

## **РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ДОЛГОСРОЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

*Н.В. Малик*, к.мед.н., доцент кафедры общей практики – семейной медицины  
и внутренних болезней

Харьковский национальный медицинский университет  
г.Харьков (Украина)

Одной из серьезных проблем, с которой сталкивается в своей практике семейный врач, являются некоторые хронические заболевания, вызывающие прогрессирующее нарушение функции организма, в результате чего пациент инвалидизируется, становится прикованным к постели и нуждается в постоянной посторонней помощи. Это онкологические заболевания, заболевания нервной системы (постинсультные нарушения, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, гепатолентикулярная дегенерация, детский церебральный паралич, нейромышечные заболевания, спинальные травмы). Нередко такие пациенты оказываются в условиях социальной изоляции.

Считается, что по социальной значимости преобладают сосудистые, онкологические, демиелинизирующие заболевания, чем наследственные нейромышечные заболевания. Это ошибочное мнение, т.к. невромышечная патология у детей – это тяжелый инвалидизирующий диагноз и недооценка ее значимости приводит к поздней диагностике, неполноценности профилактических мероприятий и неэффективному лечению этих пациентов [2].

Обращаясь к врачу, пациент обычно надеется на исцеление. Вполне естественно: каждый хочет полностью выздороветь. Течение острых заболеваний таково, что едва ли не каждый день приносит заметные даже для самого больного изменения состояния и заканчиваются в большинстве случаев вполне благоприятно. Другое дело хронические, затяжные заболевания и подходить к результативности их лечения нужно с иными мерками, чем при острых заболеваниях. Если это не учитывать, то обязательно возникнут сомнения в правильности лечения, в компетентности лечащего врача. Психологическое состояние таких пациентов может характеризоваться высоким уровнем тревоги, страха, паники и депрессии. Может наступить отчаяние, неверие в выздоровление, что более всего затрудняет лечение и осложняет болезнь [6].

Такие пациенты тяжело переносят свою беспомощность, они легкоранимы и неосторожно брошенное слово способно надолго вызвать у них глубокую обиду. О том, насколько дружна и хороша та или иная семья, в немалой степени, судят по атмосфере уважения к старости, чуткому отношению к пожилому человеку, «лежачему» пациенту, ведь с годами они все больше и больше нуждаются в заботе близких. «Лежачий» пациент – это удар для семьи. Что делать и с чего начинать, где лечиться – вот основные вопросы, возникающие перед родственниками. В нашей стране, к сожалению, недостаточно внимания уделяют проблеме наблюдения за пациентами, нуждающимися в постоянном постороннем уходе.

Стационарные курсы лечения в условиях специализированного отделения – это эпизод в жизни пациента. Поэтому основная часть времени отводится на амбулаторное ведение их семейными докторами [6, 7]. Много вопросов в данном случае остается без ответа – это и вопросы правильной и своевременной диагностики заболеваний, и вопросы долгосрочного наблюдения за этими пациентами. Семья сталкивается с рядом трудноразрешимых задач - проблемой поиска сиделки, а зачастую из-за финансовых вопросов это оказывается трудновыполнимым, проблемой лечения, проблемой местонахождения этих больных, когда некому за ними ухаживать в домашних условиях. Поэтому необходимо расширять систему ХОСПИСов, где больному будет оказана высококвалифицированная паллиативная помощь. Пациент будет ощущать постоянное внимание и заботу и не будет чувствовать себя покинутым [4, 9].

Каждый человек тяжело переживает, если болезнь становится хронической или приводит к инвалидности. Справиться с этим в одиночку практически невозможно. В таких случаях близкие должны постараться смягчить удар, нанесенный здоровью. И наставником здесь будет врач, его советы, рекомендации. Самое важное в работе с такими пациентами – это уметь слушать и быть искренним. Когда человек тяжело болен, ему особенно важно верить в своего врача. Доверие к врачу - такой же необходимый элемент лечения, как прием лекарств и другие назначения.

Лечение, реабилитация и наблюдение пациентов, нуждающихся в постороннем уходе – очень трудная задача, которая ложится, прежде всего, на плечи родственников. Это непосильный труд, требующий большой любви, самоотдачи, выдержки, терпения и надежды на улучшение состояния.

Большое внимание необходимо уделять тому, что при заболевании одного из членов семьи семейный врач должен следить за состоянием здоровья и жизнедеятельностью всей семьи. Необходимо учитывать тот факт, что не только у пациентов с хроническими заболеваниями могут возникать разные психосоматические нарушения, но и у членов семьи пациента, который требует их постоянного внимания и помощи [3, 8].

Нередко в связи с длительным характером течения заболевания у пациентов появляются ипохондрично – тревожные нарушения, депрессивная симптоматика, когда они понимают, что под угрозу ставится их социально-трудовая и профессиональная способность.

Схемы лечения пациентов, нуждающихся в посторонней помощи, должны включать медикаментозную терапию, лечебную физкультуру, сбалансированное лечебное питание, а так же психотерапевтическую коррекцию [1, 5]. Психотерапия во всех случаях должна быть индивидуально направленной, учитывать не только особенности течения заболевания, но и личностные особенности, семейные условия пациента.

Лечение пациентов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе, необходимо проводить в тесном сотрудничестве с самим пациентом и его семьей. К важным особенностям лечения таких пациентов относится информирование пациентов и их родственников об особенностях данного

заболевания и его лечения, дополнительных методах терапии и социальной поддержке, а также разъяснение необходимости планирования жизни и финансов, что связано с возможной недееспособностью пациента.

Глубокое знание условий быта, проблем, причин конфликтов в семье, как факторов, способствующих возникновению заболеваний - это главное оружие семейного врача.

Для комплексного успешного лечения и реабилитации пациентов долгосрочного наблюдения необходимо создавать медицинские учреждения для оказания паллиативной помощи, расширять спектр оказания социальных услуг, создавать программы помощи, направленные на коррекцию психоэмоционального статуса, борьбу с осложнениями заболевания, максимальную адаптацию и вовлечение лиц со стойким нарушением здоровья в общественную жизнь, предоставление им возможности самообеспечения и самореализации.

#### Литература:

1. Бурчинский С.Г. Новые подходы к фармакотерапии когнитивных и депрессивных расстройств при психосоматической патологии // Международный неврологический журнал. – 2010. - №3(33). – С.129 – 132.
2. Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р., Евтушенко О.С. Нейромышечные заболевания у детей: проблемы ранней диагностики и современной медицинской и социальной реабилитации (научный обзор и собственные наблюдения) //Международный неврологический журнал. – 2013. - №5(59). – С.13 – 31.
3. Захаров В.В. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте: Метод. пособие для врачей /В.В.Захаров, Н.Н.Яхно. – М., 2005. – 71с.
4. Миллионщикова В.В., Лопанов П.Н., Полишкис С.А. Хосписы. Литературный обзор. Рекомендательные, информационные и справочные материалы. – Москва. – 2002г.
5. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. Ред. Б.В. Михайлова. – Харьков: Прапор, 2002. – С.46 - 49.
6. Организация медицинской помощи хроническим больным на протяжении всей жизни. Методические рекомендации. / под ред. Мишина О.С., Москва. - 2016 г.
7. Принятие этических решений в контексте здравоохранения. Организация ухода на дому. — Санкт-Петербург. – 2009. – С.5 - 41.
8. Психология и психотерапия семьи, 4-е издание. Эйдемиллер Э., Юстицкис В.. Издательство “Питер”, 2010 г. – С.80.
9. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. - 2-ое изд. - М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. - С. 80.



