

ЛИТЕРАТУРА

1. Курпатов, А. В. Пространство психосоматики: пособие для врачей общей практики / А. В. Курпатов, Г. Г. Аверьянов. — М.: ОЛМА Медиа Групп, 2006. — 192 с.
2. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / сост. Дж. Э. Купер; под ред. Дж. Э. Купера; пер. с англ. Д. Полтавца. — Киев: Сфера, 2000. — 464 с.
3. Сидоров, П. И. Синергетическая парадигма социальной эпидемии соматоформных расстройств / П. И. Сидоров, Е. П. Совершаева // Социальная и клиническая психиатрия. — 2015. — Т. 25, Вып. 3. — С. 32–42.
4. Ялом, И. Дар психотерапии / И. Ялом; пер. с англ. Э. И. Мельник. — М.: Эксмо, 2015. — 352 с.
5. Сквиря, И. М. Взаимосвязь длительности и качества ремиссии при алкогольной зависимости с принципом непрерывности психотерапии / И. М. Сквиря // Современные проблемы клиники, лечения и реабилитации состояний зависимости от психоактивных веществ: матер. Украинской науч.-практ. конф. с междунар. участием / под общ. ред. Ю. Ф. Чуева. — Харьков: Коллегиум, 2008. — С. 160–167.

УДК 616.1/4:378.147.091.33-027.22

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА
(СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»***Бакалец Н. Ф., Ковальчук П. Н., Ковальчук Л. С.***Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Здоровье населения рассматривается как одно из главных условий успешной реализации стратегии социально-экономического развития Республики Беларусь. Важнейшей целью государства в области охраны здоровья является снижение уровня заболеваемости.

Система здравоохранения Республики Беларусь непрерывно совершенствуется в направлении достижения высшего уровня здоровья всего населения, обеспечения доступности и качества медицинской помощи на основе соблюдения правил социальной справедливости и равенства. Одним из приоритетных направлений государственной политики в области здравоохранения является развитие первичной медицинской помощи (ПМП), в частности, по принципу врача общей практики (ВОП).

К настоящему времени эта модель организации ПМП в Республике Беларусь уже доказала свою состоятельность. Проведенный в 2008 г. анализ организации ПМП по принципу ВОП показал высокую экономическую эффективность и повышение доступности медицинской помощи сельскому населению.

Внедрение института ВОП в Республике Беларусь началось в 1992 г. в рамках реформирования и совершенствования ПМП. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 98 от 25.05.1992 г. «О подготовке к использованию в республике врачей общей практики» в номенклатуру врачебных специальностей была введена новая для здравоохранения страны специальность — «врач общей практики» [1].

В 1998 г. на базе Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО) организован курс общей практики, преобразованный в 1999 г. в кафедру общей практики (с 2003 г. — кафедра общей врачебной практики).

Отличие семейного врача/ВОП от специалиста-консультанта, участкового терапевта или врача, работающего в условиях стационара, четко прослеживается в определении, предложенном Британским Королевским колледжем врачей общей практики, опубликованном в 1972 г.: «Врач общей практики оказывает персональную, первичную и непрерывную медицинскую помощь отдельным лицам и семьям. Он может посещать своих пациентов на дому, принимать их в амбулаторных условиях и в отдельных случаях — в стационаре. Он берет на себя ответственность за принятие первичного решения по каждой проблеме, с которой пациент обращается к нему, при необходимости консультируясь со специалистами. Он ставит диагноз с учетом физических, психологических и социальных

аспектов. Его вмешательства имеют образовательную, профилактическую и терапевтическую направленность с целью укрепления здоровья пациентов».

В этом определении подчеркивается, что ВОП оказывает помощь всем категориям пациентов, так как он курирует всю семью. Важность работы с семьей при оказании первичной медико-санитарной помощи нашла отражение в названии, данном этой специальности в ряде стран: США, Швеции, Норвегии. Поэтому не случайно во всех документах ВОЗ, посвященных формированию и укреплению первичного звена здравоохранения, эта специальность имеет двойное название: «общая врачебная практика/семейная медицина».

Именно это определение и является ключом к ответу на вопрос: есть ли различия между общей практикой и семейной медициной. Практически они отсутствуют. Попытка провести разделение между этими понятиями может быть обусловлена уровнем подготовки врачей, которые не могут обеспечить оказание помощи детям и беременным, либо национальными особенностями и традициями той или иной территории и (или) семьи [2].

Таким образом, семейная медицина — это медицинская специальность, которая обеспечивает непрерывную и всеобъемлющую помощь пациентам и их семьям. При реализации этого вида помощи должны быть решены шесть основных задач, которые в той или иной интерпретации звучат во всех определениях специальности [3, 4].

Непрерывная помощь. Понятие непрерывности включает возможность и необходимость наблюдения за пациентом не только в период внезапно развившихся заболеваний, но и на фоне стабилизации и улучшения состояния здоровья, использование методов вторичной профилактики, а также образовательных программ для пациента и членов его семьи. Объектом для реализации непрерывной помощи является сам пациент, а не его болезнь.

Всеобъемлющая помощь. ВОП может справиться с решением большинства проблем, с которыми пациент к нему обратился. Часто причины, беспокоящие пациента, лежат в плоскости психосоматических расстройств или проблем, связанных с его отношениями в семье, неправильным восприятием информации о тех или иных методах обследования. Иногда пациент хочет лишь убедиться в обоснованности сделанных ему или его родственнику назначений, выяснить необходимость использования какого-либо лекарственного препарата или медицинского аппарата, о котором он услышал из средств массовой информации. Так, обращение за помощью в связи с болью за грудиной не всегда станет поводом для проведения интенсивной терапии, поскольку причина ее возникновения может быть более банальна, чем приводящая в кардиологическое отделение стационара.

Оказание помощи в контексте общества. Для ВОП важным ресурсом при решении проблем пациента является знание особенностей сообщества, которое его окружает, что позволяет не только выяснить возможные детали развития заболевания и повлиять на это, но и помочь привлечь дополнительные ресурсы для оказания ему помощи.

ВОП должен быть осведомлен о деятельности существующих молодежных организаций, главной целью которых является профилактика наркомании среди подростков и молодежи с целью возможного использования этого ресурса для улучшения пропаганды отказа от наркотиков. Он должен также использовать ресурсы отдела социального обеспечения, предоставляющего услуги для малообеспеченных, пожилых людей и т. д.

Координация помощи. Она является очень важной особенностью ОВП. Именно с ВОП начинается контакт пациента с системой здравоохранения в целом. Если врач действительно станет своеобразным гидом в этой системе для своего пациента, будет советчиком и адвокатом, защищающим интересы больного, то процесс оказания помощи станет более эффективным. Отсутствие врача, к которому пациент может обратиться со своими проблемами, приводит к увеличению числа госпитализаций и вызовов скорой помощи, потому что человек чувствует себя незащищенным и беспомощным при развитии непонятных ему признаков заболевания. При этом, несмотря на обращения к специалистам, состояние больного может не улучшиться, что приведет к потере веры в возможность получения качественной помощи, с одной стороны, и изменению затрат на оказание помощи

в дальнейшем — с другой. Если же роль ВОП трансформируется в сотрудничество со специалистами, службой скорой помощи, работниками стационаров, то это позволяет более четко решать проблемы пациента, экономя время и материальные ресурсы. Такая работа исключает дублирование различных методов обследования при направлении пациента на стационарное лечение, позволяет сохранить преемственность в курацибольных с хроническими заболеваниями и повышает качество оказания помощи.

Профилактическая направленность. Является одной из важнейших задач ОВП. Наблюдая своих пациентов в течение их жизненного цикла, ВОП имеет возможность идентифицировать факторы риска (ФР) развития хронических заболеваний. У него есть уникальная возможность при любом посещении заниматься всеми видами профилактической работы, в том числе первичной профилактикой: объяснять пациенту правила здорового питания, важность физической активности, вред курения и чрезмерного употребления алкоголя. ВОП может использовать свое влияние и авторитет при разъяснении опасности ФР развития заболеваний и возможности их устранения, привлекая в качестве союзников членов семьи пациентов.

Оказание помощи в контексте семьи. Появление хронического заболевания у одного из членов семьи может изменить сложившиеся стереотипы семейной жизни. ВОП должен учитывать особенности жизненного цикла семьи, начиная от формирования отношений молодой пары до кризисных этапов, связанных с проблемами детей и подростков, синдромом «опустевшего гнезда» или уходом из жизни одного из супругов. Вовлечение членов семьи в процесс решения проблем пациента, связанных с профилактикой или лечением, является мощным ресурсом ВОП, способствующим повышению эффективности оказания помощи.

Таким образом, к ключевым компетенциям ВОП можно отнести:

- управление процессом на уровне ПМП (решение проблемы здоровья пациента и организация процесса оказания помощи ему с обеспечением эффективного использования ресурсов здравоохранения, выступая в качестве адвоката пациента);
- помощь, ориентированная на пациента, а не на патологический процесс;
- решение специфических проблем пациента (оказание экстренной медицинской помощи, учет эпидситуации, сотрудничество с пациентом, эффективное использование диагностических и лечебных методов и др.);
- всеобъемлющий подход (владение методами профилактики и укрепления здоровья, диагностики, лечения, реабилитации и паллиативной медицины);
- популяционно-ориентированный подход (умение оказывать помощь, исходя из потребностей индивидуума и сообщества, соизмеряя ее с доступностью ресурсов здравоохранения);
- холистический подход (использование биопсихосоциальной модели с учетом особенностей культуры и этнической принадлежности пациента).

Таким образом, ВОП должен быть центральной фигурой в первичном звене здравоохранения и координатором медицинского маршрута пациента. Благодаря такой медицинской деятельности формируется видение врачом пациента как единого целого. В обязанности ВОП входит также оказание комплексной и непрерывной помощи всем пациентам, независимо от пола, возраста и заболевания. Он обеспечивает помощь в контексте семьи и общества с учетом особенностей культуры, придерживаясь принципа автономности для каждого пациента. При согласовании плана лечения с пациентом ВОП (семейный врач) учитывает его физические, психологические, культурные, социальные и бытовые особенности, углубляя доверительные отношения с ним благодаря постоянным контактам.

ВОП несет ответственность как за состояние здоровья населения, проживающего на его участке, в населенном пункте, так и за свой постоянный профессиональный рост.

ЛИТЕРАТУРА

1. История развития кафедры общей врачебной практики / Е. А. Воронко [и др.] // Семейный доктор. — 2013. — № 1. — С. 5–10.
2. *Богуш, Л. С.* Общая врачебная практика в Республике Беларусь: история, развитие и перспективы / Л. С. Богуш // Здравоохранение. — 2016. — № 5. — С. 20–24.
3. *Хулуп, Г. Я.* Общая врачебная практика в Республике Беларусь / Г. Я. Хулуп, Е. А. Воронко, В. З. Русович. — М.: Медицина, 2008. — С. 15–19.
4. *Ростовцев, В. Н.* Мобильная общая врачебная практика / В. Н. Ростовцев // Справочник врача общей практики. — 2017. — № 3. — С. 32–36.

УДК 617.7–007.21–053.1–036.82

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АНОФТАЛЬМОМ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

*Бараш А. Н.^{1,2}, Шаршакова Т. М.¹, Шилова Н. П.³,
Малиновский Г. Ф.⁴, Котович В. О.²*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная специализированная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь,

³Учреждение здравоохранения

«Клинический родильный дом Минской области»,

⁴Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Удаление глазного яблока (энуклеация, эвисцерация) является тяжелой психологической, моральной и физической травмой для человека. Внезапная потеря зрения оказывает значительное негативное влияние на весь комплекс социального функционирования человека (личного, профессионального, семейно-бытового), затрудняя его последующую реадaptацию к повседневной жизни, нередко приводя к необходимости смены своей профессии и даже к инвалидизации.

Основопологающим фактором, от которого зависит косметический эффект при глазном протезировании, является совместная работа офтальмохирурга и офтальмопротезиста. Формирование качественной опорно-двигательной культы, создание которой после энуклеации/эвисцерации возможно только путем введения в полость глазницы имплантата, позволяет восполнить недостающий объем глазничного органокомплекса. Своевременная пластика глазницы после эвисцерации/энуклеации позволяет повысить социальную активность пациентов с анофтальмом, снизить дополнительные затраты на медицинскую и социальную реабилитацию и повысить качество жизни (КЖ) данной категории пациентов [1–3].

Психологическая поддержка пациентов с анофтальмом крайне необходима, так как повышение КЖ лиц с анофтальмом и слабовидящим является социальной проблемой, касающееся не только офтальмологов, но и работников других медицинских специальностей, сферы образования, а также родственников пациентов и общества в целом. Психологическая помощь необходима, чтобы помочь человеку адаптироваться к новым условиям жизни, выработать умения и навыки, которые позволят ему вернуть самостоятельность и уверенность в своих действиях [2].

Несовершенство глазного протезирования, отказ от формирования опорно-двигательной культы с использованием имплантата, отсутствие психологического консультирования и несовершенство системы реабилитации способствуют формированию своего рода «комплекса