

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист психиатр
Департамента здравоохранения
города Москвы, д.м.н.,
профессор



Г.П. Костюк

«20» ноября 2024 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Московским региональным
отделением общественной
организации «Российское
общество психиатров»,
секретарь правления
МРО ОО РОП, к.п.н.



М.А. Кулыгина

«02» декабря 2024 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДОВРАЧЕБНОГО ПРИЕМА
В АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЕ

Методические рекомендации № 65

УДК 616.89:614.253

ББК 56.14

О64

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»)

Авторы-составители: **Г. П. Костюк**, доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения города Москвы;

М. В. Курмышев, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»;

Е. А. Пономарева, заведующий филиалом ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер № 24», врач-психиатр;

Р. Г. Постельный, заведующий филиалом ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер № 10», врач-психиатр;

О. Е. Дымянченко, медицинский психолог патопсихологической лаборатории № 11 ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»;

А. А. Чапышев, заведующий Учебным центром ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»

Рецензенты: **А. Ю. Морозова**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела фундаментальной и прикладной нейробиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России;

О. Ю. Тюлькина, кандидат медицинских наук, заведующий филиалом ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер № 18»

Организация и проведение психиатрического доврачебного приема в амбулаторной службе: методические рекомендации / Сост. Г. П. Костюк, М. В. Курмышев, Е. А. Пономарева [и др.]. — М.: ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», 2024. — 36 с.

Принято решение Экспертным советом по науке Департамента здравоохранения города Москвы и Московским региональным отделением общественной организации «Российское общество психиатров» (Протокол № 17/1 от 02.12.2024 г.) рекомендовать методические рекомендации к печати и последующему внедрению в практику московского здравоохранения.

В методических рекомендациях представлен алгоритм проведения доврачебного приема медицинской сестрой психиатрической амбулаторной службы. Детально рассмотрена последовательность мероприятий, направленных на планирование и подготовку доврачебного приема, взаимодействие с психиатрическим пациентом и оценку его состояния.

Для медицинских сестер психиатрического профиля и врачей-психиатров.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ISBN

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2024

© ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», 2024

© Коллектив авторов, 2024

Содержание

Нормативные ссылки.....	4
Терминологический словарь.....	5
Сокращения.....	6
Введение.....	7
Планирование доврачебного приема.....	8
Прием пациента.....	9
Оценка состояния пациента.....	10
Этап 1. Внешний осмотр.....	11
Этап 2. Актуальное состояние.....	13
Этап 3. Опрос по основным критериям.....	15
Этап 4. Прием лекарств.....	23
Этап 5. Дополнительные вопросы.....	24
Этап 6. Оценка соматоневрологического статуса.....	25
Этап 7. Информированность о службах экстренной психологической помощи.....	25
Этап 8. Информирование об изменении места жительства.....	26
Этап 9. Оценка психотических проявлений.....	26
Этап 10. Итоги приема.....	29
Заключение.....	34
Литература.....	35

Нормативные ссылки

В настоящем документе использованы ссылки на следующие нормативно-правовые акты:

- Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 октября 2022 г. № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июня 2022 г. № 451н «Об утверждении Порядка проведения медицинского психиатрического освидетельствования»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июня 2022 г. № 453н (ред. от 28 ноября 2022 г.) «Об утверждении Порядка диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями»;
- приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 28 декабря 2023 г. № 1300 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

Терминологический словарь

Амбулаторная психиатрическая служба — система оказания психиатрической помощи в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения лицу, страдающему психическим расстройством, во внебольничных условиях (без помещения лица в стационар).

Визуальный осмотр пациента — процесс наблюдения и изучения пациента с помощью зрительного восприятия, без применения специальных инструментов или приборов.

Диспансерное наблюдение в психиатрии — наблюдение путем регулярных осмотров за состоянием психического здоровья лица, страдающего хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Кабинет доврачебного приема — структурное подразделение, предназначенное для регулирования количества пациентов, а также для проведения помощи, не требующей врачебных компетенций.

Качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Сокращения

ИМТ — индекс массы тела

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МНН — международное непатентованное наименование

МС — медицинская сестра

ПОНП — психиатрическое отделение неотложной помощи

Введение

Важным этапом в развитии психиатрической амбулаторной службы является оптимизация работы кабинета врача-психиатра диспансерного отделения, цель которой — привести в соответствие деятельность медицинской сестры (МС) с современными требованиями психиатрической амбулаторной помощи [1].

За последние несколько лет длительность и периодичность лечения психиатрического пациента в условиях стационара сократились благодаря усилению амбулаторной службы и расширению внебольничных форм оказания стационарной помощи. Таким образом количество пациентов диспансерных групп наблюдения Д-1 и Д-2 уменьшается в пользу групп диспансерного наблюдения Д-3 и Д-4, то есть пациентов, комплаентных к назначенному лечению и регулярно, в рекомендованные сроки посещающих диспансеры.

Один из способов оптимизации работы кабинета врача-психиатра диспансерного отделения — доврачебный прием пациента, в рамках которого МС оценивает состояние пациента до приема врача, используя чек-лист оценки психического статуса, организует график посещения психиатрического кабинета и контролирует посещаемость пациентов, помогает врачу контролировать прием терапии пациентом, маршрутизирует пациента внутри диспансера и за его пределами, ведет весь необходимый документооборот и помогает врачу работать с его документацией [2–4]. Если принять время посещения пациента за 100%, то 70–80% этого времени занимает взаимодействие МС с пациентом.

Помимо этого, доврачебный прием дает возможность оказывать качественную амбулаторную психиатрическую помощь в рамках психоневрологического диспансера в условиях перманентного дефицита врачей-психиатров и текучки врачебного персонала.

Как показывает практика, МС — более стабильная рабочая единица, чем врач. МС в среднем работает в диспансере 10 лет, врач-психиатр — не более 8 лет. Медицинских сестер больше в количественном выражении почти на 30%, чем врачей. Именно МС кабинета диспансерного отделения выступает гарантом

преемственности между уволившимся и новым врачом, а также поддерживает пациентов на период отсутствия врача. Как правило, длительно работающая участковая МС в рамках одного диспансера имеет опыт работы с несколькими диспансерными кабинетами и может оказывать поддержку вновь пришедшим МС и врачам в период их вступления в свои обязанности или отпускной период.

Регулярное проведение доврачебного приема МС позволяет эффективно организовывать работу психиатрического диспансерного кабинета: сократить время приема пациента врачом-психиатром, высвободить врачу дополнительное время для работы со сложными пациентами и документацией, поддержать преемственность, а также комплаенс пациента к лечению [5].

Планирование доврачебного приема

Доврачебный прием состоит из двух этапов:

1. Планирование доврачебного приема.
2. Прием пациента.

МС, собрав и систематизировав всю необходимую информацию о пациентах, формирует предварительную запись пациентов для ведения доврачебного приема. Доврачебный прием следует планировать в часы низкой посещаемости кабинета врача-психиатра или в часы, которые рекомендует врач.

В процессе планирования доврачебного приема МС должна изучить критерии выбора и критерии исключения пациентов для доврачебного приема.

Критерии выбора:

- диагноз F20–F29 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10);
- группы диспансерного наблюдения Д-3, Д-4;
- стабильная схема лечения или немедикаментозная ремиссия.

Критерии исключения:

- суицидальные попытки в анамнезе;
- общественно опасные деяния в анамнезе;
- процесс изменения схемы лечения или подбора терапии.

Далее МС должна запросить подробную информацию от врача-психиатра, касающуюся характерологических особенностей и особенностей заболевания по каждому пациенту: диагноз, история болезни, терапия, приверженность лечению и т. д. Затем она должна согласовать с врачом-психиатром список пациентов, выбранных для доврачебного приема, и определить совместно с врачом периодичность проведения доврачебного приема для каждого пациента, которая должна составлять от 1 до 3 доврачебных приемов подряд, но не более. Пациенты, состояние которых не соответствует критериям выбора, могут быть включены в список для доврачебного приема только после согласования с заведующим диспансерным отделением и (или) заведующим филиалом.

Также МС следует учитывать при планировании доврачебного приема отсутствие в аптечном пункте препаратов, входящих в стабильную схему лечения пациента. В случае отсутствия препарата доврачебный прием должен быть отменен, а пациент перенаправлен к врачу для замены терапии.

При необходимости замены препарата ввиду отсутствия назначенного препарата в аптечном пункте МС своевременно информирует пациента об изменениях и заблаговременно отменяет запись на доврачебный прием и записывает пациента на прием к врачу-психиатру.

МС контролирует периодичность обязательных осмотров врачом-психиатром, которые определяются группой диспансерного наблюдения и настоящими методическими рекомендациями.

Прием пациента

МС ведет доврачебный прием в строгом соответствии со стандартизированным интервью, используя чек-лист оценки психического статуса.

Она контролирует состояние пациента перед повторным введением пролонгированных препаратов, оформляет рецепты в соответствии с врачебными назначениями и направления в процедурный кабинет, к врачам-специалистам, на инструментальные методы исследования перед повторным

направлением на медико-социальную экспертизу, для прохождения планового флюорографического исследования, диспансеризации, а также контролирует показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения.

За день до посещения пациентом психоневрологического диспансера МС звонит ему с целью напомнить о запланированном посещении.

После проведения доврачебного приема представляет пациента врачу-психиатру (дежурному администратору или заведующему диспансерным отделением) для внесения заключения в чек-лист оценки психического статуса, оформления рецепта и внесения информации в статистические формы.

В случае неявки пациента на запланированный доврачебный прием МС связывается с пациентом (его опекуном, родственником) по телефону для уточнения причин, информирует врача-психиатра (участкового, дежурного врача-психиатра, дежурного администратора, заведующего диспансерным отделением) о неявке пациента и результате звонка и действует в соответствии с распоряжениями врача-психиатра.

Также МС незамедлительно информирует участкового врача-психиатра и старшую МС (в их отсутствие дежурного врача-психиатра или заведующего диспансерным отделением) о возникших в процессе доврачебного приема сложностях и нештатных ситуациях.

Кроме того, она помогает участковому врачу-психиатру в оформлении регулярной медицинской документации.

Оценка состояния пациента

Оценка состояния пациента с помощью визуального осмотра и стандартизированного интервью позволяет МС определить и последовательно описать состояние пациента для врача-психиатра.

Этапы оценки состояния пациента должны быть отражены в чек-листе:

1. *Внешний осмотр*: сбор информации о пациенте (фамилия, имя, отчество, дата рождения и т. д.), ориентация во времени, пространстве и собственной личности, внешний вид.

2. *Актуальное состояние:* готовность к общению, поведение во время общения, речь, фон настроения.
3. *Опрос по основным критериям:* сон, настроение, самочувствие, тревожность и страхи, мысли, аппетит, занятость и социальная активность.
4. *Прием лекарств:* отношение к терапии.
5. *Дополнительные вопросы.*
6. *Оценка соматоневрологического статуса:* рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии, артериальное давление.
7. *Информированность о службах экстренной психологической помощи* («Телефон доверия», психиатрическое отделение неотложной помощи (ПОНП) взрослому населению) и проведении мониторинга службой «Телефон доверия».
8. *Информирование об изменении места жительства* в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июня 2022 г. № 453н (знает/не знает).
9. *Оценка психотических проявлений:* суицидальные намерения или самоповреждающее поведение, агрессия и аутоагрессия, психотические проявления (наличие бредовых идей, «голосов»).
10. Заключение.

Этап 1. Внешний осмотр

Критерии	Соответствует условной норме	Не соответствует условной норме
Ориентация во времени, пространстве и собственной личности		
Внешний вид		

Сбор информации о пациенте

На первом этапе интервью необходимо задать вопросы пациенту и узнать у него следующую информацию:

- Назовите Ваши фамилию, имя, отчество.
- Назовите дату Вашего рождения.
- Сколько Вам полных лет?
- Назовите адрес проживания.
- С кем Вы проживаете?
- Какое сегодня число, день недели? Какое сейчас время года?
- Расскажите, чем Вы занимались последние 2 дня.

Пациенту, регулярно посещающему кабинет врача-психиатра, уточнять фамилию, имя, отчество и дату рождения необязательно.

Ориентация во времени, пространстве и собственной личности

В процессе опроса МС определяет, насколько пациент ориентируется во времени, пространстве и собственной личности: знает текущий день недели, число, месяц, год, время года, верно называет фамилию, имя, отчество, дату рождения, возраст, верно называет город, в котором находится, свой адрес, помнит, что делал в последние несколько дней.

Если ответы пациента не соответствуют действительности и (или) скорость реакции на вопросы ниже условной нормы (скорость реакции с учетом его заболевания и лечения), пациент испытывает растерянность, делает длительные паузы перед ответами, то МС должна сделать отметку «не соответствует условной норме» в строке «Ориентация во времени, пространстве и собственной личности» чек-листа.

Внешний вид

Если внешний вид пациента не соответствует его условной норме: пациент неопрятен, носит грязную или испачканную одежду, у пациента грязные (засаленные) волосы, он имеет неприятный запах (санитарно запущен) или одет не по сезону, нелепо одет, имеет чрезмерно яркий и броский внешний вид, то МС должна сделать отметку «не соответствует условной норме» в строке «Внешний вид» чек-листа.

Если пациент имеет внешние повреждения: порезы, гематомы, запах алкоголя и перегара, то МС должна сделать отметку «не соответствует условной норме» в строке «Внешний вид» чек-листа.

Подтвердив соответствие критериев внешнего осмотра условной норме, МС переходит к следующему этапу интервью.

В случае, если один критерий и более не соответствует условной норме, МС направляет пациента на прием к врачу.

ВАЖНО! МС до проведения доврачебного приема должна получить от врача исчерпывающую информацию об особенностях заболевания пациента и знать, что для пациента является условной нормой с учетом его заболевания и назначенного лечения. Так, например, пациент может иметь медленную речь, сообщать о себе неверные данные или одеваться ярко. Если врач подтверждает, что это является условной нормой для пациента, то МС ставит отметку «условная норма» в соответствующих критериях и продолжает доврачебный прием.

Этап 2. Актуальное состояние

Критерии	Соответствует условной норме	Не соответствует условной норме
Готовность к общению		
Поведение во время общения		
Речь		
Фон настроения		

Готовность к общению

Соответствует условной норме: пациент готов к общению, настроен на диалог с МС, не оказывает явного или неявного сопротивления.

Не соответствует условной норме: пациент отвечает формально, неохотно, не настроен на диалог с МС, отказывается отвечать на вопросы с пассивными протестными реакциями («зачем...», «уже раньше говорил», «все время одно и то же спрашиваете») или категорично отказывается взаимодействовать с МС.

Поведение во время общения

Соответствует условной норме: пациент, в соответствии с содержанием разговора, ведет себя свободно и непринужденно, корректен и доброжелателен, соблюдает дистанцию в общении, отвечает на вопросы по существу, адекватно реагирует на замечания МС.

Не соответствует условной норме: пациент не поддерживает зрительный контакт, тяготеет к нему, избегает зрительного контакта, смотрит в одну сторону, или наблюдается «бегающий» взгляд. Сидит в одной позе, скован, напряжен, «закрит», тускл и монотонен, проявляет отстраненность и дистанцированность; мимика, жесты, жесты, эмоциональные реакции обеднены и мало выразительны, или пациент, напротив, демонстративно раскрепощен, взбудоражен, склонен сближать дистанцию; мимика, жесты, жесты, эмоциональные реакции не всегда уместны ситуации, пациент не реагирует на коррекцию, отмечаются вегетативные реакции, логоневроз¹. Пациент отвечает на вопросы формально, кратко, односложно, неохотно, сбивчиво, избирательно; ответ требует уточняющих вопросов, уклоняется от ответа, отвечает не по существу или, напротив, излишне подробно, часто издали, с излишней детализацией; избегает обсуждения лично значимых тем; после пауз непоследовательно переходит с одной темы на другую; трудно перебиваем, «не слышит» вопросы МС, рассуждает на отвлеченные темы, не заканчивает свою мысль.

Речь

Соответствует условной норме: речь пациента достаточной громкости, в обычном темпе.

Не соответствует условной норме: пациент говорит тихим голосом, мало модулированным, монотонным; речь замедлена, с паузами, или, напротив, пациент говорит чрезмерно громко, речь ускоренна, с напором, перебивает или недослушивает специалиста.

¹ Речевая неврологическая патология, которая выражается в нарушении ритма речи. Чаще всего заикание проявляется в повторении звуков или отдельных слогов, а также во внезапных паузах, удлинении слов.

Фон настроения

Соответствует условной норме: настроение пациента ближе к ровному, пациент благодушен и расположен к общению.

Не соответствует условной норме: пациент демонстрирует заторможенность, подавленность, погружен в свои переживания, слезлив или, наоборот, не к месту шутит, чрезмерно говорлив, неусидчив, эмоционально неустойчив (то раздражителен, то шутлив), склонен спорить, использует ненормативную лексику, обращается на «ты» к МС.

Подтвердив соответствие критериев актуального состояния пациента условной норме, МС переходит к следующему этапу интервью.

В случае, если один критерий и более не соответствует условной норме, МС прекращает доврачебный прием и направляет пациента на прием к врачу. В комментариях отражает наблюдаемые изменения в состоянии пациента.

ВАЖНО! Для правильной оценки критериев актуального состояния пациента МС до проведения доврачебного приема должна получить от врача исчерпывающую информацию об особенностях заболевания пациента и его личностных особенностях и знать, что является условной нормой с учетом особенностей его заболевания и назначенного лечения. В ряде случаев, например, монотонная замедленная речь или взгляд в одну сторону и т. д. является для пациента условной нормой.

Этап 3. Опрос по основным критериям

Критерии	Соответствует условной норме	Не соответствует условной норме
Сон		
Настроение		
Самочувствие		
Тревожность и страхи		
Мысли		
Аппетит		
Занятость и социальная активность		

Опрос проводится за период от момента последнего посещения кабинета врача-психиатра. МС должна задать все вопросы из списка по каждому критерию.

Сон

- Во сколько обычно Вы ложитесь спать?
- Во сколько обычно Вы просыпаетесь утром?
- Трудно ли Вам уснуть? (Как долго пациент не может уснуть? Что делает, когда не может уснуть?)
- Чем Вы занимаетесь за 2–3 часа до сна? (Какой деятельностью, которая может нарушать процесс засыпания и сон, занимается пациент?)
- Что мешает Вам уснуть?
- О чем Вы думаете в моменты, когда Вы не можете уснуть?
- Просыпаетесь ли Вы ночью? (Если пациент просыпается, то как часто и чем занимается в периоды бодрствования?)
- Чувствуете ли Вы себя отдохнувшим после пробуждения?
- Снятся ли Вам сны?
- Какие сны Вам снятся?
- Спите ли Вы днем? (В какое время? Как долго?)
- Если Вы спите днем, получается ли у Вас уснуть ночью?
- Хочется ли Вам спать в течение дня? (Наблюдается ли сонливое состояние, отсутствие энергии?)
- Принимаете ли Вы препараты для того, чтобы уснуть? (Если да, то какие?)

Соответствует условной норме: пациент соблюдает режим (день/ночь), спать ложится в 22–23 часа, сразу засыпает и сравнительно легко просыпается, спит 7–8 часов, сон без пробуждений, утром пробуждение с ощущением «отдохнул и набрался сил», отсутствие кошмарных сновидений.

Не соответствует условной норме: пациент не соблюдает режим (день/ночь), спать ложится глубоко ночью, долго засыпает или не может уснуть,

спит менее/более 7–8 часов, сон с пробуждениями, утром тяжело просыпается, кошмарные сновидения, потребность в длительном дневном сне.

Если сон соответствует условной норме, то МС переходит к следующему этапу интервью.

В случае несоответствия сна условной норме МС должна выяснить: как долго пациент не может заснуть, что мешает заснуть (мысли, переживания, тревога и беспокойство, события дня или перспективы будущего, внешние факторы, перед сном были гаджеты, интернет, эмоционально насыщенные фильмы или передачи), по какой причине хочет спать, но не может заснуть, какова частота пробуждений, как часто они проявляются и что пациент делает, когда не может уснуть.

Настроение

- С каким настроением Вы сегодня проснулись?
- Опишите свое настроение в данный момент. (Если пациенту сложно описать свое настроение из-за особенностей заболевания и личностных особенностей, то можно использовать следующую формулировку вопроса: «Вам нравится Ваше настроение?»)
- Наблюдаете ли Вы у себя перепады настроения (от веселого до грустного)?
- Как часто у Вас случаются перепады настроения?
- Что может испортить Вам настроение?
- Кто может испортить Вам настроение?
- Что Вы делаете, когда у Вас снижено настроение?
- Как Вы поднимаете себе настроение?
- Бывает ли у Вас прилив энергии, при котором Вы можете сделать большое количество дел, которые откладывали? (Если да, то как часто? Когда в последний раз? Что конкретно делал пациент?)
- Беспокоят ли Вас какие-либо переживания? (Если да, то какие?)
- Тяготит ли Вас что-то на данный момент?

- Вы часто плачете? (Если да, то по каким причинам?) Пациентам – мужчинам можно задавать вопрос в другой формулировке: «Вы часто расстраиваетесь?»

Соответствует условной норме: ровное, устойчивое, без перепадов, отсутствие тревоги и беспокойства, удовлетворительное для пациента.

Не соответствует условной норме: настроение снижено или повышено, пациент выглядит вялым, апатичным, ощущает отсутствие сил, ему тяжело что-то делать, ничего не хочется делать, ничего не интересно, повышенная раздражительность на окружающих или внешние факторы, слезливость.

Если настроение соответствует условной норме, то МС переходит к интервью по следующему критерию.

Если настроение не соответствует условной норме, то МС выясняет, из-за чего оно не соответствует (актуальная ситуация пациента, внешние события, внутренние переживания, переживания без видимых причин).

Самочувствие

- Как Вы чувствуете себя?
- Болит ли у Вас что-то? (Если да, то уточнить характер боли, как давно она появилась.)
- Бывали ли у Вас за последний месяц необычные ощущения в теле? (Если да, то какие?)
- Обращались ли Вы к врачу другой специальности по поводу заболевания в течение последних 2 недель?
- Назначались ли Вам какие-то новые препараты? (Если да, то какие и принимает ли их пациент?)

С помощью этих вопросов МС должна выяснить, болит ли что-то у пациента, если да, то что именно, обращался ли он к врачу (какой специальности), как чувствует себя физически в данный момент, есть ли какие-либо проблемы со здоровьем, если есть, то какие.

Соответствует условной норме: отсутствие жалоб на здоровье.

Не соответствует условной норме: наличие жалоб на физическое и психическое состояние.

Тревожность и страхи

- Беспокоит ли Вас тревога?
- Какие тревожные мысли у Вас бывают?
- Замечаете ли Вы какие-либо изменения в своем организме, когда ощущаете тревогу?
- В какое время суток тревога ощущается сильнее всего?
- Что приходит Вам на ум, когда Вы испытываете тревогу?
- Как Вы думаете, что с Вами будет в будущем?
- Какие у Вас планы на ближайшее будущее?
- Бывает ли у Вас чувство беды, как будто должно случиться что-то плохое?
- Бывает ли у Вас чувство суетливости, не знаете, куда себя деть?
- Бывают ли у Вас приступы паники и страха? (Если да, то как это проявляется, в какой ситуации это произошло? Когда в последний раз были приступы? Как часто и какие физические симптомы сопровождают приступ: учащенный пульс (сердцебиение), потливость, влажные руки, частое дыхание и т. д.?)
- Бывают ли у Вас внезапные приступы паники и страха, при которых было тяжело физически? (Если да, то с чем связаны?) Испытывали ли Вы страх будущего (во всем крах и безнадежность)?

Соответствует условной норме: отсутствие симптомов тревожности и страхов.

Не соответствует условной норме: наличие симптомов тревожности и страхов.

Мысли

- Бывает ли, что Ваши мысли мешают сосредоточиться на чем-либо?
- Не ощущаете ли Вы порой (в последнее время) сумбур в голове?

- Бывает ли, что одна и та же мысль крутится в голове и Вы не можете от нее избавиться?
- Происходит ли сейчас в Вашей жизни что-то, о чем Вы постоянно думаете и переживаете? (Что именно?)
- Приходят ли Вам в голову постоянно какие-то мысли несмотря на то, что Вы усиленно стараетесь их не допускать?
- Бывает ли у Вас ощущение пустоты в голове?
- Бывает ли ощущение, что Ваши мысли не принадлежат Вам?

Соответствует условной норме: мысли без особенностей, нет навязчивых мыслей, не мешают засыпать, заниматься текущими делами.

Не соответствует условной норме: мысли навязчивые, трудно переключиться или отвлечься от них, постоянные или появляются перед сном, вызывают волнение или напряжение, тревогу и страхи; мысли, характеризующие внутренние переживания (связаны с ситуацией, без видимых причин); мысли путаются, их много, и они разные; от них тяжело, хочется от них избавиться; они мешают, «плохие» для пациента, мысли «не мои... чужие», или, напротив, ощущение пустоты в голове, мыслей нет. Обращать внимание, как пациент об этом говорит.

Аппетит

- Наблюдаете ли Вы изменения аппетита в последнее время?
- Сколько раз в день Вы едите?
- За последнее время менялся ли Ваш вес? (Если да, то нужно уточнить: масса тела повысилась или снизилась?)
- Бывает ли, что Вы не едите, даже когда чувствуете голод?
- Изменились ли Ваши привычки и предпочтения в питании за последнее время?
- Вы получаете удовольствие от еды?
- Бывает ли у Вас непроходимое чувство голода даже после того, как Вы поели?

- Вы соблюдаете какую-либо диету? (Если да, то какую именно?)
- Бывают ли у Вас приступы переедания?
- Бывает ли у Вас чувство вины, связанное с едой?
- Едите ли Вы по ночам?
- Бывают ли у Вас нарушения опорожнения кишечника (запор, диарея)?

Соответствует условной норме: аппетит обычный, пациент ест несколько раз в день, питается полноценно, нет изменений массы тела, связанных с питанием.

Не соответствует условной норме: аппетит повышен (нет чувства насыщения, пациент постоянно хочет есть, «ест все подряд»); аппетит снижен либо отсутствует («ничего не хочу», «заставляю себя что-то съесть», «ем, потому что надо что-то есть», «близкие заставляют», «все однообразно по вкусу»). В случае увеличения массы тела МС необходимо уточнить у врача результаты анализа уровня пролактина.

ВАЖНО! Для правильной оценки критерия «Аппетит» МС до проведения доврачебного приема должна получить от врача исчерпывающую информацию об особенностях заболевания пациента и возможных побочных явлениях, влияющих на аппетит и массу тела пациента, и знать, что является для пациента условной нормой.

Занятость и социальная активность

- Какое у Вас образование? Какой профессией Вы владеете?
- Кем работаете на данный момент?
- Как давно Вы трудитесь на этом месте работы?
- Какие отношения у Вас с коллегами, руководством?
- Нравится ли Вам Ваша работа?
- Чем Вы занимаетесь в свободное от работы время?
- Вы ходите на прогулки? (Если да, то уточнить, с кем ходит.)
- В какое время суток Вы обычно ходите на прогулки?
- Какие места для прогулки Вы выбираете?

- Вы посещаете магазины, торговые центры?
- Вы посещаете места большого скопления людей (поликлиника, метро, кафе, рынок и т. д.)?
- Кто готовит Вам еду?
- Кто стирает Вам одежду?
- Кто следит за чистотой в доме?

ВАЖНО! До проведения доврачебного приема МС нужно уточнить у врача-психиатра, что является условной нормой для пациента: может ли пациент работать или подрабатывать? какой деятельностью он может заниматься? может ли себя обслуживать? есть ли помощь в быту в случае необходимости (кто готовит, убирает)? выходит ли пациент из дома (магазины, поликлиника, социальные учреждения, прогулки)? есть ли у пациента межличностное взаимодействие, круг общения и интересов? чем пациент занимается в свободное время?

Также необходимо учитывать в этой части опроса, есть ли у пациента группа инвалидности и позволяет ли она ему работать. С учетом этой информации следует выбирать актуальные вопросы для пациента из предложенного списка.

Исходя из имеющихся данных о пациенте, МС определяет, соответствует его состояние условной норме критерия «Занятость и социальная активность» или не соответствует.

МС переходит к следующему этапу интервью в том случае, если критерии предыдущих этапов соответствуют условной норме.

Если есть критерии, которые не соответствуют условной норме, то этапы 4, 5, 6, 7, 8 МС пропускает и переходит к этапу 9 «Оценка психотических проявлений».

Этап 4. Прием лекарств

Критерии	Следует назначениям врача	Игнорирует назначения врача
Отношение к терапии		
Наличие (отсутствие) побочного действия или нежелательной реакции в связи с применением назначенных лекарственных препаратов	Наличие	Отсутствие

МС до проведения доврачебного приема должна получить от врача-психиатра пояснения, какие лекарства должен принимать пациент, в какое время, в какой дозировке; пациент самостоятельно контролирует прием медикаментов или принимает их под контролем родственников, опекуна; были ли случаи уклонения от лечения на протяжении лечения; как переносится пациентом назначенная ему терапия; могут ли быть побочные явления (если да, то какие из них относятся к условной норме, а какие нет).

В процессе стандартизированного интервью МС выясняет отношение пациента к терапии и выявляет наличие (отсутствие) побочного действия или нежелательной реакции в связи с применением назначенных лекарственных препаратов:

- Регулярно ли Вы принимаете поддерживающую терапию?
- В какое время обычно Вы принимаете препараты?
- Кто контролирует прием медикаментов?
- Вам кто-то помогает в контроле дозировки препаратов, которые Вы принимаете?
- Бывает ли такое, что Вы пропускаете прием медикаментов? Если да, то как часто такое случается?
- Хорошо ли Вы переносите лечение?
- Есть ли какие-то побочные явления (например, тремор, вялость, сухость)?
- Появились ли какие-либо побочные явления, которых ранее не было?

Задавая вышеуказанные вопросы, МС должна выяснить, соблюдает ли пациент назначенное лечение, а также чувствует ли он результат от лекарств, как относится к лекарственной терапии — доверяет, формально относится, сомневается, считает их бесполезными или вредными, опасается ли каких-либо последствий (нарушение потенции, формирование зависимости, набор веса, умственные нарушения), появились ли побочные явления, которых ранее не было, и были ли пропуски приема препаратов.

В случае выявления отказа пациента от терапии или несоблюдения назначений МС описывает в комментариях к этапу 4 чек-листа причины отказа или несоблюдения приема терапии и по итогам проведенного доврачебного приема сообщает об этом лечащему врачу (дежурному врачу, заведующему отделением).

Этап 5. Дополнительные вопросы

Критерии	Есть жалобы	Нет жалоб
Дополнительные вопросы		

МС задает пациенту вопросы, которые не вошли в список вопросов интервью по предыдущим критериям, но которые помогут выявить специфические жалобы (для женщин это нарушения менструального цикла, беременность, беременность при задержке — вопросы уместны с учетом возраста), жалобы, о которых пациент не сообщил в процессе интервью, об эпилептических приступах:

- Вас что-то беспокоит?
- Есть ли жалобы, о которых необходимо сообщить врачу?
- Вы беременны?
- Есть ли у Вас нарушения менструального цикла?
- Были ли у Вас судорожные приступы за последний месяц?
- Если да, возникли ли эти приступы впервые?
- Сколько приступов было за месяц?
- Назовите дату последнего приступа.

Этап 6. Оценка соматоневрологического статуса

Критерии	Значения
Рост	
Масса тела	
Индекс массы тела	
Окружность талии	
Артериальное давление	

МС каждый доврачебный прием должна оценивать соматоневрологическое состояние пациента: рост, массу тела, ИМТ, окружность талии, артериальное давление.

Этап 7. Информированность о службах экстренной психологической помощи

Критерии	Знает	Не знает
Телефон доверия		
Телефон психиатрического отделения неотложной помощи		

МС должна уточнить у пациента, знает ли он номер службы экстренной психологической помощи «Телефон доверия», номер телефона ПОНП, общался ли он ранее со специалистами этих служб, знает ли, какие вопросы могут задать:

- Знаете ли Вы о службе «Телефон доверия»?
- Знаете ли Вы, что сотрудники службы «Телефон доверия» могут позвонить Вам и задавать вопросы о Вашем самочувствии, Вашем мнении об оказанной медицинской помощи?
- Знаете ли Вы о возможности круглосуточно обратиться за неотложной психиатрической помощью в ПОНП?
- Знаете ли Вы номера телефонов службы «Телефон доверия» и ПОНП?
- Где Вы храните номера телефонов службы «Телефон доверия» и ПОНП?
- У кого из близких Вам людей записаны номера телефонов службы «Телефон доверия» и ПОНП?

Если пациент не знает или забыл контакты данных служб, МС должна его проинформировать.

Этап 8. Информирование об изменении места жительства

Критерии	Знает	Не знает
Пациент знает об обязанности информировать об изменении места жительства		

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июня 2022 г. № 453н «Об утверждении Порядка диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями» в случае убытия (выезда) лица за пределы территории субъекта Российской Федерации, в котором он проживал и в котором осуществлялось его диспансерное наблюдение, в связи с изменением места жительства (места пребывания) на срок три месяца для группы диспансерного наблюдения Д-3 или 12 месяцев для группы диспансерного наблюдения Д-4 лицо или его законный представитель в целях обеспечения преемственности диспансерного наблюдения информирует лечащего врача-психиатра и медицинскую организацию по новому месту жительства (месту пребывания).

МС должна проинформировать (напомнить) пациента об этой обязанности.

Этап 9. Оценка психотических проявлений

Критерии	Наличие симптомов	Отсутствие симптомов
Суицидальные намерения или самоповреждающее поведение		
Агрессия и аутоагрессия		
Психотические проявления (наличие бредовых идей, «голосов»)		

МС переходит к этому этапу только в том случае, если были выявлены на этапе 3 критерии, не соответствующие условной норме (один критерий и более).

Обо всех изменениях МС должна сообщить лечащему или дежурному врачу-психиатру незамедлительно!

Суицидальные намерения или самоповреждающее поведение

МС обязательно проясняет риск суицидальных намерений у пациента, если он демонстрирует сниженный фон настроения, ощущение бесперспективности будущего, безысходности, беспомощности, обеднение интересов и желаний, социальных контактов (раньше они были), идеи самообвинения, греховности, никчемности, чувство вины («я доставляю неудобство», «из-за меня всем плохо... тяжело», «меня никто не любит», «я никому не нужен»), эмоциональную лабильность при беседе со слезливостью, тяжело вздыхает, избегает зрительного контакта, отвечает с паузами, избегает обсуждения тем или говорит неохотно или уклончиво.

Задавать вопросы нужно аккуратно, ненавязчиво. Обязательно следует обращать внимание на невербальное поведение пациента! Например, пациент может говорить, что «я это никогда не сделаю», «это грех», «это было раньше, сейчас все прошло» и т. д.

Оценить риск суицидальных намерений помогут следующие вопросы:

- Какие у Вас интересы? Чем Вы любите заниматься?
- Как давно Вы этим занимались в последний раз? (Если давно, то спросить почему.)
- Переживаете ли Вы какую-то душевную боль на данный момент? (Если да, то какую?)
- Бывает ли так, что Вам хочется от всего уйти?
- Бывает ли у Вас чувство безнадежности («это никогда не закончится»)?
- Испытываете ли Вы в данный момент чувство стыда перед кем-то? (Если да, то перед кем и за что?)
- Вините ли Вы себя в чем-нибудь?

- Возникало ли у Вас желание уснуть и не просыпаться? (Если да, что пациент делает с этим желанием? Есть ли оно у него сейчас?)

Агрессия и аутоагрессия

Если в процессе интервью со стороны пациента демонстрируется провокационное поведение, негативизм по отношению к другим людям, потеря контроля через словесные или физические проявления по отношению к другим людям, наличие мыслей о причинении вреда близким или окружающим людям, наличие мыслей о причинении вреда себе, ненависть по отношению к себе, то МС задает следующие вопросы:

- Бывают ли у Вас ощущения, что Вы совершили что-то ужасное?
- Есть ли что-то такое, за что Вас мучает совесть? Можете рассказать об этом?
- Кажется ли Вам, что Вы заслуживаете наказания?
- Думаете ли Вы иногда о том, чтобы наказать себя?
- Бывают ли у Вас желания наказать кого-то? (Если да, то кого и за что?)
- Бывают ли у Вас желания причинить словесный вред кому-либо?
- Бывают ли у Вас желания причинить физический вред кому-либо?
- Совершали ли Вы за последнее время какие-то необычные и необдуманные поступки? (Если да, то какие?)

Психотические проявления

(наличие бредовых идей, «голосов»)

При наличии у пациента тревоги, напряжения, мыслей, переживаний и (или) ощущений, что кто-то воздействует на него, желает нехорошего, хочет управлять им, говорит что-то плохое, осуждает, недоброжелательно настроен, смотрит или наблюдает; если пациент слышит чьи-то слова, звуки, чужие мысли, может «читать и слышать» то, о чем думает собеседник или окружающие, ощущать, что все обманывают его, «видит» предметы и людей, которые исчезают при ближайшем рассмотрении, и т. д., МС задает ему следующие вопросы:

- Замечали ли Вы, что люди, окружающие Вас, относятся к Вам как-то иначе?
- Есть ли у Вас ощущение, что окружающие хотят Вам навредить?
- Входя в комнату, где находятся люди, не думаете ли Вы, что они разговаривают о Вас и, может быть, смеются над Вами?
- Как реагируют на Вас незнакомые люди в общественных местах, на улице, в транспорте?
- Было ли у Вас ощущение, что кто-то или что-то может управлять Вашими действиями, ощущениями помимо Вашей воли, влиять на Вас или как-то иначе воздействовать на Вас?
- Верите ли Вы в то, что другие люди знают, о чем Вы думаете, хотя Вы не высказывали своих мыслей вслух?
- Бывают ли у Вас «голоса» в голове? (Если да, то когда в последний раз?)

Все выявленные изменения медицинская описывает в комментариях к этапу 9 и перенаправляет пациента на прием к лечащему врачу (дежурному врачу, заведующему отделением).

ВАЖНО! Если состояние пациента стабильное и в процессе стандартизированного интервью не выявлены симптомы ухудшения состояния, то МС не задает вопросы, направленные на оценку психотического состояния, но отмечает в чек-листе соответствие условной норме.

Этап 10. Итоги приема

Итоги доврачебного приема МС отражает в заключительной части чек-листа и передает его врачу-психиатру, который пишет свое заключение.

Пример бланка заключительной части чек-листа, заполняемой МС, а также пример бланка заключения, заполняемого врачом, представлены ниже.

Выявлены признаки ухудшения состояния	Описание состояния: _____ _____ Направлен к врачу _____ (Ф. И. О.)			
Состояние стабильное	Выписаны препараты на 30 дней, 60 дней. Записан на доврачебный прием. Дата, время: _____ Ф. И. О. врача, м/с: _____			
Выдана справка				
Выдано направление				
Выданы рецепты	Наименование (МНН)	Доза	Количество	Серия и номер рецепта
Выдано направление в процедурный кабинет	Наименование и доза препарата	Количество		Способ введения

Опрос провел: _____
 (должность) (Ф. И. О.) (подпись)

Заключение врача-психиатра

Диагноз: _____

Назначения:

Наличие (отсутствие) медицинских показаний для направления в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях или условиях дневного стационара: да/нет либо отсутствуют/имеются:

Соблюдение периодичности диспансерных приемов с указанием (при наличии) причин несоблюдения указанной периодичности и принятых мер:

Вид наблюдения (группа, подгруппа) _____

Явка _____

Врач-психиатр участковый _____

(Ф. И. О.)

(Подпись)

ВАЖНО! Если выявлены признаки ухудшения состояния, пациент незамедлительно направляется к врачу-психиатру. Далее врач-психиатр принимает решение о госпитализации пациента или коррекции его лечения и назначает врачебный прием в ближайшие 10 дней, производит запись (с учетом возможности и пожелания пациента относительно даты и времени, если они не выходят за рамки указанного интервала), выписывает рецепты на ранее назначенные препараты в количестве, обеспечивающем бесперебойный прием терапии в течение 10 дней. При необходимости выполнения *плановой инъекции* выдается соответствующее направление *в процедурный кабинет*.

Если пациент находится в стабильном состоянии, ему назначается *очередной врачебный либо доврачебный прием* (в зависимости от группы диспансерного наблюдения и исходя из необходимой периодичности врачебных осмотров), производится запись на прием (с учетом возможности и пожелания пациента относительно даты и времени, если они не выходят за рамки указанного интервала), выписываются рецепты на ранее назначенные врачом препараты в количестве, обеспечивающем бесперебойный прием терапии в течение 30 (60) дней.

Пример заполнения

Состояние стабильное	Выписаны препараты на <u>30 дней</u> , 60 дней. Записан на врачебный, <u>доврачебный</u> прием. Дата, время: 28.08.2024, 11:00. Ф. И. О. врача, <u>м/с</u> : Шубина Т.А.
----------------------	---

В случае выдачи справки или направления вносятся сведения о том, какая именно справка или направление были выданы.

Пример заполнения

Выдана справка	
Выдано направление	На санацию полости рта № 123

При необходимости выполнения *плановой инъекции* выдается соответствующее направление *в процедурный кабинет*. В соответствующем поле вписываются выданные рецепты с указанием действующего вещества, лекарственной формы, дозировки, количества, серии и номера рецептурного бланка. Также указывается действующее вещество, концентрация, количество и способ введения препарата, с которым пациент был направлен на инъекцию в процедурный кабинет.

Пример заполнения

Выданы рецепты	Наименование (МНН)	Доза	Кол-во	Серия и номер рецепта
	<i>Tab. Chlorprotixeni</i>	0,05	№ 10	4506U 123456
	<i>Sol. Fluphenazini</i>	0,025–1,0	№ 2	4506U 123457
Выдано направление в процедурный кабинет	Наименование и доза препарата	Кол-во		Способ введения
	<i>Sol. Fluphenazini 0,025–1,0</i>	2,0		в/м

МС, заполнявшая чек-лист, указывает свои должность, фамилию, имя, отчество, ставит подпись и затем передает лист врачу-психиатру участковому.

Врач-психиатр, получивший от МС заполненный чек-лист, должен указать диагноз по МКБ (прописью и шифр), в строке «Назначения» записать полную схему терапии, определить группу наблюдения, указать наличие (отсутствие) медицинских показаний для направления в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях или условиях дневного стационара, отразить соблюдение периодичности диспансерных приемов с указанием (при наличии) причин несоблюдения указанной периодичности и принятых мер, назначить дату очередной явки, указать свои фамилию, имя, отчество и поставить подпись.

Заключение

Методические рекомендации по доврачебному приему для старших медицинских и медицинских сестер психиатрической амбулаторной службы направлены на совершенствование клинического мышления и навыков оценки состояния пациента, коммуникацию с пациентом и его родственниками, на совершенствование навыков ситуационного лидерства.

Литература

1. Красильникова И.М., Моисеева Е.Г. Неотложная доврачебная медицинская помощь: Учеб. пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 186 с.
2. Васильева Н.К., Архипова С.Н. Организация работы медицинской сестры в кабинете доврачебного приема // Медсестра. 2019. № 3. С. 12–17.
3. Организация работы кабинета доврачебного приема (нормативная база, практический опыт). М.: Грантъ, 2004. 110 с.
4. Модестов А.А., Спивак И.М. Разработка и особенности внедрения сестринской пациент-ориентированной модели в педиатрии // Медицина и организация здравоохранения. 2018. Т. 3, № 1. С. 20–23.
5. Правила организации деятельности кабинета (отделения) доврачебной помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины) // Приложение № 3 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н. URL: <https://base.garant.ru/70195856/5da741911cf9399494368b18de80fbe8/?ysclid=lx4cbzertq160983540#friends> (дата обращения: 14.04.2024).

Производственно-практическое издание

Костюк Георгий Петрович
Курмышев Марат Витальевич
Пономарева Елена Александровна
Постельный Роман Геннадьевич
Дымяненко Оксана Евгеньевна
Чапышев Алексей Анатольевич

**Организация и проведение
психиатрического доврачебного приема
в амбулаторной службе**

Методические рекомендации

Подписано в печать **XX.XX**.2024. Формат 210x297/2. Усл.-печ. л. 2.

Отпечатано с готового макета, предоставленного авторами.

Бумага офсетная 80 г/м², печать цифровая.

Заказ № **XXX**. Тираж 100 экз.

Типография **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**