



УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

# СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА

Санкт-Петербург  
СпецЛит

**Лариса Валериановна Кочорова**  
**Александр Анатольевич Стрельников**  
**Андрей Григорьевич Обрезан**  
**Олег Богданович Крысюк**  
**Семейная медицина**  
**Серия «Учебное пособие**  
**для медицинских вузов»**

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=10254450](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=10254450)*

*Семейная медицина : учебное пособие:*

*ISBN 978-5-299-00406-9*

### **Аннотация**

Пособие предназначено для изучения наиболее важных и актуальных аспектов деятельности семейного врача. Особое внимание уделено изложению вопросов организации деятельности врача и проведению профилактических мероприятий в рамках семейной медицины.

Книга раскрывает специфику семиотики, диагностики основных состояний, встречающихся в практике врача. Изложенные сведения призваны способствовать усвоению навыков дифференциальной диагностики заболеваний внутренних органов, получению знаний о современном арсенале диагностических методов, помогут специалисту

оценить симптомы и синдромы, правильно сформулировать диагноз, определить перечень дифференцируемых заболеваний, спланировать характер проводимой терапии.

Содержание и объем пособия соответствуют учебной программе для медицинских вузов и факультетов подготовки врачей по разделу «Семейная медицина».

# Содержание

ВВЕДЕНИЕ	6
РАЗДЕЛ I	9
ГЛАВА 1	9
1.1. Определение понятий «общая врачебная практика», «семейная медицина», «врач общей практики», «семейный врач»	9
1.2. Предпосылки реорганизации амбулаторно-поликлинической помощи в современных условиях	13
1.3. Законодательная база общей врачебной практики	17
1.4. Система обучения врачей общей практики (семейных врачей)	23
1.5. Преимущества и недостатки существующей в России общей врачебной практики и системы профилактики в семейной медицине	24
1.6. Модели организации работы врача общей практики (семейного врача)	31
ГЛАВА 2	47
2.1. Семья, основы науки о семье, семья и профилактика на разных этапах	47



# **Крысюк О. Б., Стрельников А. А., Обрезан А. Г., Кочорова Л. В. Семейная медицина**

## **ВВЕДЕНИЕ**

В 2005 г. в систему преподавания на медицинском факультете Санкт-Петербургского государственного университета введена новая учебная дисциплина – «семейная медицина». Курс «общая врачебная практика / семейная медицина» в рамках основного шестилетнего медицинского образования преподают лишь в некоторых вузах России, и в основном в рамках последипломного образования. Основная задача курса семейной медицины в структуре преподавания – это формирование представления об организации и сущности процесса общей врачебной практики в России и за рубежом, а также знакомство с целями, задачами, объемом и основными направлениями работы семейных врачей.

В отличие от традиционно сложившегося в российской высшей медицинской школе представления о первостепенной значимости нозологического подхода в обучении, в дан-

ном учебном пособии нашла отражение именно профилактика заболеваний, которая является одним из основных направлений в подготовке врачей общей практики / врачей-специалистов по семейной медицине. В развитых странах профилактика уже стала эффективным средством борьбы с социально значимыми болезнями как на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Страны Западной Европы, Скандинавии, во многом благодаря реализации профилактических программ, в 80-е годы XX столетия успешно преодолели демографический кризис, проявлявшийся резким снижением численности населения.

Важным аспектом подготовки семейного врача является необходимость формирования знаний и практических представлений о семье как о своеобразной «ячейке национального здоровья», основе благосостояния и развития. В настоящее время Российская Федерация объявила общенациональным проектом борьбу с демографическим кризисом, обусловленным как низкой рождаемостью, так и высокими уровнями заболеваемости, инвалидизации и смертности. В успешной реализации данного проекта значительную роль призваны сыграть семейные врачи, так как именно первичное звено здравоохранения может обеспечить адресную направленность общеобразовательных аспектов основ медицинских знаний и профилактических программ.

Учитывая реформирование первичного звена здравоохранения по типу общей врачебной практики, данное по-

собрание предназначено для изучения основ семейной медицины, общей врачебной практики, общих и частных вопросов профилактики и укрепления здоровья. В первом разделе пособия представлены актуальные вопросы организации общеврачебной практики, место и роль профилактических мероприятий в семейной медицине. Второй раздел посвящен актуальным вопросам дифференциальной диагностики в практике семейного врача (основным симптомам, синдромам, симптомокомплексам, заболеваниям).

Надеемся, что данное учебно-методическое пособие будет способствовать обобщению студентами знаний по основным медицинским специальностям и активному использованию их в общеврачебной практике / семейной медицине.



***РАЗДЕЛ I***  
**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**  
**ОРГАНИЗАЦИИ**  
**ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И**  
**ПРОФИЛАКТИКИ В ПРАКТИКЕ**  
**СЕМЕЙНОГО ВРАЧА**

***ГЛАВА I***  
**ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ**  
**МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**  
**ПО ПРИНЦИПУ «ОБЩАЯ**  
**ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА /**  
**СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА»**

**1.1. Определение понятий**  
**«общая врачебная практика»,**  
**«семейная медицина», «врач общей**  
**практики», «семейный врач»**

*врачебной практики и семейной медицины.* Необходимо отметить, что при начальном многообразии различий в понимании этих, на первый взгляд, далеко не идентичных понятий, сегодня сложилось убеждение о полной их тождественности. Мы приводим одно из наиболее обобщенных определений.

*Общая врачебная практика / семейная медицина* – это система организации первичной медицинской помощи, оказываемой общепрактикующим (семейным) врачом персонально (индивидуальная практика) или в составе коллектива (групповая практика), включающая в себя первичное и продолжительное наблюдение и лечение отдельных пациентов, семей и всего приписанного контингента лиц безотносительно к возрасту, полу пациента и характеру патологии.

Согласно определениям руководящих документов Министерства здравоохранения и положению об охране труда и здоровья граждан, *«врач общей практики – специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению... Врач общей практики, независимо от пола и возраста пациентов, является семейным врачом».* *«Семейный врач – это врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста».*

В приведенном определении особого рассмотрения заслу-

живают следующие положения:

1) общая врачебная практика / семейная медицина – это *система организации* первичной медицинской помощи, то есть особый технологический процесс;

2) «первичная медицинская помощь – основные медико-санитарные мероприятия, доступные всем людям и семьям в общине и осуществляемые при их всемерном участии на основе практически применимых, научно обоснованных и социально приемлемых методов и технологий и при затратах в пределах материальных возможностей общины и страны в целом. Первичная медицинская помощь составляет неотъемлемую часть как национальной системы здравоохранения, осуществляя ее главную функцию и являясь ее центральным звеном, так и всего процесса социально-экономического развития общества» (ВОЗ, 1978, Алма-Ата);

3) первичное и продолжительное наблюдение составляет основу деятельности семейного врача, обращающегося к истории заболевания детей через родителей и прародителей и осуществляющего многолетний, а иногда и в течение всей жизни, контакт и медицинское обслуживание той или иной семьи, группы людей, рабочего коллектива и т. п.;

4) отсутствие ограничений для различного пола, любого возраста и характера патологии является существенным отличием врача общей практики / семейного врача от участкового терапевта, педиатра, узкопрофильного специалиста и

нацеливает врача на изучение всего спектра патологии в рамках педиатрии и геронтологии, гинекологии и урологии, терапии и хирургии, указывает на необходимость твердого знания основ любой специальности и оказание помощи на уровне квалифицированной медицинской помощи.

Чем же отличается врач общей практики от участкового терапевта? Во-первых, более значительным объемом знаний, практических навыков, а отсюда – объемом и качеством медицинской помощи. Во-вторых, участием в ином технологическом процессе оказания медицинской помощи. По мнению Министерства здравоохранения и социального развития РФ, семейный врач – это врач, который лечит всю семью: детей и взрослых, беременных женщин и стариков. По существу, в роли таких врачей сегодня выступают врачи сельских амбулаторий и участковых больниц. В определении, которое дает Американская академия семейных врачей, подчеркивается, что семейный врач является адвокатом семьи в делах, связанных с охраной здоровья.

В отечественном здравоохранении еще только предстоит решить задачу подготовки врачей общей практики и становление системы медицинской помощи по принципу семейной медицины, а вот в развитых странах мира проблема первичного обращения за медицинской помощью давно решена. Ключевой фигурой первичной медицинской помощи стал семейный врач, называемый в некоторых странах (Великобритания, Нидерланды и др.) врачом общей практики. Он

оказывается подготовленным таким образом, что в 80 – 95 % случаев всех обращений к нему сам определяет характер заболевания и меры, достаточные для его лечения, а в 5 – 20 % знает, к какому специалисту следует направить больного для решения всех вопросов диагностики и лечения.

## **1.2. Предпосылки реорганизации амбулаторно-поликлинической помощи в современных условиях**

Для более глубокого понимания предпосылок и необходимости реформирования амбулаторно-поликлинической помощи в нашей стране целесообразно рассмотрение некоторых исторических аспектов становления медицины в России.

Так, в XIX в. оказание первичной помощи осуществлялось с помощью следующих организационных форм медицинской деятельности:

- *фабрично-заводская медицина* (постановление об открытии предпринимателями лечебниц при заводах и фабриках было издано в 1866 г.);
- *городская муниципальная медицина* существовала за счет нищенских муниципальных бюджетов и имела малое число самостоятельных амбулаторий. Основными действующими лицами городского здравоохранения были частно-практикующие врачи;

– *земская медицина*, являющаяся прототипом общей врачебной и фельдшерско-акушерской помощи в отдаленных губерниях.

Организационные варианты, выработанные земской медициной, на рубеже XIX – XX вв. в значительной степени были восприняты городской и фабрично-заводской медициной. В это же время появляется еще одна очень важная тенденция совершенствования медицины. Ею становится складывающаяся уже в XIX в. и бурно прогрессирующая в XX в. *специализация*.

К началу социалистических преобразований Россия подошла, имея опыт практической реализации идей общей врачебной практики, а также прекрасные клинические школы, ориентированные на целостное восприятие болезненных состояний человека.

За годы советской власти произошли огромные изменения в структуре системы здравоохранения. Численность врачей и медицинских сестер, больничных коек, число разнообразных лечебнопрофилактических учреждений возросли в сотни раз. Прежде всего, послереволюционные годы отмечены прогрессивным развитием многочисленных специальностей. Гордостью советского здравоохранения стала первичная специализированная медицинская помощь: терапевт, педиатр, акушер-гинеколог, хирург и другие специалисты, доступ к которым в поликлинике был открыт для любого пациента в результате реализации системы «самозапи-

си». Казалось бы, страна достигла того состояния первичной медицинской помощи, о котором можно только мечтать, ведь путь больного к врачу, подготовленному для оказания специализированной помощи, был в максимальной степени упрощен и укорочен. Однако на практике все оказалось прямой противоположностью ожидаемому. Возможность и легкость направления или самостоятельного обращения пациента к узким специалистам нарушила основной принцип функционирования первичной медицинской помощи – непрерывность наблюдения пациента. Несогласованность рекомендаций и различия в диагностических суждениях, высказанных разными консультантами, часто не оптимизировали, а ухудшали результаты лечения и состояние пациента, а о длительном наблюдении отдельно взятого больного, тем более его семьи, речь не велась вообще. Участковый терапевт или педиатр превратились в регистраторов различных мнений, в диспетчеров, для которых пациент уподоблялся мячу, пасуемому другим специалистам при возникновении сложной ситуации. Исчезло чувство ответственности за судьбу пациента, не воспитывалась готовность выступить его защитником при назначении кем-либо из консультантов спорной терапии или опасных методов исследования.

Было бы неверно трактовать сложившиеся отношения врач – больной однобоко. Описанная организация врачебной помощи позволяла любому пациенту претендовать на быстрое получение высококвалифицированного и специа-

лизированного медицинского пособия. Подобная система здравоохранения, несомненно, легче развивала узкие, высокотехнологичные направления в медицине.

И все же в условиях рыночной экономики существовавшая в советское время поликлиническая система оказания первичной медицинской помощи оказалась неэффективной. В результате хаотического движения пациентов по многочисленным поликлиническим профессионалам резко увеличивалось число производимых дополнительных исследований, росли нагрузки на приемах у узких специалистов, учащались не всегда обоснованные направления на стационарное лечение и обследование. Все это вело к возрастанию стоимости медицинского обслуживания, что становилось серьезной проблемой в условиях снижения ассигнований на здравоохранение. Складывающаяся обстановка не обеспечивала безопасность, а создавала угрозу здоровью людей, что, в сочетании с экономической ситуацией в стране, проявлялось в резком ухудшении демографических показателей.

Сложившаяся ситуация потребовала реформы и реструктуризации в первую очередь системы оказания первичной медицинской помощи. Применяя мировой опыт и традиции российской земской медицины, было принято решение о переходе от поликлинической формы медицинского обслуживания населения к внедрению службы врачей общей практики (семейных врачей).



### **1.3. Законодательная база общей врачебной практики**

Законодательная база общей врачебной практики также развивалась определенным образом в течение последних десятилетий. ВОЗ еще в 1978 г. объявила о поэтапном переходе к оказанию первичной медицинской помощи по концепции врача общей практики. Учитывая мировые тенденции развития медицины, а также положение, сложившееся в России, МЗ РФ был издан Приказ от 26.08.1992 г. № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». В соответствии с ним был декларирован постепенный переход к такой организации медицинской помощи, какая существует в развитых странах, при сохранении того положительного, что было в здравоохранении нашей страны. Этим приказом, а также приказами Минздравмедпрома РФ от 16.02.1995 г. № 33 и Минздрава РФ от 27.08.1999 г. № 337 в номенклатуре врачебных специальностей и врачебных должностей в учреждениях здравоохранения утверждены новая специальность 040110 «Общая врачебная практика (семейная медицина)» и новая должность «врач общей практики (семейный врач)».

В «Положении о враче общей практики (семейном враче)», утвержденном Приказом МЗ РФ от 26.08.1992 г.

№ 237, дано следующее определение профессиональной компетенции врача общей практики: «Врач общей практики – специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению». Там же указано, что врач общей практики, оказывающий первичную многопрофильную медико-социальную помощь семье, независимо от пола и возраста пациентов, является семейным врачом.

«Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан», введенными в действие Постановлением Верховного Совета РФ от 22.07.1993 г., предусмотрено право семьи на выбор семейного врача (ст. 22), обеспечивающего ей медицинскую помощь по месту жительства. Статья 59 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» определяет: «Семейный врач – это врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста».

Законодательная база системы общей врачебной практики и семейной медицины охватывает все звенья оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Так, Приказ министра здравоохранения от 21.03.2003 г. № 112 «О штатных нормах центра, отделения общей врачебной (семейной) практики» содержит следующие основополагающие тезисы: «В соответствии с Приказом Минздрава России от 20.11.2002 г.

№ 350 „О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации“ приказываю:

1. Утвердить штатные нормативы медицинского и другого персонала центра общей врачебной (семейной) практики (приложение 1);

2. Утвердить штатные нормативы медицинского и другого персонала отделения общей врачебной (семейной) практики (приложение 2)»...

В приложении 1 вышеприведенного Приказа министра здравоохранения регламентированы следующие нормативные штатные единицы.

1. *Врачебный персонал.*

1.1. Должности врачей общей практики (семейных врачей) для оказания медико-санитарной помощи прикрепленному населению и проведения диспансерного наблюдения устанавливаются из расчета:

- 1 должность на 1500 человек взрослого населения;
- 1 должность на 1200 человек взрослого и детского населения.

1.2. Должность врача-методиста (1 позиция) устанавливается при наличии не менее 8 должностей врачей общей практики (семейных врачей);

1.3. Должность заведующего отделением – врача общей практики (семейного врача) устанавливается:

- при числе от 4 до 6 должностей врачей общей практи-

ки (семейных врачей) – вместо 0,5 должности врача общей практики (семейного врача);

– при числе более 6 врачей общей практики (семейных врачей) – сверх указанных должностей.

Внедрение системы общей врачебной практики / семейной медицины – это не только введение новых позиций врачебного персонала, но и новые организационные подходы, прежде всего в работе среднего медицинского персонала, повышение роли медицинской сестры до уровня помощника врача. В приложении 1 Приказа министра здравоохранения от 21.03.2003 г. № 112 «О штатных нормативах центра, отделения общей врачебной (семейной) практики» установлены следующие положения по численности и составу сестринского персонала.

## *2. Средний медицинский персонал.*

2.1. Должность медицинской сестры врача общей практики устанавливается из расчета 2 должности на каждую предусмотренную должность врача.

2.2. Должность помощника врача общей практики (семейного врача) устанавливается из расчета 1 должность на каждую предусмотренную должность врача.

2.3. Должность лаборанта (фельдшера-лаборанта, медицинского лабораторного техника, медицинского технолога) устанавливается из расчета 1 должность на центр.

2.4. Должность медицинского статистика устанавливается из расчета 1 должность на центр.

2.5. Должность медицинского регистратора устанавливается из расчета 1 должность на 4 должности врачей.

2.6. Должность старшей медицинской сестры устанавливается соответственно должности заведующего отделением.

Приведенные выдержки из приказов по Министерству здравоохранения демонстрируют попытку реструктуризации отрасли с акцентом на развитую сеть врачей общей практики (семейных врачей), обеспеченных профессиональной и специальной поддержкой целого ряда работников здравоохранения (помощников врача, медицинских сестер, лаборантов и проч.). Необходимо отметить, что большинство центров общей врачебной практики (семейной медицины) на сегодняшний день не полностью соответствуют предполагаемой структуре. Практика показывает, что в центрах общей врачебной практики существует потребность более разветвленной лабораторной службы; при наличии автоматизированных и компьютеризированных рабочих мест отсутствует отчетливая необходимость медицинских статистиков; зачастую не соблюдается положенный и актуальный регламент по числу помощников врача, столь необходимых в современных условиях высокотехнологичной и интенсивной медицинской науки и практики.

Из правового статуса врача общей практики следует, что у него должна быть широкая специализация. При этом семейный врач как врач широкого профиля не может полностью заменить акушерагинеколога, педиатра, хирурга, невропато-

лога, окулиста, дерматовенеролога и других «узких» специалистов. Но он способен выполнять лечебно-диагностические и профилактические мероприятия и врачебные манипуляции в соответствии с уровнем его базовой подготовки по этим специальностям.

В соответствии с «Квалификационной характеристикой врача общей практики (семейного врача)», утвержденной Приказом МЗ РФ от 26.08.1992 г. № 237, ММА им. И. М. Сеченова были разработаны следующие критерии уровня специализации врача общей практики (семейного врача): «Врач общей практики (семейный врач) обязан владеть врачебными манипуляциями терапевтического профиля, т. е. уметь оказывать квалифицированную терапевтическую помощь взрослым и детям при распространенных заболеваниях внутренних органов и проводить основные (базовые) врачебные лечебно-диагностические мероприятия. То есть оказывать первую врачебную помощь при смежных заболеваниях и неотложных состояниях, а также владеть методами формирования здорового образа жизни семьи и неукоснительно соблюдать требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения оздоровительных, профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому».

## **1.4. Система обучения врачей общей практики (семейных врачей)**

Согласно Государственному образовательному стандарту, уровне образования специалиста, дающим ему право на продолжение послевузовского профессионального образования по специальности 040110 – «Общая врачебная практика (семейная медицина)», является высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» (квалификация «врач») или «Педиатрия» (квалификация «врач»).

Нормативные сроки освоения стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» для получения квалификации «Врач общей практики (семейный врач)» представлены ниже:

- для выпускника лечебного факультета, получившего диплом врача, и выпускника педиатрического факультета, получившего диплом врача, в очной клинической ординатуре по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» – 2 г. (3456 ч);
- для врачей со стажем и имеющих диплом врача – профессиональная переподготовка на циклах специализации (переподготовки) по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», очная форма, очно-заочная

форма – 6 мес. (864 ч), из которых не менее 500 ч в очной форме;

– для врачей общей практики (семейных врачей) – аттестационные (сертификационные) циклы послевузовской подготовки, очная форма, очно-заочная форма – 2 мес. (288 ч), из которых не менее 144 ч в очной форме;

– для врачей общей практики (семейных врачей) – тематическое усовершенствование по наиболее актуальным направлениям профессиональной деятельности, очная форма, очно-заочная форма – 72 – 100 ч.

## **1.5. Преимущества и недостатки существующей в России общей врачебной практики и системы профилактики в семейной медицине**

Анализ деятельности первых отделений общей практики в Санкт-Петербурге продемонстрировал не только медико-социальную эффективность, но и экономичность этого вида медицинской помощи, о чем свидетельствовало снижение обращаемости к консультативной помощи узких специалистов в среднем на 50 % и частоты госпитализации обслуживаемых групп населения на 30 – 35 % в сравнении с общегородским уровнем. Существующий опыт работы показывает, что у семейных врачей значительно улучшается психоло-



гический контакт с больными, так как общеврачебной практикой внедряются новые элементы, в основном медико-социального и психологического уровней. Особенно это важно в работе с пожилым населением (которого в Санкт-Петербурге около 23 %). При этом значительную нагрузку берет на себя медсестра общей практики и медсестра, имеющая специализацию по социальной работе. Важно, что общеврачебной практикой внедряются такие новые формы работы с семьей, как активное посещение медсестры и социального работника на дому, телефонные советы и консультации в простейших жизненных ситуациях. При этом количество необоснованных вызовов уменьшается на 30 – 40 %, а количество экстренных вызовов – на 10 – 15 %. Кроме того, улучшается психологический климат на приеме, снижается социальная напряженность и неудовлетворенность населения качеством медико-социальной помощи.

Очень важным условием улучшения показателей работы семейных врачей является *профилактическая направленность* общеврачебной практики. К сожалению, в большинстве амбулаторных учреждений Санкт-Петербурга, как и всей России, профилактикой заболеваний занимаются формально, не придавая ей должного значения. Так, по данным выборочных исследований, на выполнение профилактических мероприятий в поликлиниках Санкт-Петербурга идет не более 10 % от всех расходов на медицинскую помощь. Лишь 5 % посещений участкового терапевта и 10 % визи-

тов участкового педиатра связано с профилактическими мероприятиями. В то же время за рубежом деятельность семейных врачей практически подчинена идее профилактики заболеваний. Более того, указанная направленность медицины поддерживается, прежде всего, на государственном уровне. Так, в Европе и США проводятся многочисленные проспективные исследования, оценивающие возможность и целесообразность раннего агрессивного диагностического и лечебного подходов в курации доклинических и самых ранних стадий актуальных нозологических форм. Хорошо известны факты принятия решений на государственном уровне о необходимости добавок тех или иных активных профилактических пищевых ингредиентов непосредственно в продукты питания. Также обращает внимание отчетливая направленность профилактического плана при составлении и использовании практических классификаций заболеваний: обязательными позициями современных классификаций за рубежом являются позиции, отражающие доклинические стадии заболеваний. Так, в классификации хронической сердечной недостаточности (ХСН) содержатся стадии А (наличие факторов риска развития сердечной недостаточности, заболеваний, угрожающих развитием миокардиальной несостоятельности при отсутствии клиники ХСН) и В (поражение органов-мишеней без признаков ХСН) (ACC/AHA Guideline for Management... 2002). В новой классификации артериальной гипертензии (JNC-VII, 2003) выделена докли-

ническая фаза – «предгипертония», требующая определенной курации. Примечательно также то, что приведенные доклинические состояния предлагается лечить, в том числе медикаментозными средствами. Более того, продолжаются исследования, показывающие эффективность применения диагностических маркеров для диагностики ранних стадий заболеваний. Например, факта медиа-интимальной гиперплазии – для артериальной гипертензии и атеросклероза, эндотелиальной дисфункции – для атеросклероза, артериальной гипертонии и ишемической болезни, гомоцистеина – для риска развития атеросклероза и тромботических состояний. Еще более поразительны тенденции раннего активного лечения практически здоровых индивидуумов с минимальными факторами риска (отягощенная по дислипидемии наследственность, пограничные цифры артериального давления и т. п.) и сбор доказательств об отсутствии прогрессирования доклинических стадий указанных заболеваний к нозологическим формам и осложнениям (исследование TEX-CAPS, 2000 – для дислипидемий и исследование TROPHY, 2005 – для предгипертонии).

К сожалению, в отечественной организации общеврачебной практики имеются существенные недостатки. Почти все уже организованные офисы семейных врачей и учреждения этого рода создавались в особых условиях – при поддержке зарубежных программ, грантов и местных спонсоров. Это позволило решить задачи, непосильные для обычной рос-

сийской медицинской бюджетной организации: выбрать оптимальные помещения, обеспечить их фундаментальную реконструкцию и высококачественный ремонт, оснастить современной медицинской аппаратурой и оргтехникой. Рамки традиционно функционирующих у нас поликлиник становятся сдерживающим фактором дальнейшего развития не только общеврачебной практики, но и семейной медицины в широком контексте. Эффективность внедрения общеврачебных практик, направления и темпы их развития в значительной степени определяются интенсивностью процесса преобразования поликлиник в консультативно-диагностические, реабилитационные, профилактические и организационно-методические центры, способные соответствовать потребностям населения.

Все эти годы у нас в стране отсутствовали стимулы для совершенствования врачебной работы, и одной из больших ошибок было то, что врачу не платили за ее качественное исполнение. Руководство МЗСР РФ считает, что развитие общих врачебных (семейных) практик позволит значительно сократить расходы на дорогостоящую стационарную помощь и высвободить тем самым средства на многие другие цели, в том числе и на оплату труда врачей. Но следует помнить, что система общеврачебной практики в значительной мере ориентирована на экономическую заинтересованность работников и, следовательно, нацелена на развитие платного здравоохранения. Во многих западных странах семейных

врачей содержат их пациенты. На сегодняшний день Министерством здравоохранения и социального развития России решен вопрос государственного финансирования и стимулирования врачей общей практики (семейных врачей).

Таким образом, принципы системы оказания первичной медицинской помощи, которая сложилась в нашей стране, были взяты за образец оказания амбулаторной помощи населению во многих странах мира. Однако эта система была хороша при государственном бюджетном финансировании и стабильной экономической ситуации. В новых экономических условиях становится все очевиднее, что данная система медицинского обслуживания населения исчерпала свои возможности. В первую очередь это касается участковых терапевтов, которые, по существу, превратились в диспетчеров по направлению пациентов к различным «узким» специалистам. Уровень профессиональной подготовки участкового терапевта не позволяет ему в достаточной мере лечить пациентов при целом ряде распространенных заболеваний, да и с точки зрения своего юридического статуса участковый терапевт не обязан этого делать. Конечно, такой специалист не может быть конкурентоспособен в условиях как обязательного, так и добровольного медицинского страхования граждан. Кроме того, в результате подобной организации работы значительно возрастает нагрузка на «узких» специалистов, и, если с каждым банальным заболеванием пациенты вынуждены обращаться именно к ним, то неизбежно возни-

кают очереди, и больные с тяжелыми и осложненными формами заболеваний не могут своевременно попасть на прием. Сложившаяся система обслуживания населения перестала отвечать задачам медицины. На уровне оказания первичной медицинской помощи стал необходим врач общей практики – лицо, интегрирующее и координирующее индивидуальную медицинскую помощь каждому человеку.

В то же время, многим руководителям здравоохранения и врачам-специалистам представляется не совсем адекватным однонаправленное и тотальное перепрофилирование врачей-специалистов в семейных врачей. Имеются суждения о необходимости выделения городов-мегаполисов со сложившейся системой оказания медицинской помощи в качестве своеобразных территориальных центров специализированной и высококвалифицированной медицинской помощи, а для отдаленных местностей сформировать именно систему общеврачебной практики.

Кроме проблем в организации семейной медицины, о которых уже говорилось, существует необходимость отработки схем взаимодействия между врачами общей практики и другими специалистами как в рамках одного учреждения, так и между различными медицинскими учреждениями. Следует отработать систему взаиморасчетов, принятую в обязательном медицинском страховании, а также взаимодействие с органами социальной защиты, органами исполнительной власти. Необходимо осуществление мер по более

полной преемственности различных видов медицинской помощи: первичной, скорой и стационарной. Требуют дальнейшего развития научное обеспечение деятельности семейных врачей и разработка методологических основ комплексного изучения семьи. Как отмечают специалисты и медицинская общественность, основное достижение общеврачебной практики в России заключается в изменении психологии и кругозора врачей, их отношения к себе, своей работе, пациентам, в повышении грамотности и ответственности за здоровье обслуживаемых людей. Важнейшими отличительными свойствами отечественной системы общеврачебной практики, по нашему мнению, должны стать:

- высокая квалификация врачебных кадров;
- семейная направленность в наблюдении пациентов;
- профилактическая нацеленность их профессиональной деятельности.

## **1.6. Модели организации работы врача общей практики (семейного врача)**

К настоящему времени имеется определенный опыт по организации работы врача общей практики (семейного врача) не только в зарубежном здравоохранении, но и в различных регионах Российской Федерации. Различают следующие модели организации работы врача общей практики (семейного врача):

*1-я модель* — врач общей практики (семейный врач), работающий в индивидуальном порядке, или «соло-практика» (независимая врачебная практика);

*2-я модель* — групповая врачебная практика (врачебная амбулатория);

*3-я модель* – центр здоровья;

*4-я модель* — врач общей практики работает в поликлинике;

*5-я модель* – общеврачебная практика в сельской местности.

Важная особенность общеврачебной практики – это многовариантность моделей организации работы.

В зарубежных странах широко распространены три модели: индивидуальная, групповая практика и центры здоровья. Однако ни одна из этих моделей напрямую не может быть перенесена в российское здравоохранение, так как повлечет за собой полное разрушение существующей сети амбулаторно-поликлинических учреждений. Переход к общеврачебной практике в Российской Федерации предусматривает укрепление и усиление амбулаторно-поликлинической службы, а не разрушение ее.

**Краткая характеристика моделей общеврачебной практики.**

*1-я модель* – врач общей практики (семейный врач) работает в индивидуальном порядке. В некоторых странах такую модель называют «соло-практикой», или независимой вра-



чебной практикой. Если ВОП/СВ является независимым хозяйствующим субъектом, то он самостоятельно формирует свой доход и отвечает за финансовую деятельность. Такой врач работает независимо от других врачей общей практики и врачей-специалистов. Индивидуальная практика может быть и в составе муниципального медицинского учреждения (в сельской местности, отдаленных районах города, районах новостроек, в рабочем поселке). За рубежом, как правило, это частная практика с образованием юридического лица, открытием счета в банке и наличием печати.

В условиях России индивидуальная практика приемлема в основном в сельской местности, где низкая плотность населения, поселки удалены друг от друга и центральная районная поликлиника расположена достаточно далеко либо с ней нет хорошего транспортного сообщения. В городах же этот вид общей практики малопримем ввиду, во-первых, сложившейся за долгие годы привычки к работе в большой группе и под контролем (поликлиника), во-вторых, необходимости подстраховки на случай отпуска, болезни, повышения квалификации с отрывом от работы, в-третьих, желательности консультации с другими врачами.

*2-я модель* – групповая врачебная практика. В этой модели несколько ВОП/СВ (2 – 3 и более) объединяются в групповую практику на правах юридического лица либо на правах соглашения с партнерами по организации работы во врачебной амбулатории (офисе). Численность закрепленно-

го населения устанавливается с учетом всех врачей практики. Врачи ведут прием пациентов, оказывают неотложную помощь, а остальные виды работы выполняют средние медицинские работники. Для врачей появилась возможность поочередно оказывать неотложную помощь, заменять друг друга в случае болезни, отпуска, учебы.

При групповой практике создаются условия для более оперативного обследования пациентов с использованием различных тест-систем, технического оснащения за счет объединения средств на содержание практики. При работе в индивидуальном порядке ВОП/СВ такой возможности не имеет. Модель групповой врачебной практики широко распространена в различных странах.

Варианты групповой практики:

- объединение двух или нескольких ВОП/СВ;
- объединение ВОП с отдельными специалистами (акушером-гинекологом, педиатром);
- объединение нескольких специалистов.

Групповая практика неизбежна в наших условиях в связи с необходимостью использования имеющихся кабинетов поликлиник, женских консультаций и других лечебно-профилактических учреждений ввиду отсутствия возможности строительства отдельных помещений для врачей общей практики. Кроме того, работа ВОП в группе экономически более целесообразна, так как при этой форме работы требуются меньшие затраты на приобретение медицинского обо-

рудования и инструментария.

В ходе проводимого эксперимента в ряде регионов России групповые общеврачебные практики были организованы на базе:

- крупных поликлиник;
- филиалов поликлиник;
- отдельных офисов;
- небольших поликлиник;
- врачебных амбулаторий и др.

Групповая врачебная практика может функционировать в качестве акушерско-педиатрического терапевтического комплекса (АПТК), и эта модель также широко используется в эксперименте.

Возможна и организация работы не по территориальному принципу, а по производственному, когда к АПТК приписываются для постоянного наблюдения все или большая часть работников предприятия или организации (по типу медсанчасти).

Участие в работе группы ВОП специалистов может быть обеспечено в различных формах и в разной степени. Если ВОП берет на себя медицинскую помощь пациентам обоих полов и всех возрастов, начиная с периода новорожденности, то он может пользоваться консультациями педиатров и акушеров-гинекологов, направляя пациентов в консультативно-диагностический центр района или к соответствующим специалистам стационара (по договору).

Если же ВОП не берет на себя обслуживание детей, беременных женщин и гинекологических больных, то для его пациентов будет удобнее пользоваться консультациями специалистов, осуществляющих прием в том же помещении, что и врач общей практики. В этом случае функцию семейного врача осуществляет не только сам ВОП, но и группа в целом. Это удобнее и самому ВОП, так как позволяет лучше знать своих пациентов, своевременно их консультировать и точнее устанавливать диагноз. Совместную работу со специалистами целесообразно закрепить и организационно, т. е. включив указанных специалистов в группу ВОП.

При работе группы врачей общей практики в условиях поликлиники она, как правило, и организационно, и территориально, и финансово обособлена: чаще это либо отделение, либо бригада;

группа включает в себя врачей общей практики, медицинских сестер, санитаров, нередко в ее состав входит и менеджер.

*3-я модель* – центр здоровья. Эта модель представляет собой объединение нескольких групповых врачебных практик, что позволяет сформировать коллектив и решить вопросы первичной медико-санитарной помощи на более высоком уровне по сравнению с групповой практикой. Данную модель называют «скандинавской», так как она возникла и распространена в скандинавских странах. Для центров здоровья характерна новая функция по сравнению с групповы-

ми практиками – организация стационаров по уходу за престарелыми, больными и инвалидами. В сельской местности центр здоровья создается на 30 – 35 тыс. жителей, в городах – на 35 – 40 тыс.

Первичная медико-санитарная и медико-социальная помощь в центре здоровья становится более разнообразной и эффективной. Большое значение в центре придается транспорту, с помощью которого обеспечивается доступность медицинской помощи – доставка в центр, домой или в другие лечебные учреждения.

*4-я модель* – врач общей практики (семейный врач) работает в поликлинике. Возможные варианты этой модели: а) ВОП/СВ работает в здании поликлиники; б) ВОП/СВ работает в офисе на территории обслуживаемого населения; в) групповая врачебная практика (отделение общеврачебной практики в поликлинике) и другие варианты. При любом из этих вариантов ВОП/СВ состоит в штате поликлиники, а общеврачебная практика является структурным подразделением поликлиники. Метод работы ВОП/СВ в поликлинике – бригадный. Бригада общеврачебной практики включает: ВОП/СВ, медсестер общей практики, социального работника и вспомогательный персонал. Бригада на прикрепленном участке ведет всю работу: профилактическую, лечебную, осуществляет наблюдение за беременными, детьми, подростками, инвалидами, пожилыми. При необходимости ВОП/СВ может направить пациента на консультацию к вра-

чу-специалисту поликлиники или пригласить его к себе на прием и сразу совместно обследовать пациента, обсудить лечение, которое затем будет осуществлять ВОП/СВ. При необходимости ВОП/СВ направляет пациента на госпитализацию.

Модель организации ВОП/СВ в поликлинике, разрабатываемая в российском здравоохранении, является оригинальной и не имеет аналогов в мировой практике. Суть этой модели заключается в полном изменении организационных форм работы амбулаторно-поликлинических учреждений с сохранением поликлиник как учреждений здравоохранения, но уже в новом качестве.

В Самаре есть опыт такой работы (Промышленный район), когда отделения врачей общей практики являются фондодержателями и страховые медицинские организации перечисляют подушевой норматив в расчете на прикрепленное к отделению население непосредственно на счет отделения; другой вариант – администрация поликлиники организует учет поступающих и расходующих отделением средств на отдельном субсчете.

Легче всего учитывать поступающие и расходующие средства при полной и территориальной, и юридической, и финансовой самостоятельности группы врачей общей практики, хотя это требует дополнительных штатов административно-хозяйственного аппарата.

При оформлении группы врачей общей практики в са-

мостоятельное юридическое лицо необходимо соблюдение определенных требований.

В первую очередь, необходима регистрация как самостоятельного учреждения (предприятия) определенной формы собственности (государственной, муниципальной, частной). Для регистрации необходимы решение учредителей, устав. Регистрация производится в районной администрации, где имеется перечень необходимых документов.

Внедрение модели работы ВОП/СВ в поликлинике способствует устранению таких серьезных недостатков в их деятельности, как:

- отсутствие преемственности в обследовании и лечении пациентов;
- разобщенность сведений о каждом пациенте;
- очереди на прием к специалистам;
- отсутствие систематического наблюдения за прикрепленным контингентом;
- снижение уровня знаний у участкового терапевта и педиатра, ухудшение качества их работы;
- перегруженность врачей-специалистов за счет значительного числа ненужных приемов;
- отсутствие гибкости в работе поликлиники;
- снижение авторитета и престижа врачей амбулаторно-поликлинической службы.

*5-я модель* – общеврачебная практика в сельской местности. Этой модели посвящена специальная часть, в которой и

будет дана ее подробная характеристика.

В России в настоящее время ВОП осуществляют свою деятельность в основном в государственных учреждениях (территориальные поликлиники, городские и сельские врачебные амбулатории);

относительно небольшая их часть работает в негосударственных учреждениях как частнопрактикующие врачи.

Для практических целей приводим примерные обязанности врача общей практики и медицинской сестры кабинета врача общей практики.

## **Обязанности врача общей практики**

1. Врач общей практики в повседневной работе подчиняется непосредственно главному врачу (медицинскому директору), заместителю главного врача (медицинского директора) по медицинской части (начмеду), по специальным вопросам – заведующему отделением, а по общим вопросам – генеральному директору клиники (больницы, центра).

2. Планирует, организует и проводит своевременное обследование и лечение пациентов, находящихся на амбулаторном лечении в клинике, а также на дому.

3. Выполняет назначения, рекомендации и медицинские распоряжения главного врача, начмеда, заведующего отделением, генерального директора.

4. Сопровождает пациента на консультациях специали-



стов и диагностических мероприятиях, умеет коротко и информативно доложить консультанту суть проблемы, анамнез, результаты проведенных обследований.

5. Консультирует пациентов клиники в качестве врача-специалиста в соответствии с имеющейся специальностью и опытом работы. Эти консультации могут проводиться как во время дежурства по клинике, так и по просьбе коллег во время, выходящее за рамки дежурства.

6. Организовывает совместные консультации пациентов со сложными и неясными формами заболеваний – с заведующим отделением, старшим врачом клиники, начмедом, медицинским директором и, при необходимости, со специалистами других лечебных учреждений.

7. Поддерживает корпоративный стиль как в отношении к клиентам, так и в отношениях с коллегами.

8. Осуществляет лично своевременный и качественный медицинский сервис пациентам клиники.

19. Организует работу подчиненных сотрудников, младшего медицинского персонала в вопросах, касающихся общей медицинской практики.

10. Осуществляет контрольные звонки пациентам, планирует первичные и повторные визиты.

11. Обеспечивает качество и соответствие международным стандартам медицинской помощи пациентам клиники.

12. Постоянно совершенствует свой профессиональный уровень: участвует в научных конференциях по специально-

сти; совершенствует навыки.

13. Осуществляет активное ведение пациентов: составление календаря визитов и процедур, контроль очередных визитов.

14. Тщательно организует прием пациентов: использует предварительную запись, сообщает в регистратуру о новой записи, проводит прием пациента в максимально конфиденциальной обстановке, после приема все использованные инструменты приводит в порядок.

15. Приглашает для консультации других специалистов и медсестру, при согласии пациента.

16. Создает программы индивидуального обслуживания клиентов.

17. Своевременно оформляет медицинскую документацию.

18. Соблюдает принципы деонтологии, хранит врачебную тайну. 19. Использует современные, соответствующие западноевропейским и американским стандартам методы профилактики заболеваний, диагностики и лечения пациентов.

20. Строго придерживается правил внутреннего распорядка клиники (больницы, центра), всегда имеет опрятный вид.

21. Осуществляет дежурства по клинике, добросовестно выполняя обязанности дежурного врача. Руководит работой подчиненного медицинского дежурного персонала.

## **Обязанности медицинской сестры кабинета врача общей практики**

1. В повседневной работе подчиняется непосредственно старшей медицинской сестре клиники (больницы, центра), врачу общей практики, заведующему отделением, главному врачу (медицинскому директору), заместителю главного врача по медицинской части (начмеду), старшему врачу, менеджеру по медицинскому персоналу.
2. Выполняет непосредственно медицинские распоряжения врача общей практики, старшей медицинской сестры, медицинского директора, врачей клиники, дежурного врача, менеджера по медицинскому персоналу.
3. Помогает врачу в осуществлении диагностических и лечебных процедур по разделу общей практики (простые диагностические и лечебные манипуляции в соответствии с указаниями врача общей практики).
4. Оформляет медицинскую документацию (заключения, справки и др.).
5. Во время дежурств выполняет обязанности медицинской сестры дневной и суточной смен (встреча пациентов, проведение доврачебного осмотра, измерение температуры, АД, роста, массы тела, каждый раз предлагает измерить все перечисленные параметры), заполнение первичной медицинской документации, выполнение медицинских сест-

ринских манипуляций в соответствии с планом ведения пациента.

6. Проверяет своевременность выписки, правильность учета, распределения, расходования и хранения расходного материала кабинетов врачей общей практики.

7. Приводит кабинеты в готовность к приему пациента, ориентируясь на предполагаемый характер визита; проводит подготовку кабинетов для приема следующего пациента.

8. Осуществляет контрольные звонки пациентам до планируемого визита и между таковыми (звонит пациенту, напоминает о визите в клинику и о планируемых процедурах).

9. Осуществляет медицинский сервис в соответствии с требованиями к качеству международных стандартов оказания помощи средним медицинским персоналом.

10. Встречает пациента в регистратуре, провожает в кабинет, приносит заполненную историю болезни (амбулаторную карту) с предварительными медицинскими данными.

11. По всем вопросам качества медицинского обслуживания медсестра руководствуется разработанными корпоративными нормами.

Таким образом, возможных вариантов организации работы врача общей практики достаточно много, есть возможность выбора и для самого врача, и для организаторов здравоохранения.

Для успешного распространения и эффективности общей врачебной практики (ОВП) и семейной практики (СП) сле-

дует решить три главных проблемы. Это правовое обеспечение на уровне законодательства; финансирование практик, которое, как показывает опыт зарубежных стран, в зависимости от конкретных региональных особенностей должно быть разнообразным даже в рамках одного учреждения (на основе ставок, гонорарного, подушевого или смешанного принципа); выработка системы контроля и оценки эффективности работы ОВП и СП.

## Литература

*Губачев Ю. М., Макиенко В. В.* Почему я выбираю семейного врача. – СПб., 1999. – 32 с.

*Гъелстад С.* Улучшение качества оказания медицинской помощи в общей врачебной практике – норвежский опыт // Российский семейный врач, 2003. – Т. 7, № 2. – С. 48 – 49.

*Денисов И. Н., Иванов И. А.* Виды медицинской помощи и принципы взаимодействия семейного врача с другими специалистами // Семейная медицина. – 1998. – № 2. – С. 6 – 9.

*Макренков А. М., Черниенко Е. И.* Врач общей практики: проблемы подготовки и организации работы // Семейная медицина. – 1998. – № 2. – С. 21 – 22.

Первый съезд врачей общей практики: больше вопросов, чем ответов // Лечащий врач. – 2000. – № 1. – С. 44 – 46.

*Шабров А. В., Акулин И. М., Поляков И. В.* Проблемы реформирования системы здравоохранения и перспективы

общеврачебной (семейной) практики в Санкт-Петербурге // Вестник СПбГМА им. И. И. Мечникова. – 2000. – № 1. – С. 5 – 10.

# **ГЛАВА 2**

## **ОСНОВЫ НАУКИ О СЕМЬЕ, СЕМЕЙНАЯ ПРОФИЛАКТИКА, ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ У ЖЕНЩИН, ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

### **2.1. Семья, основы науки о семье, семья и профилактика на разных этапах жизненного цикла**

Семья является одним из важнейших атрибутов общества. Определение семьи приведено в Энциклопедическом словаре: *«Семья – это основанная на браке или кровном родстве малая группа, члены которой связаны общностью быта, взаимной помощью и моральной ответственностью»*. Как ячейка общества семья играет важнейшую роль в формировании личности человека, моделей поведения и привычек, поэтому знание ее структуры и особенностей функционирования является важнейшей задачей для семейных врачей. Семья – это то место, где формируются основы об-

раза жизни, коренным образом определяющие возникновение и течение болезней или достижение и укрепление здоровья. Семья – это и ячейка хранения и передачи наследуемых признаков, определяющих восприимчивость и сопротивляемость по отношению к тем или иным болезням.

Действительно, влияние семьи на состояние здоровья огромно. Согласно данным, опубликованным в журнале Американской медицинской ассоциации, брак увеличивает продолжительность жизни в среднем на 5 – 7 лет (в большей степени это справедливо для мужского пола). Более того, 75-летнее наблюдение за более чем 1500 детей, проведенное в США, показало, что дети разведенных родителей имеют на 33 % более высокий риск смерти, чем те, кто прожил с обоими родителями до 21 года. Наследуемость заболеваний определяет возникновение и течение болезней на 15 – 20 %, что существенно больше, чем даже влияние медицины, составляющее не более 8 – 10 %. Наибольшее же значение в прогнозе заболеваемости (около 60 %) играют факторы окружающей среды, образа жизни, также зависящие от семейного статуса.

Формирование семьи начинается с этапа выбора партнера для будущего брака. После выбора брачного партнера новая семья решает вопрос своего размещения. Социальные антропологи выделяют несколько типов семей в соответствии с этим признаком: а) неолокальные (семья размещается на новой территории); б) патрилокальные (жена приходит в семью



мужа); в) матрилокальные (муж приходит в семью жены); г) матрифокальные (отец не живет в семье, поэтому семья состоит из взрослых женщин с маленькими детьми); д) амбилокальные (нет строгой привязки к порождающей семье); е) натокальные (и муж, и жена остаются жить в семьях своих родителей). Размещение семьи существенным образом определяет психологический климат, эпидемиологические и социальные аспекты проживания, влияющие на формирование и течение болезней.

Важное значение имеет и вопрос участия членов семьи в воспитании детей. Так, до начала XIX в. представления о семье, материнстве и роли отца и матери сильно отличались от современных, и детей воспитывали отцы. Более того, исследователям не удалось найти ни одной книги по воспитанию детей, датированной ранее 1800 г., которая была бы адресована матерям, а не отцам.

Современная семья характеризуется тем, что она более не выступает в качестве посредника между индивидуумом и обществом, она не имеет жестких родовых связей (все большее распространение получают относительно мобильные двухпоколенные семьи, состоящие из родителей с маленькими детьми). При этом сейчас все чаще жизненный цикл семьи завершается расторжением брака, а не смертью одного из супругов. По этой причине появился термин «сетевые семьи» – семьи, заботу о детях в которых осуществляют как биологические, так и приемные родители.

Семья проходит в своем развитии несколько стадий, которые называются *жизненным циклом*:

- ухаживание;
- заключение брака;
- рождение первенца;
- рождение последнего ребенка;
- синдром «пустого гнезда» – после ухода детей из семьи;
- смерть семьи (вызванная смертью одного из супругов или разводом).

На всех стадиях жизненного цикла у каждой семьи есть свои социальные, бытовые, психологические и медицинские проблемы. Зная особенности формирования, развития и течения каждой стадии, врач может заранее подготовиться к решению тех или иных проблем, связанных со здоровьем своих подопечных.

*Этап ухаживания и заключения брака* – это время формирования личных жизненных целей каждого из партнеров, оценка прошедшего этапа жизни и планирование будущего: учебы, карьеры, материального обеспечения, культурного и духовного совершенствования. Эта фаза отношений определяет *рождение семьи*. На этой стадии возникают не только личные, но и общие эмоциональные проблемы, формируются новые дружеские связи, расширяются и завязываются новые родственные отношения. Рождается и формируется стиль и образ жизни семьи. Роль семейного врача на этом этапе очень важна. От него в немалой степени зависит, будет

ли эта семья здоровой, или у супругов возникнет риск развития хронических заболеваний. Высока роль информирования, обучения членов семьи по вопросам здорового образа жизни (основы рационального питания и здоровой физической активности), обучения партнеров гигиене половой жизни, безопасности половых отношений. Если супруги не были привиты против гепатита В, других актуальных инфекционных заболеваний, им нужно предложить вакцинацию. Особое внимание нужно уделить вопросам планирования семьи: предупреждению нежелательной беременности, контрацепции. Врач должен получить информацию об употреблении алкоголя, курении членов семьи, других факторах риска развития заболеваний систем и органов, чтобы мотивировать молодых супругов к изменению образа жизни и поведения.

*На этапе рождения первенца (затем и других детей),* когда в семье появляются новые члены, основными социальными и психологическими проблемами являются приспособление семейного пространства и членов семьи к ребенку, решение финансовых, домашних, воспитательных и даже медицинских задач. Основные медицинские проблемы – это проблемы, связанные с ребенком (грудное вскармливание и питание ребенка). Немаловажными являются физическое воспитание детей, предупреждение детского травматизма, вакцинация, профилактика детских инфекций, закаливание.

На рассматриваемом этапе в некоторых семьях возника-

ет сложная проблема насилия над детьми, решение которой требует привлечения психологов, а иногда психиатров и юристов. Молодые родители нуждаются в коррекции своих поведенческих реакций вне зависимости от того, появились ли, по их мнению, проблемы с воспитанием детей или нет.

На этом же этапе супруги приближаются к возрасту возникновения и прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний, поэтому следует еще раз напомнить им о необходимости сохранения здоровья: правилах рационального питания, физической активности, о вреде курения, злоупотребления алкоголем, переедания, переутомления.

*Когда дети вступают в подростковый период*, родители сталкиваются с новыми социальными, психологическими и собственно медицинскими проблемами. Это, в первую очередь, растущая независимость детей, изменение отношения к родителям. В то же время родители-супруги вступают в период смены жизненных ценностей: на первое место выходят карьерные устремления, потребность в повышении на службе, а следовательно, необходимость больше времени и усилий отдавать работе. На этом же этапе у старших родителей (бабушек, дедушек) начинается период зависимости от детей, связанный с ухудшением здоровья. Возможно, потребуется объединение семей, и это может привести к возникновению новых сложных проблем.

Детям-подросткам в этот период необходимо консультирование по питанию, так как в подростковом возрасте меня-

ются потребности в питательных веществах, а с другой стороны, изменяются вкусовые и пищевые пристрастия и привычки. У девочек-подростков могут возникать нарушения пищевого поведения, вплоть до нервной анорексии или булимии. Мальчики нуждаются в изменении принципов питания, если они увлекаются спортом, наращивают мышечную массу. В это время нередко ошибки в питании, связанные с недостаточной информированностью или неверной пищевой ориентацией подростков. Подростковый период характеризуется попытками «пробовать» курение, алкоголь, наркотики. Вред этих привычек следует разъяснять подросткам. На это же время приходится начало половой жизни детей-подростков. Актуальны беседы и консультирование подростков по вопросам гигиены половых отношений, предупреждению нежелательной беременности, обучение правилам контрацепции. Предупреждение травматизма, связанного с повышенной агрессивностью, правила обращения с оружием, транспортными средствами, использование защитных приспособлений во время занятий спортом – все это темы для бесед с подростками. Еще несколько важных медицинских проблем подросткового возраста, требующих своевременной оценки и вмешательства семейного врача, – это депрессии и суицидные попытки. На этом этапе врач общей практики исполняет роль врача, решающего многогранные проблемы общетерапевтического, педиатрического, гинекологического и урологического планов.

Взрослые члены семьи в этот период могут страдать от прогрессирования актуальных хронических заболеваний, таких как остеохондроз, артрозы и артропатии, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, ожирение, хронические обструктивные болезни легких. Поэтому для них актуальными остаются консультации по питанию, принципам физической активности, отказу от вредных привычек. Сохраняющаяся сексуальная активность супругов требует внимания к вопросам контрацепции.

В это же время семья вступает в фазу, когда пожилые старшие родители требуют все большего внимания и ухода. Супругов необходимо проинформировать об особенностях здоровья пожилых и проблемах, связанных с развитием деменции, ослабления интеллекта и памяти, научить их, как предупредить последствия и вовремя выявить причины возникновения острых травматических, сердечно-сосудистых, неврологических проблем. Члены семьи должны подготовиться к возможным утратам, длительному уходу за тяжело-больными родителями.

*Период «опустевшего гнезда»*, когда дети вырастают, создают собственную семью и покидают родительский дом, имеет свои особенности социального и медицинского плана. Прежде всего, возникают проблемы психологического характера. Правда, в российских условиях указанный период иногда становится периодом не опустевшего, а переполненного гнезда. Если же родители остаются одни, то они осо-

знают новую фазу семейных отношений: в одних семьях более теплую, в других – наоборот, возникает отчуждение и обострение семейных проблем. Родителям предстоит установить отношения с невесткой или зятем, их семьями и другими родственниками.

Задача семейного врача в этот период – настойчивая первичная и вторичная профилактика, лечение хронических неинфекционных заболеваний, предупреждение полипрагмазии, принятие решения по поводу заместительной терапии. Необходимо поддерживать в семье на должном уровне физическую активность и сохранять принципы здорового питания, учитывая возрастные особенности.

В поздней фазе жизни семьи ей необходимо обеспечение собственного функционирования и независимости в условиях физического ограничения функций ее членов. Происходит смена главенствующих ролей. Родилось новое поколение – внуки, с ними надо устанавливать взаимоотношения. Потери близких, друзей и родных – неотъемлемая часть жизни семьи в этом периоде. Психологические проблемы – это жизнь в одиночестве, приготовления к смерти. Основные медицинские проблемы – ограничение подвижности, падения, депрессии, деменции, хронические заболевания, в том числе онкологические, полипрагмазия. Актуальными темами для обучения и бесед остаются вопросы питания, физической активности, а также использование протезов и приспособлений. В некоторых семьях медицинские работники

могут столкнуться с насилием над пожилыми.

В последнее время много говорится и пишется о кризисе семьи. Действительно, рост разводов, насаждение культа так называемого гражданского брака, отсутствие феномена *воспитания нравственности* у молодого поколения, недостаточно внимательное отношение правительства к развитию национального типа семейных отношений с отечественными традициями организации семьи, существования семьи, деторождаемости – все это способствует возникновению многочисленных социальных проблем, прямо ассоциированных с проблемами здоровья. В указанной связи особенно актуальной представляется система взаимодействия с семьей и система обучения пациентов. Ниже приведен перечень тем для обучения пациентов в семье.

### **Перечень тем для обучения пациентов (рекомендации по обучению пациентов в зависимости от возраста и состава семьи)**

*Семья, где есть новорожденные до 18 мес.:*

– диета (сущность рекомендаций и бесед – кормление грудным молоком, прием железосодержащих питательных веществ);

– предотвращение детского травматизма (сущность рекомендаций и бесед – необходимость специальной детской мебели, оград на лестницах, подоконниках);



– правильное хранение лекарств и химикатов (сущность рекомендаций и бесед – необходимость строгого учета и хранения медикаментов любых групп, ограничение длительного применения любых, даже «безобидных» средств, акцент на группы препаратов, применение которых строго противопоказано у детей ввиду осложнений);

– эффекты пассивного курения (сущность рекомендаций и бесед – вред любого сигаретного дыма ввиду опасности пассивного вдыхания);

– телефон скорой помощи при внезапных травмах и отравлениях (сущность рекомендаций и бесед – телефон должен быть в доступном, определенном заранее месте).

*Семья, где есть дети 2 – 6 лет (консультирование ребенка и родителей):*

– диета (сущность рекомендаций и бесед – ограничивать сласти, перекусывание между приемами пищи, пища должна быть обогащена железом, не допускать избытка соли в пище, поддерживать калорийный баланс);

– выбор программы физических упражнений (сущность рекомендаций и бесед – нацеленность на коррекцию имеющихся заболеваний и профилактику грозящих болезней и осложнений);

– предупреждение травматизма (сущность рекомендаций и бесед – ремни безопасности в автомобилях, правила дорожного движения, запрет игр на проезжей части, использование обогревателей, необходимость ограждений на окнах

и балконах, правила катания на велосипедах (шлемы), правильное хранение лекарств, химикатов, огнестрельного оружия);

- стоматология (сущность рекомендаций и бесед – чистка зубов, регулярное посещение стоматолога; другие консультации в группах повышенного риска).

*Семья, где есть дети 7 – 12 лет:*

- диета (сущность рекомендаций и бесед – ограничивать жиры, особенно насыщенные, холестерин, перекусывание в перерывах между приемами пищи; следить за количеством соли, соблюдать калорийный баланс);

- выбор программы физических упражнений (сущность рекомендаций и бесед – нацеленность на коррекцию имеющихся заболеваний и профилактику грозящих болезней и осложнений);

- предотвращение травматизма (сущность рекомендаций и бесед – ремни безопасности, велосипедные шлемы, надежное хранение оружия, лекарств, спичек);

- нормы поведения в семье, микро- и макросоциуме (сущность рекомендаций и бесед – поведение на улице, дороге, в местах общественного пользования, местах общественного отдыха, на природе, о вреде курения (первичное предупреждение));

- стоматология (сущность рекомендаций и бесед – регулярная чистка зубов и посещения стоматолога);

- другие беседы в группах повышенного риска (сущность

рекомендаций и бесед – профилактика снижения зрения, защита кожи, коррекция плохого прикуса, драматические события в семье, признаки плохого отношения к ребенку).

*Консультирование пациентов в возрасте от 13 до 18 лет:*

- питание (сущность рекомендаций и бесед – ограничивать насыщенные жиры, контролировать достаточное содержание железа, соли, кальция, калорийный баланс);
- выбор программы физических упражнений (сущность рекомендаций и бесед – коррекция уровня и вида физической активности с целью максимально гармоничного развития, профилактики актуальных для микросоциума заболеваний);

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.