

**Т.Г. Снегирева
А.М. Ходорович**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАНИЕ**

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2023

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	9
Введение	11
ЧАСТЬ 1. Осуществление сестринской деятельности по оказанию первичной медико-санитарной помощи населению по принципу врача общей практики	13
Раздел 1. Общая врачебная практика/семейная медицина	15
1.1. Определение понятий «общая врачебная практика», «семейная медицина», «врач общей практики», «семейный врач», «медицинская сестра врача общей практики».....	15
1.2. Модели организации работы врача общей практики (семейного врача).....	17
1.3. Зарубежный опыт оказания медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача).....	21
1.4. Концептуальная модель развития врача общей практики в России.....	23
1.5. Профессиональная этика в работе медицинской сестры врача общей практики.....	28
Контрольные вопросы и задания.....	33
Список литературы.....	33
Раздел 2. Организация и структура первичной медико-санитарной помощи населению по принципу врача общей практики	36
2.1. Медицинская помощь. Определение понятия.....	36
2.2. Законодательная база работы врача и медицинской сестры врача общей практики.....	50
2.3. Организация работы центра (отделения, кабинета) общей врачебной (семейной) практики в условиях поликлиники.....	52
2.4. Организация медицинской помощи по типу «стационар на дому», «дневной стационар».....	65

2.5. Организация работы медицинской сестры врача общей практики в системе первичной медико-санитарной помощи населению.	69
Контрольные вопросы и задания	83
Список литературы.	84
ЧАСТЬ 2. Безопасная среда в работе медицинской сестры врача общей практики	87
Раздел 3. Основные аспекты контроля санитарно-эпидемиологического режима	89
3.1. Санитарно-противоэпидемический режим	89
3.2. Основные нормативные акты, обеспечивающие соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в медицинской организации.	94
3.3. Классификация инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи	96
3.4. Современная классификация инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.	99
3.5. Медицинские отходы и категории их опасности.	104
Контрольные вопросы и задания	119
Список литературы.	119
Раздел 4. Организация лекарственного обеспечения медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования. Фармацевтический порядок	122
4.1. Фармацевтический порядок	122
4.2. Получение и хранение лекарственных средств	126
4.3. Лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях.	148
Контрольные вопросы и задания	158
Список литературы.	158
Раздел 5. Основы эргономики и биомеханики	163
5.1. История развития эргономики.	163
5.2. Стандартизация в области эргономики	164
5.3. Эргономическое проектирование	166
5.4. Медицинская эргономика	168
Контрольные вопросы и задания	178
Список литературы.	178

Раздел 6. Охрана труда в работе медицинской сестры врача общей практики	180
6.1. Охрана труда медицинских работников	180
Контрольные вопросы и задания	189
Список литературы	190
ЧАСТЬ 3. Теоретические основы понятия «семья»	191
Раздел 7. Понятие семьи и семейных отношений	193
7.1. История возникновения семьи	193
7.2. Понятие «семья». Типы	195
7.3. Брак и виды отношений в браке	197
7.4. Функции семьи	207
7.5. Этнические и конфессиональные особенности семей	212
Контрольные вопросы и задания	215
Список литературы	216
Раздел 8. Психологические аспекты семьи	217
8.1. Понятие «личность»	217
8.2. Психологический климат семьи	221
8.3. Ролевая структура семьи, или семейные роли, семейные отношения	221
8.4. Проблемы в семейных отношениях	223
Контрольные вопросы и задания	225
Список литературы	225
Раздел 9. Здоровье и семья	227
9.1. Критерии здоровья	227
9.2. Роль семьи в формировании здорового образа жизни	246
9.3. Тактика медицинской сестры в формировании здорового образа жизни	250
Контрольные вопросы и задания	252
Список литературы	252
Раздел 10. Болезнь и семья	254
10.1. Отношение человека к болезни	254
10.2. Влияние болезни на отношения в семье	262
Контрольные вопросы и задания	267
Список литературы	267

ЧАСТЬ 4. Сестринская деятельность в работе медицинской сестры врача общей практики 269

Раздел 11. Тактика медицинской сестры врача общей практики при оказании помощи взрослому населению 271

11.1. Тактика медицинской сестры врача общей практики при заболеваниях органов дыхания 271

11.2. Тактика медицинской сестры врача общей практики при сердечно-сосудистых заболеваниях 312

11.3. Тактика медицинской сестры врача общей практики при заболеваниях опорно-двигательного аппарата 355

11.4. Тактика медицинской сестры врача общей практики при остеопорозе 376

11.5. Тактика медицинской сестры врача общей практики при заболеваниях эндокринной системы 397

11.6. Тактика медицинской сестры врача общей практики при уходе и наблюдении за пациентами с ожирением 411

Раздел 12. Тактика медицинской сестры врача общей практики в охране здоровья семьи и ее планировании 432

12.1. Понятие «репродуктивное здоровье» 432

12.2. Тактика медицинской сестры врача общей практики в профилактике осложнений после медицинских абортoв 451

12.3. Тактика медицинской сестры врача общей практики в профилактике нарушений и сохранении репродуктивной функции у женщин 453

12.4. Тактика медицинской сестры врача общей практики в охране репродуктивного здоровья мужчин 456

12.5. Школа материнства 459

Контрольные вопросы и задания 460

Список литературы 460

Раздел 13. Тактика медицинской сестры врача общей практики при оказании помощи хирургическим пациентам 462

13.1. Организация хирургического стационара на дому 462

13.2. Порядок оказания плановой медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями 469

Контрольные вопросы и задания 478

Список литературы 479

Раздел 14. Психическое здоровье и поведенческие расстройства пациентов	480
14.1. Тактика медицинской сестры врача общей практики при оказании помощи пациентам с поведенческими расстройствами	480
14.2. Организация психиатрической помощи	487
Контрольные вопросы и задания	490
Список литературы	490
Раздел 15. Тактика медицинской сестры врача общей практики при оказании помощи пожилым и старым людям в семье	491
15.1. Понятие о старости и старении	492
15.2. Гериатрическая помощь	495
15.3. Характеристика пожилого и старческого возраста	497
Контрольные вопросы и задания	519
Список литературы	519
ЧАСТЬ 5. Инфекционные заболевания	521
Раздел 16. Понятия «инфекционный процесс» и «эпидемический процесс»	523
16.1. Инфекционный процесс	523
16.2. Общая характеристика эпидемического процесса	527
Раздел 17. Основные принципы профилактики инфекционных заболеваний	529
17.1. Организация и проведение противоэпидемических мероприятий	529
17.2. Профилактические мероприятия в эпидемическом очаге	531
Контрольные вопросы и задания	546
Список литературы	546
Раздел 18. Тактика медицинской сестры врача общей практики при наиболее часто встречаемых инфекционных заболеваниях ...	548
18.1. Тактика медицинской сестры при острых респираторных заболеваниях, острых респираторных вирусных инфекциях и гриппе	548
Контрольные вопросы и задания	559
Список литературы	559

ЧАСТЬ 6. Основы профилактики в работе медицинской сестры врача общей практики	561
Раздел 19. Основы профилактики. Первичная профилактика, вторичная профилактика, третичная профилактика.	563
19.1. Профилактическая медицина.	563
Раздел 20. Взаимодействие врача и медицинской сестры врача общей практики при проведении профилактических осмотров, диспансеризации, работе школ здоровья.	571
20.1. Профилактические осмотры, диспансерное наблюдение	571
20.2. Роль медицинской сестры врача общей практики в проведении диспансеризации	581
20.3. Этапы диспансеризации	585
20.4. Группы состояния здоровья	593
20.5. Оценка качества и эффективности диспансеризации.	598
Контрольные вопросы и задания	602
Список литературы.	602
Раздел 21. Тактика медицинской сестры врача общей практики в работе школ здоровья	604
21.1. Организация школы здоровья	604
21.2. Общее положение школы здоровья	605
21.3. Виды методического обеспечения занятий в Школе здоровья.	609
21.4. Оценка результативности деятельности Школы здоровья.	610
21.5. Оценка уровня знаний в Школах здоровья	612
Контрольные вопросы и задания	613
Список литературы.	614
Приложения	615
Предметный указатель	714

РАЗДЕЛ 1

ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА/СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА

1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА», «СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА», «ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ», «СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ», «МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»

Развитие и внедрение новых технологий в медицине, перераспределение полномочий, расширение прав пациентов потребовали от государства совершенствования их законодательного обеспечения. Так, в 1992 г. в целях ускорения реформ в здравоохранении и внедрения новых принципов оказания ПМСП населению, основой которых является ВОП/СВ, разработан приказ Минздрава России от 26.08.1992 № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» вместе с положением «О врачах общей практики (семейном враче)», «Квалификационной характеристикой врача общей практики (семейного врача)», Положением «О медицинской сестре общей практики». *Общая практика* — одна из форм организации ПМСП. *Общая врачебная практика (ОВП)/семейная медицина* — это система организации первичной медицинской помощи, оказываемой общепрактикующим (семейным) врачом персонально (индивидуальная практика) или в составе коллектива (групповая практика), включающей в себя первичное и продолжительное наблюдение и лечение отдельных пациентов, семей и всего приписанного контингента лиц безотносительно к возрасту, полу пациента и характеру патологии.

В соответствии с приказом Минздрава России от 26.08.1992 № 37 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» [вместе с положениями «О враче общей практики (семейном враче)», «О медицинской сестре общей практики», квалификационными характеристиками ВОП/СВ, медицинской сестры ВОП)] и приказом Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки ВОП/СВ — специалист, широко ориентированный в основных врачебных специальностях и способный оказать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях. СВ — это врач, прошедший специальную медицинскую многопрофильную подготовку по оказанию ПМСП членам семьи независимо от их пола и возраста. Также приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н (ред. от 09.04.2018) определяет понятие и квалификационную характеристику медицинской сестры ВОП. *Медицинская сестра ВОП* — это специалист со средним профессиональным образованием по специальности «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» и сертификатом специалиста по специальности «Общая практика» без предъявления требований к стажу работы. Медицинская сестра ВОП осуществляет доврачебную медицинскую помощь, забор биологических материалов для лабораторных исследований. Медицинская сестра осуществляет уход за больными в медицинской организации и на дому. Проводит доврачебные осмотры, в том числе профилактические, с записью результатов в индивидуальной карте амбулаторного больного. Выявляет и решает в рамках компетенции медицинские, психологические проблемы пациента. Обеспечивает и предоставляет сестринские услуги пациентам с наиболее распространенными заболеваниями, включая диагностические мероприятия и манипуляции (самостоятельно и совместно с врачом). Организует занятия (по специально разработанным методикам или составленному и согласованному с врачом плану) с различными группами пациентов, а также гигиеническое обучение и воспитание населения. Принимает пациентов в пределах своей компетенции. Проводит профилактические мероприятия: выполняет профилактические прививки прикрепленному населению согласно календарю прививок; планирует, организует, контролирует профилактические обследования подлежащих осмотру контингентов с целью раннего выявления туберкулеза; проводит мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний.

1.2. МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)

К настоящему времени накопился определенный опыт по организации работы ВОП/СВ не только в зарубежных странах, например в Канаде, но и во многих регионах Российской Федерации.

Внедрение данных моделей при оказании медицинской помощи по принципу ОВП является одним из наиболее эффективных методов повышения качества ПМСП. Данные модели не сводятся к освоению врачом и медицинской сестрой общей практики услуг, обычно оказываемых врачом-терапевтом. В функциональные обязанности медицинской сестры ОВП в большем объеме включены профилактическая работа и раннее выявление заболеваний. Данные задачи практически невозможно решить без участия грамотных медицинских сестер. Модели организации работы ВОП/СВ представлены на схеме 1.



1-я модель – ВОП/СВ, работающий в индивидуальном порядке, или в режиме «соло-практика» (независимая врачебная практика)

Врачебная
амбулатория

Режим работы:
понедельник–
пятница

2-я модель – групповая врачебная практика (врачебная амбулатория)



3-я модель – центр здоровья



4-я модель – ВОП работает в поликлинике



5-я модель – ОВП в сельской местности

Схема 1. Модели организации работы врача общей практики (семейного врача)

Важная особенность ОВП — это вариативность моделей организации работы.

Краткая характеристика моделей общей врачебной практики

1-я модель — ВОП/СВ. Модель работает в индивидуальном порядке. В некоторых европейских странах такую модель называют «соло-практикой», или независимой врачебной практикой. В данном случае если ВОП/СВ является независимым хозяйствующим субъектом, то он самостоятельно формирует свой доход и отвечает за финансовую деятельность. Такой врач (медицинская сестра) работает независимо от других ВОП 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 работа ВОП/СВ приемлема в основном в сельской местности, где поселки удалены друг от друга, а также при низкой плотности населения, и если центральная районная поликлиника расположена достаточно далеко либо с ней нет транспортного сообщения. В городах же этот вид общей практики мало приемлем: во-первых, из-за сложившейся за долгие годы привычки к работе в большой группе и под контролем (поликлиники); во-вторых, из-за необходимости подстраховки на случай отпуска, болезни, повышения квалификации с отрывом от работы сотрудника; в-третьих, из-за желания пациентов консультироваться с другими врачами.

2-я модель — групповая врачебная практика. В данной 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 закрепленного 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 показаны на схеме 2.



Объединение двух или нескольких ВОП/СВ



Объединение ВОП с отдельными специалистами
(акушером-гинекологом, педиатром)



Объединение нескольких специалистов

Схема 2. Варианты групповой практики

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

В ходе проводимого эксперимента в ряде регионов России (Волгоградская, Самарская, Псковская, Кемеровская, Свердловская и Тульская области, г. Санкт-Петербург) групповые ОВП 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, и эта модель также широко используется в эксперименте. Возможна и организация работы не по территориальному принципу, а по производственному, когда к акушерско-педиатрическому терапевтическому комплексу 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 пользо-

ваться 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 и гинекологических больных, то для его пациентов будет удобнее пользоваться консультациями специалистов, осуществляющих прием в том же помещении, что и ВОП. В этом случае функцию СВ 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 организовать, то есть включить указанных специалистов в группу ВОП. При работе группы ВОП в условиях поликлиники она, как правило, и организационно, и территориально, и финансово обособлена: чаще это либо отделение, либо бригада; группа включает в себя ВОП, 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 ПМСП 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 групповыми 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 — ВОП/СВ 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 ОВП в поликлинике) и другие варианты. При любом из этих вариантов ВОП/СВ состоит в штате поликлиники, а ОВП является структурным подразделением поликлиники. Метод работы ВОП/СВ в поликлинике — бригадный. Бригада ОВП включает ВОП/СВ, медицинских сестер общей практики, социального работника и вспомогательный персонал. Бригада на прикрепленном участке ведет всю работу: профи-

лактическую, лечебную, осуществляет наблюдение за беременными, детьми, подростками, инвалидами, пожилыми. При необходимости ВОП/СВ может направить пациента на консультацию к врачу-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 в стационар.

1.3. ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРИНЦИПУ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)

При рассмотрении зарубежного опыта организации работы медицинской сестры при оказании медицинской помощи по принципу ВОП/СВ можно выделить Европейский Союз и США. Так, например, в Германии граждане имеют свободный выбор среди ВОП (спутниковая система навигации), врачей-специалистов и медицинских сестер, а также выбор медицинских организаций при получении стационарной медицинской помощи. Регистрация у лечащего врача не требуется, и спутниковая система навигации не обладает формальными фильтрующими функциями по допуску к врачам-специалистам. Однако с 2004 г. «больничные кассы» обязаны предлагать застрахованным возможность регистрироваться в модели «врачи семейного ухода». Эта модель ориентирована на предоставление более качественных услуг и также обеспечивает стимулы для исполнения пациентами врачебных рекомендаций. С 2004 г. в действие была введена амбулаторная специализированная медицинская помощь. Она включает в себя лечение тяжелых прогрессирующих форм заболеваний и иных редких заболеваний, а также специализированные процедуры. Во Франции каждый гражданин старше 16 лет (в возрасте от 16 до 18 лет заявление должно быть заверено законным представителем), пользующийся услугами социального обеспечения, имеет право выбрать личного лечащего врача (с его согласия). Это может быть как ВОП, так и специалист, работающий как в государственной больнице, так и в частной клинике. При согласии врача заполняется декларация о выборе основного лечащего врача. Ее подписывают врач и пациент, после чего пациент направляет документ в службу социального страхования. Этот врач несет ответственность за ведение медицинской

документации пациента, регистрацию всех приемов, выставленных диагнозов и проведенных медицинских обследований. Только лечащий врач может перенаправить пациента к врачу-специалисту. Для получения врачебной помощи офтальмолога, стоматолога или гинеколога направление лечащего врача не требуется. Смена личного врача осуществляется путем составления новой декларации о выборе, которая автоматически прерывает действие предыдущей. Во Франции также стоит проблема территориальной доступности медицинской помощи на селе. С одной стороны, сами медицинские работники не видят былой престижности в статусе сельского врача, с другой стороны, жители провинций хотят получить лучшее обслуживание в крупных городах, где есть многопрофильные центры. В Англии ВОП нанимают практикующих медицинских сестер, получивших специальное образование и имеющих право на самостоятельную практику (их деятельность регулируется особым протоколом), для оказания помощи пациентам с незначительными медицинскими проблемами; пациенты обязаны вставать на учет у ВОП по месту жительства. С 1998 г. медицинским сестрам разрешено выписывать лекарственные препараты из ограниченного перечня. В 2006 г. этот перечень был расширен и включает теперь все лекарственные средства (ЛС), кроме препаратов, оборот которых контролируется государством. В Великобритании созданы центры медицинской помощи, в которые можно обратиться без предварительной записи, такими центрами руководят в основном квалифицированные медицинские сестры. Постепенно внедряется система так называемых главных медицинских сестер, которые помогают больным со сложными хроническими заболеваниями. В Финляндии, так же как и в Англии, пациенты должны вставать на учет у ВОП по месту жительства. Помимо профессиональной деятельности медицинской сестры, такой как помощь врачам, медицинские сестры самостоятельно работают с пациентами, например оказывают медицинскую помощь больным респираторными инфекциями, измеряют артериальное давление (АД), отвечают за программы санитарного просвещения, консультируют по вопросам планирования семьи, обеспечивают охрану здоровья школьников и т.д. При этом медицинские сестры не контролируют доступ к специализированной помощи. Специально обученные медицинские сестры оказывают помощь матери и ребенку. В Нидерландах можно встать на учет у любого ВОП независимо от места жительства, а медицинские сестры играют важную роль в первичном звене, главным образом в муниципальной системе здравоохранения. Они оказывают помощь при инфекционных заболеваниях, участвуют в мероприя-

тиях по охране здоровья детей и подростков (например, проводят иммунизацию детей), а также занимаются некоторыми аспектами санитарного просвещения. Медицинские сестры работают согласно протоколу, позволяющему им проводить физические и лабораторные обследования, под контролем врача осуществлять диагностику и лечение некоторых заболеваний (Ettelt S., Nolte E., Mays N. et al., 2008). Расширение роли медицинских сестер можно видеть на примере шведских медицинских центров. Так, пациента вначале осматривает медицинская сестра ВОП, которая потом направляет его к ВОП либо в стационар. Медицинские сестры ВОП также участвуют в оказании медицинской помощи лицам пожилого возраста, регулярно навещают их на дому, в ограниченном объеме выписывают лекарства (как и акушерки, выписывающие контрацептивы). Под контролем врача медицинские сестры дают рекомендации, проводят лечение и все чаще участвуют в оказании медицинской помощи пациентам с хроническими и сложными заболеваниями. Сестринские клиники оказывают помощь пациентам с длительно протекающими заболеваниями, такими как сахарный диабет (СД), хронические обструктивные заболевания легких, неврологические расстройства и др.

1.4. КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В РОССИИ

Оказание первичной помощи на основе ОВП, по определению ВОЗ, позволяет поддерживать необходимый уровень здоровья всех слоев населения через обеспечение широкого диапазона интегрированных функций здравоохранения, лечебную, профилактическую и медико-социальную помощь. При этом решающим элементом оказания качественной медицинской помощи является надлежащая профессиональная подготовка общепрактикующих врачей. Понятия «ВОП» и «СВ» считаются идентичными, так как в их квалификационных характеристиках и функциях различий не существует. Первые СВ появились в XVII в. в Российской империи с целью оказания медицинской помощи высшему дворянскому сословию. С отменой крепостного права в 1861 г. стала зарождаться земская медицина для всесторонней помощи различным группам населения, включая малообеспеченных. Поначалу в земстве основу составляли врачи государственной службы (уездные, городские), позднее наметился более широкий приток молодых врачей: в 1870–1890 гг. число земских

врачей в основных губерниях России выросло с 756 до 1805, с каждым десятилетием их число увеличивалось в 1,5 раза. Вскоре разъездную систему медицинского обслуживания, при которой врач, живший в городе и периодически объезжавший фельдшерские пункты уезда, сменила практика строительства сельских лечебниц и создания участково-территориальных служб, привлечения к работе врачей-универсалов. Октябрьская революция стала началом важных социальных реформ, ускоривших развитие здравоохранения. Организационные формы, выработанные земской медициной, в целом были сохранены, развитие здравоохранения осуществлялось в соответствии с приоритетностью не только лечебного, но и профилактического направления, в чем особенно велика заслуга Н.А. Семашко. Главным образом это коснулось развития первичного звена по территориально-участковому принципу в соответствии с основополагающим приказом Наркомздрава СССР 1935 г. «Об улучшении работы амбулаторно-поликлинических учреждений и мерах по снижению заболеваемости». Результаты большой и плодотворной деятельности первичного звена советского здравоохранения были высоко оценены в 1978 г. Алма-Атинской конференцией ВОЗ/ЮНИСЕФ: при сравнительном анализе эффективности разных подходов в оказании ПМСП, включая систему медицинской помощи по принципу СВ, институт участкового врача-терапевта советского здравоохранения был признан наиболее прогрессивным и эффективным. Первая попытка возобновления в стране организации ПМСП по принципу ВОП/СВ была предпринята в соответствии с постановлением Совета Министров СССР от 19.11.1987 № 1318 «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в XII пятилетке и на период до 2000 г.» (утратил силу). В 1992 г. специальность «врач общей практики (семейный врач)» была нормативно закреплена приказом Минздрава России и включена в номенклатуру врачебных специальностей. С переходом в 1992–1993 гг. к системе обязательного медицинского страхования (ОМС) целесообразность введения ОВП сформировалась окончательно. В становлении института ОВП значительна роль Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации и приказа Минздрава России от 30 декабря 1999 г. № 463, утвердившего отраслевую программу «Общая врачебная (семейная) практика», ее приоритетные направления и конкретные меры реализации. Это создало достаточную законодательную базу для развития данного направления и уже скоро нашло отражение в уменьшении числа направлений на консультации на 57%, диагности-