**1 Виды лечения**

Здравоохранение нашей страны переживает тяжелый период реформирования и перехода в амбулаторно-поликлиническом звене на принципиально новую основу - врач общей практики.

В связи с перспективой улучшения диагностического потенциала поликлиники, введения в действие мощных диагностических центров в значительной степени изменяет подход к госпитализации больных и ведения больных в амбулаторных условиях.

Помещение больных на койку в стационар становится необходимым чтобы снять остроту процесса, чтобы лечить больных, которые не поддаются лечению в амбулаторных условиях, а также с целью проведения сложных, инвазивных исследований.

Роль поликлиники изменяется с тех позиций, что 80% больных обращаются в поликлинику, и 20% госпитализируются в стационар. Таким образом, роль поликлиники все более и более растет.

Задача врача не только четко, быстро правильно поставить диагноз с учетом различных уровней диагностического поиска (анамнез, объективное исследование, лабораторные и инструментальные методы исследования), но также задачей поликлинического врача является выявление доклинических, ранних признаков заболевания (предболезни).

Лечение в амбулаторных условиях предусматривает ряд принципов:

1. Часть лекарств назначается перорально для того чтобы препарат дошел естественно до места поражения.

2. При назначение лекарств необходимо учитывать индивидуальную чувствительность больного.

3. Вряд ли найдется другая группа заболеваний при которых так важно говорить как принимать лекарства (до или после еды). Точные рекомендации важны не только для больного и его психики, но и для того чтобы привести к оптимальному действию лекарств.

4. Из практики известно, что хороших сильнодействующих препаратов немного поэтому каждый врач должен приобрести опыт назначения какого-либо препарата и назначать самое необходимое - те препараты, которые истинно помогут больному при данном заболевании.

5. В настоящее время, учитывая , что появились сильнодействующие препараты, появилась тенденция (особенно на западе) назначать монотерапию. Многие врачи выступают против полипрагмазии, то есть назначения 4 и более препаратов одновременно. У пожилых нужно назначать препарат против заболевания, которое доминирует в клинике, а не назначать 5-6 препаратов.

Кроме того, врач поликлиники должен знать цену того или иного препарата.

В этом году введены критерии ВОЗ:

1. Врач должен знать эффективность препарата

2. Безопасность лекарства.

3. Доступность лекарства.

4. Стоимость лекарства.

Вотчал предложил 3 принципа:

1. врач должен лечить, когда нельзя не лечить больного

2. Назначать поменьше лекарств - только когда необходимо

3. Назначать лекарства , без которых нельзя обойтись

Амбулаторно-поликлиническая помощь — внебольничная медицинская помощь, оказываемая лицам, приходящим на прием к врачу, и на дому. Является наиболее массовой и общедоступной, имеет первостепенное значение для медпомощи населению. Амбулаторно-поликлинические учреждения — ведущее звено в системе организации медико-санитарной помощи; они включают амбулатории и поликлиники, входящие в состав больниц и медико-санитарных частей, самостоятельные городские поликлиники, в т.ч. детские, сельские врачебные амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты.

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает профилактические, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, направленные на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности. Важной составной частью при этом являются профилактические осмотры, а также гигиеническое воспитание населения и пропаганда здорового образа жизни. Экстренная медпомощь оказывается независимо от места жительства и работы больного.

Сеть территориальных и цеховых врачебных участков постоянно растет, они разукрупняются. Совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи способствуют ее специализация и создание многоуровневой системы На первом уровне в территориальных поликлиниках и медсанчастях амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается, как правило, по основным врачебным профилям (терапевтическому, хирургическому, неврологическому, оториноларингологическому, офтальмологическому, дерматовенерологическому, гинекологическому). На втором уровне, в городских поликлиниках консультативно-диагностической помощи, функционируют специализированные кабинеты и отделения (урологические, эндокринологические, гастроэнтерологические, пульмонологические и др.). Третий уровень может быть представлен городскими центрами специализированной медпомощи, включающими поликлинический консультативный кабинет, стационарное отделение соответствующего профиля, а иногда и круглосуточную ургентную службу.

Амбулаторно-поликлиническая помощь взаимосвязана со скорой и стационарной медицинской помощью. От степени взаимодействия и преемственности в работе лечебно-профессиональных учреждений зависит эффективность не только амбулаторно-поликлинической помощи, но и всего лечебно-диагностического Развитие амбулаторно-поликлинической помощи влияет на использование конечного фонда больниц и санаториев.

Взаимосвязь учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, с другими медицинскими учреждениями обеспечивается документооборотом, совместными научно-практическими конференциями, практикой чередования в объединенных больничных учреждениях (врачи по очереди работают определенный срок в поликлинике и стационаре) и другими мероприятиями.

С целью повышения квалификации врачей амбулаторно-поликлинического звена в ряде институтов усовершенствования врачей организованы специальные курсы, кафедры, факультеты, в некоторых городах функционируют постоянно действующие семинары.

Большое внимание дальнейшему совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи уделено на федеральном уровне. Так в рамках федеральной программы «здравоохранение» предусмотрено расширение сети амбулаторно-поликлинических учреждений и укрепление их материально-технической базы. Организация диагностических центров, оснащенных высокоэффективным оборудованием и медицинской техникой, укомплектованных кадрами специалистов, предполагает использовать потенциал высших медицинских учебных заведений, институтов усовершенствования врачей, научно-исследовательских учреждений, многопрофильных больниц. Планируется увеличить число лиц, обследование и лечение которых будет осуществляться в поликлиниках и на дому, обеспечить преемственность в работе диспансеров и других амбулаторно-поликлинических учреждений, расширить сеть отделений активного лечения и стационаров на дому с бесплатным выделением медикаментов, активизировать работу поликлиник и диспансеров по профилактике заболеваний и оздоровлению населения, повысить их роль в медико-социальной реабилитации больных, организовать отделения (кабинеты) профилактики и восстановительного лечения. Предусмотрено оказывать амбулаторно-поликлиническую помощь трудящимся преимущественно в их свободное от работы время с учетом режима работы предприятий и организаций. В областных, краевых и республиканских центрах организованы хозрасчетные поликлиники (в т.ч. стоматологические и физиотерапевтические), косметологические лечебницы и оздоровительные комплексы. Предполагается радикально перестроить работу амбулаторно-поликлинических учреждений для женщин и детей, усилить их профилактическую деятельность, пропаганду здорового образа жизни. В городских поликлиниках намечено развивать цеховую службу для работников промышленных предприятий, на которых занято менее 1000 человек. Планируется повысить роль ФАП в осуществлении профилактических мероприятий на селе; расширится сеть передвижных врачебных амбулаторий, клинико-диагностических лабораторий, флюорографических, стоматологических и других кабинетов.

**2 Виды принудительных мер и их применение**

Уголовный кодекс РФ 1996 г. не дает определения понятия "принудительные меры медицинского характера". Вместе с тем Кодекс содержит специальный раздел (VI) под названием "Принудительные меры медицинского характера". В данном разделе указаны основания применения принудительных мер (ст. 97), цели применения (ст. 98), виды принудительных мер медицинского характера (ст. 99), а также сформулированы нормы, определяющие порядок продления, изменения и прекращения применения таких мер (ст. 100 - 104).

Отдельные авторы характеризуют принудительные меры медицинского характера как меры государственного принуждения, сочетающие "юридическое и медицинское начало".[[1]](#footnote-1) При этом верно отмечается, что указанные меры являются юридическими, потому что, во-первых, их основание, виды, порядок применения и прекращения определяются уголовным законом, во-вторых, процедура назначения этих мер регламентирована уголовно-процессуальным кодексом, в-третьих, реализация принудительных мер медицинского характера предусмотрена уголовно-исполнительным законодательством.

Медицинскими принудительные меры, применяемые к психически больным лицам, являются потому, что имеют строго медицинский характер: рекомендации по их назначению дают комиссия врачей-психиатров, судебно- психиатрическая экспертиза, а содержание этих мер в соответствии с медицинскими показаниями определяется медицинским персоналом психиатрических учреждений, где проводится принудительное лечение.

Соглашаясь в принципе с подобной характеристикой принудительных мер медицинского характера, следует уточнить, что принудительные меры являются уголовно-правовыми мерами государственного принуждения, поскольку они предусмотрены уголовно-правовыми нормами материального, процессуального и уголовно-исполнительного законодательства. Указание на юридическую принадлежность таких мер является явно недостаточным, так как для правоприменителя в лице судебных правоохранительных органов и медицинских учреждений важна их отраслевая принадлежность, знание которой позволяет обратиться к соответствующим нормам УК, УПК, УИП и других федеральных законов.

Принудительные меры медицинского характера можно определить как особую уголовно- правовую форму государственного принуждения, содержание которой заключается в принудительном лечении невменяемых, а также вменяемых лиц, совершивших преступления и нуждающихся по своему психическому состоянию в принудительном лечении. Данное определение содержит указание на существенные признаки принудительных мер медицинского характера, не касаясь оснований, целей их применения и других характеристик принудительных мер, которые требуют самостоятельного и подробного рассмотрения.

В ст. 99 УК РФ 1996 г. предусмотрены четыре вида принудительных мер, которые вправе применить суд.

1. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (ст. 100 УК). Данная мера может быть назначена при наличии оснований для ее применения, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар. По нашему мнению, применяя эту меру, суд должен быть убежден, что лицо не представляет опасности для общества как по характеру совершенного деяния, так и по характеру психического расстройства. Кроме того, должно быть заключение судебно-психиатрической экспертизы о том, что для осуществления необходимых лечебных мероприятий в отношении этого больного достаточно амбулаторного наблюдения. Суд обязан также установить, что больной в состоянии самостоятельно либо с помощью родственников удовлетворять свои основные жизненные потребности.

2. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа (ч. 2 ст. 101 УК). Для применения принудительных мер в психиатрическом стационаре любого типа требуется наличие оснований, предусмотренных ст. 97 УК, а также необходимость (по характеру психического расстройства лица) таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в условиях психиатрического стационара. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию нуждается в стационарном лечении и наблюдении, но не требует интенсивного наблюдения.

3. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа. В таком стационаре должны находиться люди, которые по своему психическому состоянию нуждаются в стационарном лечении и постоянном наблюдении (ч. 3 ст. 101 УК).

4. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. Пребывание для лечения в таком психиатрическом стационаре может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет собой опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения (ч. 4 ст. 101 УК).

Условия лечения и определение методов наблюдения в психиатрических стационарах устанавливаются Министерством здравоохранения РФ. К лицам, которым назначено принудительное лечение, применяются те же методы диагностики, лечения, профилактики, а также все необходимые меры социальной реабилитации, которые применяются к любым лицам, страдающим психическими расстройствами, с соответствующим диагнозом заболевания.

В процессе исполнения принудительных мер возникают вопросы о их продлении, изменении и прекращении. Эти вопросы решает суд по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение.

Назначение принудительных мер, процесс их осуществления поставлен под контроль суда, куда администрация учреждения вносит свои предложения- на основании заключения комиссии врачей-психиатров (ч. 1 ст. 102УК).

Установлено, что лицо, которому назначена принудительная мера медицинского характера, подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в шесть месяцев для решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении или изменении такой меры. При отсутствии оснований для изменения администрация учреждения, осуществляющего принудительное лечение, представляет в суд заключение для его продления. Первое продление принудительного лечения может быть произведено по истечении шести месяцев с момента начала исполнения принудительной меры, в последующем оно производится ежегодно (ч. 2 ст. 102 УК).

Суд принимает решение об изменении или прекращении принудительной меры в случае такого изменения психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной меры медицинского характера (ч. 3 ст. 102 УК).

Принимая решение о прекращении принудительного лечения в психиатрическом стационаре, суд вправе передать необходимые материалы в отношении лица, находящегося на принудительном лечении, в органы здравоохранения для решения вопроса о его лечении или направлении в психоневрологическое учреждение социального обеспечения в порядке, установленном законодательством РФ о здравоохранении (ч. 4 ст. 102 УК).

**3 Санаторно-курортное лечение**

Санаторно-курортное лечение - вид лечебно-профилактической помощи, оказываемой в специализированных стационарных учреждениях и основанной на применении главным образом природных лечебных факторов (климата, минеральных вод, лечебных грязей и др.). В комплекс курортных факторов входят также перемена обстановки и "выключение" больного из привычных условий труда и быта, особенности природных условий и ландшафта курортов; важную роль играют лечебная физкультура, диетотерапия, санаторный режим и т. д.

Для большинства больных пребывание на курорте - лишь этап в процессе лечения заболевания; эффективность его особенно высока на ранних стадиях болезни, в связи, с чем оно играет важную роль в предупреждении перехода болезни в хроническую стадию, а также в профилактике ее обострения и осложнений. Оно осуществляется как комплекс лечебных методик с учетом профиля каждого санатория.

Санаторно-курортный отбор больных проводится с целью обеспечения эффективности санаторно-профилактических мероприятий в больнично-поликлинических и санаторных учреждениях, а также наиболее рационального использования курортных учреждений. Вопрос о необходимости санаторно-курортного лечения больных решают лечащий врач и заведующий отделением (при его отсутствии - главный врач) больницы или амбулаторно-поликлинического учреждения, где наблюдается больной. Основой для отбора служат оценка состояния больного, результаты ранее примененных методов больнично-поликлинического лечения, эффективность прежнего лечения на курорте, в санатории.

При решении вопроса о выборе курорта и санатория учитываются диагноз и стадия основного заболевания, наличие сопутствующих заболеваний, условия поездки на курорт (дальность расстояния, наличие пересадок и т. п.), сезон, контрастность климатогеографических условий и особенности бальнеологического, грязевого и других видов курортного лечения. Если длительная поездка, контрастные климатические условия могут вредно отразиться на состоянии здоровья, то больных направляют только в местные санатории.

До направления больного на санаторно-курортное лечение проводят необходимые диагностические исследования (клинический анализ крови, рентгеноскопию грудной клетки и т. д. в зависимости от характера заболевания; для женщин, независимо от характера заболевания, обязательно заключение гинеколога).

1. Бородин С. В. Принудительные меры медицинского характера/ Новое уголовное право России. Общая часть: Учебное пособие. М.,1995. С.156 [↑](#footnote-ref-1)