) вовлечение в процесс внутренних органов;
- 5) мышечный спазм;
- 6) отсутствие общения и информации;
- 7) нарушение технологии ухода и техники выполнения манипуляций;
- 8) небрежное обращение;
- 9) недостаток знаний;
- 10) бессонница, депрессия, страх;
- 11) шум;
- 12) жажда,
- 13) инфекции;
- 14) недостаточное питание;
- 15) охлаждение

Тотальная хроническая боль встречается чрезвычайно часто у больных раком. Хроническое болевое состояние у пациентов с раком означает не только мучительное ощущение, но и дополнительное постоянное предугадывание смерти и возможных еще больших страданий. Поэтому обезболивающее лечение больных раком в терминальной стадии требует соблюдения следующих правил:

- лечить не только пациента, но и его семью;
- для специфического купирования боли необходимо дифференцировать вид и локализацию боли;
- боль следует лечить превентивно, а не по потребности;
- при купировании боли исходить из принципа, что пациент всегда прав;
- ограничить и держать под контролем использование пациентом собственных лекарственных средств.

При этом необходимо последовательно решать следующие задачи:

- 1) увеличить продолжительность сна;
- 2) облегчить боль во время отдыха;
- 3) облегчить боль, когда пациент находится на ногах или занимается какой-либо деятельностью.

Лекарственная терапия является основным способом контроля за болью у больных раком. При назначении лекарственных препаратов необходимо руководствоваться следующими принципами:

- дозу анальгетика следует подбирать индивидуально;
- предпочтительно оральное введение препаратов;
- энергично лечить бессонницу;
- шире использовать вспомогательные лекарственные средства;
- внимательно следить за анальгезирующим эффектом препаратов.

Согласно рекомендациям ВОЗ для купирования боли у

больных раком можно использовать **три ступени** (трехступенчатая «обезболивающая лестница»).

Ступень I. Начальная терапия боли предусматривает назначение периферических анальгетиков (ацетилсалициловая кислота, парацетамол, НПВС). Возможно назначение вспомогательного лекарственного препарата.

Ступень II. Боль продолжается или усиливается. Назначаются периферические анальгетики + слабые опиоиды (кодеин); при необходимости + ко-анальгетики (антидепрессанты, нейролептики, противосудорожные, снотворные, кортикостероиды)

Ступень III. Боль продолжается или усиливается - сильнодействующие опиаты (морфин); при необходимости + периферические анальгетики + ко-анальгетики + центральнодействующие анальгетики-опиаты. Если, несмотря на анальгетики, пациент жалуется на боль, врач должен исходить из принципа: «пациент всегда прав». Измученные болью онкологические больные в терминальной стадии болезни порой действительно недостаточно получают опиатов. Дозу анальгетика здесь будет определять сочувственное обращение с пациентом и выражение готовности делиться с ним его чувства и заботы.

Больные раком и другими неизлечимыми заболеваниями нередко за большую плату обращаются за помощью к лекарям и шарлатанам. Из страха, что лечащий врач не согласится с такой «конкуренцией» и воспримет это как неуважение к своей личности и своему лечению, абсолютное большинство больных об этом умалчивает. Некоторые врачи в таких случаях пытаются удержать своих пациентов от обращения к целителям путем назначения альтернативных форм лечения. Однако, подобные альтернативные подходы можно применять лишь тогда, когда они являются максимально безвредными и когда не существует эффективного стандартного лечения, а пациент изъявляет категорическое желание использовать их в своей борьбе с неизлечимой болезнью.

Психологическая поддержка больного

Решение психологических проблем уходящего из жизни больного на дому должно обеспечить:

- чувство безопасности и поддержки;
- ощущение принадлежности семье, он не должен чувствовать себя обузой;
- любовь близких, проявление к нему внимания, общение;
- понимание (объяснение симптомов и течения болезни, возможность разговора о процессе умирания);
- принятие обществом других людей независимо от настроения, общительности, внешнего вида;
- самооценку в принятии решений (чувство собственного достоинства).

Это даст адекватное облегчение боли и других симптомов. Кроме того, когда человек длительно страдает от прогрессирующей, неизлечимой и в конечном итоге смертельной болезни, он задается вопросом о смысле и цели жизни: «Почему именно я?», «За что мне выпали такие страдания?», «Каков в этом смысл?». Несмотря на то, что эти вопросы больные задают своим родственникам, друзьям и медицинским работникам, их объяснение следует поручить специально подготовленному психологу.

Когда мы говорим о потере жизни, мы имеем в виду того, кто уходит или ушел от нас, потеряв жизнь, и тех, кто переживает потерю в связи с уходом из жизни близкого человека. Врач общей практики, чаще других сталкивается с потерями, в том числе и со смертью, часто не просто «профессионально» подходит к эти эпизодам и событиям, но и старается защитить себя от его воздействия, становится более жестким, замкнутым. При этом глубокое понимание всех процессов, протекающих в организме в связи с потерей, стремление понять самого пациента, всю гамму возникающих у него физических, психологических, социальных и духовных страданий, которые он испытывает до

последнего момента жизни помогают врачу осуществлять свои обязанности действительно профессионально.

Естественная реакция человека на потерю жизни - чувство горевания, которое помогает ему адаптироваться к потере. Каждый человек реагирует на предстоящую потерю жизни (смерть) по-своему. Тем не менее, есть определенный комплекс реакций, которые проходит всякий человек, переживающий потерю. По Э.Кюблер-Росс (1973) этот комплекс включает 5 эмоциональных стадий. Время, которое необходимо каждому человеку, переживающему потерю, чтобы пройти этих 5 стадий, сугубо индивидуально. Решающим для больного является то, как врач сообщает ему о заболевании: или как прощаясь с ним: «У вас рак, я ничего не могу для вас сделать», что явится для больного психологическим шоком, или определяя дальнейшую общую цель и подсказывая свое место в этом процессе: «У вас рак и поэтому у вас впереди тяжелый путь, в котором я буду вас сопровождать и помогать вам».

Первая стадия горевания - *реакция отрицания* - характеризуется тем, что при получении известия о хронической, в том числе опасной для жизни болезни и/или предстоящей потере жизни близкого ему человека, переживающий потерю испытывает психологический шок, который может перейти в психические припадки или истерику. «Этого не может быть!» - заявляет он себе и/или окружающим. Причем реакция отрицания может пересекаться и усугубляться планами пациента на будущее. Болезнь остается чем-то негативным, внутренняя полемика отвергается или расценивается как проявление слабости, что еще более усугубляет ситуацию. По мере ухудшения самочувствия, отрицание возможности самой смерти может сочетаться с предчувствием истинного положения, а в некоторых случаях даже с полным осознанием неизбежной смерти. Иногда человек начинает с того, что признает наличие болезни и вероятность смерти, а затем начинает все отрицать. Иногда отрицание приводит к желанию изоляции от окружающих, тяжелому оцепенению, когда всякие попытки утешения отвергаются напрочь или сопро-

вождаются неоправданным оптимизмом. В этой стадии надо не мешать больному, «мост» к человеку должен строиться от него, а не от себя (А.В.Гнездилов, 1995)..

Вторая стадия горевания проявляется *обостренной реакцией злости, гнева, агрессии, направленной как на самого себя, так и того кто непосредственно несет ответственность за случившееся*. Злость может быть направлена на семью или лечащего врача, она мешает принять заботу или уход. Человек разгневан, возмущен. Он спрашивает себя: «Почему именно мне это выпало?». Он страдает от этой мысли и готов на все, лишь бы предотвратить потерю. Гнев и злость порождают другие эмоции - страх и разочарование, которые побуждают его «заключить сделку», «вести переговоры» с высшим духовным существом. В этой стадии надо дать возможность пациенту высказаться, «выплеснуться».

Ведение переговоров с высшим духовным существом является третьей стадией горевания. Человек обещает «Ему» что-то сделать (чаще это внесение крупной суммы денег в церковь для передачи «Ему»), если «Он» даст ему отсрочку, возможность дожить до определенной даты или исцелит его. В этой стадии, как и в четвертой, необходимо разделить переживание с пациентом.

Однако ничего этого не происходит и человек впадает в *депрессию, растерянность и разочарование - четвертую стадию* горевания. Находясь в этой стадии он начинает реально ощущать близкий приход смерти или потерю любимого человека, испытывать грусть в связи с прошлыми радостями жизни, обиду в связи с нереализованными планами. Он часто плачет, отчужден, теряет интерес к дому, близким людям. Его интересует только собственный комфорт. В это время надо дать ему выговориться и не пытаться его ободрить.

Последняя, пятая стадия горевания, - *принятие потери, смерти* сопровождается желанием человека (умирающего) сделать все возможное, чтобы смягчить у близких боль утраты. В некоторых случаях принятие безысходности положения приво-

дит человека лишь к одному - желанию уснуть. Это означает прощание с жизнью, осознание смерти. Здесь важно дать больному время и возможность самому осознать, «принять» горе.

Часто человек, переживающий потерю, последовательно переходит от одной стадии горевания к другой. Но он может и возвращаться к уже пройденной стадии. Сильное горе, связанное с потерей близкого человека, может длиться от 6 до 12 мес, а скорбь, которая затем наступает, - от 3 до 5 лет.

Готовясь к первому и последующим посещениям неизлечимо больного пациента следует прежде всего продумать и определить метод оказания ему помощи в зависимости от стадии горевания, свою манеру поведения, место беседы, позу. Необходимо всегда помнить, что даже если пациент знает, что он неизлечимо болен, он сам никогда не чувствует страха и отчаяния, пока не увидит страх и отчаяние по своему поводу в глазах других. Прежде чем рассказать больному о его неизлечимом заболевании и прогнозе необходимо:

1. Самому знать о первых ее проявлениях, о прежнем и нынешнем состоянии больного, методах его лечения, ближайшем прогнозе.

2. Выяснить в какой мере его информировали до сих пор наблюдавшие и лечившие врачи и что они скрыли от него.

3. Выяснить у больного анамнез, предшествовавшие жизненные неудачи и успехи, как он прежде справлялся с тяжелыми ситуациями.

4. Выяснить отношения больного с окружающими людьми, с семьей, с коллегами по работе, наличие у него близких людей, которые проявляют к нему интерес, насколько они его озадачивают.

5. Определить, что больной действительно хочет знать о своем диагнозе и что он в состоянии перенести.

Прежде всего пациента может беспокоить страх по поводу своего диагноза. Надо знать, что о своем диагнозе пациент может догадаться по вашим глазам, мимике, жестам. Поэтому не следует притворяться, бодриться, лгать, избегать прямого и

честного разговора. Пациент всегда чувствует фальшивый оптимизм и перестанет открыто говорить о своих страхах, замкнется в себе. Недостаток правдивой информации, о том, что он хочет знать и что его ждет, унижает больного, вынуждает, в свою очередь, тоже играть притворную роль.

К сожалению, в подавляющем большинстве лечебных учреждений РФ не принято сообщать правду о диагнозе и прогнозе обреченным пациентам. Это делается по принципу: «Ложь во имя спасения», когда ложь помогает сохранить надежду. Однако в данном случае ложный оптимизм и является разрушителем надежды. Отвечая на вопросы пациента относительно его диагноза и будущего следует учитывать его физическое состояние на данный момент, особенности его личности, эмоциональный настрой, мировоззрение. Общение с обреченным пациентом должно строиться одновременно на двух принципах:

- 1) никогда не обманывать;
- 2) избегать бездушной откровенности.

Первый принцип требует уважать достоинство пациента, создавать доверительное отношение пациента к врачу. Врач может и должен сказать правду, даже «не дозируя», чтобы быть правдивым. В своей правдивости врач должен решить, что он скажет и, прежде всего, как он это скажет.

Объем информации и время ее изложения должны определяться пациентом. Однако это не означает, что врач должен ждать прямых вопросов, он должен чувствовать не высказанные и завуалированные вопросы. И все же врачу не следует выкладывать всю информацию в одной-единственной беседе.

Лечащий врач должен избегать высказываний по поводу продолжительности оставшейся больному жизни. Предсказать течение неизлечимой болезни у конкретного пациента нельзя, так как это парализует у него надежду. Будучи спрошенным о статистических данных по прогнозу, врач должен отметить относительность статистических показателей в применении к каждому отдельному случаю

Нужно помнить, что сочетание правдивой информации с постоянной поддержкой, поощрением и подбадриванием почти всегда ведет к зарождению надежды. При этом врач должен, в зависимости от фазы болезни и формы поведения - утешать пациента, удерживать его агрессию в рамках борьбы с болезнью, поддерживать его в разнообразной деятельности и помогать в противодействии болезни. Как и каждый человек, пациент имеет право на получение любой информации, имеет право распорядиться своими последними днями по-своему. В то же время, если пациент не желает воспринимать свою болезнь как неизлечимую, если он не желает говорить о смерти, то говорить с ним об этом нельзя.

Страх смерти в большинстве случаев связан со страхом самого процесса умирания, который при хронических неизлечимых заболеваниях, как правило, сопровождается нарастанием беспомощности вследствие потери физических возможностей и нормальных функций организма, ощущением зависимости от окружающих и связанного с этим унижением собственного достоинства. Поэтому необходимо убедить пациента и его родственников в том, что их близкого человека не бросят, а будут заботиться о нем до последних минут его жизни.

Самое главное, что хочет слышать пациент во время надвигающегося конца от врача и близких родственников: *«Чтобы ни случилось, мы не оставим вас»*. Поэтому необходимо постоянно создавать ему возможность обратиться к кому-либо за поддержкой, поощрять его способность горевать, так как это помогает ему справиться со своими чувствами. Для обеспечения больному поддержки необходимо дать ему возможность высказать свои чувства, даже если это будет чувство гнева или обиды. Не нужно препятствовать проявлению отрицательных эмоций. Такт, выдержка, чуткость, внимание и сопереживание помогут расположить к себе внимание обреченного пациента и его близких.

Общение с пациентом должно быть не только словесным. Очень важно дружеское прикосновение к пациенту, взять в руки его ладонь, слегка положить свою руку на его плечо и сказать:

«Я рад побыть с тобой» и замолчать. Пусть многословие отступит, даст место глубокому, собранному, подлинной человеческой заботливости молчанию. Умиравшему не нужны малозначимые слова и наигранные эмоции. Тогда ваше молчание будет ему в радость и он будет думать, что и для вас быть с ним - радость. Пациенту должно быть совершенно ясно, что время которым вы располагаете, - пусть 5 мин, принадлежит ему безраздельно, что в эти 5 мин ваши мысли не будут заняты ничем другим, что нет другого человека более значительного для вас, чем он. При этом следует соглашаться с такими решениями пациента, как отказ от еды или от посетителей, или, наоборот, желание их видеть, сидеть или лежать в постели. Если пациент отказывается от сестринского ухода, связанного с переворачиванием в постели, проведением гигиенических процедур, в той степени, в какой это возможно, следует выполнять его просьбы. Для него будет облегчением, если он осознает, что лучше прекратить эту бессмысленную борьбу за жизнь и предаться естественной смерти. Однако, при этом врачу необходимо продолжить контроль сестринского ухода, направленного на выполнение гигиенических процедур, обеспечивающих чистоту и профилактику пролежней.

Помощь родным, переживающим потерю

Если больной с неизлечимым заболеванием находится дома, то заботы о нем большей частью ложатся на плечи членов семьи. Поэтому последние должны быть подготовлены выбирать и готовить подходящую больному пищу, вводить анальгетики и другие необходимые лекарственные средства, решать специфические медицинские проблемы (например, ухода за больным с недержанием мочи и кала).

Одна из главных целей паллиативного лечения - поддержка родственников и друзей больного, переживающих потерю. Поскольку период утраты жизни включает в себя не только болезнь, но и смерть, помощь в виде психологической поддержки

должна быть направлена и на родственников, переживающих и понесших потерю.

Поддержка семьи и близких по уходу за умирающим больным предусматривает помощь в следующих видах.

1. Практическое обучение в выработке полезных навыков (например, по уходу за больным дома, его перекладывании и переворачивании, соблюдении правил личной гигиены). Практическую поддержку может оказать лечащий врач, участковая медицинская сестра, социальные работники или представители служб социального обеспечения.

2. Отдельные больные в поздней стадии заболевания направляются в медицинские учреждения однодневного пребывания, позволяющие отдохнуть членам семьи больного и его друзьям. Это могут быть хосписы, отделения паллиативного лечения больниц или дома для престарелых.

Как и пациенту, семье, как правило, сразу не сообщается вся правда о возможной потере, так как родным и близким тоже нужно время, чтобы узнать о болезни и постепенно перейти к осознанию предстоящей потери. При этом у родственников часто появляется чувство вины перед умирающим, им кажется, что они виноваты в том, что болезнь неизлечима и протекает так тяжело. В то же время они могут испытывать чувство злости, гнева или агрессии по отношению к медицинским работникам. Нужно объяснить родственникам, что от них в равной степени, как и от медицинских работников, зависит степень надежды пациента на поддержание необходимого качества жизни, что поддержать эту надежду удастся, если он будет видеть, что они его ценят как личность и их взаимоотношения обоюдны. Для пациентов близких к смерти надежда замыкается на том, что они его не бросят и останутся с ним до конца.

Посещая умирающих и помогая их семьям пережить потерю, нужно стараться оказать им поддержку во всех случаях. Необходимо определить, кому именно требуется наибольшая поддержка. Человеком, наиболее близким умирающему, может оказаться не ближайший и даже вообще не родственник. В та-

ких случаях следует считаться с неформальными отношениями больного. При этом никогда нельзя употреблять фразу: «Это все, что мы можем сделать для вас». Нужно помнить, что эта фраза и для пациента и для его родственников означает состояние бездушности. Необходимо объяснить членам семьи, что если умирающий находится без сознания, он в состоянии слышать и ощущать прикосновение. Поэтому тихий разговор с ним, поглаживание по руке помогут ему пережить потерю жизни. Нужно быть тактичным, не следует навязывать ни пациенту, ни его родственникам свои собственные суждения в связи с переживаемым горем.

Несмотря на нарастающую слабость пациента и его беспомощность, нельзя забывать о его праве отказаться от проведения процедур. Следует поощрять больного осуществлять самоуход настолько, насколько позволяют его силы и возможности. Некоторых родственников следует научить как им следует вести себя с больным, например, сидеть и читать газету, книгу, вместе смотреть телевизор, поскольку для обреченного, умирающего человека важно само присутствие родных и близких, что они рядом, что он не одинок.

В некоторых случаях родственникам и друзьям нужно обсудить все события, связанные со смертью больного, со специалистом, специально подготовленного для такой психологической поддержки. Такой специалист способен провести границу между естественной скорбью и чрезмерным страданием и помочь справиться с тяжелой ситуацией.

Хоспис

Хоспис - это особая медико-социальная служба, оказывающая квалифицированную помощь безнадежно больным и умирающим. В переводе с английского это странноприимный дом, дом для странников. Первые хосписы располагались вдоль дорог, по которым проходили основные маршруты христианских паломников. Они не были созданы для ухода за умирающими, однако, без сомнения, пациенты там были окружены заботой и вниманием. Латинское слово *hospes* (гостя), этимологически не связанное со смертью, в более поздние периоды получило ряд значений, соответствующих задачам сегодняшнего хосписа. Первое употребление слова хоспис в применении к уходу за умирающими появилось лишь в 19 веке. В России первый хоспис появился в 1990 году в Санкт-Петербурге по инициативе В. Зорза - английского журналиста и активиста хоспинского движения (Р. и В. Зорза, 1990).

Основу службы хосписа составляют следующие положения:

- 1) смерть - естественный процесс, который как и роды, нельзя ускорить, но также тормозить;
- 2) паллиативная помощь создает не условия для легкой смерти, а обеспечивает качество жизни.
- 3) качество жизни обеспечивается контролем за симптомами;
- 4) сотрудничество и коммуникация позволяет динамически эффективно осуществлять паллиативную помощь;
- 5) поддержка больного осуществляется персоналом хосписа в единой команде с родственниками и близкими больного;
- 6) компетентность сотрудников хосписа является основой доверия пациента;
- 7) рабочее время персонала хосписа принадлежит больному;
- 8) осмысленность страдания лишает его остроты и делает психологически переносимым;

В основу работы хосписа положены открытость разнообраз-

ному опыту, научная тщательность и забота о личности. К желаниям пациента в хосписе относятся внимательно, помня об обычае, сложившимся у людей: исполнять «последнее желание» умирающего, каким бы оно ни было. Его исполнение в хосписе обязательно. Только в хосписе личность пациента, его желание поставлено на первый план.

Хоспис - это не обычное лечебно-профилактическое учреждение. Привычные критерии оценки работы медицинского учреждения, складывающиеся из оборота койки, количества манипуляций, исследований, операций и других показателей здесь применить нельзя. Поэтому финансирование хосписов проводится по остаточному принципу. Дело в том, что в настоящее время нет четких нормативов по переходу от активного противоопухолевого лечения к поддерживающей терапии. Часто больные с единичными метастазами в кости попадают в списки обреченных и годами остаются в хосписах без радикального лечения.

Хосписы во всем мире начинались с выездных служб, с обслуживания больных на дому. В странах, где финансовые ресурсы ограничены, преобладают выездные службы. Кроме экономической целесообразности выездных служб, следует учитывать отказ пациентов от стационарного лечения из-за желания умереть в своей постели, окруженными вниманием и заботой близких, получая квалифицированную медицинскую помощь на дому. Эту истину подтверждают пустующие койки в хосписах Санкт-Петербурга и Москвы. Это связано и с тем, что больные относятся сегодня к хосписам с предубеждением. Для больных принять хосписную помощь - значит признать свою обреченность. Поэтому в некоторых городах России для оказания паллиативной помощи неизлечимым больным открыты отделения сестринского ухода при городских больницах. Другое дело дневной стационар, точнее дневной хоспис. Это среднее между выездной службой и стационаром, своеобразный клуб, куда приходят больные и их родственники для получения необходимого лечения, психологической поддержки, взаимного общения.

В этом им помогают психолог, юрист, врачи - узкие специалисты. Все это делается для реабилитации пациентов и их близких во время болезни и в период скорби.

Важным вопросом является отношение общества и уходящих из жизни пациентов к использованию наркотиков и их дозам. Тотальная боль у уходящих из жизни больных на 80% состоит из психологического компонента. Снимая его вниманием, профессионализмом, милосердием и заботой, удастся резко снизить потребление наркотиков пациентами, вплоть до полного их исключения или отсрочки назначения. Когда же они действительно необходимы, то в хосписах они применяются не в запретительных «бабаяновских», а профилактических дозах с использованием пероральных наркотических препаратов пролонгированного действия (таких, например, как MST®) с использованием метода хронтерапии.

2.7. Индивидуальная медицинская сексология

Общие положения

Индивидуальная медицинская сексопатология – область медицины, изучающая причины и условия развития нарушений индивидуального сексуального здоровья, диагностику, лечение, психотерапевтическую коррекцию и профилактику, а также вопросы организации сексологической помощи и судебной экспертизы. В работе участкового врача-терапевта занимает важное место. Одной из важнейших особенностей сексуальных расстройств является их полисиндромность, то есть обусловленность сразу несколькими патогенными механизмами.

Половые дисфункции чаще возникают у людей при сочетании ряда неблагоприятных факторов:

- патологические изменения в органах и системах, обеспечивающих выполнение сексуальных функций;
- конституционно-генетические особенности (невысокие показатели половой конституции);
- различные нарушения психосексуального развития;
- отсутствие постоянного сексуального партнера или дисгармония в интимных отношениях с ним;
- определенные черты характера (склонность к легкому возникновению навязчивых сомнений и опасений по поводу своих сексуальных способностей и к невротической фиксации – на малейших изменениях сексуальной сферы).

Расстройства сексуальной функции у мужчин и женщин представляют собой относительно часто встречающийся вид патологии, значимость которой для больных очевидна. В большинстве случаев это болезненные изменения сексуальных проявлений, в частности направленности и выраженности полового влечения, полового поведения, степени половой возбудимости (легкость возникновения половой доминанты, чувствительность эрогенных зон, характеристика оргазма), а также ряда сексуальных феноменов (любрикация влагалища, эрекция и эякуляция). Наличие сексуальных расстройств затрудняет или исключает как получение полового удовлетворения индивидом, так и сексуальное партнерство.

Последствия половых расстройств приводят к серьезным затруднениям в выборе сексуального партнера, нередко нарушают душевное равновесие, самочувствие человека, отрицательно влияют на его работоспособность. Частыми спутниками половых расстройств являются: супружеские дисгармонии, измены, конфликты с окружающими, разводы, суицидальные попытки, заболевания внутренних органов.

Разработка и внедрение в практику здравоохранения эффективных методов профилактики и лечения сексуальных рас-

стройств – одна из актуальных задач современной клинической медицины. В работе врача-терапевта поликлиники вопросы сексуальных расстройств встречаются часто и порой вызывают значительные трудности

Сексуальное здоровье и его нарушения

Сексуальное здоровье – это комплекс соматических, эмоциональных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви, в основе которого лежит право на информацию в области сексуальности и полового просвещения. Оно включает свободу от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения.

Социальное и психологическое обеспечение сексуального здоровья начинается на самых ранних этапах психосексуального развития ребенка. Если в формировании полового самосознания большое значение имеют биологические факторы, то формирование полоролевого поведения и психосексуальной ориентации в основном зависит от социальных факторов, таких как половое воспитание и сексуальное просвещение. Половое развитие начинается уже в эмбриональном периоде и продолжается до наступления половой зрелости. Оно происходит в двух тесно связанных между собой направлениях – психосексуальном и соматосексуальном. Психосексуальное развитие ребенка во многом определяется социально-психологическим взаимодействием уже с первых дней его жизни – в форме воспитания, взаимоотношений с родителями, другими детьми. Особенности психосексуального развития мужчин и женщин связаны с половыми различиями и поляризацией мужской и женской ролей (К. Имелинский, 1980).

Принято выделять следующие периоды развития сексуальности:

– пренатальный период, в котором происходит дифференцировка генов гениталий и структур мозга, ответственных за половое самосознание и поведение;

– парапубертатный период (1-7 лет), когда ребенок осознает свою половую принадлежность и ее необратимость, т.е. происходит формирование полового самосознания;

– препубертатный период (7-13 лет), для которого характерны выбор и выработка, в основном в играх, полоролевых установок и формирование стереотипа полоролевого поведения;

– пубертатный период (12-18 лет) – самый бурный в сексуальном развитии организма; для которого характерны платонические мечты и фантазии, ухаживание, платоническое общение, эротические фантазии, эротические ласки и игры (формирование платонического, эротического и начальной фазы сексуального либидо);

– переходный период (16-26 лет), в котором приобретают ярко выраженный сексуальный характер, наблюдается мастурбационная практика, происходит начало половой жизни, сочетание первых сексуальных эксцессов с периодами абстиненции (завершение формирования сексуального либидо);

– период сексуальной зрелости (22-55 лет) отличается регулярной половой жизнью с постоянным партнером, вхождением в полосу условно-физиологического ритма половой активности;

– инволюционный период (51-70 лет), в течение которого происходит снижение половой активности и ослабление интереса к сексуальной сфере, сочетающиеся с регрессом либидо на уровне эротического, а затем и платонического.

С окончанием полового развития не заканчивается становление сексуальности как некой застывшей определившейся функции. Сексуальность человека динамична, подвержена различным отклонениям, связанным чаще всего с действием психологических и социальных факторов. Многообразные причины нарушения сексуального здоровья – физиологические, сомати-

ческие, психические, с одной стороны, психологические, социальные и микросоциальные – с другой, могут приводить к болезненному усилению, снижению, отклонению, извращенности и, в конечном счете, к сексуальной дисфункции.

Сексуальные расстройства делятся на **дисфункции** и **девиации**. Болезненные формы сексуальных девиаций, которые приобретают явно патологический навязчивый характер, грубо нарушают партнерские отношения или нормы поведения, принятые в обществе, принято называть половыми извращениями.

Сексуальные дисфункции бывают первичными и вторичными.

К *первичной сексуальной дисфункции* относятся расстройства сексуальной функции у мужчин и женщин, развивавшиеся в качестве самостоятельной формы патологии. Они обусловлены развитием системного невроза сексуальной сферы, нередко развивающиеся по неосознанным механизмам психической деятельности.

К *вторичной сексуальной дисфункции* относятся сексуальные расстройства с гипо- и гиперсексуальностью. Они являются специфическими проявлениями различных психических, соматических и психосоматических заболеваний.

Сексуальные дисфункции делятся на индивидуальные, когда нарушено течение полового акта, оргазма, либидо, и обоюдные, которые наблюдаются при дисгармонии сексуальной, диспареунии, аверсии сексуальной. К сексуальным дисфункциям в партнерской паре (обоюдном) относятся дисфункции, которые присущи конкретной партнерской паре. Симптоматология этих дисфункций по существу не отличается от таковой при индивидуальных сексуальных дисфункциях, но причинно они тесно связаны с личностью конкретного пациента.

Отмечают *истинные и мнимые* сексуальные дисфункции.

Наблюдаются они как при различных психоневрологических и общесоматических заболеваниях, так и при их отсутствии. Наиболее часто в клинике *истинных* сексуальных расстройств встречаются:

- патологическое усиление или ослабление полового влечения;
- ослабление эрекции при попытке или во время интимной близости;
- относительное или абсолютное ускорение или отсутствие эякуляции;
- ослабление или отсутствие оргазма.

Эректильные дисфункции - наиболее точный из употребляемых обозначений импотенции, определяющий последнюю как неспособность достижения и поддержания эрекции, необходимой для удовлетворения сексуальных партнеров. Исследования последних лет в области этиологии, диагностики и лечения эректильных дисфункций полностью изменили представления о механизме развития данной сексуальной патологии.

Ранее считалось, что эректильная дисфункция является общим симптомом психогенных нарушений или изменений метаболизма тестостерона. Оказалось, что психогенный фактор лишь обуславливает развитие эректильных дисфункций, а дефицит тестостерона не приводит к нарушению механизма эрекции и является лишь фактором снижения либидо, что ведущим в развитии нарушений эрекции являются органические изменения в артериях, обеспечивающих кровоснабжение полового члена, когда сопротивление сосудистого ложа наполнению кровью при сексуальной стимуляции остается высоким и эрекции не наступает.

При сексуальном влечении в первую очередь наступает релаксация гладких мышц, иннервируемых волокнами неадренергической-нехолинергической системы, нервные окончания которой расположены интраэпителиально. При этом указанные нервы вызывают высвобождение закиси азота из эндотелия сосудов кавернозных тел, которая, в свою очередь, активирует фермент гуанилатциклазу, увеличивающую содержание циклического гуанозинмонофосфата, с помощью которого фосфодиэстераза и обеспечивает расслабление гладкой мускулатуры сосу-

дистой стенки. В результате сосудистое сопротивление падает и пещеристые тела наполняются кровью. Это обуславливает, в свою очередь, сдавление субтуникальных и эмиссарных венул и блокирование оттока крови из полового члена. Этот феномен известен как *веноокклюзивный механизм*.

Выключение эрегированного полового члена из системного кровотока позволяет создать необходимый градиент давления в кавернозных телах для поддержания ригидности (в норме оно может превышать АД_С в 2-3 раза).

При падении эрекции происходит сокращение гладкомышечных элементов трабекул, уменьшение притока крови по артериям и увеличение венозного оттока. В расслабленном состоянии в половом члене циркулирует венозная кровь. Оксигенация кавернозной ткани происходит в основном во время эрекции полового члена. У здорового мужчины с нормальной половой функцией, даже не ведущего половую жизнь, 4-8 спонтанных эрекций во время ночного сна обеспечивает достаточную оксигенацию кавернозной ткани для предупреждения фиброза, так как уже через 48 часов после эрекции в кавернозной ткани развивается та степень гипоксии, при которой происходит индуцирование синтеза коллагена в кавернозной ткани. Гипоксия, дислипидемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет и др. приводят к фенотипическим изменениям в кавернозной ткани - усилению синтеза и накоплению коллагена с исходом в фиброз, являющийся основным звеном в патогенезе эректильных дисфункций (О.Б. Лоран и др., 2000).

При длительном течении сексуальных дисфункций последние приобретают сочетанный характер. Расстройство половой функции одного из партнеров рано или поздно неизбежно отражается на половых переживаниях другого. Восстановление их отношений зависит от желания избавиться от состояния дискомфорта, безоговорочной веры в компетентность врача, точно выполнения его указаний

К *мнимым* сексуальным дисфункциям могут быть отнесены нарушения, возникшие из-за неправильной интерпретации сво-

их проявлений вследствие низкого уровня осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни. Мужчины при этом нередко предъявляют чрезмерно высокие требования к собственной сексуальной сфере, ошибочно полагают, что эрекция по желанию должна возникать в любой обстановке, что половой акт может быть сколько угодно долгим, что повторение полового сношения должно быть через короткий промежуток времени и что все эти половые способности должны сохраняться до преклонного возраста. Подобные неверные представления могут стать причиной убежденности в половом расстройстве там, где его нет.

У мужчин различают следующие варианты мнимых сексуальных дисфункций:

- предъявление чрезмерных требований к собственным сексуальным возможностям;
- приписывание себе воображаемых изъянов, в частности, связанных с бывшей в юности мастурбацией;
- неадекватная реакция на колебания сексуальности без учета своего возраста и других причин.

Мнимые сексуальные расстройства у женщин проявляются жалобами на снижение или чрезмерное повышение сексуальности, возникновение ощущений, которые женщина считает патологическими.

Выделяется несколько вариантов подобных расстройств:

- неправильная оценка женщиной изменений своих сексуальных проявлений без учета возрастных и конституционных норм сексуальности;
- полное отсутствие оргазма при всех формах сексуальной активности (коитус, петтинг, мастурбация, эротические сновидения) в начале половой жизни;
- пробуждение или повышение полового влечения в климактерическом периоде;
- отсутствие сексуальной разрядки, если по каким-либо причинам она или партнер отказываются от стимуляции эроген-

НЫХ ЗОН;

- незнание или неприятие вариантов возбуждения и переживания оргазма;
- отсутствие постоянного сексуального партнера или наличие партнера с неправильным поведением, имеющимися у него половыми расстройствами.

Факторами, предрасполагающими к возникновению мнимых сексуальных расстройств, является легкое снижение интеллекта или наличие тревожно-мнительных черт характера, что приводит к формированию искаженных представлений о нормальной половой жизни. При отсутствии своевременной психотерапевтической коррекции в некоторых случаях мнимые сексуальные расстройства приводят к возникновению психогенных невротических половых дисфункций.

Причины половых расстройств различны. Многие заболевания и патологические состояния, при которых страдают органы кровообращения, нервная система и психика, железы внутренней секреции, половые органы, могут приводить к патологическим изменениям половой сферы. Более чем в половине случаев в качестве главной причины сексуальных расстройств выступают нервно-психические заболевания или их расстройства: невротические реакции и неврозы, депрессии, психопатии, последствия органических заболеваний и травм головного мозга, психозы. В основе значительного числа нарушений половой функции лежат различные заболевания внутренних органов (сахарный диабет, артериальная гипертония, атеросклероз и др.).

Сексологическое обследование при сексуальных расстройствах

При сексологическом обследовании пациента перед врачом стоит задача выявить или исключить возможные функциональные и/или органические нарушения сексуального здоровья.

Расстройство половой функции, как правило, не является

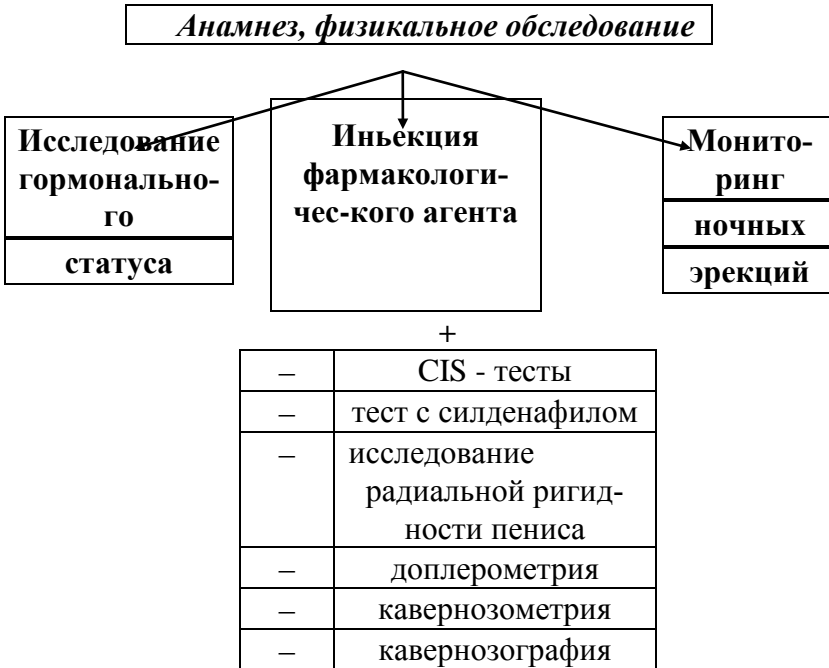
самостоятельным заболеванием. Этот симптомокомплекс наблюдается при различных психических, неврологических, урологических, гинекологических, эндокринных и других заболеваниях. Ведущую роль в развитии половых нарушений играют психогенные факторы. Среди соматических причин наиболее часто встречаются заболевания урогенитальной сферы, эндокринные и неврологические расстройства. В последнее время все большее внимание уделяется сосудистым факторам эректильных дисфункций у мужчин.

Диагностический алгоритм эректильных дисфункций предусматривает сбор анамнеза (схема 2).

Оптимальным способом сбора анамнеза является заполнение пациентами анкет, анализ данных которых во многих случаях позволяет предположить характер сексуального нарушения.

Диагностический алгоритм эректильных дисфункций

(по О.Б.Лоран и др., 2000)



Анкета “Сексуальная формула мужская”. Состоит из 10 разделов (обозначенных римскими цифрами). В каждом разделе ответы пациента обозначаются от 0 до 4. Пациенту предлагается в каждом разделе подчеркнуть то утверждение, которое в наибольшей степени соответствует его состоянию на момент обследования.

I. Потребность в половых сношениях. Как часто возникает настоятельное желание иметь половой акт (вне зависимости от напряжения полового члена): 0 - вообще никогда или не чаще одного раза в год; 1 - несколько раз в год, но не чаще раза в месяц; 2 - 2-4раза в месяц; 3 - раза 2 или чаще в неделю; 4 – ежедневно один или несколько раз.

II. *Настроение перед сношением*: 0 - сильный страх неудачи, поэтому попытки никогда не предпринимались; 1 - выраженная неуверенность, заставляющая искать предлог, чтобы уклониться от попытки; 2 - некоторая неуверенность без уклонения от попыток (или сношение проводится, чтобы испытать себя); 3 - главным образом желание наслаждения, овладения женщиной, к сношению приступаю без опасения; 4 - всегда только жажда наслаждения женщиной, никогда не испытываю ни малейшего сомнения.

III. *Половая предприимчивость*. Провожу действия, направленные на осуществление полового акта: 0 - вообще не провожу или провожу с интервалом не менее года; 1 - несколько раз в год, но не чаще раза в месяц; 2 - несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю; 3 - 2 раза или несколько чаще раза в неделю; 4 - ежедневно один или несколько раз (общее число попыток, а не только совершенных половых актов).

IV. *Частота совершения полового акта* (хотя бы и не совсем полноценное по форме): 0 - вообще никогда не удавалось; 1 - очень редко; 2 - в большинстве случаев; 3 - в обычных условиях - всегда; 4 - в любых условиях и всегда, даже если обстоятельства этому не благоприятствуют.

V. *Напряжение полового члена* (эрекция): 0 - эрекция не наступает ни при каких обстоятельствах; 1 - вне обстановки полового акта эрекция достаточная, однако к моменту сношения ослабевает и введение члена не удается; 2 - приходится применять усилия или местные манипуляции, чтобы вызвать достаточную для введения эрекцию (или же эрекция ослабевает после введения, но до семяизвержения); 3 - эрекция неполная, но введение удается без труда; 4 - эрекция наступает в любых условиях.

VI. *Длительность сношения*. Семяизвержение наступает: 0 - не наступает ни при каких обстоятельствах; 0,5 - наступает не при каждом половом акте, сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер; 1 - еще до введения члена или в момент введения; 2 - через несколько секунд после введения; 2,5 - при-

мерно в пределах 15 - 20 фрикций; 3 - 4 - через 1-2 мин или дольше

VII. *Частота половых отправленияй.* Семяизвержение происходит при сношениях (или ночных поллюциях, онанизме и др) в среднем: 0 - вообще не происходит или происходит не чаще раза в год; 1 - несколько раз в год, но не чаще раза в месяц; 2 - несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю; 3 - 2 раза или несколько чаще в неделю; 4 - ежесуточно один или несколько раз (все эякуляции, включая половые акты, ночные поллюции, мастурбации).

VIII. *Настроение после сношения* (или неудавшейся попытки): 0 - крайняя неудовлетворенность (либо отвращение к партнерше); 1 - разочарование, досада; 2 - безразличие; 3 - удовлетворенность и приятная усталость; 4 - полная удовлетворенность, душевный подъем.

IX. *Оценка успешности половой жизни:* 0 - женщина не хочет иметь со мной близость; 1 - женщина высказывает упреки; 2 - половая жизнь происходит с переменным успехом; 3 - половая жизнь происходит в общем успешно; 4 - способен в любых условиях удовлетворить женщину.

X. *Длительность полового расстройства:* 0 - с начала половой жизни; 1 - более полугода; 2 - менее полугода; 3 - в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом; 4 - не знаю, что значит иметь затруднения в половой жизни.

Цифры 0, 1, 2 отражают различную степень снижения половых функций, 3 - среднестатистическую норму, 4 - сильную половую конституцию. При анализе показателей учитывается каждый из полученных ответов, затем их цифровые выражения объединяются в три триады, которые суммируются с показателем X (длительность полового расстройства), после чего подсчитывается общий прогностический показатель. При среднестатистической норме они составляют: 3, 3, 3/3, 3, 3/3, 3, 3/ + 3 = 9/9/9/ + 3 = 30.

У пациентов с сексуальной патологией и при мнимых поло-

вых расстройств они снижены, у молодого здорового мужчины - повышены.

Для предварительной оценки сексуальных проявлений пациентки также применяется заполнение анкеты “Сексуальная формула женская”. Вопросник состоит из 8 основных разделов (обозначены римскими цифрами), 9 раздел указывает на длительность полового расстройства. Ответы пациентки обозначаются цифрами от 0 до 4. После прочтения вопросника пациентка подчеркивает цифру, которая стоит против утверждения, наиболее отвечающего ее состоянию на момент обследования.

I. *Менструация*: 0 - кровянистых выделений из половых путей не было; 1 - нерегулярные кровянистые выделения из половых путей или регулярные из других мест (например, носовые); 2 - менструации стали нерегулярными или полностью прекратились в течение последних лет; 3 - менструации утрачивали свою регулярность только под влиянием неблагоприятных условий, при нервно-психическом состоянии, в летний период или при смене места жительства; 4 - менструации всегда сохраняли свою периодичность, даже в самых неблагоприятных условиях.

II. *Отношение к половой активности*: - половой акт всегда вызывает непреодолимое отвращение (или боль); 1 - половой акт с некоторых пор вызывает отвращение, что заставляет искать предлог, чтобы от него уклониться; 2 - половой акт безразличен и участие в нем происходит без внутреннего побуждения; 3 - половой акт доставляет удовольствие, но степень наслаждения находится в явной зависимости от фазы менструального цикла; 4 - половой акт вызывает глубокое наслаждение всегда, вне зависимости от менструального цикла.

III. *Выделение влагалищной слизи к началу полового акта*: 0 - никогда не было; 1 - происходит не всегда и находится в зависимости от фазы менструального цикла (в “неблагоприятные” периоды не происходит даже при длительных предварительных ласках; 2 - происходит со значительным постоянством, но при условии достаточной длительности предварительных ласк; 3 - происходит во всех случаях при условии, что половой акт со-

вершается по внутреннему побуждению; 4 - происходит всегда и очень быстро, даже при самых поверхностных ласках, а иногда и при разговоре, принимающем интимный характер.

IV. *Наступление глубокой острой нервной разрядки (оргазма)*: 0 - никогда ни при каких обстоятельствах не испытывала оргазма; 1 - испытывала оргазм только при сновидениях эротического содержания; 2 - испытывала единичные случаи оргазма при исключительных обстоятельствах (сексуальные “игры”, особые формы полового воздействия с изощренным мужчиной) или при самораздражении; 3 - оргазм наступает примерно в 50% всех половых актов; бывают повторные оргастические разрядки при однократном половом акте.

V. *Физическое самочувствие после полового акта*: 0 - боль или ощущение тяжести в половых органах; 1 - полное физическое безразличие; 2 - ощущение неотрагированного полового возбуждения; 3 - ощущение разрядки полового возбуждения, наступающее сразу по окончании полового акта или в процессе заключительных ласк; 4 - удовлетворенность и приятная усталость.

VI. *Настроение после сношения*: 0 - отвращение и/или чувство униженности; 1 - чувство избавления от досадной обязанности; 2 - чувство полного безразличия; 3 - удовольствие от сознания выполненного долга (или удовольствие от сознания доставленной мужчине радости); 4 - чувство благодарности мужчине за испытанное удовольствие, радость обоюдно разделяемого взаимного сближения).

VII. *Уровень половой активности*: 0 - никогда не было; 0,5 - с интервалами не менее года; 1 - несколько раз в год, но не чаще раза в месяц; 2 - несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю; 3 - раза два или чаще в неделю; 4 - ежедневно один или несколько раз.

VIII. *Длительность сношения*. Семяизвержение у партнера наступает: 0 - еще до введения члена или в момент введения; 0 - не наступает ни при каких обстоятельствах; 0,5 - через несколько секунд после введения; 1 - не при каждом половом акте; сно-

шение носит затяжной, изнурительный характер; 2 - примерно в пределах 15-20 движений; 3-4 - через 1-2 мин или дольше.

IX. *Длительность полового расстройства*: 0 - сначала половой жизни; 1 - более полугода; 2 - менее полугода; 3 - в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом (в особенности в начале половой жизни); 4 - не знаю, что значит иметь затруднения в половой жизни.

Цифры 0, 1, 2 отражают различные степени снижения половой функции, 3 - норму, 4 - сильную половую конституцию. При проведении анализа полученных данных цифры, соответствующие ответам обследуемой, записываются в виде числового ряда, разделенного наклонными линиями на 4 диады, отдельно проставляется показатель длительности полового расстройства, а затем подсчитывается их общая сумма. Среднестатистический (нормативный) образец сексуальной формулы женщины представляется в виде:

$$3,3 / 3,3 / 3,3 / 3,3 / 3 = 6 / 6 / 6 / 6 / 3 = 27.$$

Реальные показатели могут отличаться как в большую, так и в меньшую стороны, что имеет важное значение при сексологическом обследовании и установлении диагноза.

Собирая анамнез, следует установить имевшие в прошлом заболевания. В первую очередь это паротит, уретрит, простатит, эпидидимит, орхит, крипторхизм, инфекции, интоксикации, энурез, черепно-мозговые травмы, травмы гениталий. Важно уточнить возраст наступления полового созревания (менархе, ойгархе, поллюции, мастурбация, либидо, начало половой жизни и ее интенсивность). Необходимо расспросить о характере профессии, возможных вредностях, о бытовых условиях.

Сексуальные нарушения, по-прежнему, являются запретной темой. Частота сексуальных консультаций у врача общей практики в значительной степени зависит от способности и готовности говорить на эту тему. Частым поводом для сексуальных консультаций являются вопросы предохранения и планирования беременности, а также функциональные сексуальные нарушения и конфликты по сексуальным мотивам, связанные с возрастом.

Хороший анамнез во многих медицинских специальностях – это половина диагноза.

Содержание сексуального анамнеза:

- точное описание нарушения;
- проявление: ситуационное, хроническое;
- зависимость от партнера;
- течение: фазовое, прогрессивное;
- осознанная ситуация возникновения или иное;
- модель объяснения: соматическая, психологическая, парнодинамическая

При психически обусловленных нарушениях – почти весь диагноз. Это относится и к большинству сексуальных нарушений.

При разговоре о сексуальных проблемах имеет смысл обращать внимание на сигналы, свидетельствующие о чувствах пациента и на собственные ощущения. Уже сама завязка разговора может произойти за счет обращения внимания на непривычное поведение пациента. Прежде всего, здесь требуется профессиональное чутье. В отношении других тем бывает достаточно, если пациенту предоставляется возможность самому изложить свои проблемы.

Если же разговор заходит о сексуальных затруднениях, то нередко требуется более активный, ослабляющий “запретную тему”, подход типа: - “Мне думается, что ваша проблема влияет на сексуальность”.

Затем должен быть откровенный, непринужденный разговор, когда вещи называются своими именами. При этом врач, поддерживающий расплывчатые описания пациента, например, “в связи с интимными делами...”, “физическая близость”, сам будет демонстрировать желание спрятаться от темы.

При необходимости помогает открытый разговор на щекотливую тему. Нередко только благодаря этому преодолевается неловкость. В дальнейшем важно как можно конкретнее раскрыть данную проблему.

Такой проблемой может быть *диапазон приемлемости*, включающий совокупность форм сексуального поведения при интимной близости, не порождающих у партнеров негативной эмоциональной реакции и расцениваемых ими как допустимые. Сюда входят все виды ласк, формы и допустимость их воздействия на те или иные эрогенные зоны перед половым актом, в процессе его и в период спада полового возбуждения, позиции при половом акте. Все, что превышает границы представлений одного из партнеров, переживается им как нечто уродливое, постыдное, аморальное, как отклонение от сексуальной нормы. У разных людей диапазоны приемлемости разные, и только при уравнивании их достигается сексуальная гармония.

Понятие “*импотенция*” – это слишком закрытая абстракция. Само по себе понятие “импотенция” давно превратилось в обидный ярлык, унижающий человеческое достоинство и наносящий больным дополнительную психическую травму. Использование этого термина влечет за собой серьезную методологическую ошибку, так как понятие “импотенция” имеет оттенок тотальности, необратимости состояния и приводит к единой оценке как случайные ситуационные срывы, так и выраженные патологические состояния. В настоящее время более употребительным является термин “*дисфункция сексуальная*”. Поэтому при обсуждении этой темы следует задавать вопросы: “Когда именно возникает проблема сексуальной дисфункции?” “Где находится ваш член, когда вы замечаете, что эта проблема появляется снова?” “Какие обстоятельства способствуют этому?” Зачастую лишь один детальный разбор проблемного поля пациента приводит к инициированию решения проблемы.

Из объективного обследования особый интерес представляет осмотр половых органов, оценка вторичных половых признаков и определение трохантерного индекса (ТИ), т.е. отношение роста к длине ноги, что дает четкие сведения о задержке или нарушениях сексуального развития на почве эндокринных расстройств. ТИ менее 1,9 указывает на выраженную задержку темпа полового созревания, а более 2,0 – раннее, ускоренное разви-

тие. Дополнительно целесообразно определить пробу на супинацию по Жерико. Проба основана на том, что предплечье в супинации принимают в норме разное положение у мужчин и женщин. У мужчин это положение напоминает букву “Л”, а у женщин – “Х”. При недостаточном уровне андрогенов в период полового созревания предплечья в супинации у мужчин приобретают положение тем более похожее на букву “Х”, чем выраженнее нарушения.

Граница лобного и затылочного оволосения у мужчин и женщин разная. У мужчин на лбу более выражены залысины, чем у женщин, а на затылке у них обычно имеется две косички, у женщин – три. Чем более выражены залысины на лбу у мужчин, тем выше уровень андрогенов в крови. Для женщин этот феномен не характерен.

При исследовании половых органов у женщин следует обратить внимание на расстояние от клитора до входа во влагалище. Если оно больше 2,5 см, то это свидетельствует о факте дефицита эстрогенов в пубертате и требует подбора оптимальной позиции при половом акте для адекватной стимуляции клитора.

При неврологическом обследовании для оценки состояния спинальных половых центров у мужчин оценивается *бульбокавернозный рефлекс*, у женщин – *клиторальный*. Проводятся уколы притупленной иглой в головку и спинку полового члена и клитора соответственно, с оценкой сокращения мышц промежности.

При синдроме *парацентральной доли* наблюдается инверсия ахиллового рефлекса на переднюю поверхность голени, что в клинике сексуального расстройства у мужчин проявляется симптомом преждевременного семяизвержения, а у женщин – патологической легкостью наступления оргазма, даже в неадекватной обстановке для интимной близости.

Из лабораторных методов в диагностике половых расстройств у мужчин используется анализ секрета предстательной железы с бактериоскопией и оценкой кристаллизации (картина “листа папоротника”). У женщин проводится кольпоцитология с

феноменом “листа папоротника” цервикальной слизи. Важно также определение содержания 17-кетостероидов в моче и содержание в плазме крови тестостерона, эстрадиола, лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, пролактина.

Необходимым скрининговым исследованием является *мониторинг ночных спонтанных эрекций*. Установлено, у здоровых мужчин в течение ночи, в фазу быстрого сна, отмечается 4-6 эпизодов эрекций, продолжительностью 10-15 мин. Общая продолжительность спонтанных эрекций в течение ночи составляет 1,5 ч или 20% от всего времени сна. С возрастом не все ночные спонтанные эрекции сопровождаются полной ригидностью и число эрекций со сниженной ригидностью возрастает.

У мужчин с эректильной дисфункцией отмечается снижение качества и количества спонтанных эрекций в течение ночного сна. Это позволяет использовать исследование ночных эрекций как дифференциально-диагностический тест органических и психогенных форм эректильной дисфункции. По изменениям таких показателей, как ригидность и продолжительность, можно предположить характер нарушения эрекции: васкулогенная или нейрогенная.

Исследование ночных эрекций является дифференциально-диагностическим тестом органических и психогенных форм эректильных дисфункций.

В случае нейрогенной эректильной дисфункции для установления причины нарушения эрекции проводится определение бульбокавернозного рефлекса.

Без сомнения, нарушения сексуальной функции могут быть обусловлены в той или иной степени соматическими факторами (табл. 6). Однако наличие такого фактора не обязательно подтверждает его статус как причины.

Содержание *синдрома дезактуализации и реадaptации сексуального поведения* определяет то, что поскольку ни одна из половых функций не является витальной, любое тяжелое заболевание автоматически приводит к немедленной дезактуализа-

ции сексуальных интересов, оттесняет сексуально-эротическую мотивацию поведения на задний план.

Таблица 6 Факторы, оказывающие влияние на сексуальные нарушения.

Фармацевтические и химические средства, патология систем и органов	Факторы, обуславливающие сексуальные нарушения
Медикаменты	Гипотензивные, диуретики, бета-блокаторы, психотропные, спазмолитики, гормоны
Химикалии	Инсектициды, пестициды
Истошающие болезни	Злокачественные опухоли
Болезни обмена веществ	Сахарный диабет, болезни печени
Эндокринные болезни	Гипо- и гипертиреоз
Урологические болезни	Аднексит, фимоз
Психогенные и нейрогенные факторы, неврологические болезни	Депрессия, беспокойство, рассеянный склероз, нейромедиаторные нарушения на уровне спинного и головного мозга, травма, миелодисплазия позвоночника, повреждение межпозвоночных дисков, алкоголизм
Операции	Удаление матки, резекция простаты
Артериальные факторы Венозные факторы	Гипертония, курение Функциональное повреждение веноокклюзионного механизма

В стадии реконвалесценции, даже если человек утратил зрение и слух, но сохранил жизнь, после периода адаптации к новым условиям у большинства больных сексуальные интересы и потребности восстанавливаются, но их удовлетворение затрудняется. Дезактуализация сексуальных интересов и сексуальные затруднения наблюдаются при самых различных острых, хронических и инвалидизирующих заболеваниях.

Сексуальные изменения после инфаркта миокарда (снижение либидо, изменение ритма половой активности, нарушение эрекции и эякуляции, изменение сексуального поведения) могут усугубить уже возникшее в результате болезни чувство неполноценности, ущербности, способствовать формулированию невротических нарушений.

У абсолютного большинства больных ИБС с сексологическими расстройствами выявляются психические нарушения. Они испытывают внутреннее напряжение, волнение, беспокойство, тревогу, снижение интереса к общению, замкнутость, отчужденность, раздражительность, вспыльчивость, мнительность.

Установлено два основных психологических фактора, влияющих на возобновление половой жизни после инфаркта миокарда. Это чувство тревоги (беспокойство), которое мешает нормальному осуществлению половой функции и депрессии, воздействующая на либидо. Тревога может возникать из-за страха появления симптомов данного сердечно-сосудистого заболевания или страха внезапной смерти во время полового акта. Часто партнер разделяет эти опасения. Фиксация на ожидании может привести к развитию ипохондрических реакций, которые, в свою очередь, влияют на половые функции. При этом пациенты не решаются обратиться за советом к врачу, поскольку опасаются запрета половой жизни. Известно, что степень повышения частоты сердечных сокращений во время сексуальной активности у больных инфарктом миокарда сопоставима с той, которая отмечается при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице на один-два пролета. Реакции со стороны сердечно-сосудистой системы у них однотипны как во время полового акта, так и при оргазме.

Синдром сосудистой недостаточности эрекции проявляется как следствие окклюзий артерий после перелома костей таза, при диабетической микро- и макроангиопатии, неспецифическом артериите, атеросклерозе. Он характеризуется ослаблением адекватных и спонтанных эрекций, ощущением похолодания в

области половых органов, ослаблением напора мочи при мочеиспускании, наступлением эякуляции при вялом члене.

При *урологической патологии* с поражением эякуляторной функции (простатиты, простатовезикулиты), наблюдается преждевременное семяизвержение. У таких больных наблюдаются расстройства мочеиспускания с болевым синдромом. Диагностика базируется на анатомических данных, пальцевом ректальном обследовании и результатах лабораторных методов исследования.

Частота половых расстройств у лиц, страдающих *хроническим алкоголизмом*, по данным различных авторов, колеблется от 3,9 до 80%. Патогенез половых расстройств при алкоголизме разнообразен. Они могут развиваться в результате нарушения функций периферического полового аппарата (предстательной железы), расстройств нейрогормональной регуляции, изменений личности, обусловленных ее деградацией и нарушением межличностных отношений в семье. Наиболее распространенной жалобой у больных алкоголизмом является нарушение эрекции. Она часто сочетается с ускоренной эякуляцией. Реже отмечается ослабление либидо и расстройства оргазма.

Нарушение половых функций при *сахарном диабете* встречаются от 24,7 до 74% случаев. Это обусловлено многообразием и тесным взаимодействием различных патогенетических механизмов, связанных с метаболическими, иннервационными, сосудистыми и гормональными расстройствами. Нередко отмечаются переходящие нарушения половых функций – снижение полового влечения, ослабление эрекции и либидо, зависимость между выраженностью ангиопатий нижних конечностей с частотой и тяжестью половых нарушений. Длительность полового расстройства играет важную роль в развитии нарушений копулятивных функций, поскольку сосудистый механизм нарушения эрекции создает условия для быстрого склерозирования сосудов, питающих кавернозные тела полового члена.

Основные методы лечения сексуальных расстройств

Основой лечения в сексопатологии является психотерапия во всех ее видах в сочетании с фармакотерапией. Ведущим методом является рациональная и семейная психотерапия (партнерская). Также используется аутогенная тренировка, наркопсихотерапия, гипносуггестивная терапия, опосредующая и потенцирующая терапия, плацебо-психотерапия, техника “мнимого запрета”, депривация сна, опосредованный корректирующий самоанализ, внушение наяву и др.

При лечении сексуальных расстройств могут использоваться физиотерапевтические методы, иглорефлексотерапия, разгрузочно-диетическая терапия, воздействие локальной декомпрессией на половой член, эректоротерапия, фаллоэндопротезирование, корректирующие операции на сосудах, участвующих в кровоснабжении пещеристых тел полового члена.

Слабость эрекции (эректильная дисфункция). В ситуации интимного сближения эректильная дисфункция обычно тяжело переживается мужчиной, а сосредоточение внимания на степени этой эрекции ведет к еще более значительному снижению напряжения полового члена.

Все методы восстановления половой функции при эректильных дисфункциях подразделяются на консервативные и оперативные. К консервативным методам относятся пероральная медикаментозная терапия, вакуумно-констрикторная терапия, интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов, интрауретральная терапия. Хирургическое восстановление половой функции предусматривает: оперативное лечение венозной недостаточности, оперативное лечение артериальной недостаточности, протезирование полового члена.

Пероральная медикаментозная терапия.

Иохимбин. До недавнего времени являлся основным препаратом, применяющимся в лечении эректильных дисфункций

(табл. 7)..

Таблица 7.: Группы препаратов, применяемых при фармако-терапии сексуальных расстройств

Психотропные средства	Другие препараты
Психостимуляторы	Антихолинергические средства
Транквилизаторы	Препараты спорыньи
Седативные препараты	Вазодилататоры
Антидепрессанты	Биостимуляторы
Нейролептики	Гормоны
	Витамины
	Препараты, стимулирующие функции спинного мозга (иохимбин)
	Ингибиторы циклического гуанозинмонофосфата (Виагра).
	Вука-вука.

Назначается внутрь, в виде таблеток по 5-10 мг 1-3 раза в день в течение длительного времени. Показанием для назначения препарата является только психогенная эректильная дисфункция

Одним из самых эффективных препаратов, применяемых в настоящее время для лечения пациентов с эректильными дисфункциями, является ингибитор цГМФ *силденафила цитрат* (Виагра, Viagra). Назначается внутрь в таблетках (0,025; 0,05; 0,1 г) по 0,05 г за 1 ч до полового сношения. В зависимости от эффекта доза может быть уменьшена или увеличена до 0,1 г/сут.

Пациенты, употребляющие *силденафила цитрат*, в течение 24 часов не должны принимать любые лекарственные формы нитратов: таблетки для сублингвального приема, аэрозоли, нитраты пролонгированного действия (изосорбида динитрат, изосорбида мононитрат), трансдермальные формы (пластыри, мази).

Эффективность применения Виагры у больных с психогенными и органическими формами эректильной дисфункции составляет 75-80%.

Вакуумно-констрикторная терапия. Основана на создании отрицательного давления в пещеристых телах полового члена с помощью вакуумного цилиндра и насоса. Это вызывает приток крови и эрекцию, удерживаемую с помощью наложения у основания полового члена сжимающего кольца, ограничивающего отток крови. Половой член остается в эрегированном состоянии продолжительностью не более 30 мин. Частота осложнений (подкожные кровоизлияния, болевой синдром) в таком случае не превышает 5%. Метод можно сочетать с другими формами консервативной терапии.

Интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов. Метод предусматривает обязательное выполнение следующей программы:

- 1) диагностика причины и степени нарушения эрекции;
- 2) определение показаний к применению метода;
- 3) подбор дозы вазоактивного препарата и определение частоты инъекций;
- 4) обучение пациента технике инъекций;
- 5) перевод пациента в режим самолечения с оптимальной дозой препарата;
- 6) обучение пациента комплексу мероприятий в случае развития приапизма.

Папаверин. Назначается по 1-2 мл 2% раствора в течение длительного времени. Эффективность составляет 60-80%. Монаотерапия ограничена высоким риском развития фиброза, приапизма и гепатотоксичностью препарата.

Фентоламин (метансульфонат). Интракавернозные инъекции препарата в качестве монотерапии не применяются. Назначается только в сочетании с папаверином или другим препаратом.

Алпростадил (каверджект). Доза устанавливается индивидуально. Начинают с 1,25 мкг и постепенно увеличивают до 2,5-10 мкг (не превышая 60 мкг). Вводят не чаще 1 раза в сутки и не более 3 раз в неделю.

Комплексный программный подход к назначению интракавернозной терапии позволяет сделать применение этого метода эффективным и безопасным.

Интрауретральная терапия. Для интрауретральной аппликации используется *алпростадил*. Из уретры препарат всасывается и с кровотоком поступает в пещеристые тела пениса. Эффект, как и при интракавернозном введении, составляет 60-70%.

Лечение гормональными препаратами оправдано только при установлении физическими и лабораторными методами полного отсутствия функционирующей паренхимы, способной к выработке стероидных гормонов. При воспалительных процессах гениталий используются антибактериальные препараты с учетом антибиотикограммы, антигистаминные препараты, иммуномодуляторы.

Оперативное лечение венозной недостаточности полового члена выполняется в случае поражения веноокклюзионного механизма. Эффективность составляет 50-60%. Проведенная операция в большинстве случаев потенцирует действие консервативных методов лечения.

Оперативное лечение артериальной недостаточности полового члена показано в случае недостаточного притока крови к кавернозной ткани. Реваскуляризация эффективна только в случаях вторичной эректильной дисфункции у молодых пациентов вследствие травмы таза или промежности.

Протезирование полового члена является в настоящее время самым эффективным и наиболее часто применяемым методом восстановления ригидности полового члена. Восстановление половой функции происходит более чем в 90% случаев.

В подобных ситуациях применяются специальные эректоры (протезы), надеваемые на незарегистрированный член и помогающие совершать его введение во влагалище.

Пользование эректором должно удовлетворять следующим основным требованиям:

- максимальная приближенность полового акта, совершаемого с их помощью, к физиологическому;
- отсутствие неприятных ощущений у половых партнеров; максимальная открытость кожных покровов полового члена;
- возможность подбирать эректоры строго индивидуально;
- приспособляемость эректора к изменяющимся размерам полового члена при наступлении эрекции;
- простота и удобство применения;
- безвредность длительного применения;
- возможность жесткой гигиенической обработки.

Показаниями для применения эректора являются:

1. Страх неудачи.
2. Слабость эрекции в период любовной игры, в момент введения члена во влагалище или во время фрикционных движений.
3. Травмы таза с повреждением уретры и отсутствием спонтанных реакций, травмы позвоночника, операции на спинном мозге.

Применение эректора снимает психологическую напряженность, страх перед возможным сексуальным срывом. В таких случаях бывает достаточно применить эректор один раз. Само осознание того, что половой акт состоится в любом случае приводит к восстановлению потенции.

При травмах полового члена, повреждении нервных путей, обеспечивающих эрекцию и других случаях применяется хирургическое протезирование полового члена - *фаллопротезирование*. Метод заключается в хирургической имплантации опорных протезов различных конструкций непосредственно в половой член. Наряду с жесткими протезами, которые доставляют пациентам неудобства, применяются полужесткие и набухающие (гидравлические) протезы. Принцип действия набухающих протезов состоит в обеспечении эрекции за счет наполнения жидкостью полых цилиндров, помещенных внутри кавернозных тел

полового члена. Цилиндры через насос, помещенный в мошонке, связаны с резервуаром жидкости в брюшной полости. Простое нажатие пальцем на насос вызывает эрекцию. После окончания полового акта повторное нажатие на передаточный механизм в мошонке обеспечивает слив жидкости из цилиндров и расслабление полового члена. Основным показанием для хирургического протезирования является бесперспективность консервативной терапии при тяжелых расстройствах эрекции.

Основное правило имплантационной хирургии пениса: *имплантация протезов является завершающим этапом лечения эректильной дисфункции.*

Специфическим методом лечения сексуальных расстройств является **секс-терапия**. Она включает предварительную беседу, четырехдневную общую терапию, а также специальные мероприятия, направленные на устранение конкретного сексуального расстройства.

При ускоренном семяизвержении используется методика сдавления головки полового члена. При этом женщина вызывает у партнера эрекцию, доводит его почти до семяизвержения и сильно сжимает рукой половой член до прекращения позывов к эякуляции. Обычно при этом теряется до 30 % эрекции. Через 15 - 30 сек упражнение повторяется несколько раз. Через определенное число дней занятий (определяется индивидуально) продолжительность стимуляции до первых признаков семяизвержения достигает 15 - 20 мин. Следующим этапом является пассивное введение полового члена женщиной в ее позиции “верхом” и при признаках быстрого возбуждения мужчины вновь используется “зажим”. Когда мужчина научился контролировать семяизвержение без движений, партнеры перемещаются в боковую позицию, затем женщине разрешается делать тазовые движения. Упражнение “зажим” повторяется в течение 6 мес один раз в неделю и еще 6 мес во время месячных, чтобы сохранить достигнутые результаты.

При задержанном семяизвержении после первых фрикций используется ручная стимуляция эякуляции женщиной для сня-

тия страха и усиления взаимного притяжения партнеров. Ручная стимуляция заканчивается введением полового члена во влагалище в момент семяизвержения в позиции женщины “верхом”. После достижения эффекта мануальная стимуляция замещается тазовыми движениями.

При расстройстве эрекции основным терапевтическим упражнением является вызывание и утрата эрекции до полного угасания страха, неуверенности и самонаблюдения. Успех секс-терапии привел к появлению различных модификаций, комбинации с психоанализом при непреодолимых затруднениях, самообучающих программ и др.

За последние годы стремительно развилась медицинская сексология. Эта, прежде интимная сфера жизни, в результате использования технических средств становится все более терапевтически управляемой. Примером может служить аутоинъекционная терапия пещеристого тела, имплантация протезов пениса, оплодотворение *in vitro*. Сексуальные нарушения, которые после многолетнего закрепления даже для специалистов представляли неразрешимую проблему, становятся удивительно пластичными, если врач на полную открытость пациента отвечает готовностью и способностью использовать новые медицинские технологии.

Пример из практики. Пациентка М., 30 лет, обратилась с жалобами на отсутствие оргазма, притупление приятных ощущений при половом сношении, чувство тяжести в нижнем отделе живота после полового акта. Считает себя больной около 6 лет. В течение 8 лет, в целях предохранения от беременности, практиковала прерывание полового акта. Спустя 5-6 лет пациентка начала замечать притупление оргазма, чувство неудовлетворенности после полового акта, повышенную раздражительность. Постепенно развилось безразличие к половым актам, которым она не препятствовала лишь из чувства долга и страха потерять мужа, которого очень уважает и ценит. За помощью обращалась к гинекологу, невропатологу, но проводимое лечение было безрезультатным. Появилась неуверенность в себе, фи-

зическая и психическая астения, нарушился сон. Лечилась у психотерапевта, улучшение самочувствие было непродолжительным. Половая конституция – усредненный вариант слабого типа. Поставлен диагноз: первичная сексуальная дисфункция: дисрегуляторная форма у личности со слабым типом половой конституции, вторичная аноргазмия, синдром физической и психической фрустрации, гипостезия. В течение 2-х месяцев проведено лечение: рациональная психотерапия (исключение прерывания полового акта с целью контрацепции и подбор другого метода предохранения от беременности), гипнотерапия (15 сеансов), прозерин (п/к №7), витамин В₁ (п/к №10), элеутерококк (в каплях 10 дней), дарсонвализация области половых органов и волосистой части головы (№7), вибромассаж промежности (№5), иглорефлексотерапия (№10). После лечения отмечает значительное улучшение половой функции.

Профилактика нарушений сексуального здоровья

Включает три этапа. На *первом этапе* проводится профилактика биосоматических нарушений. Сюда входят психопрофилактика нарушений беременности матери, ликвидация соматических и детских инфекционных заболеваний, укрепление общего соматического состояния ребенка.

Второй этап включает профилактику нарушений психосексуального развития. Воспитание у ребенка правильного осознания своей половой принадлежности, полоролевого поведения и психосексуальной ориентации. На данном этапе родители и воспитатели детских учреждений должны информировать детей о развитии пола, о половых различиях, направлять и организовывать детские игры с учетом пола. Одно из условий правильного полового воспитания детей – обучение родителей, учителей и воспитателей способам и приемам этого воспитания. Для такой работы следует привлекать квалифицированных психотерапев-

тов, сексопатологов, акушеров-гинекологов, урологов-андрологов, психологов, социологов.

Третий этап – предусматривает проведение мероприятий по предупреждению сексуальной дисгармонии супружеской пары. Сюда входит ликвидация патогенных факторов, приводящих к сексуальной дисгармонии. С этой целью необходимо корректировать уровень психологической, социально-педагогической и сексуально-поведенческой адаптации супругов и обеспечивать правильную осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни, где важная роль принадлежит культуре половой пары, умению выработать у себя сильные психические и моральные тормоза, которые помогли бы партнерам разобраться с тем, что их союзу мешает или недостает в сфере половой жизни.

Психогигиена половой жизни - это:

1. Создание благоприятной атмосферы для интимной близости:

- партнеры в спальне должны быть одни;
- гигиенические мероприятия перед близостью обязательны для обоих партнеров;
- учет индивидуальных факторов, стимулирующих взаимное чувство: запах духов, фасон нижнего белья, музыка, полумрак и др.;
- интимная близость должна начинаться не в постели.

2. Длительность стимуляции эрогенных зон регулируется уровнем полового возбуждения женщины. Сексуальная разрядка у нее может произойти и до полового акта. Имиссия полового члена производится на высоте полового возбуждения.

3. Эрогенные зоны женщины отвечают на ласку только при ее настрое на интимную близость. В начале сексуальной близости партнеры ведут поиск и отбор наиболее эффективно реагирующих эрогенных зон женщины. Словесная или любая другая коррекция действий мужчины в этом направлении со стороны женщины обязательна. Следует помнить, что эрогенные зоны с возрастом могут меняться, что должно служить поводом для но-

вого поиска.

4. Не следует вести деловых и неприятных разговоров перед близостью.

5. Ритм половых встреч должен отвечать взаимному желанию обоих партнеров.

6. Не нужно заранее планировать ритм половой активности. Половые встречи как исполнение “супружеского долга” не сближают супругов, а, наоборот, часто ведут к сексуальным неудачам.

7. Интимная близость должна давать обоим партнерам максимальное чувство удовлетворенности, что бы им обоим для этого не пришлось предпринять.

8. Соглашаясь на близость, женщина обязана помочь партнеру, настраивая себя на его ласки.

9. Диапазон приемлемости необходимо расширять до его совпадения у обоих партнеров: “Любящим партнерам дозволено все”.

10. Отсутствие сексуальной разрядки у женщины не освобождает мужчину от стимуляции ее эрогенных зон после завершения полового акта.

11. Повторный половой акт должен быть желанным для обоих партнеров.

12. Для достижения гармонии чувств половые партнеры должны выбирать свой язык интимности.

13. Технические приемы интимной близости должны быть направлены на дальнейший рост полового чувства женщины. Этому должен подчиняться ритм фрикционных движений, длительность акта, глубина введения полового члена, поза полового акта и ее смена.

14. Следует применять тот способ предупреждения беременности, который вызывает наибольшее доверие.

Психогигиена половой жизни в предстарческом и старческом возрасте направлена на просвещение пожилых людей в области секса. Половую жизнь мужчины в предстарческом воз-

расте следует считать нормальным явлением. Она не должна вызывать чувство вины или стыда. Половую жизнь женщины в климактерический период следует также считать вполне нормальным и физиологически оправданным явлением. Половая активность в этот период не должна служить источником каких-либо внутренних конфликтов или подозрений на патологию. Никаких абсолютных запретов в отношении половой жизни людей в старческом возрасте не существует.

Противозачаточные средства

К противозачаточным средствам относятся:

- механические контрацептивы (диафрагма, мужской презерватив, колпачки женские),
- химические контрацептивы (вводимые во влагалище пасты, таблетки и другие лекарственные формы, губительно действующие на сперматозоиды);
- внутриматочные средства (вводимые в полость матки);
- гормональные контрацептивы (принимаемы внутрь эстраген-гестагенные препараты);
- спринцевание;
- прерванное половое сношение;
- физиологический метод (периодическое воздержание от половых сношений).

Наиболее эффективными являются внутриматочные и гормональные противозачаточные средства (Р.А. Саидова, 2000).

Внутриматочные средства. Противозачаточные средства, вводимые в полость матки. Существует около 50 разновидностей внутриматочных средств (спирали, дуги, петли, пружинки и др.), среди которых наиболее часто используется полиэтиленовая петля Липпса, Т - образные контрацептивы, содержащие медь или медь и серебро, и Т - образный контрацептив *Альза - Т*, содержащий прогестерон. Все они надежно предохраняют от зачатия и дают 95 - 98% гарантии предупреждения беременности,

не причиняют беспокойства. Внутриматочный контрацептив может быть оставлен в матке на длительный срок и не требовать других мер предохранения. Вводятся они акушером-гинекологом после предварительного обследования женщины (бактериоскопия мазка из канала шейки матки, влагалища и уретры на флору и степень чистоты, клинический анализ крови и мочи) на 5 - 7 день после менструального цикла. Женщинам, перенесшим воспалительные заболевания матки и придатков, внутриматочные средства вводятся спустя 6 - 12 мес после лечения при условии отсутствия обострения. Пока внутриматочный контрацептив на месте, он очень эффективен. Однако он может выпасть, особенно во время менструации или в первые месяцы после установки. Повторную установку должен производить специалист.

Противопоказаниями введения внутриматочных средств являются: острые и подострые воспалительные заболевания женских половых органов, наличие доброкачественных опухолей женских половых органов, пороков развития матки, истмико-цервикальная недостаточность, эрозия шейки матки, нарушения менструального цикла и свертывающей системы крови.

Гормональные контрацептивы. В состав гормональных контрацептивов входят полученные искусственным путем эстроген и гестаген. Эти гормоны производятся в женском организме естественным путем в течение нескольких дней каждого менструального цикла и постоянно - в период беременности. Эти гормоны задерживают продукцию фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, которые необходимы для созревания фолликулов и овуляции.

Согласно критериям ВОЗ (1996), метод контрацепции с применением гормональных препаратов рекомендован женщинам:

- 1) любого возраста и с любым количеством беременностей в анамнезе, желающим ограничить свою репродуктивную функцию;
- 2) страдающим от ряда заболеваний (акне, нарушения мен-

струального цикла, фиброзно-кистозная мастопатия, эндометриоз и др.);

3) нуждающимся в постабортном методе контрацепции (после абортов в первом и втором триместрах и после септического аборта);

4) с осложненным репродуктивным анамнезом;

5) в послеродовом периоде, спустя 21 день после родов, при отсутствии грудного вскармливания;

6) с преэклампсией и диабетом беременных в анамнезе;

7) после неосложненных хирургических вмешательств, не требующих иммобилизации;

8) имеющим регулярный менструальный цикл, а также пациенткам с менометроррагиями;

9) страдающим воспалительными заболеваниями органов малого таза или имеющим риск развития подобных заболеваний;

10) инфицированным ВИЧ и туберкулезом;

11) с эктопической беременностью в анамнезе;

12) при наличии подострого течения послеродовой инфекции или эрозии шейки матки.

Современные контрацептивы разделяются преимущественно по прогестагенному компоненту:

1-е поколение - норэтинодрел, этинодиола ацетат;

2-е поколение - норэтистерон, норгестрел, левоноргестрел (микрогинон, ригевидон, триквилар, три-регол и др.);

3-е поколение - гестоден (фемоден, логест); - дезогестрел (марвелон, мерсилон, новинет, регулон); - оргестимат (силест).

Практическое применение получили комбинированные оральные контрацептивы (КОК), эстроген-гестагенные препараты, в состав которых входит 2 вида эстрагенов (*этинилэстрадиол* в дозе не более 50 мкг) и различные виды гестагенов, например, *норэтистерон* в дозе 5 мг. Их противозачаточный эффект связан с влиянием на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему и подавлением процесса овуляции.

Диане-35 (Diane-35) монофазный препарат, принимается внутрь по 1 драже с 1-го дня цикла по 21 день с последующим перерывом. Через несколько месяцев приема препарата у большинства женщин, страдающих акне, наблюдается не только исчезновение угрей и себореи, но и улучшение качества жизни (повышение уверенности в себе, привлекательности, облегчение контактов с людьми).

Микрогинон (Microgynon) монофазный, принимается внутрь по 1 драже ежедневно 28 дней. Побочные действия и противопоказания см. диане-35.

Триквилар (Tricvilar) трехфазный, принимается внутрь по 1 драже в течение 28 дней. Побочные действия см. диане-35.

Тризистон (Trisiston) трехфазный, принимается по 1 драже с 1-го дня цикла по 21 день. Побочные действия см. диане-35.

Минизистон (Minisiston) монофазный, принимается внутрь по 1 драже 21 день, перерыв 7 дней.

Наибольшего распространения в нашей стране и за рубежом получили монофазные эстраген-гестагенные оральные контрацептивы нового поколения, содержащие новый гестагенный компонент (норгестимат, дезогестрел, гестоден). Оральные контрацептивы нового поколения имеют следующий состав: *силэст* содержит 35 мкг этинилэстрадиола и 250 мкг норгестимата; *марвелон* - 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела; *фемоден* - 30 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена.

Большинство КОК принимается внутрь по 1 табл/сут, начиная с первого дня менструального цикла, на протяжении 21 дня с последующим 7-дневным перерывом. На 8-й день препарат принимается вне зависимости от того, прекратилось к этому времени менструальноподобное кровотечение или нет. Интервал между приемами препаратов не должен превышать 24 часов. Индекс Перля (число зачатий в течение одного года у 100 женщин при использовании того или иного метода контрацепции) для КОК равен 0,15-0,5.

Мини-пили. В упаковке содержится 28 активных таблеток, которые нужно принимать каждый день, включая дни менстру-

ального цикла. Содержат минимальную концентрацию чистого прогестагена в 1 таблетке. Прием начинается с 1-го дня цикла. Индекс Перля равен 0,6-4,0.

Показания для мини-пили:

- женщинам с побочными эффектами или противопоказаниями к применению КОК;
- женщинам после 40 лет (в данной группе индекс Перля составляет 0,3) и женщинам старше 35 лет с факторами риска (курение);
- женщинам, страдающим диабетом и ожирением;
- женщинам с артериальной гипертонией;
- женщинам, страдающим мигренью;
- женщинам в период лактации.

Сочетание мини-пили с лактацией обеспечивает надежную контрацепцию и, кроме того, лактационная аменорея предотвращает любые потенциальные нарушения менструального цикла. Оптимальным сроком назначения препарата является 12 недель после родов. Перед началом приема мини-пили (микронор, милигинон, микролют, овретт, фемулен, континуин, экслутон), как и при назначении любых других контрацептивов, следует исключить беременность как маточную, так и внематочную.

Основным правилом приема низкодозированных оральных контрацептивов, содержащих только прогестаген, является обязательное соблюдение режима приема таблеток в одно и то же время каждый день без перерыва даже при появлении кровянистых выделений. Максимум эффекта наблюдается через 3-4 часа после приема и длится в течение 16- 19 часов.

Все гормональные контрацептивы *противопоказаны* при: тромбозах, варикозном расширении вен, заболеваниях печени, доброкачественных и злокачественных опухолях половых органов и молочных желез, осложненной артериальной гипертонии, сердечно-сосудистой декомпенсации, ожирении, мигрени, сахарном диабете, ревматизме, болезнях почек, болезнях

крови, отосклерозе, бронхиальной астме, аллергических заболеваниях.

Побочные эффекты во время приема гормональных контрацептивов: тошнота, головная боль, увеличение массы тела, появление межменструальных кровотечений, раздражительность, повышенная утомляемость, снижение либидо. Обычно они возникают в первые 3 - 4 мес от начала приема, носят переходящий характер и самостоятельно проходят к 5-6 мес их применения. При стойких побочных эффектах рекомендуется заменить препарат, либо использовать другой метод контрацепции. Молодым нерожавшим женщинам до 25 лет назначаются препараты с низким содержанием стероидных компонентов (ригевидон, тризистон) прерывистыми курсами по 3 - 4 мес с перерывом в 2 мес. Женщинам старше 35 лет следует назначать препараты, содержащие микродозы гестагенов (континуин) или трехфазный контрацептив.

Спермицидные средства. *Безалкония хлорид*. Применяется в виде таблеток, вагинальных свечей, вагинальных кремах.. Вводится не позднее, чем за 5 мин до полового акта, длительность действия 3- 4 часа.

Фарматекс Принимается в таблетках, свечах, вагинальных кремах. Предназначен только для местного применения. Вводится во влагалище за 10 мин до коитуса. Эффект сохраняется 4 часа. Эффективность - 80%.

Стерилин, концептрол - вагинальные свечи, вводятся не позднее чем за 15 мин и не ранее 1 ч до полового акта.

Контрацептин Т. Является единственным производимым в России вагинальным спермицидным средством. Применяется в виде вагинальных свечей, вагинального крема и таблеток за 10 мин до полового акта. В случае повторного полового акта введение препарата обязательно.

Физиологический метод контрацепции

Это воздержание от половых сношений в период способности яйцеклетки к оплодотворению. Для определения времени, когда следует воздержаться от половых контактов, используется три способа.

1. *Календарный способ.* Основан на регистрации продолжительности 6-12 предыдущих менструальных циклов. Из них берется самый короткий и самый продолжительный (например, 26 и 31 день). Первый день опасного периода определяется вычитанием числа 18 из числа дней самого короткого цикла, последний - вычитанием числа 11 из числа дней самого длинного менструального цикла. Проводится расчет: $26 - 18 = 8$ и $31 - 11 = 20$. Следовательно, период способности яйцеклетки к оплодотворению составит с 8-го по 20-й день менструального цикла. До и после этих дней женщина может не предохраняться.

2. *Температурный способ.* Основан на регистрации базальной температуры тела в течение не менее трех менструальных циклов. Измеряемой ежедневно в одни и те же утренние часы, сразу после пробуждения, не вставая с постели, одним и тем же термометром в течение 5-6 мин в прямой кишке. В поликлинической практике этот метод практически не используется из-за сложности выполнения, а также его непригодности в случаях болезни женщины, ее переутомления, приема гормональных препаратов, других случаях, когда колебания температуры не зависят от процесса созревания яйцеклетки.

3. *Цервикальный способ.* Определение срока овуляции на основании циклических изменений месячной слизи, выделяемой из половых путей. У здоровой женщины с 18 дня цикла до наступления менструации и с 6 по 10 день цикла выделений не бывает или они очень незначительные. С 10 по 18 день выделяется водянистая слизь, похожая на сырой яичный белок. После овуляции начинает продуцироваться густая вязкая слизь, что ощущается женщиной как появление “влажности” во влагалище.

Через 3-4 дня после появления слизи половая жизнь возможна без предохранения.

Эффективность физиологического метода недостаточно высока. Наиболее результативным считается сочетание его с другими методами и видами контрацепции в фертильный период менструального цикла.

Посткоитальная контрацепция. Метод влагалищного спринцевания известен с давних пор и является малоэффективным. В настоящее время созданы различные посткоитальные препараты: эстрогены (*Премарин*), эстроген-гестагенные комбинированные средства (*Оврал*), гестагены (*Диназол*, *Мифепристон*), антигонадотропины, антипрогестины. В России из этой группы применяется *Постинор* (Postinor, Follistrel, Gravistat, Microluton, Microval), который содержит 0,75 мг левоноргестрела. Принимается по 1 табл. внутрь в первый час после полового акта. При повторных половых актах необходимо через 8 часов после приема первой принять вторую таблетку. Принимать не более 4 таблеток в течение одного месяца.

Посткоитальная контрацепция является чрезвычайной мерой и не должна применяться вместо обычной контрацепции.

Цель посткоитальной контрацепции - предотвратить нежелательную беременность после незащищенного полового акта на этапе овуляции, оплодотворения, имплантации. Основным механизмом такой контрацепции - дезинхронизация физиологии менструального цикла, подавление или отдаление овуляции, нарушение процесса оплодотворения, транспорта яйцеклетки, имплантации и дальнейшего развития эмбриона.

Стерилизация. Представляет собой необратимый, однако самый эффективный метод контрацепции. У женщин - это наложение на маточные трубы скобок или полная перевязка труб, которые осуществляются лапароскопическим методом. У мужчин производится вазэктомия с иссечением и перевязкой семявыносящих протоков. Оба эти способа не действуют на продукцию половых гормонов и не приводят к нарушению функции половых органов и полового акта.

**Эффективность различных методов
контрацепции (значение индекса Перля):**

Метод	Теоретически	Практически
Прерванный половой акт	4	18
Диафрагма со спермицидом	3	18
Спермицидные средства	3	21
Презерватив	2	12
Внутриматочные средства	< 1	0,3-1,5
КОК	< 1	0,15-0,5
Парентеральные прогестагены	< 1	0,01-0,03
Мини-пили	< 1	0,6-4,0

2.9. Экспертиза трудоспособности

Экспертиза трудоспособности - ежедневная практика врача-терапевта территориального лечебного участка. В амбулаторно-поликлинических учреждениях РФ она осуществляется согласно трех принципов.

1. Право решения всех вопросов, связанных с нетрудоспособностью граждан, принадлежит государству. Для этого созданы единые государственные органы.

2. Профилактическое направление экспертизы с максимально быстрым восстановлением трудоспособности и предотвращением инвалидности.

3. Коллективность решения всех вопросов, что достигается одновременным участием в ее проведении нескольких специалистов и администрации.

Органами экспертизы трудоспособности являются:

1) лечебно-профилактические учреждения, независимо от их уровня, профиля, ведомственной принадлежности и форм собственности при наличии лицензии на данный вид медицин-

ской деятельности;

2) органы социальной защиты населения различных территориальных уровней;

3) профсоюзные органы.

Инструктивные и законодательные документы регламентируют *задачи экспертизы трудоспособности*, стоящие перед лечащим врачом:

– научно обоснованная оценка состояния трудоспособности пациента при различных заболеваниях или анатомических дефектах;

– установление факта нетрудоспособности пациента и освобождение его от работы в связи с наличием социальных и медицинских показаний, предусмотренных действующим законодательством;

– определение характера нетрудоспособности у конкретного больного - временная, стойкая, полная или частичная;

– установление причин временной или стойкой нетрудоспособности больного для определения размера пособия, пенсии и других видов социального обеспечения;

– рациональное трудоустройство больного, не имеющего признаков инвалидности, но нуждающегося по состоянию здоровья в облегчении условий труда в своей профессии;

– определение трудовых рекомендаций пациенту, что может помочь ему использовать остаточную трудоспособность;

– изучение уровней, структуры и причин заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности на участке;

– определение различных видов социальной помощи при временной нетрудоспособности пациента или его инвалидности;

– проведение профессиональной (трудовой) и социальной реабилитации больных.

Объектом исследования экспертизы трудоспособности является трудоспособность больного человека. Медицинские крите-

рии экспертизы трудоспособности включают правильный, своевременно поставленный клинический диагноз, отражающий выраженность морфологических изменений, степень функциональных нарушений, тяжесть и характер течения заболевания, наличие декомпенсации и ее стадию, осложнения. Большое значение имеет ближайший и отдаленный прогноз заболевания, обратимость морфологических и функциональных изменений, характера течения заболевания.

Социальные критерии экспертизы трудоспособности отражают все, что связано с профессиональной деятельностью пациента. К ним относятся характеристика преобладающего физического или нервно-психического напряжения, организация, периодичность и ритм работы, нагрузка на отдельные органы и системы, наличие неблагоприятных условий труда и профессиональные вредности.

В экспертизе трудоспособности клинический и трудовой прогноз связаны друг с другом и являются взаимозависимыми. При благоприятном клиническом прогнозе как правило и трудовой прогноз является благоприятным. При сомнительном или неблагоприятном клиническом прогнозе необходим учет возможных положительных сдвигов в состоянии здоровья под влиянием труда.

Экспертиза временной нетрудоспособности

Временная нетрудоспособность - состояние работника, обусловленное заболеванием или травмой, при котором нарушение функций организма сопровождается невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение относительно небольшого промежутка времени и носит обратимый, проходящий под влиянием лечения характер. В ряде случаев временная нетрудоспособность может быть обусловлена другими социальными и медицинскими причинами (карантин, уход за больным и др.). Установление факта

временной нетрудоспособности является медицинским действием, поскольку направлено на устранение неблагоприятных факторов и означает начало лечения, от которого зависит длительность временной нетрудоспособности. Временная нетрудоспособность может устанавливаться с профилактической целью в случае карантина или санаторно-курортного лечения.

Временная нетрудоспособность подразделяется на полную и частичную:

– *полная временная нетрудоспособность* - это утрата работающим способности к труду на определенный срок и необходимость в специальном режиме и лечении;

– *частичная временная нетрудоспособность* - состояние заболевшего работника (получившего травму), когда он временно не может выполнять свою обычную профессиональную работу, но без ущерба для здоровья может выполнять другую, с иным режимом и объемом работу.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в соответствии с Инструкцией «О порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан» от 01.12.1994 г. № 713, утвержденной приказом МЗ РФ № 206 от 19.10.94 г. «Об утверждении инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан», действующим законодательством и Положением «Об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях» от 13.01. 1995 г. № 5. Вся организационная структура экспертизы временной нетрудоспособности регламентируется указанным выше Положением и действующим штатным расписанием учреждений и органов здравоохранения.

Возглавляет экспертизу временной нетрудоспособности в ЛПУ главный врач или его заместитель по клинико-экспертной работе.

Согласно Положению об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях выделяют

пять уровней экспертизы временной нетрудоспособности:

Первый уровень - лечащий врач.

Второй уровень - клиничко-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения.

Третий уровень - клиничко-экспертная комиссия органа управления здравоохранением территории, входящей в субъект Федерации.

Четвертый уровень - клиничко-экспертная комиссия органа управления здравоохранением субъекта Федерации.

Пятый уровень - главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности Минздрава России.

Врач-терапевт поликлиники является начальным звеном в проведении экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактическом учреждении. При ее проведении он выполняет следующие *функциональные обязанности*:

1) определяет признаки временной утраты трудоспособности на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов;

2) в первичных медицинских документах фиксирует жалобы пациента, анамнестические и объективные данные, назначает необходимые исследования и консультации, формулирует диагноз заболевания и степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений и степень их тяжести, обуславливающих нетрудоспособность;

3) рекомендует лечебно-оздоровительные мероприятия, вид лечебно-охранительного режима, назначает дополнительные обследования, консультации;

4) определяет сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, наличия осложнений и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах;

5) выдает листок нетрудоспособности (справку) в соответствии с инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан (в том числе, при

посещении на дому), назначает дату очередного посещения врача (о чем делает соответствующую запись в первичной медицинской документации). При последующих осмотрах отражает динамику заболевания, эффективность проводимого лечения, обосновывает продление сроков освобождения пациента от работы;

6) своевременно направляет пациента для консультации на клиничко-экспертную комиссию для продления листка нетрудоспособности свыше сроков, установленных инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, решения вопросов о дальнейшем лечении и других экспертных вопросов;

7) при нарушении назначенного лечебно-охранительного режима (в том числе, при алкогольном опьянении) делает соответствующую запись в листке нетрудоспособности и, в установленном порядке, в истории болезни (амбулаторной карте) с указанием даты и вида нарушения;

8) выявляет признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности, своевременно организует направление пациента на клиничко-экспертную комиссию и медико-социальную экспертизу;

9) осуществляет диспансеризацию длительно и часто болеющих пациентов (граждан, имеющих в год 4 и более случаев и 40 дней временной нетрудоспособности по одному заболеванию или 6 случаев и 60 дней с учетом всех заболеваний);

10) при восстановлении трудоспособности и выписке на работу отражает в первичных медицинских документах объективный статус и аргументированное обоснование для закрытия листка нетрудоспособности;

11) анализирует причины заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности и первичного выхода на инвалидность, принимает участие в разработке и реализации мероприятий по их снижению;

12) постоянно совершенствует знания вопросов экспертизы временной нетрудоспособности.

Свою работу по экспертизе он проводит под контролем за-

ведущего отделением терапии поликлиники и клинико-экспертной комиссии (КЭК).

С этой целью *заведующий терапевтическим отделением поликлиники* выполняет следующие мероприятия.

1. Постоянно контролирует исполнение функций участкового врача по проведению лечебно-диагностического процесса и экспертизы временной нетрудоспособности:

- правильное оформление документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан;
- своевременное и правильное направление пациентов на клинико-экспертную комиссию и медико-социальную экспертизу.

2. Проводит экспертную оценку качества оказания медицинской помощи пациентам в разные сроки лечения с обязательным личным осмотром и записью в первичных медицинских документах.

3. Осуществляет экспертную оценку медицинской документации по окончании периода временной нетрудоспособности или при переводе пациента на другой вид лечения.

Совместно с врачом-терапевтом заведующий отделением:

- направляет пациентов на клинико-экспертную комиссию и медико-социальную экспертизу;
- анализирует ежемесячно причины и сроки временной нетрудоспособности;
- анализирует причины первичного выхода на инвалидность

При отсутствии в штатном расписании должности заведующего отделением его функции выполняет заместитель руководителя учреждения по клинико-экспертной работе.

По представлению лечащего врача и заведующего отделением, *клинико-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения* принимает решения и дает заключения в следующих случаях:

- при продлении листка нетрудоспособности;

- в сложных и конфликтных ситуациях экспертизы временной нетрудоспособности;
- при направлении на лечение за пределы административной территории;
- при направлении пациента на медико-социальную экспертизу;
- при необходимости перевода трудоспособных лиц по состоянию здоровья на другую работу или рациональному трудоустройству лиц с ограниченной трудоспособностью;
- в случаях исков и претензий медицинских страховых организаций и исполнительных органов Фонда социального страхования по качеству медицинской помощи и качеству экспертизы временной нетрудоспособности;
- при освобождении от экзаменов в школах, средних и высших учебных заведениях, предоставлении академического отпуска по состоянию здоровья.

Заключения комиссии записывается в амбулаторной карте, книге записей заключений клинико-экспертной комиссии, подписываются председателем и членами комиссии.

Ответственным за экспертизу временной нетрудоспособности в лечебно-профилактическом учреждении является *руководитель учреждения*:

- издает приказы по вопросам ее организации и проведения;
- организует учет и отчетность по временной нетрудоспособности;
- утверждает состав клинико-экспертной комиссии, положение о регламенте ее работы;
- назначает лиц, ответственных за учет, получение, хранение и расходование бланков документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, создает условия для их оформления и выдачи;
- определяет потребность в бланках листков нетрудоспособности, ежегодно в установленные сроки (до 15 января)

направляет заявку в территориальный орган управления здравоохранения на необходимое количество бланков и отчитывается об их использовании; о всех случаях хищения бланков сообщает в вышестоящий орган управления здравоохранением;

– применяет меры дисциплинарного и материального воздействия к работникам, допустившим клинично-экспертные ошибки, нарушение порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности, правил хранения, учета, оформления и выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.

При необходимости, в установленном действующим законодательством порядке, главный врач направляет материалы в следственные органы для решения вопросов о привлечении виновных к уголовной ответственности

Контролирующими органами экспертизы временной нетрудоспособности являются.

1. Клинично-экспертная комиссия органа управления здравоохранением субъекта федерации

2. Главный внештатный специалист по клинично-экспертной работе России, органа управления здравоохранением субъекта федерации и территории, входящей в состав субъекта федерации

3. Главные специалисты по другим специализированным профилям клинично-экспертной работы.

4. Клинично-экспертная комиссия органа управления здравоохранением субъекта Федерации при этом:

Документами, удостоверяющими временную нетрудоспособность и подтверждающими временное освобождение от работы (учебы), является листок нетрудоспособности и, в отдельных случаях, справки установленной формы, выдаваемые гражданам при заболеваниях и травмах, на период медицинской реабилитации, при необходимости ухода за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом на период карантина, при отпуске по беременности и родам, при протезировании в

условиях протезно-ортопедического стационара.

Больничный лист является основным документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность. Это «вексель» на получение денежного пособия из средств социального страхования.

Право на получение больничного листа имеют следующие граждане:

- рабочие и служащие;
- члены колхозов, ООО, АОЗТ, АООТ;
- рабочие и служащие, работающие в военных организациях или органах МВД и не являющихся военнослужащими (секретари-машинистки, официантки, буфетчицы, медицинские сестры, врачи и др.);
- иностранные граждане (в том числе граждане государств-членов СНГ), работающие на предприятиях РФ за границей, в организациях и учреждениях РФ;
- беженцы и вынужденные переселенцы, работающие на предприятиях РФ;
- безработные, состоящие на учете в территориальных органах труда и занятости населения;
- лица, у которых нетрудоспособность наступила в течение месяца после увольнения с работы по уважительной причине;
- бывшие военнослужащие, уволенные со срочной службы из ВС РФ при наступлении временной нетрудоспособности в течение месяца после увольнения.

Листки нетрудоспособности выдаются при предъявлении документа, удостоверяющего личность пациента (паспорт или военный билет для военнослужащего).

Выдача и продление документа, удостоверяющего временную нетрудоспособность, осуществляется врачом после личного осмотра и подтверждается записью в медицинской документации, обосновывающей временное освобождение от работы. Документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность, выдается и закрывается, как правило, в одном лечебно-профилактическом

учреждении. При показании он может быть продлен в другом.

Незастрахованным листок нетрудоспособности не выдается.

Не подлежат социальному страхованию и *не имеют право на получение больничного листа следующие лица:*

- 1) военнослужащие всех категорий;
- 2) аспиранты и клинические ординаторы;
- 3) учащиеся всех категорий;
- 4) граждане, выполняющие работы для частных нанимателей;
- 5) лица, работающие по договору подряда, поручения т.д.;
- 6) неработающие и уволенные с работы;
- 7) пациенты, находящиеся под арестом или на принудительном лечении по определению суда.

При заболеваниях (травмах) участковый врач-терапевт выдает листок нетрудоспособности единолично и одновременно на срок до 10 календарных дней и может продлевать его единолично на срок до 30 календарных дней, с обязательным осмотром больного не реже 1 раз в 10 дней и учетом утвержденных МЗ РФ ориентировочных сроков временной нетрудоспособности при различных заболеваниях (Приложение № 1).

Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой вне лечебно-профилактического учреждения, имеют право выдавать документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, на срок не более 30 дней.

В особых условиях (в отдельных районах сельской местности) по решению местных органов управления здравоохранением, выдача листков нетрудоспособности может быть разрешена лечащему врачу-терапевту до полного восстановления трудоспособности или направления на медико-социальную экспертизу.

Листок нетрудоспособности выдается в день установления нетрудоспособности, включая праздничные и выходные дни. Не допускается его выдача за прошедшие дни, когда больной не был освидетельствован врачом. В исключительных случаях ли-

сток нетрудоспособности может быть выдан за прошедший период по решению клинико-экспертной комиссии.

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью в конце рабочего дня, листок нетрудоспособности, при их согласии, выдается со следующего календарного дня.

Гражданам, направленным здравпунктом в лечебно-профилактическое учреждение и признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается с момента обращения в здравпункт.

При обращении пациентов в нерабочее время для амбулаторно-поликлинических учреждений (вечернее, ночные часы, выходные и праздничные дни) за медицинской помощью по поводу острых (обострения хронических) заболеваний, отравлений или травм на станции скорой помощи или в приемные отделения больниц в случаях, не требующих стационарного наблюдения и лечения, документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, не выдаются. Выдается справка произвольной формы с указанием даты и времени обращения, диагноза, проведенных обследований, состояния трудоспособности, оказанной медицинской помощи и рекомендаций по дальнейшему ведению больного. При сменном характере работы пациента, если на момент обращения за медицинской помощью пациент был нетрудоспособен, на основании вышеуказанной справки врачом поликлиники по месту постоянного наблюдения пациента выдается листок нетрудоспособности за прошедший период на дни, когда по сменному графику он должен был выйти на работу, но не более 3-х дней. В случае продолжающейся нетрудоспособности листок нетрудоспособности продлевается в установленном порядке.

Гражданам, находящимся вне постоянного места жительства, листок нетрудоспособности выдается (продлевается) лечащим врачом, установившим факт нетрудоспособности, с разрешения администрации лечебно-профилактического учреждения с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства.

Документы, подтверждающие временную утрату трудоспо-

способности граждан в период их пребывания за границей, по возвращении подлежат замене на листок нетрудоспособности лечащим врачом с утверждением его администрацией лечебно-профилактического учреждения.

Гражданам, нуждающимся в лечении в специальных лечебно-профилактических учреждениях, лечащие врачи выдают листок нетрудоспособности с последующим направлением в учреждения соответствующего профиля для продолжения лечения.

Нетрудоспособным гражданам, направленным на консультацию (обследование, лечение) в лечебно-профилактическое учреждение за пределы административного района, листок нетрудоспособности выдается на число дней, необходимых для проезда, и продлевается в установленном порядке.

При необходимости перевода гражданина на легкую работу в случае профессионального заболевания или туберкулеза ему по решению клинико-экспертной комиссии выдается листок нетрудоспособности на срок не более 2 месяцев в году с отметкой «доплатной листок нетрудоспособности».

В случаях, когда заболевание или травма, ставшие причиной нетрудоспособности, явились следствием алкогольного, наркотического, ненаркотического опьянения, листок нетрудоспособности выдается с соответствующей отметкой о факте опьянения в истории болезни (амбулаторной карте) и в листке нетрудоспособности. Констатация факта опьянения осуществляется в соответствии с действующим в настоящее время приказом МЗ СССР № 694 от 08.09.88 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» и Временной инструкции «О порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» № 06-14/33 - 14 от 01.09.88 г.

Объективные клинические признаки опьянения и результаты лабораторных исследований фиксируются в «Протоколе медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения». В первичных ме-

дицинских документах указывается заключение о наличии состояния опьянения и номер протокола: заполняется журнал регистрации случаев освидетельствования. В листке нетрудоспособности в графе «вид нетрудоспособности» делается соответствующая запись с указанием даты и двумя подписями (лечащий врач, заведующий отделением или член КЭК).

При временной нетрудоспособности женщины, находящейся в отпуске по уходу за ребенком, или лица, осуществляющего уход за ребенком, работающих на условиях неполного рабочего дня или на дому, листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

При амбулаторном лечении больных на период проведения инвазивных методов обследования и лечения (эндоскопические исследования с биопсией, химиотерапия по интермиттирующему методу, гемодиализ и т.д.) листок нетрудоспособности, по решению клинико-экспертной комиссии, может выдаваться прерывисто, на дни явки в лечебное учреждение. В этих случаях в листке нетрудоспособности указываются дни проведения процедур и освобождение от работы производится только на эти дни.

При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания, отпуска по беременности и родам, в частично оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком, больничный листок в случае продолжающейся нетрудоспособности выдается со дня окончания указанных отпусков. При временной нетрудоспособности, возникшей в период ежегодного отпуска, в том числе при санаторно-курортном лечении, листок нетрудоспособности выдается в обычном порядке.

Гражданам, самостоятельно обращающимся за консультативной помощью, проходящим обследование в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях по направлению военных комиссариатов, следственных органов, прокуратуры и суда, выдается справка произвольной формы.

В случае заболевания студентов (учащихся) средних и высших учебных заведений, для освобождения их от учебы, выдает-

ся справка установленной формы (095/у).

Санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация. Листок нетрудоспособности выдается до отъезда в санаторий по представлении путевки (курсовки) и справки администрации о длительности очередного и дополнительного отпусков. Для санаторно-курортного (амбулаторно-курортного) лечения, в том числе пансионатах с лечением в санаториях «Мать и дитя», в туберкулезных санаториях он выдается на число дней, недостающих к очередному и дополнительному отпускам и на время проезда..

При суммарном очередном отпуске за 2-3 года вычитается вся его продолжительность. В случае использования очередного и дополнительного отпусков до отъезда в санаторий и при предоставлении администрацией отпуска без сохранения содержания на количество дней, равное очередному и дополнительному отпускам, листок нетрудоспособности выдается на срок лечения и проезда, за вычетом дней основного и дополнительного отпусков.

При направлении больного в центр реабилитации непосредственно из больничных учреждений больничный лист продлевается лечащим врачом центра на весь срок долечивания или реабилитации.

При санаторно-курортном оздоровлении ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, а также лиц, имеющих заболевания, связанные с радиационным воздействием и работающих инвалидов, у которых стойкая утрата трудоспособности связана с заболеванием вследствие радиационного воздействия, эвакуированным из зоны отчуждения, ликвидаторов последствий аварии на производственном объединении «Маяк» и др. больничный лист выдается на весь период лечения.

При оформлении лиц на лечение в центры восстановительной терапии необходимо учитывать следующие особенности. Путевки в эти центры выдаются по разрядке МЗ РФ и Фонда социального страхования. Воины-интернационалисты, участники Великой отечественной войны, инвалиды из военнослужа-

щих, имеющие такие путевки, больничный лист получают на весь срок действия путевки и дни проезда.

Работающим воинам-интернационалистам, инвалидам Великой отечественной войны, а также инвалидам из военнослужащих, направленным врачебно-отборочной комиссией в центры восстановительной терапии воинов-интернационалистов по разнарядке МЗ РФ и Фонда социального страхования, листок нетрудоспособности выдается на весь срок действия путевки и дни проезда.

При направлении на санаторно-курортное лечение в санатории здравоохранения «Мать и дитя» ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет, при наличии медицинского заключения о необходимости индивидуального ухода за ним, листок нетрудоспособности выдается одному из родителей (опекуну) на весь период санаторного лечения ребенка с учетом времени проезда.

Гражданам, направленным в клиники реабилитации научно-исследовательских институтов курортологии и физиотерапии, листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом лечебно-профилактического учреждения на основании заключения клинико-экспертной комиссии на время лечения и проезда и, при показаниях, продлевается лечащим врачом клиники института.

Уход за больным членом семьи. Листок нетрудоспособности по уходу за больным выдается лечащим врачом одному из членов семьи (опекуну) непосредственно осуществляющему уход за взрослым членом семьи и больным подростком старше 15 лет, получающими лечение в амбулаторно-поликлинических условиях сроком до 3 дней, по решению клинико-экспертной комиссии – до 10 дней;

Листок нетрудоспособности *не выдается по уходу:*

- 1) за хроническими больными в период ремиссии;
- 2) в период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания;
- 3) в период отпуска по беременности и родам;
- 4) в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком.

Карантин. При временном отстранении от работы лиц, контактировавших с инфекционными больными, или вследствие бактерионосительства, листки нетрудоспособности выдаются по представлению врача-эпидемиолога в лечебно-профилактическом учреждении, врачом-инфекционистом или лечащим врачом. Продолжительность отстранения от работы в этих случаях определяется утвержденными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и соприкасающихся с ними.

При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет или за гражданином, признанным в установленном порядке недееспособным, выдается на основании справки эпидемиолога одному из работающих членов семьи на весь период карантина.

Работникам предприятий общественного питания, водоснабжения, детских учреждений при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности выдается на весь период дегельминтизации.

Ответственность за нарушение и контроль порядка учета, хранения и выдачи листков нетрудоспособности.

Порядок учета и хранения листков нетрудоспособности устанавливается Минздравом России по согласованию с Фондом социального страхования Российской Федерации.

Обеспечение бланками листков нетрудоспособности ЛПУ осуществляется за счет Фонда социального страхования РФ. Для точного количественного учета прихода, наличия и расхода бланков ведется «Книга учета бланков листков нетрудоспособности». Записи в книге ведутся в хронологическом порядке. Использование бланков листков нетрудоспособности внутри ЛПУ фиксируется в книге регистрации распределения бланков.

Книги учета и распределения бланков в обязательном порядке нумеруют, прошнуровывают. На последней странице должна быть запись: наименование учреждения, количество страниц и печать учреждения.

Учет бланков листков нетрудоспособности, выдаваемых

врачами-терапевтами поликлиник, производится в журналах регистрации (ф. 036/у). Испорченные бланки документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, хранятся в отдельной папке с описью, в которой указывается фамилия, имя, отчество врача, дата сдачи, номера и серии испорченных бланков. Уничтожение испорченных бланков производится по акту комиссии, созданной по приказу руководителя ЛПУ в конце календарного года, корешки испорченных и использованных бланков хранятся в течение 3-х лет, после чего ликвидируются.

За нарушение порядка выдачи листков нетрудоспособности врачи государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения несут дисциплинарную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Контроль за соблюдением порядка учета, хранения и выдачи листков нетрудоспособности в государственных, муниципальных, частных лечебно-профилактических учреждениях, а также частнопрактикующим врачом, осуществляется в пределах своей компетенции органом управления здравоохранением соответствующего уровня, профессиональной медицинской ассоциацией, исполнительным органом Фонда социального страхования РФ. В осуществлении контроля могут участвовать комиссии (комитеты, бюро) по аккредитации и лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности и подразделения территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Экспертиза стойкой утраты трудоспособности

Стойкая нетрудоспособность - длительная либо постоянная нетрудоспособность или значительное ограничение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием (травмой, анатомическим дефектом), приведшим к значительному нарушению функций организма. В зависимости от степени утраты тру-

доспособности устанавливается инвалидность.

Установление факта стойкой нетрудоспособности - сложный и ответственный акт, осуществляемый медико-социальной экспертной комиссией (МСЭК). Лечащие врачи должны своевременно выявлять признаки инвалидности и оперативно решать вопрос о времени направления на МСЭК, степени ограничения труда, правильно и информативно заполнять документы, направляемые на МСЭК.

Установлен определенный *порядок направления больного на МСЭК*. Лечащий врач проводит тщательное клиническое, лабораторное, инструментальное обследование пациента, при необходимости консультирует у различных специалистов, определяет условия, характер и тяжесть труда, наличие профессиональных вредностей, уточняет как больной справляется с работой, его трудовую установку и представляет пациента заведующему отделением.

Заведующий отделением сопоставляет данные о функциональных нарушениях вследствие заболевания с условиями труда больного, определяет трудоспособность, что фиксирует в амбулаторной карте как свое заключение. При наличии показаний для направления на МСЭК больной направляется на клиничко-экспертную комиссию, которая выносит соответствующее решение.

Гражданин по своей инициативе или по своему усмотрению не может обратиться в МСЭК для проведения медико-социальной экспертизы, он может быть направлен для этой цели только учреждением здравоохранения и социального развития. Обычно на медико-социальную экспертизу направляются больные, у которых болезнь приняла устойчивый характер, несмотря на применение различных методов лечения (амбулаторного, стационарного), и препятствует полностью или частично выполнению профессионального труда, то есть лица, имеющие признаки инвалидности. При этом временная нетрудоспособность не должна превышать 4 месяца.

В случае, когда гражданин был признан инвалидом 3-й

группы, но заболел вновь, не успев приступить к работе, при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

В случаях, когда гражданин был признан нетрудоспособным без трудовых рекомендаций, но продолжал трудиться, при заболеваниях и травмах листок нетрудоспособности выдается, но по окончании периода временной нетрудоспособности в графе «приступить к работе» указывается «приступить к работе не может как инвалид второй (первой) группы» и об этом факте дополнительно сообщается администрации предприятия, на котором указанное лицо работает

Для прохождения МСЭК представляются 3 документа: паспорт, открытый листок нетрудоспособности и посылный лист. Основным документом при направлении на МСЭК является «Направление на МСЭК», в котором указывается число выданных листков нетрудоспособности, их начало и окончание, а также причина временной нетрудоспособности. Лечащий врач, описывая объективный статус больного, представляет данные о функциональном состоянии наиболее пораженных органов и систем организма, а также заключения специалистов. Обязательными являются заключения терапевта, невропатолога, хирурга, окулиста, а для женщин - гинеколога.

Диагноз при направлении на МСЭК должен быть сформулирован в соответствии с «Международной статистической квалификацией болезней, травм и причин смерти» (МКБ-10-й пересмотр) и содержать себе определение нозологической формы, характер и степень функциональных нарушений, стадию болезни, течение с указанием частоты, длительности и тяжести обострений, Помимо основного диагноза в «Направлении на МСЭК» должны быть отражены все сопутствующие заболевания. В листке нетрудоспособности указывается дата направления на МСЭК (заполняется клинико-экспертной комиссией, подписывается ее председателем и заверяется круглой печатью лечебно-профилактического учреждения).

Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу

после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий в установленном порядке.

1. При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4 месяцев. В случаях, если временная нетрудоспособность инвалида обусловлена прогрессированием основного заболевания или сопутствующим заболеванием с очевидным неблагоприятным клиническим и трудовым прогнозом, пациент должен быть направлен на медико-социальную экспертизу в максимально ранние сроки для изменения (отмены) трудовых рекомендаций и изменения группы инвалидности.

2. При благоприятном трудовом прогнозе в случае продлевающейся нетрудоспособности до 10 месяцев (в отдельных случаях: травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез - до 12 месяцев), для решения вопроса о продолжении лечения или установления группы инвалидности.

3. Работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического и трудового прогноза.

Форма направления на МСЭК (ф. 088/у) утверждена Приказом МЗ РФ № 141 от 14.10. 97 г.

Медицинские услуги, необходимые для проведения медико-социальной экспертизы, включаются в базовую программу обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации.

Учреждения здравоохранения и социального развития несут ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

В случае отказа учреждения здравоохранения и социального развития в направлении на медико-социальную экспертизу лицо имеет право обратиться в Бюро медико-социальной

экспертизы самостоятельно при наличии медицинских документов, подтверждающих нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами, и связанное с этим ограничение жизнедеятельности.

При отказе больного от направления на МСЭК или несвоевременной его явке на экспертизу по неуважительной причине, листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа или дня регистрации документов МСЭК. При этом в листке нетрудоспособности в графе «Отметка о нарушении режима» указывается «Отказ от направления на МСЭК» или «Неявка на МСЭК» и ставится дата отказа или неявки.

МСЭК имеет право возвратить пациента в лечебно-профилактическое учреждение как недостаточно обследованного. В таких случаях на время освидетельствования его МСЭК больничный лист продлевается.

Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с классификациями и критериями, утверждаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Медико-социальная экспертиза гражданина в большинстве случаев производится в учреждении по месту его жительства либо по месту прикрепления к государственному или муниципальному лечебно-профилактическому учреждению здравоохранения и социального развития.

В случае если в соответствии с заключением учреждения здравоохранения и социального развития лицо не может явиться на экспертизу по состоянию здоровья, медико-социальная экспертиза может проводиться на дому, в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно на основании представленных документов с его согласия либо с согласия его законного представителя.

Руководитель учреждения назначает состав специалистов учреждения, проводящих медико-социальную экспертизу лица и

принимающих экспертное решение о признании лица инвалидом.

Учреждение обязано ознакомить гражданина в доступной для него форме с **порядком и условиями проведения медико-социальной экспертизы.**

МСЭК работают по территориальному принципу. Первичные МСЭК организуются на базе лечебно-профилактических учреждений. К ним относятся: районные, городские и межрайонные. Следующей ступенью являются высшие МСЭК - республиканские, краевые, областные, а в Москве и Санкт-Петербурге - центральные городские МСЭК. Первичные МСЭК подразделяются на комиссии общего профиля и специализированные. В состав МСЭК общего профиля входят:

- три врача (терапевт, хирург, невропатолог);
- представители отдела социального развития;
- представитель профсоюзной организации;
- медицинский регистратор.

Один из врачей-экспертов, чаще всего терапевт, назначается председателем.

Специалисты учреждения, проводящие медико-социальную экспертизу, рассматривают представленные сведения (клинико-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические и другие данные), проводят личный осмотр гражданина, оценивая степень ограничения его жизнедеятельности, и коллегиально обсуждают полученные результаты.

После коллегиального обсуждения данных медицинского освидетельствования пациента с учетом его профессии и производственной характеристики с места работы МСЭК принимает решение. Ни один член МСЭК не имеет права единолично осуществлять медико-социальную экспертизу и выносить экспертное решение.

В целях повышения оперативности и качества медико-социальной экспертизы, лучшего знания экспертами условий жизни пациентов, производства, квалифицированного опреде-

ления трудовых рекомендаций проводятся выездные заседания МСЭК на производстве, в крупных лечебно-профилактических учреждениях, на дому.

На основании экспертного решения МСЭК пациенты освобождаются по состоянию здоровья от профессиональной работы или обучения. Это заключение оформляется в виде «Справки МСЭК». В справке отмечается группа и причина инвалидности, трудовые рекомендации и срок очередного переосвидетельствования. В 3-х дневный срок МСЭК направляет соответствующим предприятиям, организациям, учреждениям извещение установленной формы о принятом решении. Без трудовых рекомендаций МСЭК руководители предприятий и учреждений не имеют права предоставлять работу инвалидам.

Переосвидетельствование инвалида проводится в порядке, установленном для признания лица инвалидом. Переосвидетельствование инвалидов I группы производится один раз в 2 года, инвалидов II и III групп – один раз в год, а детей-инвалидов – в сроки, установленные в соответствии с медицинскими показаниями. Инвалидность устанавливается до первого числа месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование.

Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет, инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами, другим инвалидам в соответствии с критериями, утверждаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Переосвидетельствование инвалида может осуществляться заблаговременно, но не более чем за два месяца до истечения установленного срока инвалидности. Переосвидетельствование инвалида ранее установленных сроков проводится по направлению учреждения здравоохранения в связи с изменением состояния его здоровья.

Анализ заболеваемости с временной

утратой трудоспособности

Врач-терапевт поликлиники проводит анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности за полугодие и за год. Больничные листы за определенный период с учетом числа работающих суммируются в учетной форме 16-ВН. Временная утрата трудоспособности по случаям (в %), дням нетрудоспособности (в %) и средняя длительность одного случая в днях рассчитываются по формулам.

По случаям:

число случаев нетрудоспособности по
данному классу болезней $\times 100$
общее число случаев нетрудоспособности

По дням:

число дней нетрудоспособности по
данному классу заболеваний $\times 100$
общее число дней нетрудоспособности

Средняя длительность одного случая в днях:

общее число дней нетрудоспособности
общее число случаев нетрудоспособности

При анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности во внимание берутся медицинские и социальные факторы. Анализ медицинского аспекта временной нетрудоспособности базируется на точной диагностике болезней. Социальные факторы составляют условия труда и быта, образование, профессия, специальность. При анализе формы 16-ВН участковый врач выявляет в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности те болезни, которые составляют наибольший процент. Ранговое место по случаям в форме 16-ВН обычно занимают болезни органов дыхания (острые и хронические), которые составляют от 10 до 30% от общего числа. В структуре временной нетрудоспособности по дням значимое место занимают болезни сердечно-сосудистой системы. Средняя длительность одного случая при этой патологии составляет 30-40 дней. Это

связано с тем, что в данную группу болезней входят листки нетрудоспособности с острым инфарктом миокарда, гипертонической болезнью с кризами и инсультами, когда пациенты находятся на стационарном лечении от 2 до 6 и более месяцев.

В своей профилактической работе врач должен учитывать медицинский аспект заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Поэтому в плане мероприятий по снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности должны преобладать мероприятия, касающиеся ранговых групп заболеваний, выполнение которых находится в компетенции врачей.

В план мероприятий по снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности включается устранение низкого качества экспертизы.

Показателями низкого качества экспертизы временной нетрудоспособности являются:

- 1) выдача больничного листа только на основании жалоб больного;
- 2) выдача больничного листа при хроническом заболевании без обострения;
- 3) продление больничного листа свыше 4-х месяцев без решения медико-социальной экспертной комиссии;
- 4) длительное пребывание на больничном листе, несоответствующее течению заболевания;
- 5) длительное лечение хронических больных в амбулаторных условиях;
- 6) выдача больничного листа для обследования больного и выполнения процедур при наличии возможности выполнения их в нерабочее время;
- 7) выжидание 4-х месяцев для направления на медико-социальную экспертизу;
- 8) выдача больничного листа при наличии возможности временного перевода на другую работу;
- 9) недостаточное обследование больного при направлении на медико-социальную экспертизу;
- 10) выдача больничного листа работающим инвалидам без

учета состояния больного;

11) выдача больничного листа задним числом;

12) выдача больничного листа на санаторно-курортное лечение без клинико-экспертной комиссии;

13) неправильное оформление больничного листа.

План проведения мероприятий по снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности на врачебном участке составляется и анализируется ежегодно в течение не менее трех лет, когда становится возможным констатировать эффективность первичной и вторичной профилактики.

2.10. Профилактика

Профилактика заболеваний. Профилактика (греч. prophylactics - предохранение, предупреждение) - широкая и разносторонняя сфера деятельности медицинской сестры поликлиники, относящаяся к выявлению причин заболеваний и повреждений, их ослаблению или устранению среди прикрепленного населения. Выделяют индивидуальную (личную) и общественную профилактику. В зависимости от характера объекта приложения профилактических мер, профилактика делится на **первичную** (меры направлены на устранение непосредственной причины заболевания или повреждения), **вторичную** (ранняя диагностика и оказание первой медицинской помощи, чтобы скорректировать те или иные отклонения от нормы: добиться излечения острых болезней, полной ремиссии хронических заболеваний); **третичную** (уменьшение или исключение последствий длительных заболеваний и нетрудоспособности, обеспечение пациенту режима немедикаментозного образа жизни, реабилитация).

Первичная профилактика – это выявление и устранение факторов риска, способствующих возникновению заболеваний у здоровых, развитию болезней у практически здоровых и интеркуррентных заболеваний у больных хроническими болезнями.

Первостепенное значение для первичной профилактики приобретает концепция образа жизни, которая определяет пути предупреждения хронически протекающих заболеваний, генез которых во многом связан с негигиеническим поведением (курение, гиподинамия, употребление алкоголя, нерациональное питание, поведенческие реакции) и другими отрицательными аспектами образа жизни.

При организации первичной профилактики большое значение имеет совместная работа участкового врача с врачами узких специальностей, а также с общественными организациями, администрацией и

руководством предприятий. В большинстве случаев это связано с необходимостью проведения комплексных мероприятий, которые включают в себя решение социально-экономических, экологических и медицинских вопросов.

Факторы риска и их коррекция. Факторы риска - это воздействие на организм различных болезнетворных причин в совокупности или изолированно, которое в значительной степени повышает вероятность возникновения или развития болезни.

Некоторые заболевания сами являются факторами риска других болезней. Например, хронический тонзиллит является фактором риска ревматизма. Влияние некоторых факторов риска многообразно и может быть результатом неправильных поведенческих реакций и вредных привычек.

Впервые факторы риска стали изучать в США около 40 лет назад. Оказалось, что между факторами риска и болезнями существует прямая корреляция. Сами по себе факторы риска были разделены на *внешние и внутренние* (биологические). Пол, возраст, наследственность оказались *неуправляемыми* факторами, состояние экономической обстановки – *малоуправляемыми*, а курение, гиподинамия, избыточный вес тела и др. – *управляемыми*.

Пациенты с несколькими факторами риска относятся в группу высокого риска развития болезни, при наличии одного –

в группу среднего риска. Группу с низким риском развития болезней составляют лица, не имеющие факторов риска.

Скрининг - исследование. Является наиболее эффективным методом выявления лиц с факторами риска и распределения их по указанным группам. При этом нельзя отождествлять раннее распознавание болезней и скрининг факторов риска. Зачастую это отождествление основывается на неполном и искаженном видении проблемы, так как вряд ли осознается ограниченное значение скрининг-исследования для отдельного случая или отдельной личности. Под ранним распознаванием болезней понимается обнаружение ранних стадий потенциально поддающихся лечению заболеваний.

Целью скрининга факторов риска является не обнаружение ранних стадий заболевания, а выявление излечиваемых функциональных нарушений, которые связаны с повышенным риском развития следующего за ними заболевания.

Скрининговое исследование проводится в отделении профилактики поликлиники и включает:

- подготовку населения к массовому обследованию;
- проведение обследования с применением анализаторов, флюорографии, спирографии и др.;
- целенаправленное углубленное индивидуальное обследование лиц с факторами риска;
- распределение пациентов по группам диспансерного учета.

Среди скрининговых исследований выделяют.

1. Проспективный скрининг, когда проводится выявление признаков развития незарегистрированных заболеваний.
2. Специальный скрининг – выявление признаков развития отдельных заболеваний.
3. Унифицированный скрининг – выявление признаков развития ряда заболеваний.

В настоящее время наиболее приемлемой формой массового

обследования населения врачебного участка являются анамнестические скрининги. Они заполняются самим обследуемым или медработником, что позволяет выявить отдельные признаки заболевания у большого числа обследуемых одновременно. Заполнение анкет может производиться в форме открытых дверей или по почтовой переписке. Обработку анкет проводят вручную или на ЭВМ.

Анкетный скрининг осуществляется обычно врачом. По его результатам он формирует риск-группу, которую направляет на дополнительное обследование по профилю предполагаемого заболевания с последующим проведением соответствующей интегральной или многофакторной профилактики, направленной на выявление и устранение сразу нескольких факторов риска. Так, для профилактики ИБС необходимо устранить гиперхолестеринемию, артериальную гипертензию, избыточную массу тела, гиподинамию, курение.

К настоящему времени создано целое учение о факторах риска, которое во многом вызвано развитием хронического типа патологии, преобладанием в структуре заболеваемости и смертности хронически протекающих заболеваний, конкретные причины которых не известны, но установлены способствующие возникновению этих заболеваний факторы, которые и стали называть факторами риска.

По своей природе, происхождению факторы риска бывают первичными, вторичными (могут быть и третичными) с выделением главных или больших.

Кроме отдельных факторов риска выделены и так называемые *группы риска*, то есть группы населения, которые в большей степени чем другие предрасположены к различным заболеваниям (дети, старики, беременные, мигранты, одинокие, лица без определенных занятий, безработные с девиантным поведением - алкоголики, наркоманы, проститутки и др.).

В плане мероприятий по коррекции факторов риска должны преобладать мероприятия касающиеся ранговых групп заболеваний. Так, в осенне-зимний период среди населения необходи-

мо провести химиопрофилактику гриппа с использованием ремантадина. Для повышения неспецифической резистентности организма надо использовать адаптогены растительного происхождения (настойки аралиевых, левзеи, лимонника китайского, золотого корня, элеутерококка). В оздоровительных центрах на предприятиях и учреждениях работающим целесообразно проводить закаливающие водные процедуры, ингаляции с морской водой, профилактическую иглорефлексотерапию, гипертермию в сауне. Лицам с хроническими заболеваниями органов дыхания реабилитационные программы необходимо проводить в рамках вторичной профилактики, что в 2-4 раза снижает вероятность обострения заболеваний. Программы по снижению факторов риска ИБС, гипертонической болезни, атеросклероза должны включать мероприятия, направленные на ликвидацию *управляемых факторов риска* (их первичная профилактика) и лечебные мероприятия в объеме вторичной профилактики. При этом по итогам профилактических осмотров с использованием стандартных анамнестических анкет (опросник Роуза) должны формироваться *группы риска*. Так, в группу риска по ИБС войдут лица мужского пола старше 40 лет, лица с гиперхолестеринемией, с артериальной гипертензией, ожирением и др. При проведении *вторичной профилактики*, например, гиперхолестеринемии важно добиться уменьшения поступления экзогенного холестерина с продуктами питания, а также снизить выработку эндогенного холестерина и элиминировать излишки имеющихся холестерина из организма с помощью лекарственных и нелекарственных методов (ловастатины, лескол, АЭС желудочно-кишечного тракта и слизистых оболочек). Артериальная гипертония должна лечиться по программе первичной и вторичной профилактики, алиментарное ожирение – физиологическими методами разгрузочно-диетической терапии, повышением физической активности.

Уменьшение потребления поваренной соли. Привычка питаться пересоленной пищей не является физиологически оправданной, от нее необходимо избавиться, как от всякой вредной

привычки. В группах населения, где потребление натрия не превышает 2 г в сутки, не наблюдается роста АД с возрастом и практически отсутствует эссенциальная артериальная гипертензия.

Резкое ограничение потребления поваренной соли приводит к статистически значимому снижению уровней систолического и диастолического АД.

Растительные продукты бедны натрием и богаты калием, а животные продукты после кулинарной обработки содержат, как правило, много натрия. Например, в колбасе натрия в 10-15 раз больше, чем в натуральном мясе. Значительное количество калия (более 0,5 г на 100 г съедобной части продукта) содержится в урюке, черносливе, изюме, картофеле (печеном в «мундире»), горохе, фасоли, морской капусте. Меньшее количество калия (до 0,4 г на 100 г продукта) содержат треска, хек, скумбрия, говядина, свинина, крупа овсяная, томаты, свекла, редис, лук, смородина, виноград, абрикосы, персики. Еще меньше (до 0,25 г на 100 г продукта) содержат мясо куриное, морковь, кабачки, тыква, клубника, груша, сливы, апельсины, хлеб 2-го сорта. Совсем мало калия (менее 0,15 г на 100 г продукта) содержится молочных продуктах, крупе манной, рисе, макаронах, белом хлебе, арбузе, бруснике, клюкве, огурцах.

Увеличение в рационе доли свежих овощей, фруктов и других растительных продуктов, уменьшение потребления животных продуктов способствует тому, что соотношение натрий/калий сдвигается в сторону калия. Поэтому, чем меньше в той или иной местности население потребляет продуктов растительного происхождения в свежем виде и чем больше в пище употребляет маринады и соленья, тем выше распространенность артериальной гипертензии, выше уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Физиологическая норма суточного потребления натрия составляет до 2 г (88 ммоль/сут), что соответствует до 5 г поваренной соли (1 чайная ложка).

Снижение избыточной массы тела. По современным дан-

ным за пределами полнота менее опасна, чем за пределами худоба, так как при чрезмерной худобе, снижение индекса массы тела (ИМТ) Кетле менее 19, смертность увеличивается не только от роста злокачественных заболеваний, но и от сердечно-сосудистых болезней. Сердечно-сосудистые заболевания укорачивают среднюю продолжительность жизни у худых на 8 лет, а излишняя полнота (ИМТ более 25) укорачивает жизнь только на 4 года. Нужно объяснить пациентам, что показатели минимальной смертности, как у мужчин, так и у женщин, приходится на отрезок ИМТ от 23 до 25.

Уменьшение употребления алкоголя. Существует линейная зависимость между употреблением алкоголя, уровнем АД и распространенностью АГ в популяции. Алкоголь ослабляет эффект антигипертензивных средств. Прием алкоголя часто сопровождается другими отрицательно действующими на сердце и сосуды факторами (избыточный прием пищи, курение, гиподинамия и др.). Установлена связь между смертностью от АГ и привычкой к курению с одновременным употреблением алкоголя. Алкоголь оказывает прямое токсическое влияние на сердечную мышцу, что приводит к нарушению метаболизма и структурным перестройкам в миокарде.

Следует рекомендовать ограничение потребления алкоголя по крайней мере до 168 мл чистого этанола в неделю для мужчин и до 112 мл в неделю для женщин.

Прекращение курения. Отрицательное действие никотина связано с тем, что он парализует периферические центры вегетативной нервной системы, вызывает резкие нарушения регуляции сосудистого тонуса и деятельности сердца, способствует выбросу в кровь катехоламинов и кортикостероидов, повышает адгезивность тромбоцитов, увеличивает концентрацию липидов в крови и повышает проницаемость артериальной стенки для липопротеидов. Все это усиливает предрасположенность к тромбозам, увеличивает возможность образования атеросклеротических бляшек, усиливает склонность к сердечным аритмиям вплоть до фибрилляции желудочков.

В механизме отрицательного влияния курения на сердечно-сосудистую систему важная роль принадлежит окиси углерода, концентрация которой в табачном дыме составляет от 1 до 5%.

Угарный газ нарушает транспорт кислорода к тканям вследствие образования карбоксигемоглобина. Его концентрация у курящих составляет от 2 до 15% в зависимости от числа выкуриваемых сигарет, степени «затягивания» и почти не зависит от сорта сигарет. Никотин и окись углерода вызывают повышение в плазме крови неэстерифицированных жирных кислот, избыток которых стимулирует синтез атерогенных липопротеидов низкой плотности.

Табачный дым вызывает аллергические реакции с формированием иммунных комплексов, преципитинов и табачных антигенов, вызывающих патологические изменения в сосудах, что также способствует повышению АД.

Рациональное питание

Рациональное питание – это правильно организованное, соответствующее физиологическим ритмам снабжение организма пищей, содержащей адекватное количество незаменимых веществ.

Основными принципами рационального питания являются:

– соблюдение баланса поступающей и расходуемой энергии. Расход энергии зависит от группы труда. Первая группа – работники умственного труда (служащие, ученые, педагоги, инженеры). Вторая группа – легкий физический труд (продавцы, швеи, агрономы, медсестры, операторы и др.). Третья группа – труд средней тяжести (станочники, слесари, хирурги, водители). Четвертая группа – тяжелый физический труд (строители, механизаторы, грузчики и др.). Пятая группа – очень тяжелый физический труд (сталевары, шахтеры и др.);

– удовлетворение потребностей организма в определенном количестве и качестве пищевых веществ (табл. 8).

Таблица 8: Количественные нормативы потребления белка,

жира и углеводов для пациентов указанных групп и пенсионеров

Группы	Суточная потребность (г)			
	Белки	Жиры	Углево- ды	Кало- рий- ность
Первая группа				
муж.	102	97	410	3000
жен.	92	87	369	2700
Вторая группа				
муж.	120	113	478	3500
жен.	109	103	438	3200
Третья группа				
муж.	137	129	546	4000
жен.	123	116	492	3600
4-5 группы				
муж.	154 и >	145 и >	615 и >	4500и >
Пенсионеры				
муж.	82	72	340	2400
жен.	72	63	297	2100

- оптимальное соотношение пищевых веществ. Адекватное потребление калия, кальция, магния (фруктов, овощей, рыбы и морепродуктов);

- соблюдение оптимального биоритмического режима питания. Питание должно быть дробным, 3-4 раза в сутки. Если промежутки между приемами пищи во время бодрствования составляют 7 и более часов, то развивается голод;

- принимать пищу надо медленно, тщательно пережевывая, не торопясь, так как чувство насыщения наступает не ранее 30-35 мин. от начала приема пищи;

- пища должна содержать балластные вещества - клетчатку для чувства насыщения и работы кишечника;

- рациональное распределение пищи по калорийности: первый завтрак - 25%, второй - 15%, обед - 45%, ужин - 15%;

- белковые продукты (мясо, рыба, бобовые) употребляются

преимущественно в первой половине дня, молочно-растительные блюда - вечером;

- хлеб следует употреблять белый и черный;
- обстановка во время приема пищи должна способствовать пищеварению;
- прием пищи не должен продолжаться до чувства насыщения, так как чувство насыщения появляется через 15-20 мин после окончания приема пищи.

Энергетические свойства пищи. Любое растение воспринимает всю информацию того места, на котором оно выросло и приобретает определенные свойства. С помощью таких свойств продуктов человек борется с неблагоприятными внешними условиями. Так, жаре летом он противопоставляет охлаждающие водянистые свойства огурцов, помидоров, ягод, фруктов, бахчевых. Зимой, наоборот, употребляя зерновые, орехи, семена в сыром и обработанном виде, т.е. «теплые» продукты, он противопоставляет эти свойства холоду.

По виду энергетики продукты питания можно условно разделить на две группы. В первую группу входят «теплые» продукты (продукты солнечного заряда). К ним относятся большинство острых пряностей, ароматических трав, пшеница, ячмень, баранина, растительное масло, творог. Эти продукты сдвигают энергетический баланс в сторону тепла, активности. Вторую группу составляют «холодные» продукты (продукты лунного заряда): гречневая крупа, рис, рожь, молоко, рыба, говядина, птица, овощи и фрукты. Считается также, что пища, обладающая кислым, острым, соленым вкусом относится к теплой, а сладкая, вяжущая, горькая - к холодной.

Вкус пищи говорит об особых свойствах заложенной в ней энергии. Язык как орган вкуса позволяет нам распознать эту энергию. Энергия, заложенная в продукте, может благотворно влиять на нашу жизнедеятельность, особенно когда энергии данного вида в организме не хватает, и, наоборот, угнетать жизнедеятельность при ее избытке. Существует шесть основных

вкусов пищи:

сладкий - обладает большой теплотворной способностью;

кислый - обладает освежающим, высушивающим действием, возбуждает аппетит, способствует перевариванию пищи;

соленый - обладает очищающими свойствами, поддерживает аппетит, вызывает выработку пищеварительных соков, холодным продуктам придает согревающие свойства;

горький - обладает сильным очищающим желчегонным действием, улучшает аппетит, умеренно охлаждает тело;

острый, жгучий - улучшает пищеварение и аппетит, согревает тело, стимулирует выход жидкости, расширяет сосуды;

вяжущий - обладает противовоспалительными свойствами, способствует выведению жидкости, сильно охлаждает.

Из шести первичных образуется три вторичных вкуса. Продукты сладкого и соленого вкуса становятся сладкими, кислые - кислыми, горькие, вяжущие и жгучие - горькими.

Химический состав пищи - основной фактор, определяющий ее влияние на организм. Чтобы пища гармонично стимулировала энергетику она должна содержать все вкусы, не отдавая предпочтения ни одному из них. Характер погоды и время года также должны учитываться при выборе продуктов. В холодное время года необходим сдвиг меню в сторону преобладания теплой пищи, летом - холодной.

Белки представляют собой сложные химические вещества, которые под действием пищеварительных соков распадаются в кишечнике на аминокислоты. В сутки взрослому здоровому человеку требуется 58-117 г белков, из них 32-64 г - животного происхождения.

Жиры входят в состав клеток и тканей, участвуют в обменных процессах. Они улучшают вкус пищи, повышают ее усвояемость, дают возможность уменьшить ее объем. Наиболее ценен жир молока, сметаны, сыра, творога и животного масла. Средняя суточная потребность в жирах составляет 60-154 г, из них 20-25 г растительные.

Углеводы - нужны организму не только как энергоносители, но и для нормального обмена белков и жиров. В комплексе с белками углеводы образуют гормоны, ферменты, секреты желез. Здоровым людям молодого и среднего возраста требуется в сутки 257-586, пожилым - 242-280 граммов углеводов.

За последние 100 лет сложилось ложное представление о том, что правильное питание должно сводиться к тому, чтобы максимально освободить пищевые продукты от, так называемых, балластных веществ и питаться следует, по возможности, в высшей степени рафинированными продуктами и очищенными питательными веществами. Однако подобные представления противоречат современным научным данным об особенностях биологической эволюции человека и требованиям нашей биологической природы.

Процесс питания сводится не только к ферментативному расщеплению сложных биологических структур пищи до мономеров, их всасыванию и усвоению, но и к физиологическому эффекту, так называемых, балластных веществ (не утилизированных компонентов пищи). К ним относятся, главным образом, пищевые волокна (различные полисахариды, клетчатка и др.) содержащиеся в основном в натуральных овощах, фруктах, хлебе из муки грубого помола, других нерафинированных продуктах. Балластные вещества играют ключевую роль в регуляции нормальной секреторной, моторной, всасывательной и эндокринной функции органов пищеварения.

В настоящее время установлено, что масса эндокринных элементов желудочно-кишечного тракта намного превышает массу всех остальных желез внутренней секреции человека вместе взятых. Эти эндокринные элементы вырабатывают около 30 различных гормонов, многие из которых регулируют не только деятельность желудочно-кишечного тракта, но и основные функции ЦНС. Ряд этих биологических регуляторов является общим как для желудочно-кишечного тракта, так и для гипофизарно-гипоталамической системы.

Указанная общность механизмов регуляции совершенно

различных систем не случайна. Она вытекает из концепции элементарных функциональных блоков, общих для всего живого на земле. Комбинация этих блоков в различных сочетаниях обеспечивает существование любых функций. Концепция функциональных блоков, по-видимому, сыграет важную роль в научном обосновании стратегии взаимоотношения человека и природы, принципов фармакотерапии и многих других глобальных проблем

Согласно концепции сбалансированного питания были определены пропорции веществ в пищевых рационах, отражающих обменные реакции и лежащие в основе нормальной жизнедеятельности организма. Одной из наиболее общих биологических закономерностей является правило: ферментные наборы организма соответствуют химическим структурам пищи и нарушение этого соответствия приводит к изменению нормальных процессов пищеварения, служит причиной многих заболеваний. Для обеспечения нормальной жизнедеятельности организма в состав пищи обязательно должны входить вещества, названные незаменимыми факторами питания. К ним относятся незаменимые аминокислоты, витамины, некоторые жирные кислоты, минеральные вещества, микроэлементы. Перечень незаменимых факторов питания существенно различается у отдельных биологических видов и находится в полном соответствии с особенностями обменных процессов для каждого из них. Например, витамин С незаменим только для человека и ограниченного числа животных (обезьяны, морские свинки).

Прежде всего, пища должна быть разнообразной и полноценной, то есть содержать в определенном количестве и соотношении белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества и воду. Другое важное условие - правильный режим питания. Под режимом питания понимают распределение пищевого рациона по калорийности, составу и массе на протяжении суток. При этом обязательно следует учитывать кратность, время и длительность приема пищи, а также интервалы между приемами. Рациональный режим питания выдвигает определенные тре-

бования к продолжительности приема пищи, ее усвояемости. Последнее прямо зависит от степени измельчения пищи во рту и обработки пищеварительными соками (слюна, желудочный сок и т.д.).

Пищевое поведение человека тонко регулируется потребностями организма в тех или иных веществах. Механизм активного выбора пищи в значительной мере подвержен изменению в тех или иных условиях жизни. Здесь главная трудность состоит в том, что аппетит, как правило, превышает потребность организма. Природа создала жировые депо, где хранятся резервные калории. В условиях биологической борьбы за существование энергетические резервы страховали организм от случаев перебоев в снабжении организма пищей. Однако, в наши дни регулярного приема пищи, избыток потребляемых калорий чрезвычайно вреден для сердечно-сосудистой системы, приход их должен соответствовать расходу, то есть питание должно быть рациональным.

Рациональное питание должно быть сбалансировано, содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов с количеством калорий соответственно четырем группам вида деятельности и характера труда.

Необходимо проводить среди населения разъяснительную работу о вреде досаливания пищи и тем более ее пересаливании, что следует так же рассматривать как вредная привычка.

В питании значительное место должны занимать продукты моря: рыба, морская капуста, а также морские беспозвоночные животные (гребешки, мидии, кальмары, креветки, трепанги и др.). В них содержится большое количество йода и марганца, других микроэлементов. Одновременно с этим необходимо обогащение пищи витаминами группы В, С, Р, РР, клеточными оболочками (за счет введения отвара шиповника, сырых овощей и фруктов, отрубного хлеба) ненасыщенными жирными кислотами и фосфатидами (путем замены 1/3 животного жира в диете растительными маслами) и липотропными факторами (творога).

Важное место в укреплении здоровья и повышении индивидуальных защитных сил организма занимают немедикаментозные методы профилактического лечения. Основными из них являются: закаливание, двигательная активность, нивелирование стрессовых ситуаций с использованием психотерапии, аутотренинга, музыка- и ароматотерапии, кабинетов психоэмоциональной разгрузки, различных видов оздоровительной гимнастики, физических упражнений, воздействие физических факторов (сауна, баня, массаж). По желанию пациента могут быть использованы нетрадиционные виды методик – по П. Иванову, йога, ушу, китайская гимнастика, гимнастика по А.Н. Стрельниковой и др.

Увеличение физической активности. Рекомендуются регулярные изотонические физические нагрузки (физические упражнения на открытом воздухе умеренной интенсивности и продолжительности, например, быстрая ходьба пешком, плавание в течение 30-60 мин 3-4 раза в неделю). Простым и доступным видом физических упражнений является бег. Под действием бега происходит тренировка дыхательной и сердечно-сосудистой систем, снижается уровень холестерина в крови. Однако рекомендовать его можно людям с высокой толерантностью к физической нагрузке, которую следует определять на велоэргометре или по динамике частоты пульса и АД. Примерно 40 % лиц, начинающих заниматься бегом, вынуждены его оставить из-за болезней опорно-двигательного аппарата, проявляющихся в ходе тренировок. Поэтому, прежде чем рекомендовать занятия бегом, пациента необходимо подвергнуть тщательному обследованию на предмет выявления противопоказаний к занятию бегом.

Изометрические нагрузки, такие как подъем тяжестей, могут вызвать повышение АД.

Закаливание. Под закаливанием понимают комплекс мер, направленных на повышение сопротивляемости организма холоду, теплу, солнечной радиации и многим вредным влияниям различных метеорологических факторов. Это одно из древней-

ших средств укрепления здоровья, профилактика простудных и других заболеваний

В организме человека функционирует система терморегуляции, ответственная за теплообразование и теплоотдачу. Место выработки тепла – скелетные мышцы. В коже есть рецепторы тепла и холода, от которых импульсы направляются в центры терморегуляции, затем они идут к сосудам, которые либо расширяются, вызывая потоотделение, либо суживаются, вызывая образование «гусиной кожи» или холодовой дрожи тела. Система терморегуляции поддается закаливанию. Человек может переносить колебания температуры от -86° до $+50^{\circ}\text{C}$ и выше. При этом нужно соблюдать определенные *правила закаливания*.

1. Постепенность
2. Учет индивидуальных особенностей и климатических факторов
3. Систематичность
4. Положительный эмоциональный настрой организма на закаливание
5. Комплексность воздействия различных факторов
6. Сочетание закаливающих общих и местных процедур с физической активностью
7. Самоконтроль

Средствами закаливания являются солнце, воздух и вода.

Солнечные лучи. Оказывают бактерицидное, болеутоляющее регенераторное, иммуностабилизирующее, десенсибилизирующее, противовоспалительное действие, нормализуют обмен веществ в организме. Наибольшая активность солнечных лучей бывает между 8 и 11 часами. Под воздействием солнечных лучей в коже образуется защитный пигмент меланин, являющийся фильтром для ультрафиолетовых лучей. У блондинов и рыжеволосых в организме синтезируется не черный, а красный меланин, который почти не поглощает ультрафиолетовые лучи, в связи с чем у них имеется более высокий риск развития рака кожи.

Воздушные ванны. Терморегулирующее воздействие возникает при температуре воздуха ниже 19° С.

Водные процедуры. В 14 раз сильнее воздушных ванн. Усиливают обмен веществ, кровообращение, глубину дыхания. Лучшее время для принятия водных процедур – утро, после утренней гимнастики. К общим водным процедурам относятся: обливание, душ, холодные ванны; местным – холодные и контрастные ножные ванны, мытье ног с ежедневным понижением температуры воды на один градус, можно довести температуру воды до 0°С.

Сауна. Оказывает тренирующее воздействие на центры терморегуляции, восстанавливает процессы саногенеза. Для повышения неспецифической резистентности организма могут быть использованы адаптогены растительного происхождения – женьшень, элеутерококк, золотой корень, левзея и др.

Иммунопрофилактика

Введение иммунизации позволило уменьшить инфекционную заболеваемость. Особенно впечатляющие успехи против вирусных инфекций (оспа, полиомиелит), а также некоторых бактериальных болезней (дифтерия, столбняк). Однако в настоящее время наблюдается снижение активности иммунопрофилактики, что проявляется ростом инфекционной заболеваемости в ряде регионов России и мира. Особенно это касается туберкулеза, дифтерии, гепатита В

Сегодня более 2 миллиардов человек на планете инфицированы вирусом гепатита В, который в 100 раз заразнее, чем вирус человеческого иммунодефицита (ВИЧ). Из них около 350 миллионов являются носителями этого вируса. Ежегодно более 2 миллионов больных умирает от этой болезни. В РФ показатели заболеваемости и смертности от гепатита В за последние 20 лет выросли на 219 %.

Периодические кампании и призывы мало помогают противостоять равнодушию и отказу от прививок обслуживаемых па-

циентов. В этом направлении нужна более эффективная разъяснительная работа.

Прививочные материалы. По способу изготовления прививочные материалы подразделяются на «живых» возбудителей, способных к размножению (корь, свинка, туберкулез, тиф, холера), и «убитых», не способных более к размножению микробов или их токсинов (весенне-летний клещевой энцефалит, бешенство, коклюш). От вида прививочного материала зависят его специфические свойства и особенности возможных сочетаний для соблюдения временных интервалов между прививками.

После проведения прививки у пациента развивается иммунитет – невосприимчивость к инфекционным заболеваниям против которого он получил прививку. Иммунитет бывает активный и пассивный.

Под активной иммунизацией понимается введение в организм антигенов (прививочного материала), которые вызывают его собственное специфическое производство антител. Продолжительность достигнутой защиты колеблется в различных временных интервалах и зависит от вида прививки и индивидуальных особенностей пациента. Иммунитет сохраняется от нескольких месяцев до пожизненного. Причем защита будет состоятельной только в том случае, если будет достигнут достаточно высокий титр антител в крови привитого пациента.

Введение в организм чужих антител называется пассивной иммунизацией. Это заимствованный, временный иммунитет. Он быстро ослабевает и исчезает совсем. Защита организма от инфекции при внутривенном введении иммуноглобулинов начинается сразу, при внутримышечном – лишь через несколько часов. Продолжительность пассивного иммунитета зависит от вида и количества введенных антител, скорости их уничтожения в организме привитого пациента. Пассивная иммунизация целесообразна только в том случае, если требуется пре- или постэкспозиционная временная защита, а в распоряжении нет времени для активной иммунизации или активную иммунизацию провести было нельзя в силу определенных причин, например, из-за времен-

ного противопоказания.

Для пассивной иммунизации используются человеческие стандартные иммуноглобулины (гомологические), полученные из донорской крови. Типичным примером пассивной иммунизации посредством внутримышечного введения стандартных иммуноглобулинов является прививка против гепатита А. Гипериммуноглобулины человеческие получают от специально подготовленных доноров. Они содержат гарантированно высокий титр антител и вводятся внутримышечно (или внутривенно). Примером прививки гипериммуноглобулином является иммунизация против гепатита В (вакцина Энджерикс[™] - В). Гетерологические (животные) иммуноглобулины получают от соответствующим образом иммунизированных животных. Это антисыворотки от дифтерии, газовой гангрены, ботулизма, змеиного укуса и др. Их применение оправдано только в том случае, если отсутствуют человеческие (гомологические) препараты.

В некоторых случаях целесообразно проведение одновременно активной и пассивной иммунизации, против одного возбудителя или его токсина. Это может быть столбняк или бешенство. Мгновенная защита за счет введения антител позволяет выиграть время для производства собственных антител в достаточном титре у пострадавшего. Чтобы избежать взаимоуничтожения эффектов такой прививки, надо вводить препараты в противоположные участки тела с необходимым временным интервалом.

В РФ проводятся календарные прививки в детском возрасте, прививки по показаниям против гриппа, гепатита А, В, дифтерии, полиомиелита и особые прививки против холеры, тифа, желтой лихорадки отъезжающим лицам в некоторые особо опасные районы мира.

Против дифтерии, ветряной оспы, кори, краснухи, коклюша, столбняка детей прививают по прививочному календарю. Против гриппа необходима ежегодная прививка. Особенно она нужна лицам старше 60 лет и пациентам с хроническими заболеваниями легких, сердца, сахарным диабетом. От весенне-летнего

энцефалита защитят три прививки. Возможны пассивная иммунизация и одновременная прививка. Прививке подлежат лица, которые будут длительное время находиться в регионах эндемии с инфицированными клещами. К ним относятся охотники, рыболовы, работники лесного хозяйства, туристы.

Вакцинация - единственный способ эффективной профилактики и защиты против вирусного гепатита А и В. Против вирусного гепатита С, D, Е и G вакцины до настоящего времени не разработаны. Это связано с быстрой мутацией вирусов.

Вакцинации против гепатита А подлежат:

1) лица, направляющиеся в деловую или туристическую поездку в эндемичные районы;

2) находящиеся в контакте с инфицированными людьми;

3) дети дошкольных учреждений и школ;

4) военнослужащие;

5) лица, для которых существует риск заражения гепатитом А в силу их профессии: служащие детских учреждений, медицинский персонал, работники очистных сооружений и канализационных служб;

б) лица, которые представляют опасность для окружающих после заболевания гепатитом А:

7) работники предприятий общественного питания;

8) работники продовольственных складов;

9) группы населения, в которых заболеваемость гепатитом А повышена в силу низких санитарно-гигиенических условий;

10) больные гемофилией;

11) наркоманы;

12) лица с хроническими заболеваниями печени, течение которых может резко ухудшиться при развитии гепатита А;

13) гомосексуалисты.

Против гепатита В необходимы три прививки. Рекомендуются 2 схемы иммунизации:

1. *Обычная иммунизация.* Проводится по схеме 0, 1, 6 месяцев. При этом иммунная защита формируется в несколько более

поздние сроки. Достигаемый при этом высокий титр антител дает возможность проводить вакцинацию через 5 лет.

2. *Ускоренная иммунизация.* Проводится по схеме 0, 1, 2 месяца, т.е. 3 инъекции с месячным интервалом. Иммуная защита при этом формируется быстрее, но титр антител у части привитых может находиться на более низком уровне. В связи с этим необходимо проведение ревакцинации через 12 месяцев после введения первой дозы. Следующая ревакцинация проводится через 5 лет. Возможны пассивная иммунизация и одновременная прививка.

Прививки против гепатита В показаны лицам с повышенным риском заражения (табл. 9).

Таблица 9: Пациенты, подлежащие активной и пассивной иммунизации против гепатита В

Активная иммунизация	Пассивная иммунизация
Медицинский персонал. Пациенты, контактирующие с носителем австралийского антигена. Лица, часто меняющие сексуальных партнеров. Заклученные, отбывающие длительные сроки.	Интимные партнеры, носителя вируса гепатита В. Лица, имеющие контакт с биологическим материалом, содержащим вирус гепатита В. Лица, попавшие в ситуацию риска, не имеющие достаточно времени для активной иммунизации

Процесс образования антител после прививки различается у разных людей довольно существенно. Уровень антител в крови после прививки определяется с помощью титра австралийского антигена (Hb_sAg). При титре, равном 10 и менее, необходимо сделать повторную титре иммунная защита может сохраниться до 10 лет. прививку с контролем через четыре недели. При высоком

2.11. Формирование здорового образа жизни

Формирование здорового образа жизни пациентов - повседневная практика участкового врача-терапевта.

Более двух тысяч лет медицина была, в первую очередь, теорией здоровья и учением о здоровье. Речь шла о шести сферах жизни, которые гармонировали с естественной физиологией человека:

- свет и воздух;
- еда и питье;
- движение и покой;
- сон и бодрствование;
- выделение и содержание;
- движения души.

Решающим здесь была правильная мера, где здоровье являлось гармонией противоположных сил. В средние века здоровье стало моральной ценностью, которое опиралось на понятие о добродетели. Лишь со второй половины XX века общественное сознание снова стало обращаться к античной концепции здоровья. Однако до настоящего времени искусство жить в здоровье еще не воплотилось в реальность.

В жизни большинства пациентов врача-терапевта понятие «здоровье» воспринимается как нечто неконкретное, как само собой разумеющееся или как отсутствие болезней. По мнению экспертов ВОЗ, здоровье - это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Следовательно, здоровье – это естественное состояние организма, характеризующееся отсутствием болезненных изменений, оптимальной связью со средой, согласованностью всех его функций. Это диалектическое единство противоположных сосуществующих проявлений норм и возможных отклонений в различных количественных характеристиках. Здоровье человека – многофакторный показатель, имеющий сложное содержание. Его формирование зависит от степени влияния факторов риска и образа жизни (табл. 10).

Таблица 10: Влияние факторов риска на формирование здоровья.

Сферы жизни	Факторы риска	Удельный вес (%)
Образ жизни	Курение, неправильное питание, злоупотребление алкоголем, стресс, гиподинамия, избыточный вес тела, плохие материально-бытовые условия, наркомания, злоупотребление лекарствами, непрочность семьи, одиночество, неправильные поведенческие реакции, низкое образование, низкий культурный уровень	49–53
Наследственность	Предрасположенность к болезням	18–22
Внешняя среда	Загрязнение воздуха, воды, почвы, резкая смена погодных условий, повышенные гелиокосмические, магнитные и другие излучения	17–20
Здорово-охранение	Неэффективность профилактических мероприятий, низкое качество медицинского обслуживания	5-16

Образ жизни, понимаемый как способ деятельности людей в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизни, как совокупность различных черт деятельности, форм и видов активности (медицинской, социальной, трудовой, интеллектуальной, образовательной), оказывает через эти сферы непосредственное воздействие на здоровье. При этом образ жизни функционирует в единстве с условиями жизни, которые оказывают на здоровье опосредованное влияние.

Образ жизни как субъективная сторона, как отражение наиболее характерных для конкретных условий деятельности или активности людей отвечает на вопрос, как, каким образом чело-

век думает, вдет себя, действует, что принципиально отличается от понимания условий жизни, отвечающих на вопрос, что или кто человека окружает, в каких условиях он живет, работает, действует (табл. 11).

Таблица 11: Первичные и вторичные большие факторы риска здоровью («рейтинг» по ВОЗ)

Первичные факторы риска	Вторичные факторы риска
Курение	Диабет
Злоупотребление алкоголем	Артериальная гипертензия
Нерациональное питание	Липидемия, холестеринемия
Гиподинамия	Ревматизм
Психоэмоциональный стресс	Аллергия, иммунодефициты

Такие условия жизни, как материальная обеспеченность (заработная плата, доход), образование, размер жилой площади, непосредственно на здоровье не влияют. Однако они воздействуют на него через поведение, использование этих условий, их утилизацию. Для здоровья человека имеет первостепенное значение не то, сколько человек получает денег, сколько у него квадратных метров жилой площади в квартире и др., а как он пользуется этими материальными благами жизни, как он ведет себя в семье, в общественном месте, каков его режим труда и отдыха, какова его культура, какова его медицинская активность.

С образом жизни связаны понятия «уровень жизни», «уклад жизни», «стиль жизни», «качество жизни».

Уровень жизни или уровень благосостояния обычно характеризует размер и структуру материальных и духовных потребностей, то есть количественные, поддающиеся измерению параметры (показатели) условий жизни.

«*Уклад жизни*» отражает порядок, регламент общественной

жизни, труда, быта, отдыха и др., в рамках которого проходит жизнь людей. Это временной регламент явлений общественной жизни. Термин *«стиль жизни»* относят к индивидуальным особенностям поведения как одного из проявлений жизнедеятельности, активности.

Уровень жизни, уклад и стиль жизни с позиций *качественной* ее стороны - это и качество жилищных условий, и уровень комфорта, питания, образования, медицинской помощи, самообслуживания, психического здоровья и др., что в значительной степени является субъективной оценкой качества жизни.

Для объективной оценки **качества жизни** берутся за основу следующие критерии:

- физическое функционирование;
- жизнеспособность;
- социальное функционирование;
- психическое здоровье.

В понятие здорового образа жизни входит преодоление факторов нездоровья и, что особенно важно, создание благоприятной обстановки, условий для укрепления здоровья (табл. 12).

Здоровый образ жизни - это деятельность, наиболее характерная, типичная для конкретных социально экономических, политических, экологических и прочих условий, направленная на сохранение и улучшение, укрепление здоровья людей. ЦИУ врачей и ВНИИ медицинских проблем формирования здорового образа жизни в комплекс обеспечивающих его проблем включают:

Таблица 12: Формирование здорового образа жизни

Факторы нездоровья	Факторы здоровья
Низкая трудовая активность, неудовлетворенность трудом	Высокая трудовая активность, удовлетворенность трудом
Пассивность, дискомфорт, психоэмоциональная напряженность, сексуальные рас-	Физический и душевный комфорт, гармоническое развитие физических и интеллектуаль-

строительства	ных способностей
Низкая социальная активность, невысокий культурный уровень	Активная жизненная позиция, социальная активность, социальный оптимизм, высокий культурный уровень
Загрязнение внешней среды, низкая экологическая активность	Экологическая активность, деятельность за оздоровление внешней среды
Низкая физическая активность, гиподинамия	Высокая физическая активность
Нерациональное, несбалансированное питание	Рациональное, сбалансированное питание
Напряженные семейные отношения; нездоровый быт; потребление алкоголя, наркотических и других токсических веществ; курение; неправильные поведенческие реакции	Дружные семейные отношения, устроенность быта
Низкая медицинская активность	Высокая медицинская активность

1) активное участие в культурных мероприятиях, занятиях физкультурой и спортом, прогулках и т.п.; отказ от пассивных форм отдыха; увлечение занятиями, снимающими нервно-психические напряжения; тренировка психических способностей; аутотренинг; отказ от вредных привычек; рациональное сбалансированное питание; соблюдение правил личной гигиены; закаливание организма; создание условий для полноценного сна и пр.;

2) сознательное активное участие в создании условий труда, способствующих сохранению здоровья и повышению работоспособности (обеспечение работой по способности, организация труда, обеспечивающего радость труда и трудолюбие; участие в снижении и устранении вредных для здоровья влияний внешней среды; соблюдение правил охраны труда;

3) формирование отношений людей, отличающихся взаимным уважением, поддержкой и вниманием, товарищеским сотрудничеством и помощью, особенно в трудовых коллективах, в семьях, между молодыми и пожилыми, к больным и инвалидам и пр.;

4) бережное отношение к окружающей среде, воспитание сознательного отношения к природе, бытовой сфере, культура поведения на работе и в общественных местах, транспорте и пр.;

5) медицинское воспитание: сознательное участие в профилактических мероприятиях, проводимых медицинскими учреждениями; своевременное посещение врача; выполнение врачебных предписаний, рекомендаций, отказ от самолечения; умение оказывать первую медицинскую помощь и самопомощь; использование приемов ухода за больными дома и пр.

Формирование здорового образа жизни – это теория и практика охраны здоровья, гигиеническое воспитание, пропаганда медицинских знаний, обучение правилам и навыкам здорового труда, быта, отдыха. Необходимо помнить, что человек, решивший изменить свой образ жизни с целью улучшения здоровья, проходит 4 стадии.

1 стадия - отсутствие у пациента заинтересованности в изменениях. На этой стадии нужно дать ему как можно больше информации о вреде курения, употребления алкоголя, переедания и низкой физической активности. Следует исходить из того, что нельзя заставить человека измениться, но, узнав новые факты, он начнет обдумывать свой образ жизни.

2 стадия - обдумывание изменений. В это время надо вместе с пациентом найти индивидуальную мотивацию, достаточную для изменения его образа жизни с тем, чтобы он пересмотрел свое отношение к здоровью.

3 стадия - выполнение изменений. В это время необходима постоянная поддержка пациента, оказание ему помощи в преодолении срывов, которые неизбежны. Особенности поведения пациента во время срыва можно предусмотреть, и вместе с ним

разработать план мероприятий противодействия срыву. После срыва надо помочь пациенту вернуться к процессу изменений и продолжить его, усилив мотивацию, что является неременным условием успеха.

4 стадия - сохранение, стабилизация изменений.

Все эти стадии универсальны для избавления от любых вредных привычек. Поэтому участковый врач-терапевт должен фиксировать их в амбулаторной карте любого пациента.

На поведенческом уровне здоровье часто воспринимается негативно, как плод воздержания, и потому без радости. Такое восприятие здоровья усиливают фразы типа: «вам этого нельзя... вы должны...» Например: «вы должны заниматься спортом, иначе совсем заболите». Или: «не бегаешь сейчас, набегаешься, когда заболешь»; «Вам нельзя употреблять мучное, Вы и так слишком полные...» и т.п.

Для рекламы здорового образа жизни эти рекомендации станут более привлекательными и эффективными, если будут даны в зеркальном отображении: «вы можете... и вам следует...». Например: «Вы можете, соблюдая несколько простых правил, есть сколько хочется...» или: «Вам не нужно принуждать себя бегать, занимайтесь тем видом спорта, который Вам действительно приносит радость, удовольствие. Это может быть - аэробика ...». В таблице 13 приведены некоторые примеры формирования побудительных мотивов здорового образа жизни, как положительной цели.

Таблица 13: Формирование побудительных мотивов здорового образа жизни

Оздоровительная цель	Положительная мотивация
Сбалансированное питание	Диета-предложение вместо диеты-запрещения
Положительное восприятие физической нагрузки	Вместо запрещения дистресса (обязательного восприятия нагрузки) рекомендовать реституционные факторы

	– юмор, шутку, похвалу
Спорт	Шутливое желание двигаться вместо принудительной дисциплины
Отказ от вредных привычек	Приятная альтернатива вместо аскетизма, запрещения. Посещение сауны вместо гиподинамии, аутотренинг вместо снотворного, самопоощрение вместо ограничения

Если процесс переосмысления настоящего образа жизни даст зримые, реальные плоды, то необходимо перейти к четвертой стадии – стабилизации выработанной новой поведенческой реакции здорового образа жизни. Нельзя полагать, что сохранение приобретенного навыка здорового образа жизни нечто само собой разумеющееся. Большинство пациентов в таком случае рано или поздно возвращаются к прежнему образу жизни.

Наиболее простым и эффективным способом стабилизации нового поведения является применение *похвалы*. Надо использовать для этого все слова одобрения, различные виды поощрения, не скупиться на похвалу и станет очевидным, пациент завтра будет стараться изо всех сил. Надо находить и поощрять даже малозаметные успехи в стабилизации нового поведения. Причем *успехи, даже частичные, в приобретении навыков здорового образа жизни необходимо изначально трактовать как результат сотрудничества врача и пациента, а не как заслугу врача*

Наряду с положительным эффектом стабилизации новой поведенческой реакции таким образом укрепляется вера пациента в то, что он сам может влиять на свое здоровье. В таких случаях надо говорить: «Я поражен, с какой последовательностью вы проводите разгрузку диетой», а не: «Разгрузочно-диетическая терапия, скажу вам, – потрясающий метод, я с ним уже много лет добиваюсь успехов»

Зеркальный по отношению к похвале *принцип отказа от упреков* является таким же эффективным и надежным. При этом

случаи неудач приобретения новых навыков или рецидива старых привычек нужно оценивать как преодоление очередной рубежной проблемы обучения методом проб и ошибок. Следует не упрекать, а сказать с надеждой на успех: «Ну, теперь вы знаете, что вас подстерегает и угрожает вашим планам. В очередной раз, если встретитесь с подобным, будьте внимательны».

Образ жизни оказывает существенное влияние на продолжительность жизни. Средняя продолжительность жизни в развитых странах значительно выше, чем в малоразвитых. Количественная оценка здоровья через показатель продолжительности жизни показывает индивидуальные резервы, которые позволяют человеку не заболеть в ближайшие 10-12 лет.

Показателями, по которым этот прогноз высчитывается, являются:

1) возраст, индекс массы тела Кетле, систолическое и диастолическое АД, частота сердечных сокращений в покое и после 20 приседаний, расчет ударного объема сердца, пульсовый приток крови в сосуды головы и их тонус;

2) результаты скрининговых исследований с использованием анамнестических анкет (опросник Роузе, Британский стандарт и др.);

3) образовательный уровень;

4) курение.

По риску возникновения заболеваний в ближайшие 10 лет пациенты распределяются на пять групп:

Первая группа – лица с очень малым резервом здоровья.

Вторая группа – лица с малым резервом здоровья.

Третья группа – лица со средним резервом здоровья.

Четвертая группа – лица с большим резервом здоровья.

Пятая группа – лица с очень большим резервом здоровья..

Оценка состояния индивидуального физического здоровья. Для оценки показателей индивидуального физического здоровья проводится:

– расчет индекса массы тела (ИМТ) Кетле. = масса тела

(кг)/рост (м)². ИМТ 15 - 19,9 - недостаточная масса тела, 20-24,9 - нормальная масса тела, 25-29,9 - избыточная масса тела; 30-39,9 - ожирение; 40 и > выраженное ожирение;

– расчет индекса отношения талия/бедро (ИТ/Б). Индекс талия/бедро = окружность талии (наименьшая окружность, измеренная ниже грудной клетки над пупком) / окружность бедер (наибольшую окружность, измеренную на уровне ягодич). ИТ/Б = 0,8-0,9 - промежуточный, < 0,8 - гиноидный (бедренно-ягодичный), > 0,9 - андроидный (абдоминальный);

– определение ЖЕЛ, динамометрия обеих кистей;

– в исходном положении подсчитывается пульс за 10 сек. до получения трех одинаковых значений;

– измеряется АД, определяется двойное произведение. После этого пациент приседает 20 раз за 30 сек. Если он не может этого выполнить, то отнимается два балла от суммы баллов, полученных при оценке предыдущих показателей.

Критериями оценки являются:

1) для мышечной системы – динамометрия более сильной кисти, отнесенная к массе тела в процентах;

2) для сердечно-сосудистой системы – двойное произведение в покое, величина которого определяется по формуле:

$$\text{ЧСС} \times \text{АД сист.}/100$$

и времени восстановления частоты сердечных сокращений (ЧСС) до исходного уровня после дозированной физической нагрузки;

3) для функции внешнего дыхания – показатель ЖЕЛ, отнесенный к массе тела.

Показатели физического здоровья определяются в баллах.

Для мужчин показатели физического здоровья составляют:

– ИМТ 19,9 и менее; 30 и более - низкий показатель (- 2 балла), 25-29,9 - ниже среднего (- 1 балл), 20-24,9 - средний (1 балл);

– динамометрия более сильной кисти (кг), отнесенная к массе тела (кг), выраженная в процентах; 60 и менее – низкий

показатель (0 баллов); 61- 65 кг – ниже среднего (1 балл); 66–70 – средний (2 балла); 71-80 – выше среднего (3 балла); 81 и выше – высокий (4 балла);

– двойное произведение в покое: 111 и выше – низкий показатель (– 2 балла); 95 - 110 – ниже среднего (0 балла); 85 - 94 – средний (2 балла); 70 - 84 – выше среднего (3 балла); 60 и ниже – высокий (4 балла);

– время восстановления ЧСС (с): 180 и выше – низкий показатель (– 2 балла); 120-170 – ниже среднего (1 балл); 90 - 119 – средний (3 балла); 60 - 89 – выше среднего (5 баллов); 59 и ниже – высокий (6 баллов);

– ЖЕЛ, отнесенная к массе тела (кг): 50 и ниже – низкий показатель (0 баллов); 51 - 55 – ниже среднего (1 балл); 56 - 60 – средний (4 балла); 66 и выше – высокий (5 баллов).

У женщин показатели физического здоровья выражаются:

– ИМТ 19,9 и менее; 30 и более - низкий показатель (- 2 балла), 25-29,9 - ниже среднего (- 1 балл), 20-24,9 - средний (1 балл);

– динамометрия более сильной кисти, отнесенная к массе тела, выраженная в процентах; 40 и ниже – низкий показатель (0 баллов); 41 - 50 кг – ниже среднего (1 балл); 51 - 56 – средний (3 балла); 61 и выше – высокий (4 балла);

– время восстановления ЧСС и двойное произведение в покое оцениваются так же, как и у мужчин;

– ЖЕЛ, отнесенная к массе: 40 и ниже – низкий показатель (0 баллов); 41 - 45 – ниже среднего (1 балл); 46 - 50 – средний (2 балла); 51 - 56 – выше среднего (4 балла); 57 и выше – высокий (5 баллов).

После оценки каждого показателя определяется сумма баллов: 4 балла и менее – низкий показатель здоровья; 5 - 9 – ниже среднего; 10 - 13 – средний; 14 - 16 – выше среднего; 17 и более – высокий.

Оценка показателей физического здоровья позволяет составить индивидуальную программу формирования здорового об-

раза жизни, которая должна включать:

- 1) гармонизацию духовных факторов;
- 2) овладение способами гипоксического дыхания;
- 3) оптимизацию двигательной активности;
- 4) психологическую коррекцию;
- 5) гипертермию в сауне;
- 6) формирование здоровых сексуальных отношений;
- 7) фармакокоррекцию здоровья для повышения адаптационных и защитных возможностей организма (адаптогены, антиоксиданты, витамины, микроэлементы и др.).

Пример расчета. Мужчина, 3., рост – 170 см; масса тела – 85 кг; ЖЕЛ – 4500 см³; динамометрия правой кисти – 60 кг, левой – 48; АД – 150/100; ЧСС в покое – 84 уд. в 1 мин.; время восстановления – 100 с.

1. $85 : 2,84 = 29,4$ (–1 балл).
2. $4500 : 85 = 53$ (1 балл).
3. $60 \times 100 : 85 = 75$ (2 балла).
4. $84 \times 150 : 100 = 126$ (–2 балла).
5. Время восстановления = 100 (3 балла);

Сумма составляет три балла. Общий уровень физического здоровья – низкий.

Определение степени физической нагрузки. Дозирование физической нагрузки для лиц молодого и среднего возраста проводится согласно степени восстановления пульса. Для этого необходимо:

- определить частоту пульса в 1 мин в покое;
- выполнить полный комплекс физической нагрузки;
- определить частоту пульса в 1 мин в первые 10 сек после нагрузки, затем через 1, 3, 5 и 10 мин.

В норме пульс должен восстановиться в следующей последовательности:

- 1) через 1 мин после физической нагрузки на 10 %;
- 2) через 3 мин - на 20 %;
- 3) через 5 мин - на 50 %;

4) через 10 мин - на 70 - 77 %.

За 100 % считается пульс в первые 10 сек после физической нагрузки. Если к концу 5 мин пульс превышает исходный на 20 - 25 ударов - тренирующая нагрузка завышена и требуется ее коррекция.

Для лиц пожилого возраста дозирование физической нагрузки проводится по степени различия частоты пульса в покое и в первую мин после 10 приседаний за 20 сек:

1) разница не более 10 ударов/мин - доступна средняя нагрузка (бег трусцой, ходьба со скоростью 5 - 6 км/ч, легкие спортивные игры);

2) разница от 10 до 20 ударов/мин - доступна малая нагрузка (бег исключен, ходьба со скоростью 4 км/ч);

3) разница 20 - 30 ударов/мин - доступна незначительная нагрузка (ходьба со скоростью 2 - 2,5 км/ч);

4) разница более 30 ударов/мин - занятия с дозированной физической нагрузкой могут проводиться только под контролем врача

Определение реакции организма на физическую нагрузку (индекс Руфье). Проводится путем выполнения следующих действий:

- определяется частота пульса в 1 мин в покое (Π_1);
- делается 30 приседаний;
- определяется частота пульса в 1 мин в первые 10 сек после нагрузки (Π_2);
- определяется частота пульса в 1 мин через одну мин после нагрузки (Π_3).

Результаты измерений подставляются в формулу:

$$\frac{\Pi_1 + \Pi_2 + \Pi_3 - 200}{10}$$

Оценка результатов: 0 - отличная реакция; 0 - 5 - хорошая реакция; 6 - 10 - удовлетворительная реакция; более 10 - слабая реакция.

2.12. Семейная практика

Семейная практика - важный раздел работы участкового врача-терапевта, требующий от него затрат значительного времени и сил и представляющий определенные трудности.

Семья – это общность нескольких членов в совместном жизненном пространстве Традиции, культура, религия и правовые нормы создают ее внешние контуры. Наследственность, воспитание, образование определяют индивидуальные качества ее членов, поведение и отношения между собой. Семья может быть большой и малой, неполной, приобретать особые формы. Жилым пространством семьи, как правило, является дом, квартира, а жизненным пространством – село, город, место работы и др.

Основными функциями семьи являются:

- воспроизводство;
- совместное ведение хозяйства;
- проведение досуга;
- оказание взаимной помощи;
- образование;
- социальное интегрирование.

Различные типы семьи отличаются друг от друга способами взаимодействия их членов, решением проблем и организацией совместной жизни. Очень разным является также отношение семьи к здоровью, которое проявляется при:

- 1) решении вопросов поддержания здоровья;
- 2) болезни ее членов;
- 3) обращении за помощью к медицинским работникам;
- 4) уходе за больными;
- 5) использовании альтернативных способов и методов лечения;
- 6) создании здорового образа жизни.

Полный жизненный цикл семьи состоит из следующих пе-

риодов (этапов):

- основание;
- дети дошкольного возраста;
- дети школьного возраста;
- взросление;
- начало разделения;
- родители без детей;
- пенсионеры;
- вдова/вдовец.

Участковый врач-терапевт обслуживает и наблюдает течение жизни семьи и в **переходные периоды** жизненного цикла.

При этом он обычно наблюдает **предсказуемые переходы**:

- 1) рождение здорового ребенка,
- 2) начало и конец учебы в школе,
- 3) выбор и получение детьми профессии,
- 4) женитьба/замужество детей и т.д.

Однако возможны и **неожиданные переходы**:

- рождение неполноценного ребенка;
- проблемы воспитания;
- преступление и тюремное заключение;
- проблемы алкоголизма и наркомании;
- инвалидность;
- потеря работы;
- изменяющее жизнь тяжелое заболевание;
- конфликты, развод.

Все эти и другие неожиданные переходы могут стать причиной болезней отдельных ее членов. Среди других причин нарушения здоровья членов семьи могут быть: неблагоприятные условия работы, критические возрастные периоды, кризис в сексуальной жизни, финансовые трудности и др.

Участковый врач-терапевт в функции домашнего и семейного врача нередко обслуживает всю семью, знает ее проблемы, а с некоторыми ее членами знаком годами. Причины их пережива-

ний и страданий ему знакомы и он их знает. В таких случаях он становится собеседником и советчиком по вопросам, которые выходят далеко за пределы медицины. Для лечащего врача, знающего пациента, проблемы болезни превращаются в один из аспектов более сложной проблемы – проблемы жизни пациента с болезнью. Широкое обслуживание всех сторон жизни пациента становится возможным только с учетом его представлений о болезни, отношения к лечебному процессу, желания участвовать в нем, пассивности или уклонения от лечения.

В амбулаторной практике наблюдение пациентов пожилого и старческого возраста представляется одной из самых трудоемких задач. Наступающие в этот период жизни нарушения здоровья следует рассматривать как результат патологических процессов, а не как следствие возраста.

Старость как определенный этап существования индивидуума и старение как динамический процесс, сопровождающий нисходящую стадию развития человека, разные понятия. Согласно возрастной классификации, принятой ВОЗ (1963), в позднем онтогенезе выделяется три периода: 1) *средний возраст - 45-59 лет*; 2) *пожилой возраст - 60-74 года*; 3) *старческий - 75 лет и старше*. В последнем периоде выделена отдельная категория людей в возрасте 90 лет и старше, названная *долгожителями*.

В среднем возрасте происходят интенсивные сдвиги в регуляторных механизмах, связанные с нарушениями в центральных механизмах регуляции эндокринных функций. Изменения в системе гипоталамо-гипофиз-половые железы являются ведущими в развитии климакса, изменяющего сложные нейрогуморальные взаимоотношения. Возникающие нейрогуморальные сдвиги вызывают изменения функции органов и тканей, могут определить развитие дистрофических и дегенеративных процессов в тканях и органах стареющего организма, его адаптацию к новым условиям существования.

Второй период позднего онтогенеза называется периодом ранней старости, а людей этого периода называют престарелы-

ми или преклонного возраста. По данным ВОЗ более 20% людей в возрасте 65 лет и старше сохраняют свою профессиональную трудоспособность. Это дает возможность считать физиологической старостью возраст не ранее 75 лет. Физиологическая старость характеризуется сохранением умственного и физического здоровья, определенной работоспособностью, контактностью, интересом к событиям. В организме при этом постепенно и равномерно развиваются изменения во всех физиологических системах с приспособлением к его уменьшенным возможностям. Это высокий уровень приспособительных механизмов, обуславливающих появление новых компенсаторных факторов, поддерживающих жизнедеятельность различных систем и органов. От степени развития и совершенствования этих компенсаторных приспособительных механизмов зависит характер и темп старения.

Для того, чтобы считать физиологичным определенный этап старения человека и изменения его организма чисто возрастными, необходимо убедиться в том, что обследуемый физиологично прошел весь путь нисходящего развития, достиг физиологической старости, активного долголетия. В связи с тем, что процесс старения у людей происходит весьма индивидуально и часто состояние организма стареющего человека не соответствует возрастным нормам, следует различать понятия *календарного* (хронологического) и *биологического* возраста. Биологический возраст может предшествовать календарному, что свидетельствует о преждевременном старении. Биологический возраст определяется комплексной характеристикой функционального состояния различных органов и систем. Определение биологического возраста пациента и его соответствия календарному важно для правильной диагностики и терапии, так как позволяет выяснить, что является проявлением возрастных сдвигов и что обусловлено болезнью и подлежит лечению.

К числу клинических особенностей проявления болезней у пациентов пожилого и старческого возраста относятся:

- стертое начало;
- множественное поражение органов и систем;
- хроническое течение;
- атипичная симптоматика;
- отсутствие выраженных симптомов и проявлений болезни.

Часто у пожилых больных преобладает неясная, стертая клиническая картина, которую трудно отнести к основному заболеванию. Нередко начальные проявления болезни они обуславливают возрастом или не чувствуют из-за ослабления болевого восприятия. В среднем у каждого пожилого пациента имеется три и более заболевания. При множественном поражении органов и систем возможно потенцированное их влияние друг на друга, что приводит к осложнениям. Многие пациенты в этом возрасте занимаются самолечением, терпят болезнь и стараются преуменьшить ее проявления. Поэтому значительная часть нарушений здоровья у пожилых и старых людей остается скрытой для врача и ему следует искать их целенаправленно (Н.В.Эльштейн, 1997).

Способность выслушать пациента преклонного и старческого возраста, дать ему возможность высказаться будет способствовать своевременному выявлению у него не только проблем нездоровья, тенденций к социальной апатии, отчуждению, потери уверенности в своих силах, но и активно этому противостоять.

Отделение семейной практики поликлиники

Из всех форм организации работы участкового терапевта в функции семейного врача на современном этапе является работа в отделении семейной практики поликлиники. Отделение семейной практики организуется в соответствии со ст. 22 «Основ законодательства граждан Российской Федерации об охране здоровья граждан» и приказу МЗ РФ № 237 от 1992 г. Отделение

является структурным подразделением поликлиники и создается при наличии у поликлиники соответствующей лицензии для реализации конституционного права граждан, прикрепленных к поликлинике, на выбор семейного врача.

Деятельность отделения осуществляется по контракту (договору) с администрацией поликлиники. Численность и состав контингентов, прикрепленных для постоянного медицинского обслуживания отделением, определяются условиями контракта. При этом контингенты формируются с учетом права свободного выбора пациентом врача по территориально-семейному принципу.

Штаты отделения семейной практики устанавливаются в соответствии с действующими нормативами. На штатную должность семейного врача отделения принимаются врачи, имеющие сертификат специалиста врача общей практики/семейного врача или участкового врача-терапевта и лицензию на этот вид врачебной деятельности. В отделении непосредственно врачу подчиняется средний медицинский персонал, имеющий специальную подготовку, а также работник социальной сферы по согласованию с органами социальной защиты.

Цели, задачи и основные функции отделения семейной практики соответствуют таковым поликлиники (амбулатории). Дополнительными функциями отделения являются:

1) оказание лечебно-профилактической и консультативной помощи семье:

- планирование семьи, этика, психология семейных отношений, гигиена, социальные и медико-социальные аспекты семейной жизни;
- вскармливание, воспитание детей, подготовка их к детским дошкольным учреждениям, школе, профориентация;
- иммунопрофилактика;

2) оказание консультативной и лечебно-профилактической помощи лицам пожилого и старческого возраста:

- социально-гигиенические методы профилактики преж-

девремени старения;

- физиология и гигиена пожилого человека;
- герогигиена труда;
- геропсихогигиена;
- двигательный режим в среднем и пожилом возрасте;
- закаливание стареющего организма;
- применение лекарственных средств, используемых для предупреждения преждевременного старения.

Руководство деятельностью отделения осуществляет заведующий, который подчиняется главному врачу лечебно-профилактического учреждения.

2.13. Обслуживание пациентов на промышленных предприятиях

Терапевт поликлиники в функции цехового врача осуществляет медицинское обслуживание работников промышленных предприятий, транспорта и связи, где особенностью условий труда является вероятность возникновения профессиональных заболеваний

Система медицинской помощи на промышленных предприятиях в настоящее время претерпела изменения в соответствии с общим положением в стране и здравоохранении. В приложении 1 «Положения о медико-санитарной части» приказа МЗ и МП РФ № 130 от 23.06.94 г «Об организации медицинской помощи работникам на промышленных предприятиях промышленности, строительства, транспорта, связи в условиях обязательного медицинского страхования населения» сказано, что медико-санитарная часть (МСЧ) представляет собой комплексное медицинское учреждение, в состав которого могут входить: поликлиника, врачебные и фельдшерские здравпункты, стационар, санаторий-профилакторий, диетическая столовая, детские оздо-

ровительные учреждения (К.А.Отдельнова, 1999).

МСЧ могут быть открытого и закрытого типа.

В настоящее время все МСЧ делят на 4 группы.

Первая группа - МСЧ федерального и ведомственного подчинения, системы бывшего «третьего главка», МПС, МГК, МВД и др. Их имущество является государственной (федеральной) собственностью, а деятельность финансируется в основном из госбюджета. На эти МСЧ распространяется Положение 1 вышеназванного приказа. Им предписано сохранить цеховую службу и проводить профосмотры в необходимых объемах.

Вторая группа - открытые МСЧ, которые на сегодня превратились в территориальные учреждения здравоохранения и перестали быть частью ведомственного здравоохранения. Они могут обслуживать предприятия на договорной основе. Медицинское обслуживание в таких МСЧ проводится по участковому принципу.

Третья группа - это МСЧ открытого типа, являющиеся собственностью субъекта федерации или муниципальной, находящиеся на балансе неприватизированных (несанкционированных) предприятий, где проходит реорганизация цеховой службы в общую врачебную практику. Эта группа имеет еще довольно прочные связи с предприятиями, что позволяет адаптировать свою структуру под потребности населения в условиях ОМС, не лишая работающих привычного медицинского обслуживания, в том числе по цеховому принципу

Четвертая группа - это МСЧ закрытого типа, принадлежащие приватизированным предприятиям. Их функционирование полностью обеспечивают предприятия.

В настоящее время медицинская помощь работающим оказывается более 750 МСЧ, около 800 врачебными и 17 тыс. фельдшерскими здравпунктами.

Основные задачи и функции МСЧ:

1. Оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи прикрепленному контингенту с целью сни-

жения общей и профессиональной заболеваемости, производственного травматизма, трудопотерь по болезням и инвалидности, выполнение программ ОМС.

2. Разработка и осуществление совместно с администрацией предприятия (организации) и по согласованию с органами санэпиднадзора мероприятий по оздоровлению работающих.

3. Осуществление контроля за соответствием состояния здоровья работающих условиям труда.

Основной организационный принцип работы всех учреждений по медицинскому обслуживанию работающих на промышленных предприятиях является *цеховая участковость*. Цеховые участки образуются, исходя из принципа территориальной близости и общности технологии производства.

График работы цехового терапевта строится в зависимости от местных условий с учетом обеспечения приема в поликлинике терапевтических больных из числа рабочих и служащих обслуживаемого цехового участка и проведения необходимой профилактической работы в поликлинике и на производстве. Для проведения профилактической работы обычно выделяется 9 часов в неделю. При наличии в МСЧ стационара работа цехового врача-терапевта строится по системе чередования, когда в течение каждых 3-х лет он по 3 мес работает в стационаре.

Цеховой врач осуществляет свою деятельность на основании договора, заключенного поликлиникой с администрацией предприятия. В отличие от врача территориального участка, он должен знать особенности технологического процесса в обслуживаемых им цехах, неблагоприятные факторы и профессиональную патологию, связанную с производством.

Содержанием работы цехового врача является:

1. Изучение условий труда работающих на цеховом участке и контроль за соблюдением правил техники безопасности.
2. Лечебная работа на приеме в поликлинике, в стационаре.
3. Профилактическая работа в цехе.
4. Работа по предупреждению и снижению травматизма.

5. Подготовка и проведение профилактических осмотров и диспансеризация выделенных контингентов (здоровые, лица с хроническими заболеваниями, длительно и часто болеющие).

6. Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

7. Разработка и проведение оздоровительных и противоэпидемических мероприятий совместно с администрацией предприятия и по согласованию с органами санэпиднадзора.

Цеховой врач-терапевт активно участвует в составлении единого комплексного плана оздоровительных мероприятий предприятия. Единый комплексный план составляется на год администрацией предприятия, МСЧ, органом санэпиднадзора, отделом техники безопасности, профсоюзной организацией и включает мероприятия 4-х разделов:

- 1) санитарно-технические;
- 2) санитарно-гигиенические;
- 3) лечебно-профилактические;
- 4) организационно-массовые.

Цеховой врач составляет планы на год и поквартально, где выделяет следующие разделы работы.

1. Организационная работа: анализ заболеваемости, отчет на цеховом рабочем собрании, участие в заседаниях комиссий по трудоустройству, социальному страхованию и др.

2. Лечебно-профилактическая работа: планирование и проведение приемов, профилактических осмотров, диспансеризации, трудоустройство, экспертиза трудоспособности, профилактика заболеваний и травм.

3. Мероприятия по улучшению условий труда и быта рабочих и служащих: профилактическая работа в цехе по выявлению недостатков в организации и условиях труда, отдыха, питания рабочих; обход бытовых помещений, проверка выполнения рекомендаций и др.

4. Санитарное просвещение и работа с санитарным активом: чтение лекций и проведение бесед, организация санитар-

ных уголков, бюллетеней и т.п.; инструктаж санитарных уполномоченных санитарных постов, работа с санитарными звеньями и т.д.

5. Повышение квалификации.

В целом план должен быть неразрывно связан с единым комплексным планом оздоровительных мероприятий промышленного предприятия. Он должен быть максимально конкретным, наименование мероприятий, сроки их выполнения и ответственные исполнители должны быть четко определены; в плане выделяется графа для отметки выполнения намеченных мероприятий.

Содержание месячного плана определяется задачами лечебно-оздоровительной работы на данном предприятии, изложенными в коллективном договоре и годовом комплексном плане МСЧ или территориальной муниципальной больницы (поликлиники), а также в перспективном плане социального развития коллектива промышленного предприятия. При этом учитываются специфические особенности данного цеха (заболеваемость, условия труда, технология производства, возрастно-половой состав и т.д.), сезонность.

План работы на цеховом участке должен быть комплексным и включать перечень и объем работы врачей других специальностей, участвующих в обслуживании работающих на данном цеховом участке, а также персонала цеховых фельдшерских здравпунктов, входящих в данный участок.

На крупных промышленных предприятиях в основных цехах организованы цеховые здравпункты в некоторых случаях с круглосуточным дежурством среднего медицинского персонала. Здравпункты работают под общим руководством цеховых врачей и являются базой врачей узких специальностей для активного проведения лечебно-оздоровительных и санитарно-гигиенической деятельности на цеховом участке. Персонал здравпункта работает по плану врачебного участка. На некоторых предприятиях дополнительно составляется план работы це-

ховых фельдшерских здравпунктов, где подробно и детально определяется объем работы каждого сотрудника здравпункта.

В соответствии с планом и указаниями цехового врача цеховые здравпункты выполняют следующую работу:

1) обеспечивают явку рабочих и служащих в поликлинику или на здравпункт для очередного осмотра или диспансеризации;

2) контролирует выполнение администрацией цеха рекомендаций цехового врача и работников санэпиднадзора по улучшению санитарно-гигиенических условий в цехе, по переводу рабочих, нуждающихся в трудоустройстве, на другую работу;

3) организует совместно с цеховым комитетом профсоюза явку рабочих и служащих на беседы и лекции по санитарному просвещению;

4) проводит обучение рабочих методам само- и взаимопомощи при травмах;

5) организует обработку микротравм;

6) осуществляет работу с санитарным активом цеха;

7) осуществляет по назначению врача некоторые виды лечебных мероприятий (инъекции, физиотерапевтические процедуры и др.);

8) проводит прививки;

9) помогает цеховому врачу в разработке и анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности

Организация работы цехового врача имеет свои особенности по сравнению с работой врача территориального участка поликлиники (амбулатории):

– цеховой врач не оказывает помощь на дому, поэтому важна его связь с участковым врачом для осуществления преемственности в работе;

– график работы цехового врача на приеме в поликлинике рекомендуется строить по типу скользящего с учетом сменности работы обслуживаемого предприятия.

Цеховой врач и другие медицинские работники цеха входят в состав комиссии социального страхования, которая занимается распределением путевок в санатории, дома отдыха, диетические столовые, санатории-профилактории, базы отдыха, контролируют соблюдение режима, предписанного больному врачом. Вместе с комиссиями по охране труда они ведут также работу по улучшению технологии производства и условий труда рабочих, предупреждению травматизма и гнойничковых заболеваний кожи и подкожной клетчатки, по борьбе с гриппом и другими заболеваниями. На заседаниях комиссии социального страхования проводится обсуждение отчетов администрации цеха по выполнению некоторых разделов соглашения с профсоюзной организацией цеха.

Одна из главных задач деятельности цехового врача - профилактика профессиональных заболеваний, отравлений, травматизма. Он должен принять меры по устранению недостатков в санитарно-гигиеническом состоянии цехов, ослабить профессиональные вредности. С этой целью широко практикуется участие медицинских работников цеха в проведении совещаний у начальника цеха, у начальников участков, мастеров и бригадиров, проведении 1-2 раза в месяц обхода цеха.

Приказом МЗ РФ № 90 от 14.03.96 г. «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии» определены все профессии, связанные с вредными условиями труда.

В группу *вредных и неблагоприятных* для здоровья производственных условий отнесены:

1) химические производства и производства с воздействием бензина и его производных, предельных и непредельных углеводородов, метанола, бериллия и его соединений, пестицидов;

2) производство биологических препаратов (антибиотики, белково-витаминные концентраты, ферментные вещества и др.);

3) контакт с промышленными аэрозолями (углеродные, кремнийсодержащие, абразивные и др.);

4) физические воздействия на организм (ионизирующее воздействие, другие виды излучений, вибрация, шум, повышенная и пониженная температура, повышенное и пониженное атмосферное давление);

5) физические перегрузки (работы, связанные со сменным грузооборотом более 12 тонн для мужчин и более 7 тонн – для женщин, с локальным мышечным напряжением, пребыванием более 50 % времени смены в вынужденной позе: с наклоном вперед, на коленях, на корточках, лежа и др.).

В группу *опасных* отнесены профессии, когда условия труда опасны и риск несчастных случаев велик. В нее входят верхолазы (работы выполняются на высоте 5 м и более от поверхности грунта), электрики, вальщики и сплавщики леса, водительский состав, работники службы спецсвязи, военизированной охраны и др.

Предварительный медицинский осмотр

Проводится для разработки мероприятий по профилактике профессиональных заболеваний, основанной на выявлении и устранении факторов риска профессиональной патологии.

С этой целью все поступающие на работу с вредными и опасными условиями труда обязаны пройти предварительный медицинский осмотр для выявления лиц, имеющих *факторы риска развития профессиональной патологии*:

с наличием признаков воздействия профессиональных вредностей;

– с различными хроническими заболеваниями, которые под влиянием неблагоприятных для здоровья факторов производственной среды могут обостриться или способствовать развитию профессионального заболевания.

Предварительные осмотры проводятся с участием врачей узких специальностей, согласно профессиональной направленности.

Пример из практики. Рабочий М., 37 лет, устраивается вальцовщиком резинотехнических смесей в цех подготовки сырья на предприятие нефтехимической промышленности. В процессе работы будет контактировать с органическими растворителями, ускорителями вулканизации и противостарителями. Его должна обследовать комиссия в составе: терапевт, невропатолог и дерматолог-венеролог с учетом результатов общего анализа крови, а также уровня в крови билирубина и активности фруктозомонофосфатальдозы. Результаты обследования должны быть внесены в амбулаторную карту (форма 025/у-87) с указанием пригодности к работе в таких условиях.

Периодический медицинский осмотр

Проводится для разработки мероприятий по профилактике профессиональных заболеваний, основанной на выявлении и устранении факторов риска профессиональной патологии.

Заключительный акт периодического осмотра составляет в 4-х экземплярах и направляется администрации, профкому предприятия, в санитарно-эпидемический надзор для исполнения и контроля. В приложении к акту дается поименный список лиц, которым рекомендован перевод на другую работу, показано стационарное обследование, лечение, диетическое питание и санаторно-курортное лечение.

Пример из практики. Рабочий Ж., 35 лет, работает на предприятии, изготавливающем железобетонные изделия, формовщиком. Подвергается во время работы воздействию общей вибрации. Периодический осмотр должен включать: проведение холодной пробы, определение вибрационной чувствительности, динамометрии с заключением терапевта, невропатолога и отоларинголога. Результаты периодического медицинского осмотра должны быть внесены в ф. 025/у-87, с указанием пригодности к работе в данных условиях, проведения профилактических и оздоровительных мероприятий, а также мероприятий

по улучшению условий и охраны труда.

При подозрении на профессиональное заболевание проводится комплекс диагностических и специфических мероприятий. Они предусматривают:

– тщательное изучение профессионального анамнеза (профессия, контакт с вредными или опасными производственными факторами, длительность контакта, перенесенные в прошлом заболевания, в том числе и профессиональные, профессиональный маршрут за все годы трудовой деятельности в хронологической последовательности);

– документальное подтверждение данных профессионального анамнеза.

Таковыми документами являются:

1) санитарно-гигиеническая характеристика условий труда пациента, которая составляется санитарным врачом с учетом неблагоприятных факторов, действующих на организм рабочего в данных условиях производства, их качественной характеристики в цифровых выражениях;

2) копия трудовой книжки пациента, подтверждающая данные профессионального маршрута.

Без этих документов диагноз профессионального заболевания не может быть правомочен.

В зависимости от длительности воздействия профессиональных вредностей различают острые, подострые и хронические профессиональные болезни.

Острое профессиональное заболевание (интоксикация) возникает после однократного (в течение не более одной рабочей смены) воздействия относительно высоких доз химических веществ, а также уровней и доз других неблагоприятных факторов.

Подострое профессиональное заболевание (интоксикация) возникает в условиях повторного воздействия профессиональных вредностей в течение сравнительно короткого времени.

Хроническое профессиональное заболевание (интоксикация) возникает в условиях длительного систематического воздей-

ствия на организм профессиональных вредностей.

При установлении профессионального заболевания без выраженного нарушения функции органов и систем допускается возможность продолжения работы во вредных условиях труда, вызвавших данное заболевание. В таких случаях по рекомендации клинико-экспертной комиссии больной может быть временно переведен на работу без профессиональной вредности. В это время ему проводятся необходимые лечебно-оздоровительные мероприятия, направленные на предупреждение прогрессирования болезни.

В случае стойкой утраты трудоспособности больной получает группу инвалидности по профессиональному заболеванию. При отсутствии критериев для группы инвалидности и снижении трудоспособности в той же профессии медико-социальная экспертная комиссия определяет степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах. Доплату до прежнего заработка осуществляет предприятие, где получено профессиональное заболевание. По мере восстановления здоровья процент утраты трудоспособности снижается, уменьшается соответственно процент доплаты до среднего заработка. Профессиональный контакт с вредными для здоровья агентами, воздействие на организм неблагоприятных условий труда составляют экзогенные факторы риска развития профессионального заболевания. Сочетание экзогенных и эндогенных факторов риска (неблагоприятная наследственность, перенесенные заболевания) увеличивает вероятность возникновения профессионального заболевания.

Отбор работающих для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий проводится по данным предварительного и периодического медицинского осмотров, а также амбулаторного приема. Критериями отбора является:

- 1) фактор профессиональной вредности;
- 2) фактор времени контакта с вредностью;
- 3) фактор времени контакта с вредностью.

В большинстве случаев решающим фактором является фактор времени контакта с вредностью. Так, у рабочих пылевых профессий со стажем работы 10 и более лет профессиональное заболевание формируется в 2-3 раза чаще, нежели среди рабочих с меньшим стажем. В то же время для формирования пылевого бронхита решающим фактором будет концентрация пыли в окружающем рабочем месте воздухе. Сочетание этого фактора риска с хроническими заболеваниями лор-органов, наличие в анамнезе острого бронхита с затяжным течением, частых простудных заболеваний или пневмонии с затяжным течением служит показателем для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий.

Отбор пациентов с *предболезнью* по профессиональным заболеваниям проводится на основании наличия у них признаков воздействия профессионального фактора. Так, предболезнью пневмокониоза будет периодический кашель, металлокониоза – наличие сенсibilизации к промышленным аллергенам, вибрационной болезни – чувство ползания мурашек в пальцах рук, их похолодание, потливость кистей, а так же повышение порога вибрационной и болевой чувствительности.

Мероприятия по профилактике профессиональных заболеваний должны быть направлены на предупреждение и устранение как экзо-, так и эндогенных факторов риска (табл. 14).

Для выполнения указанных мероприятий разрабатываются соответствующие программы поликлинического этапа.

Таблица 14: Мероприятия по профилактике профессиональных заболеваний

Формы	Методы
Общественные	Оптимизация производственных условий, оздоровление окружающей среды, улучшение условий труда, быта, борьба с вредными привычками, занятие физкультурой и спортом, пропаганда здорового образа жизни
Медици-	Прогнозирование преморбидных состояний, дис-

нские	пансеризация, профориентация, медико-генетическое консультирование, обеспечение этапной и преемственной лечебно-профилактической помощи, санитарная пропаганда
Индивидуальные	Использование индивидуальных средств защиты (очки, противовибрационные рукавицы, противозащитные пасты, мази)

Поликлиника. На поликлиническом этапе осуществляется диспансеризация лиц с:

- наличием двух и более факторов риска развития профессионального заболевания;
- наличием признаков воздействия факторов риска.

Во время диспансерного наблюдения врач может принимать решение о временном переводе пациента на работу вне контакта с профессиональной вредностью, то есть провести рациональное трудоустройство. Одновременно он назначает пациенту восстановительное лечение.

Цех. В цеху обеспечивается полное выполнение инженерно-технических мероприятий, направленных на оздоровление условий труда, согласно заключительного акта периодического медицинского осмотра. Эти мероприятия реализуются приказами администрации цеха и завода (предприятия), а их выполнение контролируется врачом общей практики и врачом санэпиднадзора, а также отделом ораны труда и техники безопасности, представителями профсоюзной организации предприятия и отраслевого комитета. В цехе за счет предприятия может быть организован лечебно-оздоровительный комплекс с ЛФК, массажем, сауной, ингалятором, фитобаром, физиолечением, бассейном, рефлексотерапией и психотерапией.

Важным разделом деятельности цехового врача является проведение диспансеризации работающих. Диспансерному наблюдению подлежат следующие контингенты:

1. Здоровые (рабочие-подростки, беременные, рабочие цехов и профессий с вредными и опасными условиями труда, ин-

валиды войны, ведущие группы рабочих и служащих).

2. Больные с хроническими заболеваниями - в соответствии с утвержденной инструкцией.

3. Длительно и часто болеющие (ЧДБ).

Критериями для определения ЧДБ являются: 4 и более этиологически однородных заболеваний и 40 и более дней нетрудоспособности по ним, или 6 и более этиологически разнородных заболеваний и 60 и более дней нетрудоспособности по поводу этих разных заболеваний за год. Чтобы своевременно выявлять длительно и часто болеющих цеховой врач должен систематически просматривать карты полицевого учета временной нетрудоспособности рабочих своего цехового участка.

2.14. Обслуживание пациентов в сельской местности

Число сельских жителей РФ на начало 2000 г составляло около 23% всего населения. Принципиального отличия в организации оказания медицинской помощи жителям сельской местности нет. Однако климато-географические особенности, малая плотность населения, большая территория, недостаточная сеть хороших дорог, отдаленность населенных пунктов от центральных районных больниц усложняют ее проведение. Поэтому оказание эффективной терапевтической помощи по принципу участкового врача-терапевта для жителей сельской местности Российской Федерации особенно актуальна.

Основными особенностями оказания терапевтической помощи сельскому населению являются:

- 1) этапность;
- 2) наличие специальных медицинских учреждений на селе;
- 3) применение специальных организационных форм и методов работы.

Этапами оказания терапевтической специализированной помощи сельскому населению являются:

1-й этап - сельский врачебный участок (участковая больница или врачебная амбулатория).

2-й этап - районные учреждения (центральная районная больница).

3-й этап - областные (краевые) учреждения (областная, краевая больница).

При этом оптимальным методом оказания терапевтической помощи является сельский территориальный врачебный участок на базе сельских врачебных амбулаторий и участковых больниц, которые организуются в сельских населенных пунктах с числом жителей не менее 2000 человек с радиусом обслуживания 5-10 км. Мощность сельской участковой больницы зависит от радиуса обслуживания, численности и плотности населения, расстояния до районной больницы, наличия промышленных предприятий, а также от местных условий.

Различают три категории участковых больниц: I категория - больницы на 75-100 коек и более. В них предусматриваются специализированные койки по терапии, хирургии, акушерству, педиатрии, инфекционным болезням; II категория - больницы на 50-75 коек; в них предусматриваются койки по терапии, хирургии, педиатрии, акушерству, инфекционным болезням; III категория - больницы на 35-50 коек, в них предусматриваются койки по терапии (для взрослых и детей), хирургии, акушерству и инфекционным болезням; IV категория - больницы на 25-35 коек, в них должны быть койки по терапии, хирургии и акушерству.

Поликлиническое отделение сельской участковой больницы (амбулатория) является первым врачебным амбулаторно-поликлиническим учреждением, не объединенном или объединенном с больницей и предназначенным для обеспечения населения закрепленного участка внебольничной терапевтической помощью. В состав поликлинического отделения (амбулатории) должны входить кабинеты терапевтического приема, вспомога-

тельные кабинеты (физиотерапия, лаборатория и др.), регистра- тура и справочный стол.

Основными задачами врача-терапевта поликлинического отделения (амбулатории) участковой больницы являются:

- обеспечение квалифицированной терапевтической помощи населению прикрепленной территории;
- планирование и проведение мероприятий по профилактике и снижению общей и инфекционной заболеваемости населения, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, отравлений, травматизма, паразитарных и профессиональных заболеваний;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья матери и ребенка;
- внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения больных, передовых форм и методов амбулаторно-поликлинической помощи;
- организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью ФАП и других лечебно-профилактических учреждений.

На ФАП осуществляется оказание населению доврачебной медицинской помощи. Она включает выполнение следующих мероприятий.

- Проведение санитарно-оздоровительных и противоэпидемических мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости и травматизма.
- Повышение санитарно-гигиенической культуры и медицинской активности населения.
- Своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача.
- Организация патронажа детей и беременных женщин.
- Систематическое наблюдение за состоянием здоровья инвалидов войн и ведущих специалистов сельского хозяйства.

В соответствии с указанными задачами на врача-терапевта

сельского врачебного участка возлагаются следующие обязанности:

1. Ведение амбулаторного приема населения территории обслуживания.

2. Оказание квалифицированной терапевтической помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях и при необходимости направление больного в другое лечебное учреждение в соответствии с медицинскими показаниями.

3. Раннее выявление заболеваний, своевременное амбулаторное обследование и лечение больных терапевтического профиля, выявление больных, нуждающихся в стационарном лечении, и направление их на госпитализацию.

4. Обеспечение преемственности в обследовании и лечении больных со стационаром, скорой медицинской помощью, а также со специализированными лечебными учреждениями.

5. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности и выдача больничных листов.

6. Направление в установленном порядке лиц со стойкой утратой трудоспособности на МСЭК.

7. Своевременное взятие на учет всех контингентов, подлежащих диспансеризации, проведение комплекса лечебных и оздоровительных мероприятий и обеспечение контроля за диспансеризацией.

8. Извещение территориальной станции санэпиднадзора в установленном порядке об инфекционном, паразитарном, профессиональном заболевании и отравлении, выявленных нарушениях санитарно-противоэпидемических требований.

9. Изучение передовых форм и методов амбулаторно-поликлинической помощи сельскому населению и внедрение их в практику.

Работа врача-терапевта на сельском врачебном участке имеет ряд существенных особенностей. К ним относятся:

- субъективность принятия терапевтических решений;
- отсутствие четкого ограничения времени амбулаторного

приема;

- часы приема больных соответствует наиболее удобному для населения времени с учетом сезонности сельскохозяйственных работ;

- оказание круглосуточной неотложной медицинской помощи, доставка пациентов в ЦРБ;

- вызовы на дом осуществляются врачом лишь в селе, где расположена участковая больница, вызовы на дом в других населенных пунктах осуществляются фельдшером;

- совместная работа с фельдшерами и акушерами на ФАП, посещение больных на дому;

- планирование совместно с ЦРБ выездов узких специалистов на сельский врачебный участок, организация приема ими больных и проведения профилактической работы.

- организация и проведение профилактических медицинских осмотров;

- проведение занятий с работниками сельского хозяйства по профилактике острых кишечных заболеваний, отравлений ядохимикатами, оказанию неотложной помощи при острых состояниях, проверка готовности полевых станков, наличия спецодежды, индивидуальных средств защиты, аптек;

- выделение одного профилактического дня в неделю для объезда участка и выполнения возложенных на него функций;

- дежурство в стационаре с правом пребывания дома и обязательной информацией персонала о своем местонахождении на случай необходимости оказания неотложной помощи;

- проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий (профилактические прививки), текущий санитарный надзор за учреждениями и объектами, водоснабжением и очисткой населенных мест.

Работа по выращиванию и уборке зерновых, овощей, фруктов, технических культур, переработке готовой продукции, культивирование декоративных растений и др. связаны с контактом различных растений с кожей и слизистыми оболочками

рабочего, что нередко обуславливает вредное воздействие на организм содержащихся в растениях веществ: алкалоидов, гликозидов, эфирных масел, органических кислот (табл. 15)

Таблица 15: Формы сельскохозяйственного производства с неблагоприятным воздействием на здоровье

Формы производства	Особенности неблагоприятного воздействия
Работа по выращиванию овощей, фруктов, технических культур. Переработка готовой продукции	Воздействие содержащихся в растениях алкалоидов, гликозидов, терпинов, фенолов, флавонов, хинозов. Пестициды.
Работа на тракторах, сельскохозяйственных машинах	Низкочастотная вибрация. Загрязнение воздуха пылью, выхлопными газами. Перегревание. Интенсивный шум. Контакт с горюче-смазочными материалами. Физические перенапряжения
Животноводство	Воздействие инфекционно-паразитарных и алергизирующих факторов

В ряде случаев это приводит к возникновению профессиональных заболеваний (фитогенные контактные дерматозы, бронхиальная астма), где алергизирующими компонентами являются терпены, фенолы, флавоны, хинозы растений, шерсть животных.

У рабочих сельскохозяйственного производства могут возникать профессиональные заболевания от физического перенапряжения. Они развиваются вследствие физических перегрузок в сочетании с локальными патологическими изменениями сухожилий, связок, хрящей, костей в процессе выполнения большого количества стереотипных движений в производственных условиях (миалгии, миофасциты, фибромиофасциты, невралгии, невриты, полиневриты, радикулиты, плекситы, вегетативные полиневриты и др.). При этом у механизаторов нередко развиваются: эпикондилит наружного надмыщелка плеча и деформи-

рующий артрит с первичными дегенеративными изменениями хрящевой ткани, включая и очаговый некроз в кистях, локтевых и плечевых суставах.

Вследствие физического перенапряжения и травматизации мягких тканей в них развивается дегенеративно-дистрофический процесс с очагами асептического воспаления с последующим присоединением интенсивных болезненных ощущений (особенно в ночное время). Данная патология развивается если процесс труда сопровождается существенным статическим напряжением, неудобной позой, сочетается с воздействием химических компонентов на кожные покровы (технические масла, пестициды, инсектициды), в случаях, когда не соблюдается режим труда и отдыха, имеются сопряженные общесоматические заболевания.

В сельском хозяйстве широко применяются пестициды, работа с которыми, при несоблюдении мер безопасности, приводит к острым и хроническим интоксикациям .

Пример из практики. Б-й В., 43 года, житель сельской местности, содержит личное подсобное хозяйство. Обратился с жалобами на слабость, повышенную потливость, кашель со слизистой мокротой, одышку, головную боль. Беспокоит также гиперемия и отечность лица, зуд кожи туловища, конечностей. Болеет два года. Начало заболевания связывает с просушкой сена. Неоднократно госпитализировался с диагнозом хронический обструктивный бронхит, аллергический дерматит. После повторного обследования в сыворотке крови обнаружены антитела к антигенам плесени сена. Поставлен диагноз: экзогенный аллергический альвеолит. Проведенное патогенетическое лечение обеспечило пациенту возвратиться к труду. Рекомендовано избегать контакт с плесенью сена.

У работников животноводства нередко развиваются профессиональные микозы, аспергиллез, бруцеллез, туберкулез, эризипеллоид, узелки доярок.

2.15. Технология диспансеризации

Диспансеризация – это метод активного динамического медицинского наблюдения за определенными контингентами лиц с целью сохранения и укрепления их здоровья. Это важнейший элемент системы управления эффективностью и качеством терапевтической помощи. Диспансерное наблюдение с проведением полного объема профилактического лечения способствует снижению временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность, преждевременной смертности и удлинению продолжительности жизни.

Основными задачами диспансеризации являются:

- 1) определение здоровья каждого пациента;
- 2) дифференцированное активное динамическое наблюдение за здоровыми, лицами с факторами риска, больными;
- 3) выявление причин, вызвавших заболевания и устранение их путем проведения социальных, социально-гигиенических, противоэпидемических и лечебно-профилактических мероприятий;
- 4) формирование здорового образа жизни;
- 5) широкое участие врачей всех специальностей в динамическом наблюдении;
- 6) своевременное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий;
- 7) повышение качества и эффективности медицинской помощи путем взаимосвязи и преемственности в работе всех типов учреждений, внедрение новых форм организации, технического обеспечения, создания автоматизированных систем проведения и управления диспансеризации

Технология проведения диспансеризации включает три этапа (табл. 16).

Для проведения диспансерного наблюдения контингентов обслуживания необходимо:

Таблица 16: Технология проведения диспансеризации

Этапы	Мероприятия
Первый	Полицейской учет всех проживающих на участке. Распределение пациентов по контингентам. Разработка плана проведения профосмотров с программой объема исследований и консультаций узкими специалистами.
Второй	Оценка состояния здоровья контингентов. Распределение пациентов по группам диспансерного учета. Составление индивидуальных программ по первичной и вторичной профилактикам.
Третий	Динамическое наблюдение за выполнением программ. Оценка эффективности и качества диспансеризации

- 1) провести персональный учет населения участка обслуживания;
- 2) определить объем исследований;
- 3) провести распределение пациентов по контингентам;
- 4) провести планирование последовательности осмотра населения;
- 5) принять участие в проведении осмотров;
- 6) осуществлять динамическое наблюдение за пациентами;
- 7) координировать работу всех специалистов и служб;
- 8) проводить лечебно-оздоровительные мероприятия по индивидуальному плану;
- 9) проводить разъяснительную работу среди населения.

Для выполнения указанных мероприятий все лица, проживающие на территории обслуживания врача, распределяются на следующие контингенты:

- инвалиды, участники войны и лица, приравненные к ним;
- работающие на предприятиях и имеющие контакт с профессиональными вредностями;
- учащиеся ПТУ, средних и высших специальных учебных

заведений;

- другие специальные группы населения.

Обязательный объем исследований на этапах диспансеризации включает лабораторные, инструментальные, функциональные и другие исследования, которые должны обеспечить эффективное наблюдение за состоянием здоровья диспансеризуемых.

Данные осмотра и заключение о состоянии здоровья пациента, независимо от того, где оно проводилось, но не позднее шести месяцев, должны учитываться и не дублироваться. Длительность до- обследования не должна превышать семь дней.

Участковый врач-терапевт проводит заключительный осмотр пациента и определяет группу диспансерного наблюдения (табл. 17).

Таблица 17: Группы и критерии диспансерного наблюдения

Группы	Критерии
Первая	Здоровые лица и лица с «пограничными состояниями», не предъявляющие жалоб, у которых в анамнезе не отмечено хронических заболеваний или нарушений функции отдельных органов или систем
Вторая	Практически здоровые. Лица, имеющие в анамнезе острые или хронические заболевания, не имеющие обострений 3-5 лет
Третья (3 под- группы)	Больные. 1-я подгруппа – пациенты с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями; 2-я – с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и длительными обострениями; 3-я подгруппа – с декомпенсированным течением заболевания, устойчивыми патологическими изменениями, стойкой утратой трудоспособности.

Поскольку заболеваемость и смертность от болезней сердечно-сосудистой системы, как главной причины, приходится у мужчин на возраст 35 - 60 лет, у женщин - на 40 - 60 лет, определен следующий перечень и периодичность исследований для

здоровых лиц этого возраста:

- определение уровня холестерина крови (1 раз в год);
- ЭКГ (1 раз в год);
- нагрузочные тесты (велоэргометрия, тредмилметрия - 1 раз в год);
- транскраниальная доплерография (1 раз в 3 года);
- определение уровня глюкозы в крови (1 раз в год);
- ультразвуковая денситометрия костной ткани (1 раз в 3 года);
- тест на ВИЧ (1 раз в 2-3 года);
- анализ на скрытую кровь в кале (1 раз в год);
- колоноскопия (1 раз в 3 года);
- тест на хламидии (1 раз в 2-3 года);
- тест на гонорею (1 раз в 2-3 года);
- маммография (для женщин 1 раз в 2 года).

Врачебные осмотры должны включать:

- 1) измерение АД (1 раз в год);
- 2) измерение длины и массы тела (2 раза в год);
- 3) аускультацию сердечных тонов (1 раз в год);
- 4) полный осмотр тела (1 раз в год);
- 5) пальпирование щитовидной железы (1 раз в год);
- 6) проверку слуха (1 раз в 3 года);
- 7) проверку остроты зрения (1 раз в год);
- 8) осмотр грудных желез (1 раз в год).

На всех пациентов, взятых под диспансерное наблюдение, заполняется «контрольная карта диспансерного больного» (ф. 030/у), которая должна находиться в том лечебном учреждении, где пациент постоянно наблюдается. При каждом очередном осмотре врач проверяет диагноз, уточняет его, вносит необходимые дополнения и изменения в план проведения лечебно-профилактических мероприятий и частоты повторных осмотров. С учетом особенностей течения заболевания он определяет необходимость трудоустройства, целесообразность перевода в

другую диспансерную группу, дополнительные исследования и консультации.

Первая группа наблюдается врачом один раз в год, вторая – один-два раза в год, третья – индивидуально, но не менее двух раз в год.

Оценка качества и эффективности диспансеризации. В конце года участковый врач проводит анализ результатов диспансеризации. Показателями качества и эффективности диспансеризации являются:

1. Процент охвата диспансерным наблюдением (количество состоящих на учете / количество прикрепленного населения $\times 100$).

2. Процент охвата диагностическими, профилактическими и лечебно-реабилитационными мероприятиями (количество охваченных мероприятиями лиц / количество нуждающихся $\times 100$. Расчет ведется по охвату лабораторными и инструментальными исследованиями, амбулаторным, стационарным и санаторно-курортным лечением, лечебно-диетическим питанием, трудоустройством).

3. Показатели индекса здоровья (соотношение числа больных и здоровых лиц, не имеющих в текущем году случаев временной нетрудоспособности).

4. Динамика перемещения лиц по группам диспансерного учета.

5. Социально-экономическая эффективность диспансеризации (предотвращенный экономический ущерб).

2.16. Медицинское страхование

В современном обществе получило признание социальное страхование - система, гарантирующая гражданам право на труд, заработок и справедливое распределение общественного продукта, а также гарантированную законом социальную защиту,

возмещение убытков, оказание социальной помощи и услуг. Это система, защищающая граждан от факторов социального риска, к которым относятся: болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, материнство, старость, безработица, смерть родственников.

Медицинское страхование является частью социального страхования. В то же время понятие «медицинское страхование» следует отличать от понятия «страховая медицина». Страховая медицина определяется как система оказания лечебной, медико-социальной и профилактической помощи населению, основанной на товарно-денежных отношениях, где товаром является оплачиваемая конкретная медицинская услуга, а в качестве производителя выступает отдельный медицинский работник, медицинское учреждение. Потребителем медицинской услуги в страховой медицине является застрахованный человек или предприятие. Источниками обеспечения медицинской услуги являются: взносы застрахованных, работодателей, фонда оплаты труда и правительственные ассигнования из госбюджета. Страховая медицина представлена в Германии, США и других экономически развитых странах.

Медицинское страхование – это комплекс мероприятий по формированию (накоплению) страховыми учреждениями финансовых средств (страховых фондов) за счет денежных взносов предприятий, организаций, администраций территорий соответствующего уровня (обязательное страхование), личных средств граждан (добровольное страхование) с целью оплаты медицинской помощи.

В настоящее время в РФ функционирует два варианта медицинского страхования:

- 1) обязательное медицинское страхование;
- 2) добровольное медицинское страхование.

Основой медицинского страхования является договор между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовать и фи-

нансировать предоставление застрахованному медицинской помощи определенного объема и качества, или иных услуг по программам обязательного медицинского страхования. Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор обязательного медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно (добровольное страхование), получает страховой медицинский полис. *Страховой медицинский полис* находится на руках у застрахованного.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской помощи. Программы ОМС составляется на федеральном и территориальном уровне и включают гарантированный минимум бесплатной для населения медицинской помощи. Территориальная программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью разрабатывается и пересматривается ежегодно в соответствии с законом РФ «О медицинском страховании граждан РФ» и Постановлением правительства РФ от 26.10.99 г. № 1194 «О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью». Реализуется она на основе договоров, заключаемых между субъектами (участниками) ОМС.

Действующее законодательство предусматривает реализацию территориально-производственного принципа ОМС. Все жители каждого региона страны страхуются в своем регионе местной администрацией, если они не работают, и руководителями предприятий, если они работают. Сбор обязательных страховых взносов (3,6% фонда оплаты труда) и оплату медицинской помощи, оказанной только в рамках законодательно установленных базовой и территориальных программ осуществляют Федеральный фонд и Территориальный фонд ОМС, являющиеся самостоятельными финансово-кредитными организациями.

В ОМС граждане фактически не участвуют в уплате страховых взносов. За них это делают либо руководители предприя-

тий, где они работают, либо местная администрация, если они не работают. При этом страховые взносы как тех, так и других смешиваются в Территориальном фонде ОМС. Такая схема отвечает старым традициям, когда государство брало на себя всю ответственность за решение проблем медицинского обеспечения граждан, в том числе и финансовую. Поэтому в регионах, где местная администрация в нарушение закона не финансирует медицинское обслуживание неработающих граждан, население разделилось на две категории: застрахованные, имеющие страховые полисы, и незастрахованные, не имеющие таковых. В условиях бюджетного дефицита медицинские учреждения предпочитают лечить застрахованных, находя различные предлоги для отказа в помощи незастрахованным.

Добровольное медицинское страхование. Осуществляется на основе своих программ и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ ОМС. Правовые основы добровольного медицинского страхования, как коммерческого личного страхования, представлены в законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и законе РФ «О страховании» от 27.11.92 г. и следуют принципу эквивалентности. Здесь взносы страхователя соответствуют объему предоставляемых ему услуг. Расходы на медицинское обслуживание страхователь оплачивает сам, а уже затем, при некачественном обслуживании, они компенсируются частной страховой организацией согласно принципу возмещения расходов. Тарифы на медицинские услуги устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, организацией, учреждением или лицом, предоставляющим эти услуги.

В современном добровольном медицинском страховании имеются программы в которые по выбору страхователя могут включаться такие элементы, как профилактическое страхование с целью оплаты профилактических и спортивно-оздоровительных услуг, страхование на случай реабилитации, стойкой и временной нетрудоспособности, страхование жизни,

элементы формирования здорового образа жизни.

Страховые медицинские организации оплачивают оказанные медицинские услуги медицинским учреждениям при наличии у них лицензии на осуществление деятельности по программам медицинского страхования и прошедшим аккредитацию. Лицензированию и аккредитации подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности. Согласно Положению о лицензировании медицинской деятельности, утвержденному Постановлением Правительства РФ 25.03.96г № 350, лицензирование осуществляется органами исполнительной власти субъектов РФ.

Лицензирование - это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Для получения лицензии медицинское учреждение направляет в лицензионные органы:

- заявление о выдаче лицензии с указанием: наименования учреждения (организации), его организационно-правовой формы, юридического адреса, номера расчетного счета и наименования обслуживающего банка; видов медицинской деятельности; срока действия лицензии;
- копию свидетельства о государственной регистрации юридического лица;
- копию учредительных документов;
- справку налогового органа о постановке на учет;
- сведения о профессиональной подготовке специалистов, осуществляющих лицензируемую медицинскую деятельность;
- данные о нормативно-методическом обеспечении, организационно-технических возможностях и материально-техническом оснащении для выполнения соответствующих видов медицинской деятельности.

После изучения представленных документов и проведения, в случае необходимости экспертизы на местах лицензионный

орган принимает решение о выдаче лицензии на срок не менее 3-х лет. Учреждения, получившие лицензию, имеют право на аккредитацию.

Аккредитация медицинских учреждений (организаций) - это определение их соответствия установленным профессиональным стандартам. Целью аккредитации является защита интересов потребителя и обеспечение необходимого объема и качества медицинской помощи и услуг в системе медицинского страхования. Поэтому аккредитация медицинского учреждения включает проведение предварительно аттестации врачей. Аккредитацию осуществляют комиссии, создаваемые из представителей местной администрации, органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций и страховых медицинских организаций. Процедура аккредитации определяется комиссией и предусматривает изучение и соответствие предоставляемых медицинским учреждением услуг установленным стандартам. Результатом оценки профессиональных возможностей учреждения является предоставление ему одной из четырех категорий: третья, вторая, первая и высшая с выдачей сертификата государственного образца. Сертификат выдается для заключения договора со страховой медицинской организацией на срок не более пять лет.

Аттестация врачей проводится на основании программ, разрабатываемых независимыми экспертами, согласованных с главными специалистами управления здравоохранения и утвержденными председателем органа управления здравоохранения и председателем аттестационной комиссии.

Для прохождения аттестации врач должен направить в аттестационную комиссию следующие документы:

- заявление;
- копию диплома об окончании медицинского высшего учебного заведения;
- копию диплома о категории;
- копию удостоверения о прохождении повышения квалификации и специализации;

- копию диплома кандидата, доктора медицинских наук, доцента, профессора;
- отчет о деятельности с указанием перечня, объемов и видов выполняемых медицинских работ (услуг). К отчету прилагается заключение руководителя подразделения или заместителя главного врача по лечебной работе;
- заявляемые на аттестацию виды медицинской деятельности;
- копии ранее выданных сертификатов;
- участие в выполнении территориальных медицинских программ;
- научная деятельность (список трудов, участие в работе научных обществ и др.);
- педагогическая деятельность;
- послужной список (выписка из трудовой книжки);
- наличие дисциплинарных и административных взысканий за последний год;
- две фотографии.

В соответствии с Положением об аттестации врачей, утвержденным приказом МЗ и МП России № 131 от 23.05.95 г. уровень квалификации определяется по трем категориям: второй, первой и высшей. **Вторая** квалификационная категория может присваиваться участковому врачу-терапевту, имеющему стаж работы по аттестуемой специальности не менее трех лет, **первая** - 5 лет, **высшая** - 8 лет. Квалификационная категория по специальности может быть присвоена как по основной, так и по совмещаемой должности. Переаттестация на подтверждение категории проводится каждые пять лет. Профессиональная компетентность и квалификация специалиста определяется по результатам квалификационного экзамена, который проводится аттестационной комиссией в виде собеседования или системы тестовых заданий. Специалистам, успешно сдавшим экзамен, присваивается квалификационная категория и выдается удостоверение (сертификат) установленного образца.

2.17. Контроль качества работы

В соответствии с международными стандартами *качество* - это совокупность свойств и характеристик продукта или услуг, которая придает ему способность удовлетворять установленные или подразумеваемые потребности. Качество медицинской помощи - характеристика, отражающая степень адекватности медицинских технологий, выбранных для достижения поставленной цели и соблюдения их профессиональных стандартов. Медицинская технология - совокупность и порядок проведения различных мероприятий и методов диагностики, лечения, реабилитации, профилактики, необходимых для достижения конкретных конечных результатов медицинской помощи. Медицинский стандарт - гарантированный объем и качество клинико-диагностических обследований и лечебных мероприятий, требования к результатам лечения больных при соответствующих заболеваниях и затраты на их выполнение с учетом реальных возможностей медицинского учреждения.

Эффективность медицинской помощи определяется показателями достижения цели и зависит от использования достижений медицинской науки и материально-технического обеспечения. Федеральный Фонд ОМС определяет *качество медицинской помощи* как содержание взаимодействия участкового врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, то есть его способности снижать риск прогрессирования, имеющегося у пациента заболевания и возникновение нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с системой здравоохранения.

Критерии качества медицинского обслуживания бывают субъективные и объективные. Важным *субъективным критерием* является удовлетворенность. Она подразделяется на:

- 1) удовлетворенность пациента медицинской помощью;

- 2) удовлетворенность врача своей работой ;
- 3) удовлетворенность руководства (заведующий отделением, главный врач, органы здравоохранения) работой участкового врача.

Объективными критериями качества работы участкового врача являются здоровье (распределение населения по группам здоровья; заболеваемость; инвалидность), продолжительность жизни, качество жизни, экономическая эффективность проводимых мероприятий и др.

Эти критерии определяются по следующим показателям:

- 1) своевременность выполненных мероприятий: обследование, консультации специалистов, постановка диагноза, назначение лечения, проведение лечения, взятие под диспансерное наблюдение и др.;

- 2) квалификация: полнота обследования; правильность постановки диагноза; правильность и полнота назначенного лечения, проведенного лечения; ритмичность и систематичность диспансерного наблюдения; правильность экспертизы трудоспособности; продолжительности лечения и временной нетрудоспособности; экономическая; фактическая стоимость медицинской помощи; соотношение между фактической стоимостью и стандартной (идеальной); разница между затратами на медицинскую помощь и выгодой от снижения заболеваемости или ее предотвращения;

- 3) деонтология: жалобы и критические замечания в адрес участкового врача; отношение пациента к врачу (уважение, признание его авторитета, стремление попасть к нему на прием); отношение пациента к своему здоровью (дисциплинированность, вредные привычки, занятия физкультурой и спортом и др.); отношение врача к пациенту; оценка личности пациента; отношение врача к родственникам пациента (доверие, взаимопонимание и др.).

Факторы, влияющие на качество медицинского обслуживания:

– *на своевременность медицинской помощи*: доступность медицинской помощи (радиус участка, состояние дорог, наличие транспорта и др.); укомплектованность штатов; нагрузка врача, другого медперсонала; структура посещений по специальностям; организация работы медперсонала (регистратуры, врачей-специалистов); рабочая дисциплина персонала;

– *на квалификацию медицинской помощи*: мощность ЛПУ; использование производственных помещений; наличие специализированных кабинетов, лечебно- вспомогательных служб, их оснащение; внимание учреждению здравоохранения местных органов власти; состав врачей по специальностям; укомплектованность штатов; совместительство; состав врачей по стажу работы, по категориям; частота и периодичность повышения квалификации врачей и другого медперсонала; применение современных и внедрение новых методов обследования и лечения;

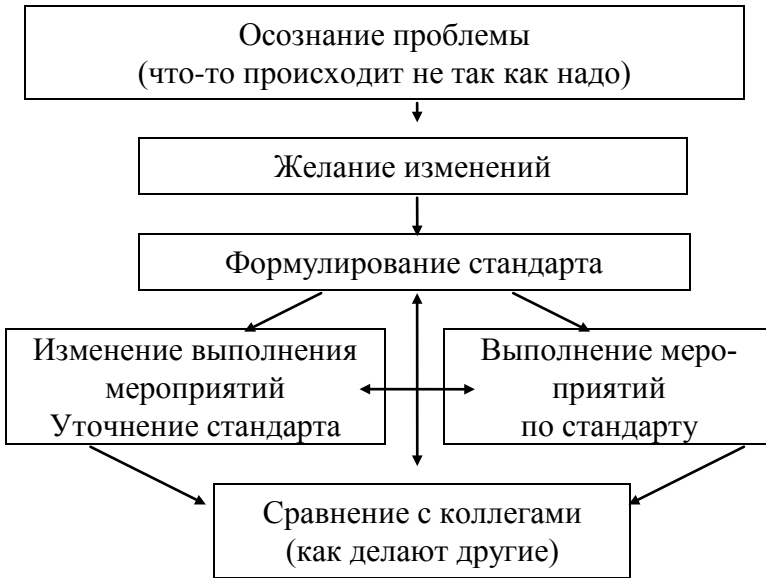
– *на эффективность*: общее состояние экономики; источник, характер и размер финансирования ЛПУ; профессионализм; моральная и материальная заинтересованность в положительном конечном результате;

– *на деонтологию*: количество площадей; санитарно-гигиеническое состояние; интерьер помещений; отсутствие очередей у кабинетов; культура общения; доброжелательность отношений; правильное понимание своего профессионального долга; профессионализм; воспитание и обучение участковой медсестры правилам общения с больными; авторитет; личностные качества; взаимоотношения в коллективе; особенности поведения в быту.

Наиболее актуальной и трудной проблемой является **контроль** (оценка) качества медицинского обслуживания (услуги). Оценка качества оказания медицинской помощи участковым врачом осуществляется на **четырёх** уровнях.

На первом уровне оценку качества своей деятельности дает сам врач (схема 3).

Алгоритм обеспечения качества медицинского обслуживания врачом-терапевтом поликлиники



На втором уровне экспертизу проводит заместитель главного врача по клиничко-экспертной работе.

Третий уровень экспертизы осуществляет главный врач ЛПУ

Четвертый уровень экспертизы проводит бюро по аккредитации и лицензированию учреждений здравоохранения и частной медицинской деятельности.

Объектом экспертизы качества работы участкового врача наиболее часто являются амбулаторные карты. Они должны содержать:

- факты о больном – жалобы, анамнез, объективные данные, результаты дополнительного обследования, консультации;
- предварительный и окончательный диагнозы, план наблюдения и обследования;

– назначение лечения – формы, методы, сроки, названия препаратов, дозы, контрольные явки, направление в стационар, консультации;

– реакцию пациента – согласие или несогласие на вмешательство, информацию об отказе от лечения, соблюдение рекомендаций (табл. 18).

Таблица 18: Оценка качества работы врача-терапевта поликлиники

Мероприятия	Критерии
Обследование пациента	Полнота жалоб, анамнеза, объективного и дополнительного обследований. Консультации
Постановка диагноза	Соответствия классификации, полнота (фаза, стадия, функция, осложнения, сопутствующие заболевания), своевременность, обоснованность
Лечебно-профилактические	Адекватность лечения выставленному диагнозу. Считается дефектом не только недостаточное, но и избыточное лечение и обследование
Преимственность ведения пациента	Порядок этапности, своевременность, обоснованность направления на дополнительное обследование, консультации, в стационар, на экспертизу, выполнение рекомендаций
Ведение документации	Наличие листа уточненных диагнозов, эпикризов, результатов обследования, консультаций. Оценивается внешний вид документов, возможность понять написанное

Региональный стандарт. Доводится к исполнению комитетами по здравоохранению края, области, республики.

Эти уровни контроля качества работы врача-терапевта поликлиники относятся к *внутренней экспертизе*, так как она осуществляется в рамках системы здравоохранения (внутри-

домственный контроль).

Переход к обязательному медицинскому страхованию вызвал необходимость создания системы *внешней экспертизы* (вневедомственный контроль), которая проводится в основном экспертами страховых медицинских учреждений (организаций) и территориального фонда ОМС.

В ходе экспертизы решаются следующие вопросы: определение причин недостаточной эффективности медицинской помощи, выявление связи дефектов в ее оказании с негативным результатом лечения, определение оптимальности использования ресурсов ЛПУ в отношении конкретного пациента, выяснение причин и обоснованности неудовлетворенности пациента медицинским обслуживанием и др.

В случае выявления дефекта определяется его вид, причины, последствия. В случае неблагоприятного исхода (осложнения, инвалидизация, смерть) эксперт выносит заключение о наличии причинно-следственной связи между дефектом и исходом (табл. 19).

В связи с этим особое значение придается высокой квалификации и опыту практической работы специалиста, осуществляющего экспертизу.

В добровольном медицинском страховании система контроля качества определяется страховой медицинской организацией и закрепляется ее договорами с медицинскими учреждениями.

Задачами экспертизы ОМС являются:

1) определение своевременности и адекватности диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий по состоянию здоровья пациента;

2) определение соответствия врачебной тактики медицинскому стандарту.

В ОМС система контроля качества создана на основе единых методических подходов, в разработке которых ведущая роль принадлежит Федеральному Фонду. При этом вневедомственный контроль качества медицинского обслуживания при

медицинском страховании не исключает, а дополняет внутри-ведомственный в системе здравоохранения.

Таблица 19: Причины дефектов качества работы врача-терапевта поликлиники

Категория причин	Причины дефектов
Зависимые	Дефицит знаний и умений. Отклонение от принятых стандартов. Неполный сбор первичной информации. Дисциплинарные нарушения
Независимые	Дефицит ресурсов (медикаментов, аппаратуры, инструментов, реактивов), дефицит информации (неполно и несвоевременно доводятся приказы, распоряжения, инструкции, содержание стандартов деятельности), дефицит преемственности в работе. Противодействия правильным действиям врача со стороны пациента и его окружения. невыполнение рекомендаций врача. Отказ от обследования, лечения, перевода в другое медицинское учреждение. Отказ от предоставления транспорта для транспортировки пациента в стационар. Срывы проведения профосмотров по вине руководителей предприятий и др.

Кроме того, для управления качеством медицинского обслуживания участковым врачом существует *независимый контроль* (аудитор, арбитраж) с независимыми экспертными (аудиторскими) службами.

Экспертиза может проводиться сплошным методом или выборочно по отклонениям в случаях:

- смертности лиц трудоспособного возраста;
- острого нарушения мозгового кровообращения;
- первичной инвалидизации;
- острого инфаркта миокарда;
- роста группы инвалидности;
- прободения язвенной болезни;

- запущенности онкозаболевания и туберкулеза;
- ущемления грыжи;
- комы при сахарном диабете.

Этот перечень может быть расширен. Следует иметь в виду, что целью проведения экспертизы качества медицинской помощи является поиск проблем и их решение.

Показатель качества медицинского обслуживания (соблюдение оптимальной технологии обслуживания) определяется по формуле:

$$\frac{\text{Число случаев соответствующих оптимальной технологии}}{\text{Общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи}} \times 100\%$$

В настоящее время **качество работы участкового врача-терапевта** определяют следующие показатели, которые он представляет в своем отчете при прохождении аттестации.

1. Первичная выявляемость и распространенность (на 1000 чел.) ХНРЗ, острой пневмонии, артериальной гипертонии. ИБС, гастритов, язвенной болезни, желчнокаменной болезни, хронических гепатитов, цирроза печени, острого и хронического гломерулонефрита, сахарного диабета.

2. Заболеваемость по обращаемости.

3. Запущенность онкозаболеваний и туберкулеза легких.

4. Качество и эффективность диспансеризации (число ухудшений и улучшений у лиц, состоящих на учете более года; уровень хронизации после острых заболеваний).

5. Динамика уровня госпитализации на 1000 человек.

6. Динамика числа лиц, обслуженных скорой помощью.

7. Динамика числа лиц, направленных на консультации к узким специалистам.

8. Охват женщин профосмотрами с онкоцитологическим обследованием.

9. Число всех аборт на 1000 женщин фертильного возраста.

10. Удельный вес «мини»-абортов от всех прерываний беременности.

11. Охват современными методами контрацепции женщин фертильного возраста.

12. Осмотр беременных до 12-недельного срока.

13. Выявляемость глаукомы на 100 осмотренных в возрасте старше 40 лет, в том числе 3-4 ст.

14. Показатели преемственности с хирургической службой (соотношение плановых и экстренных операций при грыжах, язвенной и желчнокаменной болезнях).

15. Уровень смертности на дому лиц, не наблюдавшихся врачом.

16. Число активных посещений на дому.

17. Динамика числа и видов манипуляций, сделанных врачом и относящихся к смежным специальностям.

18. Показатели охвата иммунопрофилактикой и флюорографией.

19. Первичная инвалидность и смертность, в том числе от условно-предотвратимых причин.

По данным годового отчета оцениваются показатели **эффективности** его деятельности на территориальном терапевтическом участке поликлиники (амбулатории):

- сокращение числа больных, нуждающихся в госпитализации;

- сокращение сроков пребывания больных в стационаре;

- сокращение потребности в узких специалистах.

2.18. Правовые основы деятельности

Основными документами, обеспечивающими правовую деятельность врача-терапевта первичного звена здравоохранения являются.

1. Гражданский кодекс РФ.
2. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.08.93 г.
3. Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан» в РСФСР от 28.06.91 г.
4. Закон РФ «О внесении изменений и дополнений в закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 02.04.93г.
5. Закон РФ «О тарифной ставке (окладе) первого разряда Единой тарифной сетки по оплате труда работников организаций бюджетной сферы» от 25.10.2001г
6. Постановление Правительства РФ № 41 от 23.01.92г. «О медицинском страховании граждан в РСФСР.
7. Постановление Правительства РФ № 1018 от 11.10.93г. «О мерах по выполнению Закона РФ «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР».
8. Постановление Правительства РФ № 1418 от 24.12.94г. «О лицензировании отдельных видов деятельности» и утвержденный этим Постановлением «Порядок ведения лицензированной деятельности».
9. Постановление Правительства РФ № 27 от 13.01.96 г. «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».
10. Постановление Правительства РФ № 350 от 25.03.96 г. «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности».
11. Постановление Правительства РФ № 775 от 06. 11.2001 г. «О повышении тарифных ставок (окладов) Единой тарифной сетки по оплате труда работников организаций бюджетной сферы».
12. Приказ МЗ РФ № 237 от 26.08.92 г «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)
13. Приказ МЗ РФ № 93 от 1993 г. «О мерах по выполнению

закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в РСФСР».

14. Приказ МЗ РФ № 33 от 16.02.95 г. «Об утверждении Положения об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения РФ».

15. Приказ МЗ РФ № 142 от 29.04.98 г. «О перечне видов медицинской деятельности, подлежащей лицензированию».

16. Письмо Минтруда РФ № 2184-РБ от 20.12.93 г. «О порядке установления надбавок за продолжительность непрерывной работы врачом общей практики (семейным врачом), предусмотренных Постановлением Минтруда РФ № 17, п 11 от 08.06.92 г.

17. Письмо МЗ РФ № 05-16 от 27.12.93 г. «Об установлении надбавок врачам общей практики (семейным врачам) за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения», введенное в действие с 01.01.94 г.

Наряду с правами и обязанностями в законодательных актах для врача-терапевта поликлиники (амбулатории) устанавливаются различные виды юридической ответственности. В практическом плане юридическая ответственность любого медицинского работника может возникнуть в случае совершения им правонарушения. В этом случае юридическая ответственность будет состоять в применении к правонарушителю предусмотренных законом санкций уполномоченными на это государственными или иными органами.

В зависимости от характера правонарушения (дисциплинарные, административные, гражданские проступки, преступление) могут возникнуть различные **виды юридической ответственности**: *дисциплинарная, административная, гражданско-правовая, уголовная.*

Дисциплинарная ответственность. Представляет собой обязанность врача-терапевта понести наказание, предусмотренное нормами трудового права, за виновное, противоправное неисполнение своих трудовых обязанностей. В п. 24 постановле-

ния Пленума Верховного суда РФ от 22.12.92 г. «О некоторых вопросах применения судами РФ законодательства при разрешении трудовых споров» разъясняется, что нарушением трудовой дисциплины является неисполнение или ненадлежащее исполнение по вине работника возложенных на него трудовых обязанностей (нарушение правил внутреннего трудового распорядка, должностных инструкций, положений, приказов, технических правил и т.д.).

К таким нарушениям относятся:

1) отсутствие работника без уважительных причин на работе в пределах трех часов в течение рабочего дня, а также нахождение без уважительных причин не на своем рабочем месте, а в помещении другого или того же отдела и т.п., либо на территории предприятия, учреждения, организации или объекта, где он должен выполнять трудовые функции, в том числе и более трех часов в течение рабочего дня;

2) отказ работника без уважительных причин от выполнения трудовых обязанностей в связи с изменением в установленном порядке норм труда;

3) отказ или уклонение без уважительных причин от медицинского освидетельствования работников некоторых профессий, а также отказ работника от прохождения в рабочее время специального обучения и сдачи экзаменов по технике безопасности и правилам эксплуатации, если это является обязательным условием допуска к работе.

За нарушение трудовой дисциплины администрация предприятия, учреждения, организации в соответствии со ст. 135 Кодекса законов о труде РФ применяет следующие дисциплинарные взыскания: замечание, выговор, строгий выговор, увольнение. При наложении дисциплинарного взыскания должны учитываться тяжесть совершенного проступка, обстоятельства при которых он совершен, предшествующая работа и поведение работника. Согласно ст 136 КЗоТ до применения дисциплинарного взыскания от работника должно быть затребовано письменное объяснение.

Дисциплинарное взыскание применяется непосредственно за обнаружением проступка, но не позднее одного месяца со дня его обнаружения, не считая времени болезни или пребывания работника в отпуске. Взыскание не может быть применено позднее шести месяцев со дня совершения проступка, а по результатам ревизии или проверки финансово-хозяйственной деятельности - не позднее двух лет со дня его совершения. За каждый проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание.

Приказ о применении дисциплинарного взыскания с указанием мотивов его применения объявляется работнику под расписку. Если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то он считается не подвергшимся дисциплинарному взысканию

Административная ответственность - это применение государственными органами, должностными лицами и представителями власти установленных государством мер административного воздействия к гражданам, а в соответствующих случаях - и к организациям за нарушение законности и государственной дисциплины.

В соответствии со ст. 24 Кодекса об административных правонарушениях за совершение административных правонарушений могут применяться следующие административные взыскания: предупреждение; штраф; возмездное изъятие предмета, явившегося орудием совершения или непосредственным объектом административного правонарушения; конфискация предмета, явившегося орудием совершения или непосредственным объектом административного правонарушения; лишение специального права, предоставленного данному гражданину; исправительные работы; административный арест.

В Основах Законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст. 15) предусмотрены меры административного взыскания в виде лишения лицензий, приостановление их действия лицензионными комиссиями при несоблюдении предприятиями,

учреждениями, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения требований стандартов качества медицинской помощи, а также в виде лишения лиц, занимающихся определенными видами медицинской и фармацевтической деятельности, лицензии или приостановлении ее действия в случае несоответствия осуществляемой ими деятельности установленным стандартам качества медицинской помощи или положениям, закрепленным настоящими Основами (ст. 55).

Административное правонарушение может быть наложено не позднее двух месяцев со дня совершения правонарушения, а при длящемся правонарушении - не позднее двух месяцев со дня его обнаружения.

Гражданско-правовая ответственность - одна из форм гражданского принуждения, связанная с применением санкций имущественного характера, направленная на восстановление нарушенных прав и стимулирование нормальных экономических отношений юридически равноправных участников гражданского оборота. Она может быть договорной и внедоговорной. Внедоговорная ответственность возникает в случаях причинения вреда здоровью граждан. В ст. 402 ГК РФ определено: «Действия работников должника (ЛПУ) по исполнению его обязательства считаются действиями должника. Должник отвечает за эти действия, если они повлекли неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательства». Следовательно, по общему правилу, за действия медицинских работников, повлекшее причинение вреда здоровью пациентов, гражданско-правовую ответственность несет ЛПУ. Вместе с тем должник (ЛПУ) имеет право регресса к медицинскому работнику, виновному в причинении вреда здоровью пациента. В ст. 68 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан указано на возможность возмещения ущерба медицинскими и фармацевтическими работниками в случае нарушения прав граждан вследствие недобросовестного выполнения своих профессиональных обязанностей, повлекшее причинение вреда здоровью граждан или их смерть. В ст. 15 Закона РФ «О медицинском страховании гражд-

дан РФ» указано о праве страховой медицинской организации предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению и/или медицинскому работнику на материальное возмещение физического и/или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Наряду с этим в гражданском праве имеются нормы, определяющие возмещение вреда без вины причинителя. Так, владелец источника повышенной опасности обязан возместить вред, причиненный без его вины, если не докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы, умысла потерпевшего, грубой неосторожности потерпевшего, неправомерного завладения источником повышенной опасности. В сфере врачебной деятельности источниками повышенной опасности могут быть, например, рентгеновские установки, лазерные аппараты, сильнодействующие лекарственные средства, использование электрических токов и др.

Уголовная ответственность. Предусмотренное уголовно-правовой нормой и примененное к лицу вступившим в силу обвинительным приговором суда государственно-принудительное воздействие за совершенное преступление. В ч. 4 ст. 122 УК РФ установлено «Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет». По ст. 105 УК РФ «Убийство» медицинские работники могут быть привлечены к ответственности в случае умышленного причинения смерти другому человеку при эвтаназии или в целях использования органов или тканей потерпевшего. В УК РФ имеются статьи, предусматривающие ответственность за незаконное изготовление, приобретение, перевозку, пересылку, либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ (ст. 228), за их хищение, либо вымогательство (ст. 229), за незаконную выдачу, либо подделку рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психо-

тропных веществ (ст. 233). Врач-терапевт поликлиники (амбулатории) выполняя в пределах своей компетенции организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции, является должностным лицом. Следовательно, в таких случаях при совершении правонарушения он может быть субъектом преступлений, включенных в гл. 30 УК РФ «Преступления против государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления».

Важными факторами предупреждения юридической ответственности являются профессионализм, добросовестное отношение к своим обязанностям и правовая культура.

**Ориентировочные сроки длительности
временной нетрудоспособности при острых и
обострении хронических заболеваний
внутренних органов**

Заболевание	Длительность временной нетрудоспособности (дни)
Болезни органов дыхания	
Грипп (все формы)	6-10. При развитии осложнений - решается индивидуально
ОРВИ	4-8
Ангина катаральная (острый тонзиллит)	6-14
Ангина фолликулярная	8-10
Ангина лакунарная	9-14
Ангина фибринозная	11-12
Ангина флегмонозная	13-14
Другие острые бактериальные инфекции	10-14
Тонзиллит хронический	6-10
Бронхит острый	14-21
Пневмония	Легкая - 20-21, средней тяжести - 25-30, тяжелая - 65-70. Трудоустройство 1-6 месяцев
Бронхит хронический	2-3 недели
Бронхиальная астма	При легкой - 5-7, средней степени тяжести - 10 - 18, тяжелой - 85-90. МСЭК
ХОБЛ	ДН 1-2 ст - 14-18

	ДН 2-3 ст - 17-35
Болезни системы кровообращения	
Ревматизм, а/фаза, кардит	Активность 1 ст - 40-60, 2 ст - 50-65, 3 ст - 95-110
Хронические ревматические бо- лезни с пороком митрального клапана	Н I ст - 20-30, II ст - 30-40, III ст - 40-60. МСЭК
Хронические ревматические бо- лезни с пороком аортального клапана	Н I ст - 25-35, II ст - 35-45, III ст - 40-70. МСЭК
Гипертоническая болезнь	I ст., криз I типа - 3-5, II ст., криз I типа - 7-20, II ст., криз II типа - 18-30, III ст., криз II типа - 25-30
ИБС. Стенокардия	Впервые возникшая - 10-12, напряжения II ф.к. - 10-14, III ф.к. - 10-20, IV ф.к. - 90-110, МСЭК
Кардиомиопатия, миокардиодистрофия	7-35
AV - блокада с приступами	14-20
Сердечная недостаточность	I ст - 14-21, II ст - 28-42. МСЭК, III ст - 90-120. МСЭК
Сердечная астма	18-20
Преходящая ишемия мозга	Легкой ст. - 10-20, средней ст. - 20-28, тяжелой ст. - 35-40
Узелковый периартериит	Активность I-II ст. - 50-60, II-III ст. - 70-90. МСЭК
Болезни органов пищеварения	
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	2-3 недели
Хронический атрофический	5-7

гастрит	
Желчнокаменная болезнь	Легкая форма - 8-12, средняя - 20-25, тяжелая - 45-50
Холецистит хронический	14-20
Панкреатит хронический	26-32
Заболевания мочеполовой системы	
Гломерулонефрит хронический	Без осложнений - 60-90, с осложнениями - 90-100. МСЭК
Пиелонефрит острый	25-40
Пиелонефрит хронический	25-40
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	
Системная красная волчанка I-II ст. активности	35-40
Артрит инфекционный	I ст. активности - 20-30, II ст. - 35-40, III ст. - 46-60
Артрит, полиартрит ревматоидный	I-II ст. активности - 30-45, II-III ст. - 65-100. МСЭК
Артроз	10-18
Миозит инфекционный	8-15
Периартрит	16-28
Спондилез	Грудного отдела позвоночника с корешковым синдромом - 25-55, поясничного - 30-60
Цервикалгия, цервикобрахиалгия	10-21

Перечень учетной и отчетной медицинской статистической документации территориального (цехового) врачебного участка

1. Медицинская карта амбулаторного больного (ф. № 025/у-87).
2. Талон посещения амбулаторного пациента, его шифровка по МКБ-10 (ф. № 025-7/у-89).
3. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (ф. № 058/у).
4. Книга записи вызовов врача на дом (ф. № 031/у).
5. Карта больного дневного стационара на дому, стационара дневного наблюдения в больнице (ф. № 033-2/у-88).
6. Лечебная карта призывника (ф. № 053/у).
7. Карта профилактических прививок (ф. № 064/у).
8. Карта аллергологического обследования (ф. № 134/у).
9. Карта обследования ребенка (подростка) с необычной реакцией на вакцинацию (ревакцинацию) БЦЖ (ф. № 055/у).
10. Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. № 030/у).
11. Карточка больного сахарным диабетом (ф. № 123/у).
12. Извещение о больном, с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания (ф. № 089/у).
13. Извещение о больном, с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования (ф. № 090/у).
14. Индивидуальная карта беременной и родильницы (ф. № 111/у).

15. Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу (ф. № 084/у).
16. Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы (ф. № 113/у).
17. Карта обследования подростка с необычной реакцией на вакцинацию (ревакцинацию) БЦЖ (ф. № 055, у).
18. Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (ф. № 027-2/у).
19. Направление на анализы (ф. № 200/у, 201/у, 202/у, 204/у, 207/у).
20. Направление на патолого-гистологическое исследование (ф. № 014/у).
21. Журнал записи родовспоможения на дому (ф. № 032/у).
22. Журнал регистрации переливания трансфузионных сред (ф. № 009/у).
23. Санаторно-курортная карта для взрослых и подростков (ф. № 072/у).
24. Справка для получения путевки в санаторно-курортные учреждения, дома отдыха, турбазы (ф. № 070/у-85).
25. Направление на госпитализацию и консультацию во вспомогательные кабинеты (ф. № 028/у).
26. Врачебное свидетельство о смерти (ф. № 106/у).
27. Медицинская справка (для выезжающего за границу) (ф. № 082/у).
28. Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, дошкольное учреждение (ф. № 106/у).
29. Медицинская справка (врачебное профессиональное заключение; ф. № 086/у).
30. Отчет о причинах временной нетрудоспособности (ф. № 16-ВН).
31. Сведения о деятельности учреждений здравоохранения (медицинских формирований), принимавших участие в ликвидации чрезвычайных ситуаций (ф. № 55).

32. Сведения о чрезвычайных ситуациях и пораженных в них (ф. № 56).

33. Сведения о травмах, отравлениях и некоторых последствиях воздействия внешних причин (ф. № 57).

Дневной стационар поликлиники

В настоящее время в поликлиниках согласно приказу МЗ РФ № 438 от 09.12. 99 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» созданы дневные стационары. Их создание позволяет в амбулаторных условиях проводить обследование, лечение и реабилитационные мероприятия больным, которые ранее не могли его получить в полном объеме из-за отсутствия возможности госпитализации.

Положение

об организации деятельности дневного стационара в лечебно-профилактических учреждениях

1. Общие положения

1.1. Дневной стационар является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения. В том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, клиник медицинских научно-исследовательских и образовательных учреждений и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

1.2. В своей деятельности дневной стационар лечебно-профилактического учреждения руководствуется законодательством РФ, нормативными правовыми актами МЗ РФ, органов управления здравоохранением субъектов РФ и настоящим Положением.

1.3. Коечная мощность и профиль дневного стационара определяются руководителем ЛПУ, в составе которого он создан, по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением, с учетом имеющейся инфраструктуры здра-

воохранения, а также заболеваемости населения. В соответствии с профилем койки дневного пребывания являются структурной частью коечного фонда отделения (палаты). Мощность стационара определяется числом коек круглосуточного и дневного пребывания. Учет коек дневного пребывания в больничных учреждениях и движение больных осуществляются в установленном порядке.

1.4. Дневной стационар может являться клинической базой медицинских образовательных и научно-исследовательских учреждений.

1.5. Порядок направления и госпитализации в дневной стационар, условия выписки и перевода в лечебно-профилактическое учреждение утверждаются руководителем ЛПУ.

1.6. Режим работы дневного стационара определяются руководителем ЛПУ с учетом объемов проводимых медицинских мероприятий, как правило, в 2 смены.

1.7. Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

1.8. Вопрос по обеспечению питанием больных в дневном стационаре решается органами управления здравоохранением субъектов РФ самостоятельно.

1.9. В дневном стационаре ведется установленная учетно-отчетная медицинская документация.

1.10. Контроль за деятельностью дневного стационара осуществляют руководитель ЛПУ и/или заместитель по медицинской части и клинико-экспертная комиссия ЛПУ.

1.11. Организация и ликвидация дневного стационара осуществляются по решению руководителя ЛПУ по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением.

2. Цель и функции

2.1. Целью работы дневного стационара являются совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также повышение экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

2.2. В соответствии с этой целью дневной стационар осуществляет следующие функции:

2.2.1. Проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональном, а также длительно и часто болеющим.

2.2.2. Проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий.

2.2.3. Подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания.

2.2.4. Проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

2.2.5. Осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин.

2.2.6. Проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

3. Структура и штаты

3.1. В структуру дневного стационара могут включаться:

- палаты, оснащенные необходимым оборудованием и инвентарем;
- процедурный кабинет;
- хирургический кабинет с малой операционной;
- комната для пребывания медицинского персонала;
- комната для приема пищи больными;
- иные кабинеты по решению руководства ЛПУ.

Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные и другие подразделения ЛПУ, в структуре которого он создан.

3.2. В дневных стационарах ведение больных осуществляется лечащим врачом (участковым терапевтом, педиатром, акушером-гинекологом, врачом общей практики и другими врачами-специалистами). При необходимости привлекаются соответствующие врачи-консультанты. Штатная численность и нормы нагрузки медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений устанавливаются с учетом наличия в данном учреждении дневного стационара.

3.3. В дневных стационарах вводится должность старшей медицинской сестры, должности медицинских сестер палатных из расчета 1 должность на 15 мест. Должности санитарок палатных или младших медицинских сестер по уходу за больными устанавливаются соответственно должностям медицинских сестер.

3.4. В штаты ЛПУ, имеющего в своем составе дневной стационар, в связи с увеличением объема работы диагностических, лечебных, реабилитационных и других подразделений могут быть дополнительно введены должности врачей и среднего медицинского персонала.

4. Финансирование

Финансирование дневного стационара осуществляется за

счет средств бюджета соответствующего уровня, выделяемых ЛПУ, а также из средств ОМС и иных источников в соответствии с действующим законодательством РФ.

Дневной стационар в поликлинике организуется для госпитализации больных с острыми и хроническими заболеваниями, в основном, терапевтического профиля. Обследование в дневном стационаре проводится в течение 3-4 дней, лечение - 7-10 дней. Отбор больных для госпитализации в дневной стационар осуществляется обычно в плановом порядке после консультации с заведующим терапевтическим отделением поликлиники. При решении вопроса о направлении в дневной стационар особое внимание необходимо уделять диспансерной группе больных. Всеми необходимыми для организации лечебного процесса медикаментами дневные стационары обеспечиваются в прикрепленной аптеке как за счет бюджета поликлиники, так и за счет больного.

В дневной стационар поликлиники направляются:

- лица, за которыми после применения определенных диагностических процедур, лечебных мероприятий, должно осуществляться краткосрочное (в течение нескольких часов) медицинское наблюдение;
- больные, у которых возможно развитие неблагоприятных реакций после переливания крови и ее препаратов, вливания кровезамещающих жидкостей и других растворов, после специфической гипосенсибилизирующей терапии и др.;
- больные, нуждающиеся в длительном внутривенном вливании медикаментозных препаратов;
- пациенты, которым показаны различные процедуры (грязевые аппликации, вытяжение и т.д.) с обязательным последующим отдыхом (релаксацией);
- пациенты, которым требуются для установления или подтверждения диагноза достаточно длительное лабораторно-инструментальное исследование, выполнимое в амбулаторных условиях;
- пациенты, у которых во время обращения в поликлинику

развилось состояние, требующее оказания срочной и квалифицированной помощи (приступ бронхиальной астмы), но при этом отсутствует реальная возможность их госпитализировать;

– пациенты, нуждающиеся в долечивании после интенсивного лечения в условиях полного стационара (пневмония);

– лица, в отношении которых следует решить сложные вопросы экспертизы трудоспособности с применением дополнительных лабораторных и функциональных исследований;

– пациенты, нуждающиеся в контролируемом лечении (подростки, пожилые, беременные и др.);

– пациенты, нуждающиеся в сложных реабилитационных процедурах (ИВЛ у больных ХОБЛ);

– пациенты, имеющие социальные показания для пребывания в дневном стационаре.

Лечение в дневном стационаре обеспечивает:

а) оказание в поликлинике оздоровительных, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий;

б) интенсификацию лечебно-оздоровительных мероприятий, активное и плановое оздоровление больных, в том числе работающих, лиц пожилого возраста, одиноких и др.;

в) пребывание больных часть суток дома;

г) исключение или сокращение адаптационного синдрома;

д) исключение психологической травмы, связанной с госпитализацией в обычные стационары;

е) интенсификацию труда медицинских работников;

ж) преемственность в лечении и наблюдении больных в пределах ЛПУ;

з) повышение квалификации врачей поликлиники;

и) увеличение обеспеченности населения стационарной помощью и повышение ее доступности.

Своевременное оказание в условиях дневного стационара поликлиники необходимой медицинской помощи в полном объеме способствует сокращению сроков временной нетрудоспособности больных, рациональному использованию коечного фонда больниц.

Норма в клинических лабораторных и инструментальных исследованиях

(Нормативные показатели)

Для сравнения результатов лабораторных и инструментальных исследований применяется термин «нормальные показатели», который следует понимать как справочные величины, обнаруженные у тщательно обследованной группы лиц в возрасте 20 - 30 лет без объективных признаков патологии.

Приведенный референтный интервал, ограниченный двумя величинами, выводится при обследовании не менее 120 человек. В оценку включается 95 % центральных величин интервала. Остальные, по 2,5 % величин с каждой стороны интервала, для оценки полученных показателей не учитываются.

Для статистической обработки результатов исследований применяются параметрические критерии. Так, для оценки достоверности различий величин используется критерий Стьюдента, а при оценке разброса результатов - среднее квадратическое отклонение. Если распределение не является нормальным или из-за малого числа наблюдений (меньше 30) вид распределения определить невозможно, то применяются непараметрические критерии статистики. Так, согласно закону нормального распределения, в интервалах $X \pm S$, всегда предусматривается определенный процент значений. В пределах $X \pm 1S$ лежит 68,3% значений, в пределах $X \pm 2S$ - 95,5%, в пределах $X \pm 3S$ - 99,7%. Поэтому вероятность того, что взятый результат в вариационном ряду будет расположен в пределах $1S$, равна 0,683, в пределах $2S$ - 0,995 и т. д.

Показатели, выраженные в единицах СИ, приведены первыми. Традиционные единицы измерения указаны в скобках. В тех случаях, когда числовые значения величин остаются прежними, но меняется их размерность (ммоль/л на мэкв/л или Ед/л

на мЕд/мл) приводятся значения только в единицах СИ.

Для перерасчета используются следующие формулы:

$$(\text{мг/дл} \times 10)$$

$$\text{ммоль/л} = \frac{\text{мг/дл} \times 10}{\text{относительная молекулярная масса}} ;$$

(ммоль/л x относительная молекулярная масса)

$$\text{мг/дл} = \frac{\text{ммоль/л} \times \text{относительная молекулярная масса}}{10} ;$$

где мг/дл - концентрация исследуемого компонента в 100 мл раствора;

$$(\text{масса тела в кг})^{0,425} \times (\text{рост в см})^{0,725}$$

$$\text{поверхность тела (м}^2\text{)} = \frac{\text{поверхность тела (м}^2\text{)}}{139,315} .$$

Международные сокращения для исследуемой системы (в медицине): В - кровь, Р - плазма, S - сыворотка, dU - суточная моча, dF - суточный стул, Sp - спинномозговая жидкость.

Распределение жидкости в организме

Общий объем, % от массы тела	-	от 50 до 70 (у худых)
Внутриклеточная жидкость, % от массы тела	-	30 - 40
Внеклеточная жидкость, % от массы тела	-	20 - 30
объем плазмы, мл/кг массы тела: муж	-	39
жен	-	40

Клинический анализ крови

Лейкоциты, общее количество x 10 ⁹ /л	-	4,0 - 8,8
Лейкоцитарная формула, %		
Сегментоядерные нейтрофилы	-	47 - 72
Палочкоядерные	-	1 - 6
Лимфоциты	-	19 - 37
Моноциты	-	3 - 7
Базофилы	-	0 - 1
Эозинофилы	-	0 - 5
Плазматические клетки	-	отсутств.

Адгезивность тромбоцитов, %	- 25 - 55
Антитромбиновая активность, %	- 90 - 100
Индекс ретракции кровяного сгустка	- 0,3 - 0,5
Время рекальцификации плазмы, с	- 60 - 120
Время свертывания нестабилизированной крови (по Ли и Уайту), мин	- 8 - 12
Время свертывания крови (по Сухареву), мин	
начало	- 0,5 - 2
конец	- 3 - 5
Время кровотечения (по Дукке), мин	- 2 - 4
Тест образования тромбина, с	- 10 - 20
Тест толерантности к аспирину (по Квику)	- После приема аспирина время кровотечения не изменяется или удлиняется не > в 1,5 раза
Силиконовое время сверт. цельной крови, мин	- 16 - 20
Силиконовое время сверт. плазмы, с	- 200 - 260
Спонтанная агрегация тромбоцитов, %	- < 15
Тромбиновое время свертывания, с	- 12 - 17
Тромботест, степень	- 3 - 5
Тромбоэластография:	
время реакции (R), мин	- 5 - 7
время коагуляции (K), мин	- 3 - 5
максимальная амплитуда, мм	- 45 - 55
Толерантность цитратной плазмы к гепарину, мин	- 10 - 16
Толерантность оксалатной плазмы к гепарину, мин	- 7 - 15
Толерантность плазмы к протаминсульфату, с	- 7 - 9
Протромбиновое время (по Квику), с	- 12 - 18
Протромбиновое (тромбопластиновое) время капиллярной крови, %	- Индекс 93 - 107

Протромбиновый индекс, %	- 90 - 105
Антитромбиновая активность, %	- 90 - 110
Потребление протромбина, %	- 80 - 100
Фибринолитическая активность плазмы, ч	- 3 - 5
Фибриноген плазмы (весовой метод), г/л	- 2 - 4
Фибриноген плазмы (колориметрический метод), г/л	- 2 - 3
Фибриноген плазмы (по Рутбергу), г/л	- 8 - 14
Фибриноген В плазмы	- Не определяется
Фибринолизирующий фактор (XIII), ед	- 40 - 50
Тест генерации тромбопластина (плазмы, тромбоцитов, сыворотки), с	- 7 - 12
Концентрация фактора II (протромбина), %	- 85 - 110
Концентрация фактора V (проакцелерина), %	- 85 - 110
Концентрация фактора VIII, %	- 80 - 100
Концентрация фактора X, %	- 60 - 130
Концентрация фактора VII, %	- 65 - 135
Продукты деградации фибрина	- Отрицат.
Частичное активированное тромбопластиновое время, с	- 35 - 50
Растворимые комплексы фибринмономера в плазме, ед	- 0,35 - 0,47
Хагеман-калликреинзависимый фибринолиз (по Г.Ф.Еремину, А.Г.Архипову), мин	- 4-10
Продукты деградации фибриногена и фибрина по тесту склеивания стафилококков (в модификации А.П.Мамота, Г.В.Черкашиной), мг/л	- 10,3 ± 1
Манжеточная проба Кончаловского-Румпеля-Леёде: (резистентность капилляров) до 10 петехий, 1 мм	- норма
11 - 20 петехий	- сл. полож.
20 - 30 петехий	- полож.
Баночная проба (по А.И.Нестерову)	- Появление петехий при

Белки фракции, сыворотка, <i>Альбумины</i> , г/л	-	35 - 55
<i>Глобулины</i> , г/л	-	20 - 35
α - 1	-	2,3 - 4,2
α -2	-	5,4 - 10,0
β	-	6,0 - 12,0
γ	-	6,0 - 15,0
Билирубин общий, сыворотка, мкмоль/л,		
прямой	-	8,5 - 20,5
непрямой, у здоровых лиц	-	не опред.
Гаптоглобин, суммарно, г/л	-	0,83 - 2,67
Гемоглобин гликозилированный, доля	-	0,044-0,063
Гистамин, кровь, мкмоль/л	-	0,18 - 0,63
Гликопротеиды (общие), сыворотка, г/л	-	1,2 - 1,6
Глюкагон, плазма, нг/л	-	30 - 210
Глюкоза, плазма, ммоль/л,	-	3,58 - 6,05
цельная капиллярная кровь	-	3,88 - 5,55

Пероральный тест толерантности к глюкозе

(рекомендации ВОЗ, 1999; ммоль/л)

Пероральный тест толерантности к глюкозе следует проводить утром на фоне не менее 3-х дневного неограниченного питания (> 150 г углеводов/сут) и обычной физической активности. Следует регистрировать факторы влияющие на результаты теста (медикаменты, контрацептивы, мочегонные, инфекция). Предшествует ночное голодание 10-16 часов. После забора крови натощак, за время не превышающее 5 мин, нужно выпить 75 г глюкозы, растворенной в 250 - 300 мл воды (детям 1,75 г глюкозы на кг массы тела). Не разрешается курить.

Контингент	Цельная кровь		Плазма	
	венозная	капиллярная	венозная	капиллярная
Нормальная толерантность к глюкозе				
Натощак	≤ 5,5	≤ 5,5	≤ 6,4	≤ 6,4
Через 2 ч после	< 6,7	< 7,8	< 7,8	< 8,9

нагрузки				
Лица, с нарушенной гликемией натощак				
Натощак	≥ 5,6 и <6,1	≥5,6 и < 6,1	≥6,1и < 7,0	≥6,1 и < 7,0
Через 2 ч после нагрузки	< 6,7	< 7,8	< 7,8	< 8,9
Лица, с нарушенной толерантностью к глюкозе				
Натощак	< 6,1	< 6,1	< 7,0	< 7,0
Через 2 ч после нагрузки	≥ 6,7 и < 10,0	≥ 7,8 и <11,1	≥7,8 и <11,1	≥ 8,9 и < 12,2
Сахарный диабет Натощак	≥ 6,1	≥ 6,1	≥ 7,0	≥ 7,0
Через 2 ч после нагрузки	≥ 10,0	≥ 11,1	≥ 11,1	≥ 12,2

Двуокись углерода, плазма, ммоль/л	- 21 - 30
Диастаза, метод Каравея, кровь, мг/(с х л) (37 ⁰)	- 3,3 - 8,9
или мг/(ч х мл)	- 12 - 32
с хромогенным субстратом	- < 96 ед/л
Железо (S, P), мкмоль/л	- 12,5 - 30,4
Железосвязывающая способность, мкмоль/л	- 44,8 -80,6
Желчные кислоты, сыворотка, мкмоль/л: суммарно	- 2,5 - 6, 8
Калий (S, P), ммоль/л	- 3,48 - 5,6
Калий, эритроциты, ммоль/л	- 77,8 - 95,7
Кальций, сыворотка, общий, ммоль/л	- 2,25 - 3,0
Кальций ионизированный, сыворотка , ммоль/л	- 1,0 - 1,15
Клиренс эндогенного креатинина, мл/с	- 1,25 - 2,1
Комплемент, сыворотка, г/л, С3	- 0,55 - 1,20
С4	- 0,20 - 0,50
Креатинкиназа, сыворотка (общ. акт.), мккат/л мужчины	- 0,42 - 1,50
женщины	- 0,17 - 1,17

кровь, ммоль/л	-	4,2 - 8,3
Натрий, плазма, ммоль/л	-	130,5 - 156,6
эритроциты, ммоль/л	-	13,48 - 21,75
Трансферрин, насыщение железом, доля	-	0,20 - 0,50
Триглицериды, плазма, ммоль/л	-	0,5 - 2,10
Осмолярность, сыворотка, мосмоль/кг воды сыворотки	-	275 - 295
Осмолярность, моча	-	500 - 1400
после 12-часового ограничения жидкости	-	больше 850
отношение осм. мочи/осм. сыворотки	-	1,03 - 3,0
Проба Вельтмана, мл раствора Са, 6 - 7 пробирка	-	0,4 - 0,5
Протопорфирин, в эритроците, мкмоль/л	-	18 - 90
Протромбин, сыворотка, мкмоль/л	-	1,4 - 2,1
Реакция Вааля- Роуза, сыворотка, титр	-	1 :20
Ревматоидный фактор (<i>Латекс- тест</i>), сыворотка	-	реакция отр
Ртуть, моча, нмоль/л	-	до 50
Свинец, кровь, мкмоль/л	-	до 1,9
Серомукоид, ед	-	0,13 - 0,2
Сиаловые кислоты, сыворотка, усл.ед ммоль/л	-	0,180 - 0,220 2,0 - 2,33
Сулемовая проба, сывор., мл дихлорида Рb	-	1,6 - 2,2
Тимоловая проба, сыворотка, ед SH	-	0 - 5
Триглицериды, ммоль/л	-	0,565 - 1,695
Уровень средних молекул, оптич. ед	-	0,22 - 0,26
Ферритин, сыворотка, нмоль/л, мужчины женщины	-	81 - 590 23 - 349
Фибриноген, г/л	-	2,0 - 4,0
Фолиевая кислота, плазма, нмоль/л	-	3,9 - 28,6
Фосфат, сыворотка, ммоль/л	-	0,8 - 1,3
Фосфатаза кислая, сыворотка, ммоль/ч х л мМЕ/л	-	0,05 - 0,13 1 - 2,2
Фосфатаза щелочная, сывор. нмоль/(с х л)	-	230-780
Фосфор липидный, сыворотка, ммоль/л	-	.1,97 - 4,68

Фосфор неорганический, сыворотка, ммоль/л	-	0,81 - 1,55
Фосфолипиды общие, сыворотка, ммоль/л	-	1,95 - 2,91
Хлориды, сыворотка, ммоль/л	-	95,9 - 109,9
Холестерин, плазма, ммоль/л	-	< 5,18 (норма)
умеренная гиперхолестеринемия	-	5,18 - 6,19
выраженная гиперхолестеринемия	-	> 6,22
Холинэстераза, субстрат ацетилхолинхлорид, МЕ	-	2700 - 5700
нмоль/(с х л)	-	45000 - 95000
Церулоплазмин, сыворотка, ммоль/л	-	1,3 - 3,3
Этанол, плазма, ммоль/л	-	0 - 2,7
умеренная интоксикация	-	17 - 43
заметная интоксикация	-	54 - 87
выраженная интоксикация	-	выше 87

Эндокринная система и обмен веществ

Адреналин, кровь, нмоль/л	-	0 - 6,28
моча, нмоль/сут	-	30 - 80
Адренокортикотропный гормон, сыв., пг/мл	-	0 - 50
Альдостерон, сыворотка, нмоль/л, муж.	-	0,17 - 0,61
жен.	-	0,14 - 0,83
моча, нмоль./сут	-	14 - 53
Гастрин, сыворотка, нг/л (пг/мл)	-	0 - 130
Гистамин, кровь, мкмоль/л	-	0,18 - 0,63
нмоль/л	-	539 - 899
Кортизол, сыворотка, нмоль/л	-	230 - 750
11-оксикортикостероиды, плазма, мкг/л	-	140 - 230
17-оксикортикостероиды, плазма, нмоль/л	-	140 - 150
Кортизол, моча, нмоль/сут	-	55 - 275
мкг/сут	-	20 - 60
17-оксикортикостероиды, моча, мкмоль/сут	-	4 - 20
17-кетостероиды, моча, мкмоль/сут, муж.	-	23 - 80
жен.	-	22 - 60

Серотонин, кровь, нмоль/л	-	340 - 1100
Соматотропный гормон, нг/мл	-	0 - 10
С-пептид, сыворотка, мкг/л	-	1,8 ± 0,4
нг/мл	-	0,2 - 5,3
Индекс свободного тироксина	-	4,42 - 5,75
Инсулин, сыворотка, пмоль/л	-	36 - 180
мкЕД/мл	-	5 - 25
Йод белковосвязанный, сывор., мкг/л	-	40 - 80
Йод бутанолэкстрагируемый, сывор., мкг/л	-	35 - 65
Кальцитонин, сывор., нмоль/л	-	5,5 - 28,0
Коэффициент эффективности тироксина	-	0,86 - 1,13
Лютеинстимулирующий гормон, сыв., МЕ/л, мужчины	-	1,6 - 12,5
женщины, фоллик. фаза	-	1,3 - 19,0
овуляции	-	24 - 150
лют. фаза	-	1,8 - 22,0
менопауза	-	14,5 - 86,0
Норадреналин, моча, нмоль/сут	-	20 - 240
Опухолевый маркер СА-125, ед	-	до 30
Обратный трийодтиронин, сыв., нг/100 мл	-	1,2 - 2,2
Паратиреоидный гормон, сыворотка, пг/мл	-	20 - 90
Прогестерон, сыворотка, нмоль/л		
женщины, фоллик. фаза	-	0,5
лют. фаза	-	13,0 - 58,5
Пролактин, мкг/л, мужчины	-	100 - 265
женщины	-	130 - 540
менопауза	-	107 - 290
Ренин, плазма, пг/мл/ч		
горизонтально	-	0,2 - 2,8
вертикально	-	1,5 - 5,7
Тестостерон, сыворотка, нг/мл, мужчины	-	2 - 10
женщины	-	0,2 - 1,0
Тиреоглобулины, нг/мл	-	до 50
Тиреотропный гормон, сыворотка, мМЕ/л	-	0,45 - 6,2
мкМЕ/мл	-	0,45 - 6,2

Т-лимфоциты, %	-	
	клеток/мкл	- 50 - 70
В- лимфоциты, %	-	600 - 2500
	клеток/мкл	- 6 - 20
Теофиллинрезистентные Т-лимфоциты (ТФВ-РОК), :%	-	100 - 900
Теофиллинчувствительные Т-лимфоциты (ФЧ-РОК), %	-	50 - 65
		6 - 10
Фагоцитарная активность нейтрофилов:	-	40 - 90
Candida albicans, %	-	1 - 1,25
фагоцитарное число	-	40 - 80
Streptococcus aureus, %	-	4 - 9
фагоцитарное число	-	40 - 80
стафилококк, %	-	47,5 - 79,1
латекс, % фагоцитарное число	-	6 - 9
Циркулирующие иммунные комплексы, г/л	-	0 - 6,5
усл. Ед	-	до 100
Экспресс-метод (латекс агглютинация)	-	до 1: 20

Лабораторные функциональные тесты

Кровообращение

Сердечный выброс (Fick), л/м ² поверхности тела в мин	-	2,5 - 3,6
Фракция выброса, ударный объем/конечный	-	0,55 - 0,78
диастолический объем (УО/КДО), норма в среднем	-	0,67
Легочное сосуд. сопротивл. к Ра х с/л	-	20 - 120
	дин х с /см ⁵	- 2 - 12
Масса цирк. крови, мужчины	-	3800
женщины мл/м ² ,	-	5335
метод изотопный мужчины	-	2802
женщины	-	2191
Минутный объем крови, л (газоаналитиче-	-	3,87

связанная соляная кислота, ммоль/л	- 20 - 40 10 - 15
Дебит-час своб. солян. кислоты, ммоль/ч	- 1,0 - 4,0
Дебит-час пепсина, мг	- 4 - 40
Микроскопия желуд. содерж. натошак	
крахмальные зерна	- не опред.
мышечные волокна	- отсутст.
жир	- отсутст.
растительные клетки	- отсутст.
эпителий плоский	- незн.. колич,
эритроциты	- отсутст.
лейкоциты	- незн.. колич,
дрожжевые грибы	- измененные
сарцины	- одиночные
палочки молочно- кислого брожения	- отсутст.

Нормальные показатели желудочной секреции

Секреторные показатели	Секреции			
	базаль-ная	последу-ющая	субмакси-мальная	макси-мальная
Объем сока, мл	50 - 100	50 - 110	100 - 140	180 - 200
Общая кислот., ммоль/л	40 - 60	40 - 60	80 - 100	100 - 120
	свободная	20 - 40	20 - 40	65 - 85
	связанная	10 - 15	10 - 15	10 - 15
Общая кислот. продукция, дебит-час, ммоль	1,5-5,5	1,5-6,0	8-14	18-26
Дебит-ч свободной HCl, ммоль/л	1-4	1-4,5	6,5-12	16-24
Концентрация пепсина (по Туголукову), мг/л	200-400	200-450	500-650	500-750
Дебит-ч, мг	10-40	10-50	50-90	90-160

Раздражители желудочной секреции

Парентеральные

 гистамина гидрохлорид, мг/кг (п/к) - 0,008

 гистамина фосфат, мг/кг (п/к) - 0,01

Энтеральные

 отвар сухой капусты, мл (7 - 10 %) - 200

кофеин, г (в 400 мл воды)	-	0,2
капустный сок, мл (по Лепорскому)	-	200
мясной бульон, мл (300 г мяса на 1 л воды)	-	300
спирт 96 %, г (в 285 мл воды, по Эрману)	-	15

Тест с поглощением D - ксилозы

После ночного голодания принимается 25 г ксилозы (в виде водного раствора), затем в течение ближайших 5 ч собирается моча. В норме с мочой должно быть выделено 33 - 53 ммоль (5 - 8 г препарата или 20 % от принятой дозы); уровень ксилозы сыворотки через 1 ч после приема внутрь должен составить 1,7 - 2,7 ммоль./л (25 - 40 мг на 100 мл).

Исследование дуоденального содержимого

Желчь, суточное количество, мл	-	50-1000
диастаза, г/(с х л) (37 ⁰)	-	1,7 - 4,4

П о р ц и я «А»

<i>Количество, мл</i>	-	20 - 25 (1 мл в 1 мин)
<i>Цвет</i>	-	золотисто-желтый
<i>Прозрачность</i>	-	прозрачная
<i>Относительная плотность</i>	-	1007 - 1015
<i>Реакция</i>	-	слабощелочная
<i>Эпителий</i>	-	единичный
<i>Лейкоциты</i>	-	1 - 2 в п/зрения
<i>Слизь</i>	-	незначительно
<i>Соли холестерина, билирубина, кальция</i>	-	отсутствуют
<i>Посев</i>	-	стерильный

П о р ц и я «В»

<i>Количество, мл</i>	-	30 - 60
<i>Цвет</i>	-	темно-коричневый, оливковый
<i>Прозрачность</i>	-	прозрачная
<i>Относительная плотность</i>	-	1016 - 1032
<i>Реакция</i>	-	щелочная
<i>Эпителий</i>	-	незначительно

- Лейкоциты* - 2 - 3 в п/зрения
- Кристаллы* - единичные
- Посев* - стерильный

П о р ц и я «С»

- Количество* - 30 мл
- Цвет* - золотисто-желтый
- Прозрачность* - прозрачная
- Относительная плотность* - 1007 - 1010
- Реакция* - щелочная
- Эпителий* - незначительно
- Лейкоциты* - 2 - 3 в п/зрения
- Слизь* - незначительно
- Кристаллы* - отсутствуют
- Посев* - стерильный

Секретинный тест

(для изучения экзогенной функции поджелудочной железы, 1 Ед/кг массы тела, внутривенно):

- *объем панкреатического сока* - > 2,0 мл/кг в теч. 80 мин.
- *концентрация бикарбонатов* - > 80 ммоль/л
- *секреция бикарбонатов* - > 10 ммоль в теч. 30 мин.

Фракционное дуоденальное зондирование

Показатель	Фазы секреции				
	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я
	Желчь А	Закры- тия сфинк- тера Од- ди	Латент- ный пе- риод пу- зырного рефлюкса	Желчь В, пузырная	Желчь С, печеноч- ная
Время/мин	10 -15	4 - 6	3 - 6	20 - 30	до 30
Колич., мл	10 - 20	-	4 - 6	30 - 60	-
Плотность	1,008- 1,012	-	-	1,016 - 1,034	1,007 - 1,010
Прозрачно- сть	Слегка опалесц.	-	Слегка опалес- цирует	Прозрач- ная	Прозрач- ная
Цвет	Золоти-	-	Золоти-	Оливко-	Лимон-

	сто- желтый		сто- желтый	вый	ный
Микроско- пия	Лей- коц.и эпит. кл. ед. в п/зр	-	Лейкоц. нет или ед. в п/зр	Лейкоц. до 10 в п/зр	Лейкоц.и эпит. кл. ед. в п/зр
Билирубин, ммоль/л	0,34 - 0,42	-	0,51 - 1,02	3,4 - 6,8	0,17-0,34
Холестерин, ммоль/л	1,3 - 2,8	-	-	5,2 - 15,6	1,1 - 3,1
Холаты, ммоль/л	17,4 - 52,0	-	-	57,2 - 184,6	13,0 - 57,2
Холатно- холестерин. коэффици- ент	6,5 - 6,7	-	-	8,0	6 - 7
ДФА-новая проба, ед	-	-	-	0,069 - 0,079	0,037 - 0,073
Трипсин, ммоль/ч х л	180 - 1800	-	-	-	-

Слюна

Количество, мл/сут	-	1000 -1500
Относительная плотность	-	1002 -1008
Реакция, рН	-	6,0 - 7,9

Почки

Клубочковая фильтрация, мл/мин	-	80 - 120
Канальцевая реабсорбция, %	-	97 - 99

Концентрация и разведение мочи

Относительная плотность мочи	-	1004 - 1024
после 12 ч ограничения жидкости	-	1,025 и более
после 12 ч водной нагрузки	-	1,003 и менее
Концентрационный индекс	-	3,0

В пробе Зимницкого - суточное количество мочи составляет 65 - 75 % выпитой жидкости. Дневной диурез составляет 2/3 - 3/4 суточного.

Клинический анализ мочи

смывов с бронхов на наличие микобактерий туберкулеза, атипичных клеток, спиралей Куршмана, кристаллов Шарко-Лейдена, друз актиномикоза, эозинофилов, эластичных волокон.

Копрологические исследования

Количество за сутки, г	-	100 - 200
Консистенция	-	оформленный
Форма	-	цилиндрическая
Слизь, кровь	-	отсутствуют
Реакция	-	слабощел. или нейтральная
Мышечные волокна	-	±
Нейтральный жир	-	отсутствует
Жирные кислоты и мыла	-	±
Крахмал	-	±
Перевариваемая клетчатка	-	±
Соединительная ткань	-	отсутствует
Слизь	-	отсутствует
Оксалаты	-	отсутствуют
Билирубин	-	отсутствует
Лейкоциты	-	единичные в препарате
Иодофильная флора	-	отсутствует
Окраска, цвет		
<i>темно-коричневый</i>	-	нормальный, на смеш. диете
<i>черно-коричневый</i>	-	на мясной диете
<i>светло-коричневый</i>	-	на растительной диете
<i>коричнево-красный</i>	-	неизменная кровь, какао
<i>черный</i>	-	измененная кровь
<i>белый</i>	-	при недост. поступл. желчи в кишечник
<i>зеленый</i>	-	при чисто овощной диете

Химический состав

Билирубин (проба Гаррисона)	-	отсутствует
Стеркобилин (по Адлеру)	-	200 - 600 мг/сут.
Коэффициент (уробилин/стеркобилин)	-	1:10 - 1 : 30
Общий азот (<i>по Моделю</i>), г/сут	-	2,0 - 2,5

Кровь	- отсутствует
Вода, мл/сут	- 48 - 200
Жиры, г/сут	- 2,5 - 10
Калий, мэкв/сут	- 7 - 12
Кальций, мг/сут	- 400-900
Копропорфирин, мкг/сут	- 200 - 300
Натрий, мэкв/сут	- 1 - 2

Кишечные ферменты

<i>трипсин</i> , Е/г	- до 670
<i>липаза</i> , Е/г	- до 200
<i>амилаза</i> , Е/г	- до 600
<i>энтерокиназа</i> , Е/г	- до 20
<i>щелочная фосфатаза</i> , Е/г	- до 150
<i>трипсин</i> , мг/сут	- 80 - 742
<i>химотрипсин</i> , мг/сут	- 75 - 839

Состав микрофлоры кишечника здорового человека

<i>патогенные микробы сем. кишечных</i>	- отсутствуют
<i>общее колич.кишечной палочки (в 1 г)</i>	- 10^7 - 10^8
<i>кишечная палочка со слабо выраженными ферментативными свойствами (%)</i>	- до 10
<i>лактозонегативные энтеробактерии, %</i>	- до 5
<i>гемолизирующая кишечная палочка</i>	- отсутствует
<i>кокк. формы в общ. сумме микробов, %</i>	- до 25
<i>гемолизирующий стафилококк</i>	- отсутствует
<i>бифидобактерии/ г</i>	- 10^7 и выше
<i>микробы рода протейя</i>	- отсутствуют
<i>грибы рода Кандида</i>	- отсутствуют

Облигатная микрофлора. У здоровых людей постоянная, выполняет биологические функции (бифидо- и лактобактерии, бактериоиды, кишечные палочки, энтерококки).

Факультативная микрофлора. Непостоянна, ее видовой состав меняется, быстро элиминируется, не оказывает существенного влияния на состояние здоровья, поскольку обсемененность ею низкая. Это условно- патогенная микрофлора - микрококки, псевдомонас, цитробактер, протей, дрожжеподобные грибки,

стафилококки, клостридии)

Степени дисбактериоза

Первая степень. Отклонения от нормы касаются облигатной или факультативной части микрофлоры, носят достаточно стойкий характер.

Вторая степень. Изменения наступили в обеих группах микрофлоры (облигатной и факультативной), держатся достаточно стойко.

Третья степень. Наступившие сдвиги в микрофлоре кала сопровождаются бактериальным заселением вышележащих отделов пищеварительного тракта, появляются ответные реакции на микрофлору.

Четвертая степень. Имеются осложнения, обусловленные дисбактериозом, микрофлора выявляется в других органах и биологических средах (кровь, моча); появляются дополнительные очаги инфекции.

Ультразвуковые исследования

Эхокардиография

Левый желудочек

Среднее значение, г	мужчины	-	135
	женщины	-	95
Верхняя граница, г:	мужчины	-	183
	женщины	-	141

Индекс массы (г/м²)

Среднее значение:	мужчины	-	71
	женщины	-	62
Верхняя граница:	мужчины	-	94
	женщины	-	89

Нормальные значения конечно-диастолического объема левого желудочка

Конечный диастолический размер полости, см	-	4,6 - 5,7
Конечный систолический размер полости, см	-	3,1 - 4,3
Конечный систолический объем, мл	-	45

Толщина стенок в диастолу, см	- 1,1
Глобальная сократимость (фракция выброса), %	- 55 - 60
Ударный объем, мл	- 60 - 100
Минутный объем, л	4,5 - 5,5
Отношение конечно-диастолического объема к массе миокарда, мл/г	- 1,1

Правый желудочек

Толщина стенки, мм	- 5
Диастолический размер, см	- 0,95 - 2,05
Индекс размера, см/м ²	- 0,75 - 1,25

Межжелудочковая перегородка

Диастолическая толщина, см	- 0,75 - 1,0
экскурсия, см	0,5 - 0,95

Левое предсердие

Размер, см	- 1,85 - 3,3
Индекс размера, см /м ²	- 1,45 - 2,9

Правое предсердие

Конечно-диастолический объем, мл	- более 20
Давление, мм рт.ст.	- не более 5

Аорта

Просвет основания, см	- 1,8 - 3,8
-----------------------	-------------

Щитовидная железа

Поперечный размер, мм	- 50 - 60
Переднезадний размер в области боковых долей, мм	- 18 - 20
Размер на уровне перешейка, мм	- 6 - 8

Печень

Переднезадний размер правой доли по срединно-ключичной линии, см	- 8,1 - 10,6
Толщина левой доли по срединной линии, см	- 5,6 - 8,2
Краниокаудальный размер правой доли, см	- 10,5 ± 1,5
левой доли, см	- 8,3 ± 1,6
Длина печени в поперечной плоскости, см	- 17,0 ± 0,23

Длина правой доли, см - $3,8 \pm 0,17$

Поджелудочная железа

Расположение - на 5 - 6 см ниже мечевидного отростка

Переднезадний размер головки, см - до 2,0 - 2,5

Толщина шейки, см - от 0,7 до 1,2

Толщина тела, см - 0,8 - 2,1

Краниокаудальный размер тела, см - 3,0 - 0,6

Краниокаудальный размер хвоста, см - $3,6 \pm 1,2$

Переднезадний размер вирсунгова протока, мм - $0,8 \pm 2,0$

Почки

Продольный размер, см 7,5 - 12,0

Различие в длине между обоими почками не должно превышать, 1,5 - 2,0 см

Ширина, см - 4,5 - 6,5

Толщина, см - 3,5 - 5,0

Капсула, см - 0,9 - 1,5

Внутренний диаметр чашечек, см - 0,5

Величина лоханки, см - 1,0 - 2,5

Надпочечники

Длина правого, см - 1,8 - 2,8

Длина левого, см - 1,8 - 2,8

Толщина, см - 1,1 - 1,6

Предстательная железа

Длина, см - 2,5 - 4,0

Переднезадний размер, см - 1,8 - 2,5

Поперечный размер, см - 2,7 - 4,2

Желчный пузырь

Толщина стенки, мм - 1 - 2

при сокращении пузыря, мм - от 2 до 5

Толщина стенки в области шейки, мм - 4 - 5

Длина в норме, см - 7 - 10

Ширина, см - от 3 до 5

Объем, мл - от 8 до 42

Лимфатические узлы: В норме не выявляются

Электрокардиография

Для характеристики относительной амплитуды зубцов Q, R, T и S используют не только заглавные буквы, но и строчные q, r, t, s. При этом заглавными буквами обозначают преобладающие зубцы, а строчными - зубцы малой амплитуды. Амплитуду зубцов измеряют в милливольтгах (мВ). При этом 1 мВ соответствует отклонению от изоэлектрической линии на 1 см. Ширину зубцов и продолжительность интервалов измеряют в секундах. При скорости движения ленты 50 мм в сек 1 мм соответствует 0,02 сек (5 мм - 0,1 сек), а при скорости 25 мм в сек 1 мм соответствует 0,04 сек (5 мм - 0,2 сек) Ширину зубцов и продолжительность интервалов оценивают по тому отведению, где эти параметры имеют наибольшую величину.

Параметры ЭКГ в норме

Элементы	Продолжительность (с)	Амплитуда (мм)
Зубцы P	0,006 - 0,1	0<05 - 2,5
Q	< 0,03	< 1/4 R
R	0,03 - 0,04	до 20 (V ₅₋₆ до 26)
S	< 0,03	<8(1-2 отв.), <25 (V _I)
T	<0,16	<1/2-1/3 R(2 отв.до 1/4 R
U	0,06 - 0,16	2 - 3
Интервал P - Q	0,12 - 0,2	-
Q - T	0,35 - 0,42	-
R - R	0,75 - 1,0	-
S - T	0,02 - 0,12	-
Комплекс QRS	0,06 - 0,09 (0,10	-

Виды положения электрической оси сердца

Нормальное	$\angle \alpha = + 70^\circ + 40^\circ$ $R_{II} > R_I > R_{III}$	R_{II} наибольший $R_{III} > S_{III}$
Полувертикальное	$\angle \alpha = + 70^\circ + 90^\circ$ $R_{II} > R_{III} > R_I$	R_{II} наибольший $R_I > S_I$

Вертикальное	$\angle \alpha = + 90^\circ$ $R_I > R_{III} > R_{II}$	R_{II} и R_{III} наибольшие $R_I = S_I$
Отклонение вправо	$\angle \alpha = + 90^\circ + 120^\circ$ $R_{III} > R_{II} > R_I$	R_{III} наибольший $S_I > R_I$
Резкое отклонение вправо	$\angle \alpha \gg + 120^\circ$ $R_{III} > R_{II} > R_I$	R_{III} наибольший $S_I > R_I, Ra_{VR} \gg Q(S)a_{VR}$
Полугоризонтальное	$\angle \alpha = + 30^\circ$ $R_I > R_{II} > R_{III}$	R_I и R_{II} наибольшие $R_{III} = S_{III}$
Горизонтальное	$\angle \alpha = + 30^\circ - 0^\circ$ $R_I > R_{II} > R_{III}$	R_I наибольший $S_{III} > R_{III}; Ra_{VR} > Sa_{VF}$
Горизонтальное	$\angle \alpha = 0^\circ$ $R_I > R_{II} R_{III}$	R_I наибольший $S_{III} > R_{III}; Ra_{VR} > Sa_{VR}$
Отклонение влево	$\angle \alpha = 0^\circ - 30^\circ$ $R_I > R_{II} > R_{III}$	R_I наибольший; $R_{II} > S_{II}$ $S_{III} > R_{III}; Ra_{VR} > Sa_{VF}$
Резкое отклонение влево	$\angle \alpha = - 30^\circ$ $R_I > R_{II} > R_{III}$	R_I наибольший; $r S_{III}$ $S_{III} > R_{III}; Ra_{VF} > Sa_{VF}$

ЭКГ-признаки гипертрофий миокарда

ЭКГ-признаки	Левого желудочка	Правого желудочка
Смещение электрической оси сердца	1. «Левый тип ЭКГ» (сумма $R_I + S_{III} \geq 25$ мм) 2. $\angle \alpha < 0^\circ$	1. «Правый тип ЭКГ» (сумма $S_I + R_{III} \geq 11$ мм) 2. $\angle \alpha > + 90^\circ$
Поворот сердца вокруг продольной оси	Смещение переходной зоны вправо (в V_{2-1})	Смещение переходной зон влево (в V_{5-6})
Повышение потенциала увеличенного желудочка	Глубокий S_{V_1} и v_2 Зубец R_{V_5} или $M_6 \geq 26$ мм. Сумма $SV_I + R_{V_5} / R_{V_6} > 35$ мм	Высокий R_{V_1} и v_2 Зубец S_{V_5} или $v_6 \geq 10,5$ мм Сумма $R_{V_1} + S_{V_6} \geq 7$ мм

Признаки замедления деполяризации гипертрофированного желудочка	Уширение QRS _{V5-6} >0,1 с. Увеличение времени внутреннего отклонения в V ₅₋₆ более 0,05 с	Уширение QRS _{V1-2} >0,1 с. Уменьшение времени внутреннего отклонения в V ₁₋₂ более 0,03 с
Признаки перегрузки гипертрофированных желудочков	Систолическая: смещение S-T вниз от изолинии выпуклостью вверх, переходящее в асимметричный, отрицательный T в отведениях I, II, aVL, V ₅₋₆ . Синдром T _{V1} > T _{V6} Диастолическая: глубокий Q и увеличенный с острой вершиной T _{V5-6}	Систолическая: смещение S-T книзу от изолинии выпуклостью вверх, переходящее в асимметричный отрицательный T в отведениях II, III, aVF, V ₁₋₃ Диастолическая: блокадный комплекс типа rSR _{V1} в комбинации с глубоким S

**Левого
предсердия**

**Правого
предсердия**

	Уширение зубца P до 0,12 с и > в отведениях I, II, aVL и V ₅₋₆ (P «mitrale»)	Увеличение амплитуды P более 2,5-3 мм в III, aVF и V ₁₋₂
	Двухвершинность P. Вторая левопредсердная» вершина P превышает певую«правопредсердную» вершину)	Продолжительность зубца P не > 0,1 с; P часто заострен (P «pulmonale»)
	P _{V1-2} отрицательный или двухфазный	Двухфазность P _{V1-2} с преобладающей положительной фазой пра-

		вого предсердия
--	--	-----------------

**Число сердечных сокращений
в зависимости от длительности интервала R-R**

Длительность интервала R-R в секундах	ЧСС в минуту	Длительность интервала R-R в секундах	ЧСС в минуту
1,50	40	0,85	70
1,40	43	0,80	75
1,30	46	0,75	80
1,25	48	0,70	82
1,20	50	0,65	86
1,15	52	0,60	100
1,10	54	0,55	109
1,05	57	0,50	120
1,00	60	0,45	133
0,95	63	0,40	150
0,90	66	0,35	172

Показатели функции внешнего дыхания

Клинические значения всех основных скоростных показателей спирограммы и кривой поток-объем рассчитываются индивидуально для мужчин и женщин отдельно по таблицам в зависимости от возраста и роста. Полученные значения выражаются в процентах от должного. Программа обработки абсолютных значений показателей ФВД на современных приборах («Пульмотест» и др.) это предусматривает. Спирографическое исследование минутного объема дыхания, частоты и объема дыхания, а также потребления кислорода целесообразно проводить в условиях основного обмена, так как при дыхании в спирограф вне этих условий наблюдается высокий разброс результатов исследования (до 200 % и более). Длительное дыхание воздухом спирографа, очищаемое от CO₂ с помощью химиопоглотителя, выводит организм пациента из условий основного обмена.

Показатели спирограммы и кривой поток-объем у здоровых лиц		
Параметры	Мужчины (в % должного)	Женщины (в % должного)
ЖЕЛ	81,3 - 111,4	78,2 - 113,3
ФЖЕЛ	79,5 - 112,5	76,3 - 114,4
ОФВ ₁	80,0 - 112,2	77,4 - 113,8
ОФВ ₁ /ЖЕЛ	84,2 - 109,6	88,8 - 108,7
ПОС _{выд}	74,2 - 115,7	71,8 - 117,2
МОС ₂₅	69,8 - 118,4	67,2 - 120,0
МОС ₅₀	62,6 - 122,8	60,8 - 123,9
МОС ₇₅	54,8 - 127,6	55,3 - 127,3
СОС ₂₅₋₇₅	65,5 - 121,0	57,9 - 125,7

Условные обозначения:

ЖЕЛ - жизненная емкость легких

ФЖЕЛ - форсированная ЖЕЛ

ОФВ₁ - объем форсированного выдоха за 1 сек

ОФВ₁/ЖЕЛ - тест Тиффно

ПОС_{выд} - пиковая объемная скорость выдоха

МОС₂₅ - максимальная объемная скорость выдоха в крупных бронхах

МОС₅₀ - максимальная объемная скорость в средних бронхах

МОС₇₅ - максимальная объемная скорость в мелких бронхах

СОС₂₅₋₇₅ - средняя объемная скорость

Примерная схема диспансеризации пациентов терапевтического профиля

Часто болеющие ОРЗ (Д III)

1. 2 раза в год, терапевт
2. Консультации пульмонолога, ЛОР- врача, стоматолога, рентгенография органов грудной клетки или крупнокадровая флюорография, спирография 1 раз в год при необходимости - консультации других узких специалистов
3. Анализы крови клинический, мочи, мокроты общий и на БК, спирография - 1 раз в год; исследование реактивности бронхов (с помощью ацетилхолиновой пробы)
4. Общемедицинская профилактика вирусных ОРЗ включает комплекс организационных, эпидемиологических, санитарно-гигиенических и медицинских мероприятий, проводимых накануне эпидемии. Неспецифическая профилактика ОРВИ предусматривает проведение общеукрепляющих мероприятий, закалывающие процедуры, рациональное питание с повышенным содержанием витаминов С, А, Е и ограничением углеводов; исключение вредных привычек, двигательную активность, достаточное пребывание на свежем воздухе, назначение дибазола (увеличивает выработку интерферона), амиксина, арбидола. Специфическая профилактика ОРЗ заключается в активной иммунизации населения гриппозной вакциной. Для этих целей используются две «живые» противогриппозные вакцины, предназначенные для интраназального и перорального применения, и три «убитые» вакцины: хроматографическая варионная вакцина Санкт-Петербургского НИИЭМ им. Пастера; центрифужная варионная вакцина Санкт-Петербургского институт вакцин и сывороток; расщепленная вакцина Уфимского НИИЭМ. Все инактивированные вакцины вводятся подкожно при помощи безигольного инъектора или шприцевым методом. Наиболее эффек-

тивным противогриппозным химиопрепаратом является ремантадин (метил-1-адамантилметиламина хлорид). Максимальная, ингибирующая вирус активность ремантадина проявляется по отношению к серотипам вируса гриппа типа А (А₀, А₁, А₂). В меньшей степени она проявляется по отношению к вирусу гриппа типа В, а также другим респираторным вирусам. С целью профилактики ремантадин назначается в период эпидемии гриппа по 1 табл. (50 мг) в день в течение всего периода риска заражения (2- 4 нед). Для профилактики бактериальных ОРЗ в экстремальные месяцы простудной заболеваемости (октябрь, март месяцы) назначаются адаптогены растительного происхождения (настойка элеутерококка, лимонника, аралии по 8-10 капель в день курсами по 2 недели в месяц); влажные ингаляции минеральных и соляно-щелочных вод; общая гипертермия (сауна 6-9 сеансов в течение 2-3 недель); тепловые физиопроцедуры (озокеритовые, парафиновые, грязевые аппликации на грудную клетку по 5-7 процедур на курс); водолечение (обтирание, обливание); ЛФК и массаж грудной клетки; поливитамины.

5. Выздоровление, уменьшение частоты ОРЗ, снижение временной нетрудоспособности, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения.

Состояние после острого бронхита без бронхиальной обструкции (Д III)

1. 3 раза в течение 6 месяцев (через 1-3-6 месяцев), терапевт
2. ЛОР- врач, стоматолог - 1 раз
3. Анализ крови клинический, спирография - 2 раза (через 1 и 6 месяцев); флюорография, общий анализ мокроты - 1 раз
4. Те же, что и лицам с частыми ОРЗ. Режим, витаминотерапия, симптоматическая терапия; закаливающие процедуры и оздоровительные мероприятия, ЛФК, сауна, санация очагов инфекции, отказ от курения
5. Выздоровление, перевод в группу Д I диспансерного наблюдения

Состояние после острого бронхита с обструкцией (Д III)

1. 4 раза в течение года, терапевт, пульмонолог
2. ЛОР-врач, стоматолог, аллерголог - 1 раз; пульмонолог - 2 раза в год
3. Анализ крови клинический - 3 раза в год; спирография - 4 раза, флюорография 1 раз, общий анализ мокроты - 2 раза, бронхоскопия - по показаниям
4. Те же, что и лицам без обструкции. Дополнительно в экстремальные месяцы простудной заболеваемости назначаются: ингаляции с минеральными и соляно-щелочными водами, витаминами-антиоксидантами (А, Е, С, никотиновая кислота), биостимуляторами (пелоидин, алоэ), отхаркивающими средствами из растительного сырья (настои и отвары корня солодки, мать-и-мачехи, эвкалипта, почек березы или сосны, листьев подорожника, истода сибирского, багульника в сборах); тепловые физиопроцедуры на грудную клетку; масляные ингаляции (эвкалиптовое, ментоловое, персиковое). В течение всего зимнего периода рекомендуется прием отхаркивающих средств из растительного сырья курсами по две недели в месяц, противовоспалительная бронходилатирующая терапия, санаторно-курортное лечение, профориентация и трудоустройство.
5. Выздоровление, нормализация показателей ФВД, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Состояние после перенесенной острой пневмонии (Д III)

1. 3 раза в течение 6 месяцев, терапевт
2. ЛОР-врач, стоматолог - 1 раз; пульмонолог - по показаниям
3. Анализ крови клинический, флюорография, спирография, общий анализ мокроты - 2 раза через 1 и 6 месяцев; анализ крови биохимический (С-реактивный белок, ДФА-проба, сиаловые кислоты, фибриноген) - 1 раз через 6 месяцев
4. Те же, что и при остром бронхите без обструкции
5. Выздоровление, перевод в группу Д I диспансерного наблюдения

Состояние после перенесенной пневмонии с остаточными изменениями в легких, увеличенной СОЭ, изменениями биохимических тестов крови или пневмонии с затяжным течением (Д III)

1. 4 раза в течение года (через 1-3-6 и 12 месяцев), терапевт, пульмонолог
2. ЛОР- врач, стоматолог - 2 раза, консультации фтизиатра, аллерголога, онколога и других специалистов - по показаниям
3. Анализ крови клинический, общий анализ мокроты и на БК - 3 раза через 1, 6 и 12 месяцев; анализ крови биохимический (С-реактивный белок, ДФА-проба, сиаловые кислоты, фибриноген) спирография и флюорография - 2 раза через 6 и 12 месяцев
4. Те же, что и при остром бронхите
5. Через 12 месяцев полностью выздоровевшие пациенты переводятся в группу Д I диспансерного наблюдения, а при сохранении рентгенологических изменений в легких (тяжистость, усиление легочного рисунка) - в группу Д II

Хронический необструктивный бронхит (Д III)

1. 2-3 раза в год, в зависимости от частоты обострений, терапевт
2. ЛОР-врач, стоматолог - 1 раз в год, пульмонолог, аллерголог, онколог - по показаниям
3. Анализ крови клинический, общий анализ мокроты и на БК - 3 раза в год; спирография - 2 раза в год, крупнокадровая флюорография, анализ крови биохимический - 1 раз в год; ЭКГ, бронхологическое обследование - по показаниям
4. Противорецидивная терапия - 2 раза в год и при ОРВИ, ингаляционная аэрозольтерапия, витаминотерапия, общеукрепляющая и симптоматическая терапия, физио- и фитотерапия, ЛФК, массаж, закаливание, санация очагов хронической инфекции, санаторно-курортное лечение, отказ от курения и употребления алкоголя, профориентация, трудоустройство
5. Отсутствие обострений заболевания, снижение показателей временной нетрудоспособности, улучшение качества жизни

Бронхиальная астма (Д III)

1. При легком и средней тяжести течения - 2-3 раза в год, при тяжелом течении - 1 раз в 1-2 месяца, терапевт, пульмонолог
2. ЛОР- врач, стоматолог, аллерголог, психотерапевт, эндокринолог, гинеколог - 1 раз в год
3. Клинический анализ крови, мочи, мокроты, спирография - 2-3 раза в год, флюорография, ЭКГ - 1 раз в год, бронхоскопия - по показаниям. Больным гормонозависимыми формами - анализ крови и мочи на сахар
4. Разгрузочно-диетические дни - 1 раз в 7-10 дней (например, молочный день: через каждые 2-3 часа за 6 приемов принимают 1,5 л кипяченого молока или кефира, простокваши, ацидофилина, примерно по 250 мл; или картофельный день: по 300 г отварного в кожуре или печеного картофеля без соли, всего 1,5 кг), питание с исключением высокоаллергенных продуктов; исключение контакта с аллергеном; профилактика ОРЗ и гриппа; антибактериальная терапия по поводу других заболеваний по строгим показаниям; санация очагов хронической инфекции и патологии носоглотки, профилактические вакцинации - противопоказаны; неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия - 2 раза в год; специфическая гипосенсибилизирующая терапия по показаниям; иглорефлексотерапия; лечебный микроклимат; психотерапия; дыхательная гимнастика; санаторно-курортное лечение
5. Уменьшение частоты и длительности обострений, улучшение клинических показателей, снижение временной нетрудоспособности, снятие или снижение группы инвалидности, улучшение качества жизни

Хроническая обструктивная болезнь легких (Д III)

1. 3-6 раз в год, в зависимости от тяжести течения, терапевт, пульмонолог
2. ЛОР- врач, стоматолог, аллерголог - 1 раз в год, консультации онколога и других специалистов - по показаниям
3. Анализ крови клинический, общий анализ мокроты и на БК - 3 раза в год, флюорография, анализ крови биохимический - 1

раз в год, спирография, ЭКГ - 2 раз в год, бронхологическое исследование - по показаниям

4. Базисная бронходилатирующая фармакотерапия, витаминотерапия, общеукрепляющие и симптоматические средства, физио- и фитотерапия, санация очагов хронической инфекции, ЛФК, дыхательная гимнастика, искусственная вентиляция, оксигенотерапия

5. Улучшение клинических показателей, снижение временной нетрудоспособности, улучшение качества жизни

Состояние после перенесенного острого абсцесса легких (Д III)

1. 5 раз в течение года (первое полугодие - 3 раза, второе - 2 раза), терапевт, пульмонолог.

2. ЛОР- врач, стоматолог - 1 раз в год, торакальный хирург, фтизиатр - по показаниям

3. Анализ крови клинический, общий анализ мокроты и на БК - при каждом посещении, спирография, анализ крови биохимический - 2 раза в год, флюорография, анализ мочи - 3 раза в год (через 3-6-12 месяцев); томография - 1 раз через 3 месяца, ЭКГ - 1 раз, бронхоскопия, бронхография - по показаниям

4. Противовоспалительная, общеукрепляющая, симптоматическая терапия; санация бронхиального дерева, дренажная гимнастика, ЛФК, физиотерапия, массаж, санация очагов хронической инфекции, реабилитация в специализированном санатории, трудоустройство

5. Выздоровление. Перевод в группу Д I диспансерного наблюдения

Бронхоэктатическая болезнь, абсцесс легких хронический (Д III)

1. 3 - 4 раза в год, в зависимости от тяжести течения, терапевт, пульмонолог

2. ЛОР- врач, стоматолог, торакальный хирург - 1 раз в год, фтизиатр, нефролог и другие специалисты - по показаниям

3. Анализ крови клинический, анализ мочи, мокроты общий и

на БК, флюорография - 2 раза в год. Биохимический анализ крови на острофазовые реакции, ЭКГ - 1 раз в год. Бронхоскопия, томография - по показаниям

4. Противорецидивное лечение - 2 раза в год в весенне-осенний период, при гриппе и ОРВИ - антибактериальная и противовоспалительная терапия, дренажная гимнастика, санация бронхиального дерева, ЛФК, общеукрепляющая и симптоматическая терапия. Питание с повышенным содержанием белков и витаминов; лечение в специализированных климатических и местных санаториях, реабилитационных отделениях. Профорентация, трудоустройство

5. Снижение временной нетрудоспособности. Нормализация или улучшение показателей вентиляционной функции легких. Полная или частичная трудовая реабилитация. Выздоровление. Перевод в группу Д I диспансерного наблюдения

Состояние после оперативного лечения по поводу нагноительных заболеваний легких без бронхоэктазий и поликистозных изменений (Д III)

1. 2 раза - в первые полгода после операции, затем 2 раза в год, терапевт

2. ЛОР-врач, стоматолог - 1 раз в год, торакальный хирург - по показаниям

3. Анализ крови клинический, анализ мочи, анализ мокроты общий и на БК, ЭКГ - 1 раз в год. Spiroграфия и флюорография в первый год после операции - 2 раза, затем 1 раз в год. Бронхологическое обследование, томография - по показаниям

4. То же, что и при частых ОРЗ. Дыхательная гимнастика, массаж, фито- и физиотерапия, общеукрепляющая и симптоматическая терапия. Санаторно-курортное лечение в климатических и местных санаториях не ранее 6 месяцев после операции

5. Уменьшение частоты заболеваний органов дыхания. Снижение временной нетрудоспособности. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Эмфизема легких (Д III)

1. 2 раза в год, терапевт
2. ЛОР-врач, стоматолог - 1 раз в год, пульмонолог, торакальный хирург - по показаниям
3. Анализ крови клинический, флюорография, ЭКГ - 1 раз в год. Спирография - 2 раза в год. Томореспираторная проба, бронхоскопия, биохимический анализ крови (определение протеолитической активности), остаточный объем легких - по показаниям
4. Двигательный режим, ЛФК, закаливание, симптоматическая и кислородотерапия, профилактика ОРВИ, гриппа. Отказ от курения. Трудоустройство
5. Улучшение клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособности. Полная или частичная трудовая реабилитация.

Диссеминированные процессы в легких: идиопатический фиброзирующий альвеолит, экзогенный аллергический альвеолит, фиброзирующий альвеолит при ДБСТ, саркоидоз, гистиоцитоз легких, лейомиоматоз легких, идиопатический гемосидероз легких, альвеолярный протеиноз легких (Д III)

1. 2-6 раз в год, в зависимости от стадии процесса, терапевт, пульмонолог
2. ЛОР-врач, стоматолог, фтизиатр - 1 раз в год, профпатолог, гинеколог - по показаниям
3. Анализ крови клинический, общий анализ мочи, общий анализ мокроты и на БК - 1-4 раза в год, спирография - 2-3 раза в год, рентгенография, ЭКГ - 1-2 раза в год. Сахар крови - 1 раз в год. Иммунологическое исследование и исследование ФВД 1 раз в 6 месяцев в условиях специализированного стационара
4. Диета с ограничением углеводов, жиров, соли, обогащенная белками, витаминами, солями калия, режим; медикаментозная терапия - кортикостероиды, препараты калия, анаболические гормоны, ЛФК. Местный специализированный санаторий. Ре-

комендации по трудоустройству

5. Улучшение клинических показателей, снижение временной нетрудоспособности

Артериальная гипертония (Д III)

1. 2-4 раза в год, в зависимости от от категории риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, терапевт

2. Кардиолог, офтальмолог, невропатолог, психоневролог - не реже 1 раза в год, эндокринолог, уролог - по показаниям

3. Анализ крови клинический - 2-4 раза в год; креатинин, холестерин общий, триглицериды, альфа-холестерин крови; глазное дно, ЭКГ, R-грамма сердца или крупнокадровая флюорография - не реже 1 раза в год; другие исследования - по показаниям

4. Обучение навыкам здорового образа жизни. Коррекция факторов риска, ограничение соли и насыщенных жиров. Психотерапия, физиотерапия и ЛФК. Трудовые рекомендации. Фармакотерапия (тиазидовые диуретики (индапамид или гипотиазид), бета-блокаторы, ИАПФ, антагонисты кальция и др.). Санаторно-курортное лечение.

5. В группе с низким и средним риском развития осложнений, отсутствием повреждения и поражения органов-мишеней, ассоциированных заболеваний - снижение временной нетрудоспособности, отсутствие прогрессирования гипертонии и органных поражений, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения; в группе с высоким и очень высоким риском - улучшение клинических показателей, снижение временной нетрудоспособности, снижение первичного выхода на инвалидность, числа новых случаев мозговых инсультов, инфарктов миокарда, внезапной смерти, увеличение числа лиц с контролируемым АД (140/90 мм рт.ст. и ниже)

Постинфарктный кардиосклероз (Д III)

1. Первые полгода - 2 раза в месяц, вторые - ежемесячно; второй год - не менее 4-х раз, терапевт, кардиолог

2. Врач кабинета функциональной диагностики (ДФТ на вело-

эргометре) в зависимости от функционального класса. Врач отделения восстановительного лечения

3. Анализ крови клинический - 2 раза в год, холестерин общий, альфа-холестерин, триглицериды - 2 раза в год. При антикоагулянтной терапии - протромбин еженедельно, ЭКГ - ежемесячно в первые полгода, 3 раза в год в последующие полтора года. Велоэргометрия, трансаминазы и свертывающая система крови - по показаниям

4. Обучение навыкам здорового образа жизни. Коррекция факторов риска, ЛФК и физическая активность - по мере обучения. Трудоустройство. Фармакотерапия (нитраты, спазмолитики, ИАПФ, бета-блокаторы, антагонисты кальция, антиаритмические средства, антикоагулянты, диуретики и др.) - по показаниям. Местный санаторий - по показаниям

5. Улучшение клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособности, снижение группы инвалидности. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Хроническая ишемическая болезнь сердца (Д III)

1. 2-4 раза в год, в зависимости от функционального класса, терапевт

2. Кардиолог, врач отделения восстановительного лечения, невропатолог, психотерапевт - 1 раз в год, другие специалисты - по показаниям

3. Анализ крови клинический - 1 раз в год, спектр липидов, альфа-холестерин - 2 раза в год. ЭКГ и функциональные пробы - 2-3 раза в год в зависимости от функционального класса

4. Рекомендации по формированию навыков здорового образа жизни. Коррекция факторов риска, ограничение углеводов и насыщенных жиров. Трудоустройство. Психотерапия. Фармакотерапия (нитраты, другие антиангинальные средства по ступенчатой схеме) - по показаниям в зависимости от функционального класса и сопутствующих нарушений. ЛФК. Санаторно-курортное лечение

5. Улучшение клинических показателей. Снижение временной

нетрудоспособности, снятие инвалидности. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения. В группе - снижение частоты новых случаев инфаркта миокарда, внезапной коронарной смерти, показателя общей смертности

Кардиомиопатии (Д III)

1. 4 раза в год, кардиолог, терапевт
2. ЛОР- врач, стоматолог, ревматолог, эндокринолог, невропатолог - 1 раз в год, другие специалисты - по показаниям
3. Анализ крови клинический - 1 раз, трансаминазы, иммуно-тесты - 2 раза в год. Электролиты и показатели свертывающей системы крови 2-3 раза в год. ЭКГ - 3-4 раза в год. R-грамма сердца, ФКГ, ЭХО-кардиограмма - 1 раз в год. Мониторирование сердца - по показаниям
4. Трудоустройство, режим физической активности. ЛФК. Режим питания при недостаточности кровообращения. Фармакотерапия - по показаниям. Санаторно-курортное лечение
5. Улучшение клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособности. Снятие группы инвалидности. В группе - снижение первичного выхода на инвалидность, случаев внезапной смерти, общего показателя смертности

Боли в грудной клетке (атипичные для стенокардии) и отсутствие признаков ИБС на ЭКГ (Д II)

1. 1 раз в год, терапевт
2. ЛОР- врач, стоматолог - 1 раз в год, другие специалисты - по показаниям
3. ЭКГ - 2-3 раза в год, ФКГ, ЭХОКГ, клинические и биохимические исследования - по показаниям
4. Пропаганда здорового образа жизни. Расширение физической активности. Коррекция и устранение факторов риска.. Фармакотерапия - по показаниям. Трудоустройство - по показаниям
5. Отсутствие прогрессирования признака и органических изменений. В группе - отсутствие новых случаев сердечно-сосудистых заболеваний

Ревматизм (активная фаза) (Д III)

1. 4 раза в год, ревматолог, терапевт
2. ЛОР- врач, стоматолог - 1 раз в год, офтальмолог - 1 раз в 2 года, кардиохирург (при наличии клапанного поражения сердца), невропатолог (при наличии хореи и очаговой симптоматики), гинеколог - по показаниям
3. Клинический анализ крови - 4 раза в год, общий анализ мочи - 2 раза в год, R-исследование органов грудной клетки, ФКГ и ЭКГ - 2 раза в год (по показаниям - чаще), биохимические показатели воспалительной активности (фибриноген, серомукоид, СРБ, АСЛ-О) - 2 раза в год, ЭХО-КГ - по показаниям
4. Медикаментозное лечение (НПВС, аминохинолиновые препараты, препараты наперстянки, калия, мочегонные - по показаниям). Санация очагов хронической инфекции. При остром течении, рецидиве - стационарное лечение
5. Снижение частоты рецидивов. Уменьшение временной нетрудоспособности. Снижение первичного выхода на инвалидность. Стойкая ремиссия. Снятие или изменение группы инвалидности. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Ревматизм (неактивная фаза) (Д II)

1. 1-2 раза в год, ревматолог, терапевт
2. ЛОР- врач, стоматолог - 1 раз в год, другие специалисты - по показаниям
3. Анализ крови клинический, общий анализ мочи - 2 раза в год, биохимические показатели воспалительной активности, R-исследование органов грудной клетки, ЭКГ, ФКГ - 1 раз в год, ЭХО-КГ - по показаниям
4. Санация очагов хронической инфекции. Противорецидивное лечение (2 раза в год - весной и осенью 3 года без порока сердца, 5 лет - с пороком сердца). Санаторно-курортное лечение - по показаниям
5. Стойкая ремиссия. Сохранение трудоспособности

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (Д III)

1. 2-4 раза в год в зависимости от тяжести течения, терапевт, гастроэнтеролог
2. Хирург, онколог 1 раз в год
3. Анализ крови клинический 2-3 раза в год. Анализ желудочного сока - 1 раз в год. Анализ кала на скрытую кровь, ФГС - ежегодно и при обострении, биопсия. R-исследование и исследование желчевыводящей системы - по показаниям
4. Диета. Режим питания. Противорецидивная базисная антисекреторная терапия с применением нелекарственных методов и медикаментозных средств два раза в год (весной и осенью) - антациды и адсорбенты, антихеликобактерные препараты, блокаторы H₂-рецепторов гистамина, ингибиторы H⁺K⁺АТФ-азы (протонной помпы) и др., витамины. Санаторно-курортное лечение. Трудоустройство.
5. Уменьшение частоты рецидивов, снижение временной нетрудоспособности. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения. Выздоровление. Если у больного язвенной болезнью в течение 3-х лет нет обострений и он находится в состоянии полной ремиссии, то в лечении по поводу язвенной болезни он более не нуждается. Такой пациент подлежит снятию с диспансерного учета.

Атрофический гастрит (Д III)

1. 2 раза в год, терапевт, гастроэнтеролог
2. Онколог - по показаниям
3. Анализ крови клинический 2 раза в год. ФГС с биопсией и анализ желудочного сока 1 раз в год.
4. Диета. Режим питания. Заместительная, ферментативная терапия, витамины. Санаторно-курортное лечение.
5. Отсутствие рецидивов и временной нетрудоспособности

Хронический гепатит (ДIII) персистирующий и активный

1. 1-4 раза в год, в зависимости от активности, терапевт, гастроэнтеролог

2. Невропатолог - по показаниям
3. Анализ крови клинический, билирубин, холестерин, АлАТ, АсАТ, общий белок и его фракции, осадочные пробы, щелочная фосфатаза соответственно 1 и 3-4 раза в год, при показани-ях - чаще; холецистография - по показаниям
4. Диета, режим питания. Профилактическая витаминотерапия (А, В, С и др.) 1-2 раза в год. При активном гепатите чередовать со средствами гепатозащитного действия и улучшающие функцию печени. Возможны иммуномодулирующие и иммунодепрессивные средства. Трудоустройство.
5. Снижение числа обострений. Уменьшение временной нетрудоспособности. Стабилизация процесса в печени

Хронический гепатит с выраженной активностью (с гормональной терапией) (Д III)

1. 1 раз в 6 месяцев, терапевт, гастроэнтеролог
2. Эндокринолог - по показаниям
3. Клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, биохимическое исследование, как при активном гепатите - 4 раза в год, по показаниям - чаще. Сахар крови и мочи - ежемесячно
4. Диета. Режим питания. Лечебно-профилактические мероприятия, как при активном гепатите, поддерживающие дозы преднизолонa, препараты калия, щелочи. Возможны иммуномоделирующие и иммунодепрессивные средства. Трудоустройство.
5. Отсутствие прогрессирования процесса. Уменьшение временной нетрудоспособности.

Состояние после перенесенного острого инфекционного гепатита (Д III)

1. 3 раза в год, терапевт
2. Гастроэнтеролог - 1 раз в год
3. Клинический анализ крови, биохимический анализ крови - 3 раза в год
4. Диета. Режим питания. Медикаментозное лечение - по показаниям. Санаторно-курортное лечение - при отсутствии проти-

вопоказаний

5. Отсутствие нарушений со стороны печени и желчевыводящих путей. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Хронический некалькулезный холецистит (Д III)

1. 1-3 раза в год, в зависимости от тяжести течения, терапевт, гастроэнтеролог
2. Хирург - по показаниям
3. Клинический анализ крови, (при показаниях): холецистография, ферменты поджелудочной железы в крови и моче, биохимическое исследование крови, как при хроническом гепатите
4. Диета. Режим питания. По показаниям спазмолитические, холеретические, холекинетические и противовоспалительные средства. Санаторно-курортное лечение
5. Отсутствие или уменьшение числа обострений, временной нетрудоспособности

Желчекаменная болезнь без обострений (Д III)

1. 2 раза в год, терапевт, гастроэнтеролог
2. Хирург - по показаниям
3. Клинический анализ крови - при обострении, холецистография - по показаниям
4. Диета. Ограничение физических и нервных нагрузок. Решение вопроса о хирургическом лечении при обострении
5. Отсутствие обострений. Уменьшение временной нетрудоспособности

Хронический панкреатит (Д III)

1. 1-4 раза в год, в зависимости от тяжести течения, терапевт, гастроэнтеролог
2. Хирург - по показаниям, эндокринолог - при повышении сахара в крови
3. Анализ крови клинический, исследование ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови и моче, копрологическое исследование, содержание сахара в крови и моче натощак, толерантности к глюкозе - 1 раз в год, при показаниях -

чаще, холецистография - по показаниям

4. Диета. Режим питания. Профилактическое лечение 2-4 раза в год (спазмолитические или церукал, желчегонные, обволакивающие, вяжущие, витамины В, С; при показаниях - репараты, ферментные препараты. Санаторно-курортное лечение. Трудоустройство при тяжелом течении

5. Уменьшение частоты рецидивов. Снижение временной нетрудоспособности. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Хронический энтероколит (Д III)

1. 2-4 раза в год, в зависимости от тяжести течения, терапевт, гастроэнтеролог

2. Онколог - по показаниям

3. Анализ крови клинический - 4 раза в год. Общий белок и белковые фракции - 1 раз в год, при показаниях - чаще. R-исследование, колоноскопия, копрологическое исследование, ректороманоскопия - по показаниям

4. Диета. Режим питания. Профилактическое лечение: витамины В, С, никотиновая и фолиевая кислота, адсорбенты, при показаниях - ферменты поджелудочной железы. Трудоустройство при тяжелом течении.

5. Уменьшение частоты рецидивов, снижение временной нетрудоспособности. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Хронический колит (Д III)

1. 1-2 раза в год, в зависимости от тяжести течений, терапевт, гастроэнтеролог

2. Проктолог, онколог - по показаниям

3. Копрологическое исследование, ректороманоскопия, ирригоскопия - по показаниям

4. Диета. Режим питания. При обострении - сульфаниламидные, холинолитические препараты, витамины В, С. Санаторно-курортное лечение

5. Отсутствие обострений и временной нетрудоспособности.

Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона толстой кишки (Д III)

1. 3-4 раза в год, терапевт
2. Гастроэнтеролог, хирург - частота, по показаниям, ревматолог, дерматовенеролог, окулист - по показаниям
3. Контроль крови и мочи в зависимости от особенностей течения и применяемого лечения. Биохимический анализ крови: белок, альбумины, электролиты, трансаминазы, щелочная фосфатаза, сывороточный гепатит. Пальцевое исследование прямой кишки. Ректоромано- и фиброколоноскопия, ирригоскопия. Прокто- и фистулография - по показаниям
4. Питание с исключением молочной пищи и сахарозы, с увеличением содержания белков, витаминов, микроэлементов. Комплексная противовоспалительная и антибактериальная фармакотерапия (сульфасалазин, преднизолон, трихопол, азатиоприн, поливитамины и симптоматические средства. Оперативное лечение - по показаниям
5. Уменьшение частоты обострений. Улучшение клинических и лабораторных показателей. Увеличение продолжительности ремиссии. Переход из непрерывной формы течения болезни в рецидивирующую. Раннее выявление дисплазии и отсутствие запущенных форм малигнизации.

Состояние после резекции желудка, холецистэктомии и других операций на органах пищеварения (переведенные от хирурга) (Д III)

1. 1-2 раза в год, терапевт
2. Гастроэнтеролог, хирург, онколог - по показаниям
3. Анализ крови клинический, эндоскопическое и др. исследования - по показаниям
4. Диета. Режим питания. По показаниям - ферментативная терапия, желчегонные, витамины В, С, противовоспалительные средства. Санаторно-курортное лечение
5. Отсутствие обострений, временной нетрудоспособности.

Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Состояние после перенесенного острого гломерулонефрита (Д III)

1. 4 раза в год в течение 2-х лет, терапевт
2. ЛОР- врач, стоматолог, нефролог, уролог, гинеколог, офтальмолог - 1 раз в год, по показаниям - чаще
3. Анализ крови клинический, общий анализ мочи - 4 раза в год. Анализ мочи по Зимницкому при снижении удельного веса мочи ниже 1.015. Биохимический анализ крови (общий белок крови и его фракции, холестерин, мочеви́на, креатинин), ЭКГ - 2 раза в год
4. Режим. Санация очагов хронической инфекции. Санаторно-курортное лечение - по показаниям
5. Отсутствие нарушений функции почек. Отсутствие нетрудоспособности. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Гломерулонефрит диффузный хронический (Д III) -

1. 2-4 раза в год, в зависимости от тяжести течения, терапевт
2. ЛОР- врач, стоматолог, нефролог, гинеколог, уролог - 1 раз в год
3. Анализ крови клинический, общий анализ мочи - 2 раза в год. Анализ мочи по Зимницкому - при снижении удельного веса до 1.015. Биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, холестерин, мочеви́на, креатинин), ЭКГ - 2 раза в год. Контроль АД
4. Диета. Санация очагов хронической инфекции. Режим. Санаторно-курортное лечение - по показаниям
5. Стабилизация процесса. Снижение временной нетрудоспособности

Хроническая почечная недостаточность в стадии компенсации (Д III)

1. 4 раза в год, терапевт
2. ЛОР- врач, стоматолог, гинеколог - 1 раз в год, офтальмолог - 2 раза в год

3. Анализ крови клинический, общий анализ мочи - 4 раза в год. Анализ мочи по Зимницкому - по показаниям. ЭКГ - 1 раз в год. Определение калия, натрия, мочевины, креатинина крови - 4 раза в год, кислотно-основного баланса - по показаниям
4. Диета с исключением острых блюд, приправ, специй, алкоголя. Активный двигательный режим. Фармакотерапия - по показаниям. Санация хронических очагов инфекции. Предупреждение воспалительных заболеваний. Санаторно-курортное лечение. Трудоустройство.
5. Улучшение клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособности. Стойкая ремиссия.

Примечание.

1 - частота наблюдения; 2 - осмотры врачами других специальностей; 3 - наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований; 4 - основные лечебно-оздоровительные мероприятия; 5 - критерии эффективности диспансеризации.

Тестовый контроль

1. Основными задачами участкового врача-терапевта являются:

- а) оказание пациентам в поликлинике и на дому своевременной квалифицированной лечебно-профилактической терапевтической помощи
- б) оказание больным первичной медико-санитарной помощи
- в) оказание лечебной и профилактической помощи пациентам, проживающим на территории поликлиники
- г) оказание лечебно-профилактической помощи пациентам, проживающим на территории обслуживания

2. Участковый врач-терапевт оказывает экстренную медицинскую помощь больным:

- а) проживающим на территории участка
- б) независимо от места проживания
- в) в пределах своей компетентности
- г) в рабочее время

3. Функции врача-терапевта поликлиники:

- а) обеспечивает квалифицированную терапевтическую помощь пациентам своего участка
- б) проводит анализ факторов, определяющих уровень здоровья населения участка
- в) осуществляет постоянное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями
- г) проводит прием пациентов

4. Периодичность и длительность работы участкового врача-терапевта в стационаре составляет:

- а) не менее 3 мес в каждые 2 года
- б) не менее 1 мес в каждые 3 года

- в) 1 мес ежегодно
- г) 1 мес каждые 5 лет

5. На занятие частной медицинской практикой имеет право:

- а) врач, получивший диплом врача-лечебника
- б) врач, получивший диплом врача-лечебника и сертификат специалиста
- в) врач, получивший диплом врача-лечебника, сертификат специалиста и лицензию на избранный вид деятельности
- г) любой врач, имеющий сертификат специалиста

6. Врач-терапевт подает экстренное извещение в случае:

- а) инфекционного заболевания
- б) подозрения на инфекционное заболевание
- в) пищевого отравления
- г) профессионального отравления

7. Компетенцию врача общей практики (семейного врача) имеет:

- а) участковый врач-терапевт
- б) врач-педиатр
- в) врач-акушер-гинеколог
- г) любой врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в лечебно-профилактическом учреждении
- д) врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста

8. Специализированную помощь пациентам участковый врач-терапевт оказывает в:

- а) профильном отделении стационара
- б) терапевтическом отделении стационара
- в) дневном стационаре поликлиники
- г) консультативном кабинете поликлиники

9. Участковый врач-терапевт несет ответственность за:

- а) некачественную работу
- б) ошибочные действия
- в) недостаточную эффективность лечебной работы
- г) низкие показатели качества работы

10. Расчетное время на первичное посещение к врачу-терапевту составляет:

- а) 25 мин
- б) 22 мин
- в) 30 мин
- г) 15 мин

11. Расчетное время на повторное посещение к участковому врачу-терапевту составляет:

- а) 10 мин
- б) 16 мин
- в) 20 мин
- г) 8 мин

12. Плановая функция участкового врача-терапевта составляет:

- а) 5000
- б) 4500
- в) 5600
- г) 6000

13. Норма нагрузки к участковому врачу в 1 час составляет:

- а) 5,0
- б) 4,8
- в) 3,4
- г) 3,0

14. Особенности амбулаторно-поликлинической работы участкового врача-терапевта:

- а) неизвестность в начале каждого рабочего дня состава впервые обращающихся больных
- б) ограниченность времени приема каждого пациента
- в) связь с лечебно-диагностическими службами ЛПУ
- г) зависимость эффективности лечения пациентов от их желания сотрудничать или уклоняться от лечения

15. Компетенцию лечащего врача имеет:

- а) врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении
- б) врач-терапевт лечебно-профилактического учреждения
- в) врач-педиатр лечебно-профилактического учреждения
- г) любой врач лечебно-профилактического учреждения

16. Посещения врачом-терапевтом пациентов на дому подразделяется на:

- а) первичные
- б) повторные
- в) активные
- г) вторичные
- д) неотложные

17. Госпитализация терапевтических амбулаторных больных может быть:

- а) срочной
- б) плановой
- в) договорной
- г) внеплановой

18. Методы организации работы участкового врача-терапевта в стационаре на дому:

- а) централизованный
- б) плановый
- в) децентрализованный

19. Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводит:

- а) лечащий врач
- б) заведующий терапевтическим отделением поликлиники
- в) заведующий поликлиникой

20. Показаниями для лечения в стационаре на дому являются:

- а) диагноз заболевания ясен и для его постановки или подтверждения не требуется проведения лабораторно-инструментального исследования в условиях стационара
- б) общее состояние пациента и течение заболевания не угрожает его жизни, не сопровождается развитием осложнений
- в) отказ пациента в госпитализации
- г) у пациента имеются благоприятные бытовые условия и возможности ухода

21. В дневной стационар поликлиники направляются:

- а) лица, за которыми после применения диагностических процедур, лечебных мероприятий, должно осуществляться краткосрочное медицинское наблюдение
- б) больные, у которых возможно развитие неблагоприятных реакций после проведенного лечения
- в) больные, нуждающиеся в длительном внутривенном вливании лекарственных препаратов
- г) пациенты, нуждающиеся в отдыхе (релаксации) после процедур
- д) пациенты, нуждающиеся в контролируемом лечении

22. Общими правилами поведения врача при экстренном вызове являются:

- а) демонстрация компетентности
- б) активность
- в) успокаивать пациента и его близких
- г) не предоставлять пациента самому себе

23. Принципы действий участкового врача при экстренном вызове:

- а) оценка общего состояния пациента
- б) быстрые диагностические решения
- в) оказание неотложной помощи
- г) учет прогноза состояния пациента
- д) выбор оптимального терапевтического решения

24. Варианты терапевтического вмешательства:

- а) консультация
- б) нелекарственное лечение
- в) фармакотерапия
- г) сочетание вариантов
- д) направление к узкому специалисту или в стационар

25. Группы риска возможных осложнений лекарственной терапии:

- а) молодые люди
- б) пожилые люди
- в) беременные
- г) больные с нарушением функции печени и почек

26. Особенности фармакотерапии в пожилом возрасте:

- а) начинать с половинной дозы и при необходимости осторожно ее увеличивать
- б) максимально простая схема приема лекарственных средств

- в) не использовать в качестве препаратов первого выбора средства опасности ортостатической гипотонии, развития депрессии, псевдодеменции
- г) использовать новейшие лекарственные препараты

27. К традиционным методам лечения относятся:

- а) фитотерапия
- б) мануальная терапия
- в) психотерапия
- г) иридодиагностика
- д) ортодоксальное лечение

28. Фазы полного воздержания от приема пищи при разгрузочно-диетической терапии:

- а) пищевое возбуждение
- б) пищевое угнетение
- в) нарастающего ацидоза
- г) компенсации
- д) декомпенсации

29. Длительность выхода из голодания составляет:

- а) 3-6 дней
- б) число дней голодания
- в) половина числа дней голодания плюс один день
- г) половина числа дней голодания

30. Отрицательные реакции на голодание:

- а) неуправляемый ацидоз
- б) ортостатический коллапс
- в) обострение хронических заболеваний
- г) аритмии и боли в сердце
- д) блокада соединительной ткани

31. Отчетным документом о временной нетрудоспособности является:

- а) статистический талон
- б) форма 16-ВН
- в) персональная карта работающего
- г) форма 30

32. Временная нетрудоспособность подразделяется на:

- а) полную
- б) краткосрочную
- в) долгосрочную
- г) частичную

33. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности:

- а) лечащий врач
- б) клиничко-экспертная комиссия ЛПУ
- в) клиничко-экспертная комиссия органа управления здравоохранением территории, входящей в субъект Федерации
- г) главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности МЗ РФ
- д) клиничко-экспертная комиссия органа управления здравоохранением субъекта Федерации

34. Определение признаков временной утраты трудоспособности проводится на основании оценки:

- а) состояния здоровья
- б) характера и условий труда
- в) социальных факторов
- г) психологических факторов

35. Клиничко-экспертная комиссия принимает решения и дает заключения в случаях:

- а) продления листка нетрудоспособности
- б) в сложных и конфликтных ситуациях

- в) при направлении на лечение за пределы административной территории
- г) при освобождении от экзаменов

36. В состав первичных МСЭК общего профиля в обязательном порядке входят:

- а) терапевт
- б) ЛОР-врач
- в) окулист
- г) хирург
- д) невропатолог

37. Не подлежат социальному страхованию и не имеют права на получение больничного листка:

- а) военнослужащие
- б) учащиеся всех категорий
- в) неработающие и уволенные с работы
- г) безработные, состоящие на учете в территориальных органах труда и занятости населения

38. Показателями низкого качества экспертизы временной нетрудоспособности являются:

- а) выдача больничного листка только на основании жалоб больного
- б) выдача больничного листка при хроническом заболевании без обострения
- в) длительное пребывание на больничном листке, несоответствующее течению заболевания
- г) выжидание 4-х месяцев для направления на МСЭК

39. Реабилитация подразделяется на:

- а) медицинскую
- б) психологическую
- в) профессиональную
- г) физическую

40. Принципами медицинской реабилитации являются:

- а) этапность
- б) преемственность всех проводимых мероприятий
- в) обязательность и своевременность их проведения
- г) последовательность

41. Задачи поликлинического этапа реабилитации:

- а) диспансерное динамическое наблюдение
- б) рациональное трудоустройство
- в) проведение санаторно-курортного лечения
- г) проведение стационарного лечения

42. Подготовительный период поликлинического этапа реабилитации включает:

- а) промежуток времени от начала поликлинического этапа до включения всех проводимых мероприятий
- б) промежуток времени от начала поликлинического этапа до времени возобновления трудовой деятельности

43. Длительность второго периода (вработывания) поликлинического этапа реабилитации составляет:

- а) 2-4 недели
- б) 6-8 недель
- в) 8-12 недель

44. Продолжительность третьего периода (частичного ограничения физических нагрузок от начала выхода на работу) составляет:

- а) 2-3 мес
- б) 3-4 мес
- в) 4-5 мес
- г) 5-6 мес

45. Оптимальными методами выявления лиц с факторами риска по возникновению заболевания являются:

- а) скрининг
- б) профилактический осмотр
- в) амбулаторный прием
- г) учет обращаемости

46. Скрининговое исследование включает:

- а) подготовку населения к массовому обследованию
- б) проведение обследования с помощью анализаторов, спирографии, флюорографии и др.
- в) распределение пациентов по группам диспансерного учета
- г) проведение оздоровительных мероприятий

47. Факторы риска заболеваний могут быть:

- а) физическими
- б) химическими
- в) биологическими
- г) социальными
- д) функциональными

48. Факторы риска заболеваний подразделяются на:

- а) эндогенные
- б) экзогенные
- в) прямые
- г) управляемые
- д) неуправляемые

49. К эндогенным управляемым факторам риска относятся:

- а) гормональные нарушения
- б) наркомания
- в) алкоголизм
- г) пол
- д) возраст

50. К эндогенным неуправляемым факторам риска относятся:

- а) нарушение ритма сердца
- б) нарушение свертываемости крови
- в) генетические нарушения
- г) пол
- д) возраст

51. К экзогенным управляемым факторам риска относятся:

- а) экологические факторы
- б) образ жизни
- в) особенности питания
- г) суточные колебания температуры

52. Экзогенными неуправляемыми факторами риска являются:

- а) климатические условия
- б) загрязнение воздуха
- в) загрязнение воды
- г) интенсивность солнечной радиации

53. К мерам первичной профилактики заболеваний относятся:

- а) оздоровление окружающей среды
- б) противорецидивное лечение
- в) санаторно-курортное лечение
- г) гигиеническое воспитание населения

54. К мерам вторичной профилактики относятся:

- а) устранение вредных привычек
- б) ранняя диагностика заболеваний
- в) диспансеризация
- г) противорецидивное лечение

55. Основными принципами рационального питания являются:

- а) соблюдение баланса поступающей и расходуемой энергии
- б) удовлетворение потребностей организма в определенном количестве и качестве пищевых веществ
- в) оптимальное соотношение пищевых веществ
- г) оптимальное количество приемов пищи

56. Физиологические нормы питания предусматривают соответствие:

- а) по полу
- б) возрасту
- в) массе тела
- г) профессии

57. Все взрослое население в зависимости от интенсивности труда делится на:

- а) 2 группы
- б) 3 группы
- в) 4 группы
- г) 5 групп

58. Белковые продукты должны потребляться преимущественно:

- а) вечером
- б) в первой половине дня
- в) в обед
- г) не имеет значения

59. К незаменимым факторам питания относятся:

- а) незаменимые аминокислоты
- б) микроэлементы
- в) витамины
- г) клетчатка

60. К методам оценки индивидуального питания относятся:

- а) анкетный
- б) опросно-весовой
- в) весовой
- г) лабораторный

61. Питание в коллективах изучают методами:

- а) оценки меню-раскладок
- б) лабораторный
- в) сплошной выборки
- г) весовой

62. Содержание легкоусвояемых углеводов в суточном рационе должно составлять:

- а) 10%
- б) 20%
- в) 30%
- г) 40%

63. В суточном рационе углеводы составляют от общей калорийности:

- а) 10-15%
- б) 20-25%
- в) 30-35%
- г) 40-45%
- д) 50-55%

64. Только для человека незаменим витамин:

- а) А
- б) С
- в) Е
- г) В

65. При проведении профилактических консультаций необходимо знать:

- а) характер и условия труда
- б) перечень медицинских противопоказаний
- в) законы и инструкции по охране труда
- г) состояние здоровья пациента

66. Немедикаментозные методы профилактического лечения включают:

- а) закаливание
- б) двигательную активность
- в) нивелирование стрессовых ситуаций
- г) психотерапию

67. К изотоническим физическим нагрузкам относятся:

- а) быстрая ходьба пешком
- б) плавание
- в) бег
- г) подтягивание на перекладине

68. Правила закаливания включают:

- а) постепенность
- б) систематичность
- в) положительный эмоциональный настрой
- г) физическую активность

69. Средствами закаливания являются:

- а) физические упражнения
- б) солнечные лучи
- в) воздух
- г) вода

70. Прививочные материалы подразделяются на:

- а) «живых» возбудителей, способных к размножению
- б) «убитых» возбудителей

- в) токсинов возбудителей
- г) специфических возбудителей

71. Иммуитет бывает:

- а) активный
- б) пассивный
- в) заимствованный
- г) временный

72. Препарат, используемый для специфической профилактики туберкулеза:

- а) сухая вакцина для накожного применения
- б) сухая вакцина для внутрикожного применения
- в) химическая вакцина для внутримышечного введения
- г) убитая вакцина для подкожного введения

73. Для экстренной профилактики вирусного гепатита В используются:

- а) нормальный иммуноглобулин человека
- б) вакцина против гепатита В
- в) иммуноглобулин против вирусного гепатита В

74. Лица, представляющие опасность для окружающих после заболевания гепатитом А:

- а) работники общественного питания
- б) работники продовольственных складов
- в) медицинские работники
- г) работники образования

75. Активной иммунизации против гепатита В подлежат:

- а) медицинский персонал
- б) пациенты, контактирующие с носителем австралийского антигена
- в) интимные партнеры, носителя вируса гепатита В

г) лица, имеющие контакт с биологическим материалом, содержащим вирус гепатита В

76. Повторная прививка против гепатита В показана при титре австралийского антигена равном:

- а) 10
- б) 20
- в) 50
- г) 100

77. К показателям, характеризующим здоровье население, относятся:

- а) физическое развитие
- б) заболеваемость
- в) демографические показатели
- г) рождаемость
- д) смертность

78. Здоровье - это:

- а) физическое благополучие
- б) психическое благополучие
- в) социальное благополучие
- г) отсутствие болезней

79. На показатели здоровья человека влияют:

- а) условия и образ жизни
- б) состояние окружающей среды
- в) генетические факторы
- г) качество медицинской помощи

80. Главная роль в формировании здоровья принадлежит:

- а) наследственности
- б) внешней среде
- в) образу жизни
- г) медицинскому обслуживанию

81. Образ жизни характеризует:

- а) стиль жизни
- б) уклад жизни
- в) уровень жизни

82. К первичным факторам риска здоровья относятся:

- а) курение
- б) злоупотребление алкоголем
- в) гиперхолестеринемия
- г) артериальная гипертония

83. К факторам нездоровья относятся:

- а) низкая физическая активность
- б) психоэмоциональная напряженность
- в) активная жизненная позиция
- г) высокая медицинская активность

84. Факторами здоровья являются:

- а) рациональное сбалансированное питание
- б) гиподинамия
- в) физический комфорт
- г) низкая медицинская активность

85. К стадиям формирования здорового образа жизни относятся:

- а) обдумывание изменений образа жизни
- б) сохранение изменений
- в) отсутствие заинтересованности изменений
- г) выполнение изменений
- д) планирование изменений

86. К побудительным мотивам формирования здорового образа жизни относят:

- а) диета-предложение вместо диеты-запрещения
- б) шутивное желание физической активности вместо принудительной дисциплины
- в) приятная альтернатива вместо запрещения
- г) реституционные факторы - юмор, шутку, похвалу, вместо запрещения дистресса

87. Успехи формирования здорового образа жизни - заслуга:

- а) пациента
- б) врача
- в) пациента и врача

88. Наиболее эффективным способом стабилизации нового поведения является:

- а) не замечать малозаметных успехов
- б) похвала в любой форме
- в) отказ от упреков
- г) поддержка пациента при неудаче

89. Показатель смертности рассчитывается как:

- а) $(\text{число умерших за год}) / (\text{среднее число населения}) \times 1000$
- б) $(\text{число умерших за год}) / (\text{число обратившихся в течение года по данному заболеванию}) \times 1000$

90. Средняя продолжительность предстоящей жизни определяется как:

- а) средний возраст умерших
- б) число лет, которое предстоит прожить данному поколению, родившихся при условии сохранения половозрастных показателей смертности

в) сумма средней продолжительности трудоспособного периода и средней продолжительности жизни в пенсионном периоде

91. Перепись населения проводится:

- а) ежегодно
- б) 1 раз в 5 лет
- в) 1 раз в 10 лет
- г) 1 раз в 15 лет

92. Общая заболеваемость (распространенность) определяется как:

- а) (число вновь выявленных заболеваний)/(средняя численность населения) X 1000
- б) (число всех зарегистрированных заболеваний)/(средняя численность населения) X 1000

93. Заболеваемость (распространенность по отдельным болезням) определяется как:

- а) (число вновь выявленных заболеваний данного диагноза)/(средняя численность населения) X 1000
- б) (число всех зарегистрированных заболеваний данного диагноза)/(средняя численность населения) X 1000

94. Структурой заболеваемости называется:

- а) удельный вес (%) зарегистрированных заболеваний различными классами болезней и отдельными болезнями по отношению к общему числу заболеваний, принимаемому за 100%
- б) число вновь выявленных заболеваний различными классами болезней или отдельными болезнями, отнесенное к средней численности населения

95. Семья - это:

- а) проживание людей, имеющих родственные связи
- б) общность нескольких членов в совместном жизненном пространстве

в) общность людей, имеющих кровнородственные связи

96. Основными функциями семьи являются:

- а) воспроизводство
- б) совместное ведение хозяйства
- в) оказание взаимной помощи
- г) проведение досуга
- д) все верно

97. Периоды жизненного цикла семьи:

- а) основание
- б) дети дошкольного возраста
- в) дети школьного возраста
- г) взросление
- д) пенсионеры
- е) все верно

98. Предсказуемые переходы жизненного цикла семьи:

- а) рождение здорового ребенка
- б) начало и конец учебы
- в) проблемы воспитания
- г) развод

99. Компетенцию врача общей практики (семейного врача) имеет:

- а) врач-терапевт участковый
- б) врач-педиатр
- в) врач акушер-гинеколог
- г) любой врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в амбулаторно-поликлиническом учреждении
- д) врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию медико-санитарной помощи членам семьи независимо от пола и возраста

100. Средний возраст составляет:

- а) 30-39 лет
- б) 40-49лет
- в) 45-59 лет
- г) 60-65 лет

101. Клинические особенности проявления болезни у пациентов пожилого возраста:

- а) стертое начало
- б) множественное поражение органов и систем
- в) хроническое течение
- г) атипичная симптоматики
- д) все верно

102. Медико-санитарные части могут быть:

- а) открытого типа
- б) закрытого типа
- в) смешанного типа
- г) Федерального типа

103. Основные задачи медико-санитарных частей

- а) оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи прикрепленному контингенту
- б) разработка и осуществление мероприятий по оздоровлению работающих
- в) осуществление контроля за состоянием здоровья работающих
- г) осуществление контроля за соответствием состояния здоровья работающих условиям труда

104. Единый комплексный план оздоровительных мероприятий на промышленном предприятии состоит из разделов:

- а) санитарно-технический
- б) санитарно-гигиенический
- в) лечебно-профилактический
- г) организационно-массовый

д) все верно

105. Предварительный медицинский осмотр проводится:

- а) среди лиц, поступающих на работу по специальности
- б) среди лиц, поступающих на работу с вредными и опасными условиями труда
- в) среди лиц, поступающих на работу с материальной ответственностью

106. Предварительные медицинские осмотры проводятся с участием:

- а) врача-терапевта
- б) врача-хирурга
- в) ЛОР-врача
- г) врача-гинеколога
- д) окулиста
- е) невропатолога
- ж) врачей узких специальностей, согласно профессиональной направленности

107. Периодический медицинский осмотр проводится для:

- а) разработки мероприятий по профилактике профессиональных заболеваний
- б) выявления лиц, нуждающихся в профилактическом лечении
- в) выявления лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении
- г) выявления факторов риска профессиональных заболеваний

108. Документальное подтверждение данных профессионального анамнеза включает:

- а) выписка из амбулаторной карты
- б) санитарно-гигиеническая характеристика условий труда
- в) копия трудовой книжки

109. Диспансерному наблюдению на промышленном предприятии подлежат:

- а) лица, перенесшие острые простудные заболевания
- б) часто и длительно болеющие
- в) здоровые, работающие во вредных и опасных условиях труда
- г) больные хроническими заболеваниями

110. Основными задачами врача-терапевта поликлинического отделения участковой больницы являются:

- а) обеспечение квалифицированной терапевтической помощи населению прикрепленной территории
- б) планирование и проведение мероприятий по профилактике общей и инфекционной заболеваемости
- в) организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью ФАП
- г) обеспечение специализированной терапевтической помощи населению прикрепленной территории

111. К особенностям работы врача-терапевта на сельском врачебном участке относятся:

- а) субъективность принятия терапевтических решений
- б) объективность принятия терапевтических решений
- в) отсутствие четкого ограничения времени амбулаторного приема
- г) оказание круглосуточной неотложной помощи

112. Функции врача-терапевта сельского врачебного участка предусматривают:

- а) дежурство в стационаре с правом пребывания дома
- б) выделение одного дня в неделю для проведения профилактической работы на участке
- в) проведение занятий с работниками сельского хозяйства по профилактике заболеваний, отравлений ядохимикатами, оказанию неотложной помощи
- г) обязательное посещение больных на дому

113. Основными задачами участкового врача-терапевта по диспансеризации являются:

- а) определение здоровья каждого пациента
- б) дифференцированное активное динамичное наблюдение за здоровыми, лицами с факторами риска, больными
- в) выявление причин, вызывающих заболевания и устранение их
- г) оказание квалифицированной терапевтической помощи больным

114. При проведении диспансерного наблюдения участковым врачом-терапевтом выполняется:

- а) активное выявление лиц с факторами риска возникновения распространенных заболеваний
- б) взятие на диспансерный учет лиц с факторами риска
- в) активное динамическое наблюдение, проведение лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий
- г) анализ качества и эффективности наблюдения

115. Первый этап диспансеризации на врачебном участке предусматривает:

- а) полицевой учет всех проживающих
- б) распределение пациентов по контингентам
- в) разработка плана проведения профосмотров
- г) оценка состояния здоровья контингентов

116. Второй этап диспансеризации включает:

- а) распределение пациентов по группам диспансерного учета
- б) составление индивидуальных программ по первичной и вторичной профилактике
- в) оценку состояния здоровья контингентов
- г) динамическое наблюдение за выполнением программ

117. Контингентами диспансерного наблюдения являются:

- а) руководящие и административные работники
- б) инвалиды, участники войны и лица, приравненные к ним

- в) рабочие промышленных предприятий, имеющие контакт с профессиональными вредностями
- г) учащиеся ПТУ, средних и высших учебных заведений

118. Диспансерный осмотр включает:

- а) полный осмотр тела
- б) измерение АД, длины и массы тела
- в) аускультацию сердечных тонов
- г) проверку зрения, слуха
- д) проверку половых желез

119. Оценка качества и эффективности диспансеризации - это:

- а) процент охвата диспансерным наблюдением (число состоящих на учете)/(число прикрепленного населения) X 100
- б) процент охвата диагностическими, профилактическими и лечебно-реабилитационными мероприятиями (число охваченных мероприятиями лиц)/(число нуждающихся) X 100
- в) показатели индекса здоровья (соотношение числа больных и здоровых лиц, не имеющих в текущем году случаев временной нетрудоспособности)
- г) динамика перемещения лиц по группам диспансерного учета

120. Законом РФ «О медицинском страховании граждан РФ» предусмотрены следующие виды медицинского страхования:

- а) обязательное медицинское страхование
- б) добровольное медицинское страхование
- в) смешанное медицинское страхование
- г) дополнительное медицинское страхование

121. Согласно Закона «О медицинском страховании граждан РФ» каждый гражданин имеет юридические права на охрану своего здоровья. Какое из перечисленных прав застрахованного является ошибочным ?

- а) обязательное и добровольное медицинское страхование
- б) свободный выбор медицинского учреждения
- в) свободный выбор лечащего врача
- г) возвратность части страховых взносов при ОМС

122. К субъектам обязательного медицинского страхования относятся все перечисленные, кроме:

- а) гражданин (страхуемый)
- б) страхователь (работодатель или местная администрация)
- в) страховая медицинская организация (страховщик)
- г) врачебная ассоциация
- д) медицинское учреждение

123. Из всех перечисленных членом комиссии по лицензированию деятельности медицинского учреждения не может быть:

- а) представитель медицинских профсоюзных ассоциаций
- б) представитель страховой медицинской организации
- в) представитель органа управления здравоохранения
- г) представитель учреждений государственной и муниципальной системы здравоохранения

124. Правом страховой медицинской организации является все перечисленное, кроме:

- а) участия в аккредитации медицинских учреждений
- б) свободного выбора медицинских учреждений, не имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по договорам ОМС
- в) установления размера страховых взносов
- г) участия в определении тарифов на медицинские услуги

125. Медицинский стандарт - это:

- а) объем и порядок выполнения лечебно-диагностических мероприятий
- б) стоимость выполнения медицинских технологий

в) гарантированный объем и качество клинико-диагностических обследований и лечебных мероприятий, требования к результатам лечения больных при соответствующих заболеваниях и затраты на их выполнение с учетом реальных возможностей медицинского учреждения

г) совокупность различных методов диагностики, лечения, профилактики и стоимости их выполнения

126. Качество медицинской помощи - это:

а) характеристика, отражающая состояние здоровья человека

б) характеристика, отражающая степень адекватности медицинских технологий, выбранных для достижения поставленной цели и соблюдения их профессиональных стандартов

127. Медицинская технология - это:

а) совокупность и порядок проведения различных мероприятий и методов диагностики, лечения, реабилитации, профилактики, необходимых для достижения конкретных конечных результатов медицинской помощи

б) совокупность различных методов диагностики, лечения, реабилитации, необходимых для оказания медицинской помощи

128. Ответственность за неоказание медицинской помощи больному предусмотрена ст. УК РФ:

а) 106

б) 114

в) 128

г) 172

129. Социальная и правовая защита медицинских работников предусмотрена статьей «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»:

а) 54

б) 58

в) 63

г) 67

130. Ответственность медицинских работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья предусмотрена статьей «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»:

а) 53

б) 66

в) 68

г) 69

131. Действия лечащего врача преступно-ненадлежаще оказавшего медицинскую помощь, в случае смерти квалифицируется по ст. УК РФ:

а) 128 «неоказание помощи больному»

б) 221 «незаконное врачевание»

в) 106 «неосторожное убийство»

г) 172 «халатность»

132. Передача сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента допускается:

а) для проведения научных исследований

б) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений

в) по запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда

г) при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий

Эталоны ответов

1	а	2	б	3	абвг	4	а
5	в	6	абвг	7	д	8	бв
9	аб	10	б	11	б	12	в
13	в	14	абвг	15	а	16	авд
17	аб	18	ав	19	б	20	абг
21	абвг	22	абвг	23	абвгд	24	абвгд
25	бвг	26	абв	27	абвгд	28	авг
29	в	30	абвгд	31	б	32	аг
33	абвгд	34	абв	35	абвг	36	агд
37	абв	38	абвг	39	абвг	40	абв
41	аб	42	б	43	а	44	г
45	аб	46	абв	47	абвг	48	абгд
49	а	50	агд	51	абв	52	аг
53	аг	54	бвг	55	абв	56	абг
57	г	58	б	59	абв	60	абв
61	аб	62	б	63	д	64	б
65	абв	66	абв	67	абв	68	абв
69	бвг	70	абв	71	аб	72	б
73	ав	74	аб	75	аб	76	а
77	абв	78	абвг	79	абвг	80	в
81	абв	82	аб	83	аб	84	ав
85	абвг	86	абвг	87	в	88	бвг
89	а	90	б	91	в	92	б
93	б	94	а	95	б	96	д
97	е	98	аб	99	д	100	в
101	д	102	аб	103	абвг	104	д
105	б	106	ж	107	аг	108	бв
109	бвг	110	абв	111	авг	112	аб
113	абв	114	абвг	115	абв	116	абв
117	бвг	118	абвг	119	абвг	120	аб
121	г	122	г	123	б	124	б
125	в	126	б	127	а	128	в

129 В

130 В

131 а

132 бвг

ОПРОСНИК ПАЦИЕНТА

Инструкции: Этот опросник поможет Вашему врачу лучше понять состояние Вашего здоровья. Ваш доктор может задать Вам вопросы по каждому из приведённых ниже пунктов. Пожалуйста, проследите за тем, чтобы каждый пункт был Вами заполненным.

Ф.И.О.	Пол: муж.	жен.	Возраст:	Дата:	
Семейное положение		Образование			
<input type="checkbox"/> состою в браке				<input type="checkbox"/> незаконченное среднее	
<input type="checkbox"/> вдовец/вдова				<input type="checkbox"/> среднее	
<input type="checkbox"/> расстались				<input type="checkbox"/> незаконченное высшее	
<input type="checkbox"/> в разводе				<input type="checkbox"/> высшее	
<input type="checkbox"/> в браке никогда не состоял (а)					
В течение последнего месяца Вам причиняли большое беспокойство:					
	ДА	НЕТ		ДА	НЕТ
1. Боль в желудке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Чувство нехватки воздуха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Боль в спине	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Запоры, поносы или частое мочеиспускание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Боль в руках, ногах или суставах (коленях, бёдрах и т.п.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Тошнота, газоотделение или диспепсия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Болезненные менструации или иные менструальные нарушения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Ощущение усталости или ослабленности, упадка энергии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Боль или иные проблемы при сексуальных контактах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Нарушение сна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Головные боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Неконтролируемый, чрезмерный приём пищи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Боль в груди	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Потеря удовольствия от ранее приятной деятельности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Головокружения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Чувство сниженного настроения, подавленности или безнадежности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Обмороки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. "Нервозность", чувство тревоги или нетерпения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Замедление (ускорение) сердцебиений	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Беспокойство по поводу множества различных вещей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			21. В течение последнего месяца были ли у Вас приступы тревоги (внезапное чувство страха или паники)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>В целом Вы оцениваете своё здоровье как:</p> <p><input type="checkbox"/> Отличное</p> <p><input type="checkbox"/> Очень хорошее</p> <p><input type="checkbox"/> Хорошее</p> <p><input type="checkbox"/> Удовлетворительное</p> <p><input type="checkbox"/> Плохое</p>					

Пояснение к опроснику пациента.

Схема клинического опроса представлена тремя диагностическими блоками. На необходимость использования блока “Соматоформные расстройства” врачу указывают 3 или более утвердительных ответа на вопросы №1-16; на необходимость использования блока “Расстройства настроения” – утвердительные ответы на вопросы №17-18; на использование блока “Тревожные расстройства” – утвердительные ответы на вопросы №19-21.

Врач работает со всеми блоками вне зависимости от ответов пациента, если он подозревает какое-либо расстройство

Библиографический указатель

1. Блейхер В.М., Крук И.В. Психологическая диагностика. - Киев, 1986. – 176 с.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. - Психосоматическая медицина: Кратк. учебн.: Пер. с нем. Г.А.Обухова и др.- М.: ГЭОТАР-Мед.,1999. – 376 с.
3. Брэтмен С. Нетрадиционная медицина. – СПб.: Питер Паблишинг. – 1997. – 288 с.
4. Васильченко Г.С. Частная сексопатология. В 2-х т.- М., 1983.
5. ВОЗ Паллиативное лечение рака. - 1987.
6. Гарантии качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования: Методическое пособие / Под общ. ред. Н.Б.Перепеча, Р.А.Галкина, В.Ф.Чавпецова.- Тольятти, 1996.- 88 с.
7. Герасименко Н.Ф. Состояние и перспективы правового регулирования охраны здоровья населения Российской Федерации // Здравоохранение Рос. Федерации.- 2003.- № 2. – С. 3-7.
8. Гериатрия / Под ред. Д.Ф.Чеботарева.- М., 1990.- 240 с.
9. Гнездилов А.В. Проблемы хосписной службы в России // Обозрение психиатрии и психологии им. В.М. Бехтерева. - 1994. - № 1. С. 175-179.
10. Гнездилов А.В., Губачев Ю.М. Терминальные состояния и паллиативная терапия. С.- Пб., «Гиппократ», 1997.- 52 с.
11. Гаджиев Р.С. Сельский врачебный участок.- М., 1988.- 272 с.
12. Демченкова Г.З. Теоретические и организационные основы диспансеризации населения. – М., 1987. – 283 с.
13. Денисов И.Н., Иванов А.И. Место семейного врача в структуре первичной медико-санитарной помощи // Врач.- 1995.- № 3.- С. 34-36.
14. Захаров В.В. Нарушение памяти у пожилых // Рус. мед. журн.- 2003.- № 10. – С. 598-601.

15. Зорза Р. и В. Путь к смерти. Жить до конца: Пер. с англ. - М., 1990. – 222 с.
16. Инструкция о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан: Приложение к приказу МЗ и МП РФ от 19.10. 1994 г № 21.- Брянск, 1994.
17. Исакова М.Е. Симптоматическое лечение онкологических больных в поздних стадиях заболевания // Рус. мед. журн. – 2003.- № 11.- С. 653-657.
18. Кадыков Б.И. Голодание // Руководство по патологической физиологии / Под ред. А.Д. Адо и П.Н. Васелкина. - М.: Медицина, 1966.- Т.2. – С. 235-269.
19. Книга о здоровье / Под ред. Ю.П. Лисицина.- М., 1988.- 512 с.
20. Косицкий Г.И. Основы рационального питания // Превентивная кардиология / Под ред. Г.И. Косицкого.- М.: Медицина, 1987. – С. 430-447.
21. Котельников Г.П., Яковлев О.Г., Захарова Н.О. Геронтология и гериатрия: Учебник.- М.: Медицина, 1997.- 800 с.
22. Лебедева И.В. Здоровый образ жизни: Методич. материалы в помощь лектору.- Оренбург, 1985.- 40 с.
23. Литвинов А.В. Норма в медицинской практике.- М., МЕДпресс, 1999. – 144 с.
24. Лоран О.Б., Щеплев П.А., Нестеров С.Н. и др. Современные методы диагностики и лечения эректильных дисфункций // Рус. мед. журн.- 2000.- № 3. – С. 130-133.
25. Лычев В.Г. Основы клинической гастроэнтерологии: Учеб. пособие.- М.: Мед. книга; Н. Новгород, НГМА.- 2000.- 186 с.
26. Машковский М.Д. Лекарственные средства: В 2 т. - 14-е изд., перераб., испр. и доп - М.: ООО «Новая Волна», 2000.
27. Медицинское страхование: Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (Проблемы, задачи и подходы к их решению): Методическое пособие / Под ред. В.Ф.Чавпецова, В.В.Гришина и др.- М., 1995.- 168 с.

28. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). – М., 1995.- Т. 1, ч. 1.

29. Михайлова Н.М. Лечение нарушений сна. Клинические рекомендации // Рус. мед. журн. – 2003.- № 2. – С. 85-87.

30. Николаев Ю.С., Нилов Е.И. Голодание ради здоровья. - М., 1988.- 240 с.

31. Об утверждении Инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан / Приказ МЗ и МП РФ № 206 и постановление Фонда социального страхования РФ № 21 от 19.10.94 г.

32. Об утверждении медицинской документации / Приказ МЗ СССР от 30.05.1986 г.

33. Общая и социальная психология: Практикум / Под ред. Н.Д. Твороговой.- М., 1997.- 374 с.

34. Общепрактическая и семейная медицина / Под ред. М.М. Кохена. Пер. с нем.- Минск: Беларусь, 1997.- 618 с.

35. О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности. Положение об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях. Приказ МЗ и МП РФ № 5 от 13.01. 1995 г.

36. О внесении изменений, дополнений и разъяснений к Инструкции о порядке выдачи документов удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан. Приказ-постановление МЗ и МП РФ и Фонда социального страхования РФ . № 267 / 66 от 25.06.96 г.

37. О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача). Приказ МЗ РФ - № 237 от 26.08. 1992 г.

38. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее простых заболеваниях и травмах: Рекомендации для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей. - М., 1995.

39. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. - М. - 1984.- 127 с.

40. Основы клинической ревматологии: Учебное пособие / Под ред. В.Г. Лычева.- М.: Мед. книга; Н.Новгород: НГМА, 2004.- 156 с.
41. О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации. Приказ МЗ МП и ФФОМС № 363/77 от 24.10.1996 г.- 24 с.
42. Паллиативное лечение рака / Официальный доклад, основанный на рекомендациях консультативного совещания ВОЗ. - Копенгаген: ВОЗ, 1989. – 47 с.
43. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. - М.: Медицина, 1996. – 464 с.
44. Поликлиническое дело / Под ред. В.А. Миняева. – М.: Медицина, 1987. – 319 с.
45. Поликлиническая терапия: Учебник / Под ред. В.А. Галкина. - М.: Медицина, 2000. – 256 с.
46. Положение об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях. Приказ МЗ МП РФ № 5 от 13.01. 1995 г.
47. Руководство по профессиональным заболеваниям / Под ред. Н.Ф. Измерова. В 2-т. – М.: Медицина, 1983.
48. Саидова Р.А. Современные контрацептивы.- Рус. мед. журн. – 2000.- № 11.- С. 453-460.
49. Сексология: Энциклопедический справочник по сексологии и смежным областям.- Минск.: БелЭн., 1993.- 351 с.
50. Серенко А.Ф., Ермаков В.В., Петраков Б.Д. Основы организации поликлинической помощи населению: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1982. – 376 с.
51. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство / Ю.П. Лисицин, Н.В.Полунина и др. Под ред. Ю.П. Лисицина.- М.: 1999.- 698 с.
52. Смуглевич А.Б. Подходы к терапии депрессий в общей медицинской практике // Рус. мед. журн.- 2003.- № 21.- С. 1192-1196.
53. Твайкросс Р.Дж., Фрамpton Д.Р. Введение в паллиативное лечение. Центр Сотрудничества ВОЗ по паллиативному ле-

чению. – М., 1992. – 35 с.

54. Харди И. Врач, сестра, больной.- Будапешт, 1988.- 338 с.

55. Шелтон Г. Натуральная гигиена : Пер. с англ. – СПб.: ИК «Комплект», 1997. – 336 с.

56. Экспертиза качества медицинской помощи: Теория и практика / Под ред. В.Ф.Чавпецова, Н.В.Перепеча и др.- С.-Пб., 1997.- 320 с.

57. Alexander F. Psychosomatische Medicin. - De Gruyter, Berlin, 1951.

58. Kubler - Ross, E.: Interviews mit Sterbenden. Kreuz-Verlag, Berlin, 1973.

Учебное пособие

Валерий Германович Лычев

Тамара Терентьевна Карманова

Амбулаторно-поликлиническая терапия