

Тема занятия № 1: Учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь.

План:

1. Медицинская помощь, определение понятия. Виды медицинской помощи: первая помощь, первая доврачебная, первая врачебная, квалифицированная, специализированная.
2. Правовые основы оказания первичной медицинской помощи в Российской Федерации.
3. Первичная медицинская помощь: «первичная медицинская помощь», «первичная медико-санитарная помощь», «амбулаторно-поликлиническая помощь».
4. Организация первичной медицинской помощи по участковому принципу.
5. Учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь.
6. Городская поликлиника.

1. Медицинская помощь. Виды медицинской помощи: первая помощь, первая доврачебная, первая врачебная, квалифицированная, специализированная.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановления здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. (Федеральный закон Р.Ф. от 21 ноября 2011г. №323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.»).

Виды медицинской помощи:

Первая медицинская помощь осуществляется людьми, не обязательно имеющими специальное медицинское образование. Уровень первой медицинской помощи не предполагает использования каких-либо специальных медицинских инструментов, лекарств или оборудования.

Первая доврачебная помощь оказывается лицами, имеющими специальную подготовку по оказанию медицинской помощи. Это средний медицинский персонал (фельдшер, медицинская сестра) или провизор, фармацевт. Это их уровень знаний и умений.

Первая врачебная помощь оказывается врачом, имеющим необходимые инструментарий, лекарственные средства, и объем такой помощи регламентируется условиями ее оказания, т.е. где она оказывается - вне больничных условий или в поликлинике, машине "скорой помощи", в приемном отделении больницы.

Квалифицированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами высокой квалификации в условиях многопрофильных больниц или травматологических пунктов;

Специализированная медицинская помощь может быть оказана на самом высоком уровне в условиях специализированных клиник, институтов и академий.

Условия оказания медицинской помощи

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

1. Вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
2. Амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
3. В дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
4. Стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формы оказания медицинской помощи

Формами оказания медицинской помощи являются:

Экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

Неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

Плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

2. Правовые основы оказания первичной медицинской помощи в Российской Федерации.

Правовые основы оказания ПМСП устанавливаются:

Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.» (далее закон об охраны здоровья) и

Положение об организации оказания ПМСП взрослому населению, утверждённым приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012г. №543н.

Вопросы оказания ПМСП гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг, урегулированы приказом Минздравсоцразвития Р.Ф. от 22.11.2004 г. №255.

3.Первичная медицинская помощь: «первичная медицинская помощь», «первичная медико-санитарная помощь», «амбулаторно-поликлиническая помощь».

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

(В 1978 году в Алма-Ате прошла международная конференция, ПМСП в которой участвовало 138 стран. Инициатором конференции были ВОЗ и ряд других международных организаций.

Конференция решила, что важнейшим направлением для этого в здравоохранение должно стать развитие ПМСП, потому что от него зависит здоровье населения).

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи

Организация оказания ПМСП осуществляется в медицинских и иных организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в том числе индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность. В основе организации ее оказания лежит территориально-участковый принцип, предусматривающий формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом права пациента на выбор врача и медицинской организации. В целях обеспечения указанного права допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского

наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан.

Условия оказания первичной медико-санитарной помощи

Первичная медико-санитарная помощь предполагает ее оказание в следующих условиях:

1. Амбулаторно, в том числе:

- В медицинской организации, оказывающей данный вид медицинской помощи, или ее подразделении;

По месту жительства (пребывания) пациента - при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний в случае вызова медицинского работника или при посещении им пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение), при патронаже отдельных групп населения при выявлении или угрозе возникновения эпидемии инфекционного заболевания, больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, в том числе путем подворных (поквартирных) обходов, осмотров работников и учащихся;

- По месту выезда мобильной медицинской бригады, в том числе для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий;

2. В условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому.

Формы оказания первичной медико-санитарной помощи

- Формами оказания ПМСП являются плановая и неотложная формы.

- В целях повышения эффективности оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях,

обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций может организовываться отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи.

- Данная практика уже существует в некоторых регионах, целью создания таких отделений является необходимость разгрузить службы скорой медицинской помощи.

Подвиды первичной медико-санитарной помощи

Первичная медико-санитарная помощь делится на:

1. Первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
2. Первичную врачебную медико-санитарную помощь;
3. Первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу. Первичная специализированная медико-санитарная помощь организуется в соответствии с потребностями населения в ее оказании, с учетом заболеваемости и смертности, половозрастного состава населения, его плотности, а также иных показателей, характеризующих здоровье населения.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается по направлению медицинских работников, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, а также при самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию.

4. Организация первичной медицинской помощи по участковому принципу.

В медицинских организациях могут быть организованы участки:

- фельдшерский;
- терапевтический (в том числе цеховой);

- врача общей практики (семейного врача);

- комплексный (участок формируется из населения участка медицинской организации с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом врачебной амбулатории, и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими здравпунктами);

- акушерский;

- приписной.

Обслуживание населения на участках осуществляется:

- фельдшером фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;

- врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом участковым цехового врачебного участка, медицинской сестрой участковой на терапевтическом (в том числе цеховом) участке;

- врачом общей практики (семейным врачом), помощником врача общей практики, медицинской сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача).

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

на фельдшерском участке - 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

на терапевтическом участке - 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, - 1300 человек взрослого населения);

на участке врача общей практики - 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

на участке семейного врача - 1500 человек взрослого и детского населения;

на комплексном участке - 2000 и более человек взрослого и детского населения

5. Учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь.

Типы учреждений, оказывающие ПМСП (в перспективе):

I. внебольничную помощь:

1. ФАП, сельские врачебные амбулатории; городские врачебные амбулатории;

2. территориальные поликлиники (в городах);

3. станции и подстанции скорой медицинской помощи;

4. другие типы учреждений: медико-социальные центры для обслуживания лиц пожилого и старческого возраста, поликлинические реабилитационные центры (одно- и многопрофильные), медико-генетические консультации, консультации "Брак и семья", центры психического здоровья и др.

II. больничную помощь.

Система больничной ПМСП, в т.ч. социальной, должна включать:

- участковые, районные, городские общепрофильные больницы;
- стационарные реабилитационные центры;
- больницы для хронических больных;
- дома сестринского ухода;
- пансионаты.

Участковый принцип сохраняется, однако, это не исключает свободный выбор врача. Пациенту предоставляется право выбора врача и учреждения.

6. Городская поликлиника.

Центральным учреждением ПМСП является поликлиника

Почему поликлиника является важнейшим учреждением в системе организации медицинской помощи?

1. Это учреждение самой массовой медицинской помощи (которую получают около 80% всех больных, из обращающихся поликлинику начинают и заканчивают лечение в ней).

2. Это более дешевый вид медицинской помощи.

3. Это основное учреждение, где возможно развивать принципы профилактики (больные обращаются в начальной стадии заболевания, здесь развивается основной вид профилактической деятельности врачей – диспансеризация, вводится пропаганда ЗОЖ, профилактика неинфекционных заболеваний и др.).

ПОЛИКЛИНИКА (от греч. polis - город и клиника), многопрофильное или специализированное лечебно-профилактическое учреждение для оказания медицинской помощи приходящим больным и больным на дому.

Поликлиника – главное звено в организации лечебно-профилактической помощи населению, проживающему на территории их деятельности, а также работникам прикрепленных к ней предприятий.

Амбулатория (от лат. *ambulare* — ходить). Лечебница для гуляющих больных.

(Условно амбулатория от поликлиники отличается тем, что – это небольшое учреждение, в ней не более 5 врачебных должностей).

8. Основные направления деятельности городской поликлиники, обслуживающей взрослое население.

Основными задачами поликлиники являются:

- оказание первичной (доврачебной, врачебной, специализированной) медико-санитарной помощи, в том числе в неотложной форме больным, проживающим на территории обслуживания и (или) прикрепленным на обслуживание, при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях;

- проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых заболеваний и факторов риска;

- проведение диспансеризации населения;
- диагностика и лечение различных заболеваний и состояний;
- восстановительное лечение и реабилитация;
- клинико-экспертная деятельность по оценке качества и эффективности лечебных и диагностических мероприятий, включая экспертизу временной нетрудоспособности и направление граждан на медико-социальную экспертизу;
- диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, функциональными расстройствами, иными состояниями с целью своевременного выявления (предупреждения) осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации;
- организация дополнительной бесплатной медицинской помощи, в том числе необходимыми лекарственными средствами, отдельным категориям гражданам;
- установление медицинских показаний и направление в медицинские организации для получения специализированных видов медицинской помощи;
- организация и оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;
- проведение всех видов медицинских осмотров (профилактические, предварительные, периодические);
- установление медицинских показаний для санаторно-курортного лечения, в том числе в отношении отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;

- проведение противоэпидемических мероприятий, в том числе вакцинации, в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям, выявление больных инфекционными заболеваниями, динамическое наблюдение за лицами, контактирующими с больными инфекционными заболеваниями по месту жительства, учебы, работы и за реконвалесцентами, а также передача в установленном порядке информации о выявленных случаях инфекционных заболеваний;

- осуществление врачебных консультаций;

- осуществление медицинского обеспечения подготовки юношей к военной службе;

- экспертиза временной нетрудоспособности, выдача и продление листков нетрудоспособности;

- организация и проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, включая вопросы рационального питания, увеличения двигательной активности, предупреждения потребления психоактивных веществ, в том числе алкоголя, табака, наркотических веществ;

- выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, а также лиц высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;

- оказание медицинской помощи по отказу от курения и злоупотребления алкоголя, включая направление на консультацию и лечение в специализированные профильные медицинские организации;

- организация информирования населения о необходимости и возможности выявления факторов риска и оценки степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний, их медикаментозной и немедикаментозной коррекции и профилактики, а также консультирования по вопросам ведения здорового образа жизни в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики и центрах здоровья;

- проведение оздоровительных мероприятий, медикаментозной и немедикаментозной коррекции факторов риска, обеспечение памятками, диспансерное наблюдение лиц, имеющих высокий риск развития хронического неинфекционного заболевания и его осложнений, направление при необходимости лиц с высоким риском развития хронического неинфекционного заболевания на консультацию к врачу-специалисту;

- повышение квалификации врачей и работников со средним медицинским образованием;

- ведение медицинской документации в установленном порядке и представление отчетности;

- осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, Роспотребнадзором, Росздравнадзором, иными организациями по вопросам оказания первичной медико-санитарной и паллиативной медицинской помощи.

Для организации работы поликлиники в ее структуре рекомендуется предусматривать следующие подразделения:

- регистратура;
- отделение (кабинет) доврачебной помощи;
- отделение общей врачебной (семейной) практики;
- отделение (кабинет) первичной специализированной медико-санитарной помощи;

- отделения первичной специализированной медико-санитарной помощи (травматолого-ортопедическое, хирургическое, терапевтическое, оториноларингологическое, офтальмологическое, неврологическое и др.);

- кабинеты врачей-специалистов;
- отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи;
- отделение (кабинет) функциональной диагностики;
- стоматологическое отделение (кабинет);
- процедурный кабинет;

- смотровой кабинет;
- флюорографический кабинет;
- кабинет доверия;
- кабинет кризисных состояний и медико-психологической разгрузки;
- кабинет медицинской помощи при отказе от курения;
- отделение (кабинет) лучевой диагностики;
- клиническая лаборатория;
- биохимическая лаборатория;
- микробиологическая лаборатория;
- отделение (кабинет) медицинской профилактики;
- центр здоровья;
- помещения (учебные классы, аудитории) для проведения групповой профилактики (школ здоровья);
- дневной стационар;
- информационно-аналитическое отделение или кабинет медицинской статистики;
- организационно-методический кабинет (отделение);
- административно-хозяйственные подразделения.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Первично медико-санитарная помощь. (определение; основные принципы, общие понятия)
2. Медицинская помощь. (определение; по видам, по условиям, по форме оказания)
3. Правовые основы оказания первичной медицинской помощи в Российской Федерации.
4. Первичная медицинская помощь. (включает в себя, условие оказания, виды)
5. Функциональные обязанности медицинской сестры в системе ПМСП.

6. Основные принципы обеспечения доступности и качества медицинской помощи.

7. Территориально-участковый принцип организации ПМСП.

8. Учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь.

9. Основные направления деятельности (задачи) городской поликлиники, обслуживающей взрослое население.

10. Подразделение поликлиники.

Тема занятия № 2: Организация и структура системы первичной медико – санитарной помощи населению.

Контроль базового уровня знаний (фронтальный опрос):

1. Медицинская помощь, определение понятия.
2. Виды медицинской помощи: первая помощь, первая доврачебная, первая врачебная, квалифицированная, специализированная.
3. Правовые основы оказания первичной медицинской помощи в Российской Федерации.
4. Первичная медицинская помощь: «первичная медицинская помощь», «первичная медико-санитарная помощь», «амбулаторно-поликлиническая помощь».
5. Организация первичной медицинской помощи по участковому принципу.
6. Учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь.

План:

1. Структура учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.
2. Особенности оказания первичной медицинской помощи работникам промышленных предприятий, сельским жителям.
3. Организация медицинской помощи на дому.
4. Центры здоровья.
5. Организация первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача).

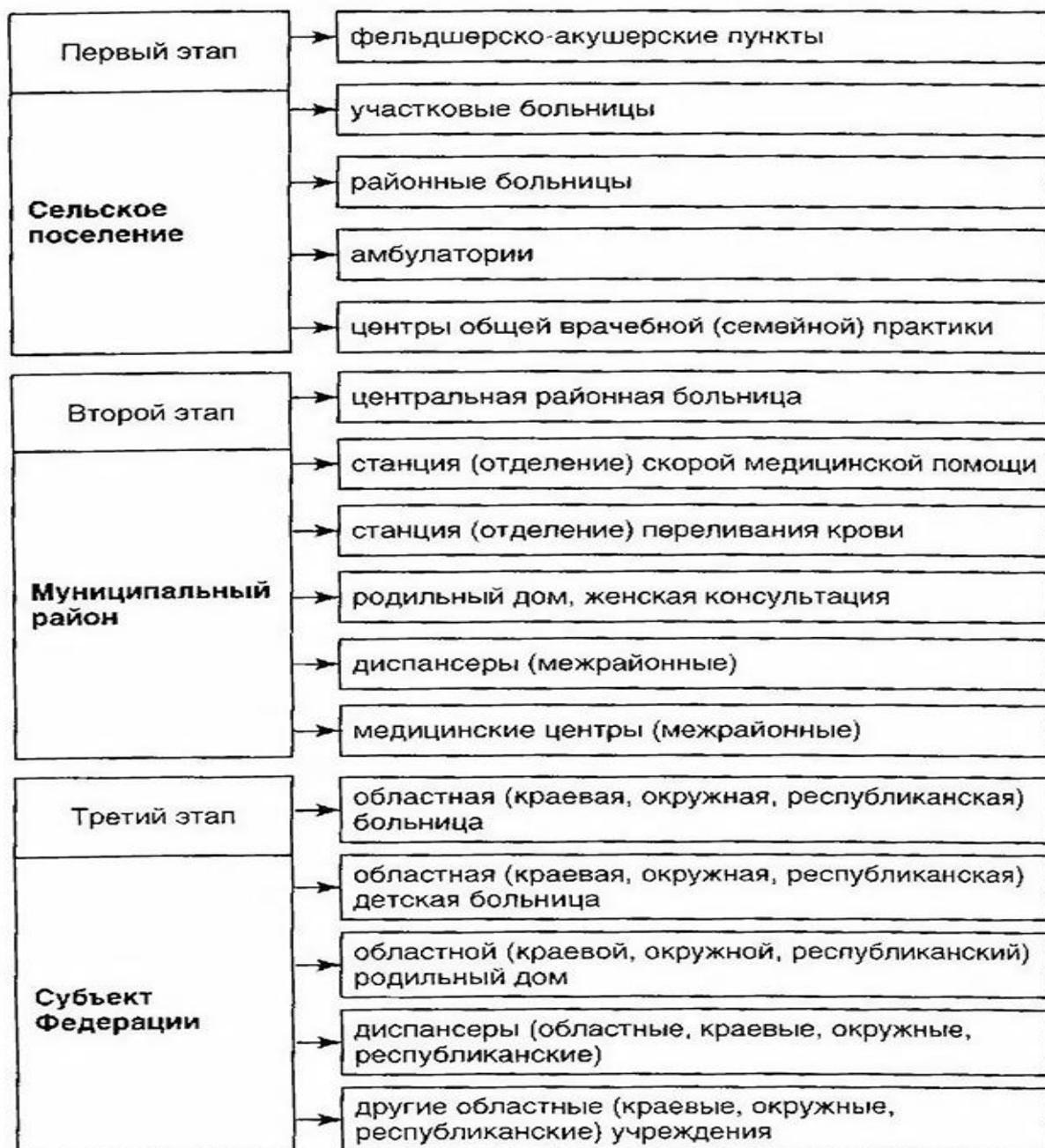
1. Структура учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Структура учреждений здравоохранения Российской Федерации

Направление	Типы учреждений	Виды учреждений
1	2	3
Лечебно-профилактическое	Амбулаторно-поликлинические	Амбулатории, поликлиники (городские, центральные, районные), медсанчасти и здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, поликлинические отделения районных, областных и республиканских больниц, диспансеров; дневные стационары, юсм его логические лечебницы, ведомственные поликлиники (на водном транспорте, железнодорожном транспорте и т.п.), стоматологические поликлиники, консультативно-диагностические центры учебных и научно-исследовательских медицинских институтов, детские реабилитационные центры, центры реабилитации женщин с патологией беременности, кабинеты медико-социальной реабилитации, медико-генетические консультации
	Стационарные	Больницы (участковые, краевые, районные, городские, областные, республиканские), детские больницы, медсанчасти, ведомственные больницы (на водном транспорте, железнодорожном транспорте и т.п.), стационарные отделения диспансеров, госпитали, клиники учебных и научно-исследовательских медицинских институтов, специализированные больницы, частные лечебницы
	Диспансерные	Онкологические, кардиологические, кожно-венерологические, противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические, врачебно-физкультурные и др.
	Учреждения охраны материнства и детства	Женские консультации, родильные дома, родильные и гинекологические отделения больниц, дома ребенка, ясли, молочные кухни
	Учреждения скорой и неотложной медицинской помощи	Станции, больницы и отделения скорой и неотложной медицинской помощи, отделения переливания крови
Санитарно-профилактическое	Санаторно-курортные	Санатории, детские санатории, санатории-профилактории, грязелечебницы, курортные поликлиники
	Санитарно-эпидемиологические	Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора, дезинфекционные станции, противочумные станции, изоляционно-пропускные пункты на железнодорожном транспорте
Санитарное просвещение	Санитарное просвещение	Центральный научно-исследовательский институт медицинских проблем пропаганды здорового образа жизни, центры медицинской профилактики, дома санитарного просвещения, общества Красного Креста и Красного Полумесяца, общество «Знание»
	Судебно-медицинское	Бюро судебно-медицинской экспертизы
Фармацевтическое и медицинской техники	Аптечные	Аптеки, аптечные базы, аптечные киоски, аптечные магазины и склады; контрольно-аналитические лаборатории
	Медицинской техники	Магазины, базы и склады медицинской техники и оптики

2. Особенности оказания первичной медицинской помощи работникам промышленных предприятий, сельским жителям.

Главная особенность оказания медицинской помощи **сельскому населению** заключается в ее этапности. Условно выделяют три этапа к организации медицинской помощи сельскому населению.



Этапы оказания медицинской помощи сельскому населению

Первый этап — учреждения здравоохранения сельского поселения, которые входят в состав комплексного терапевтического участка. На этом этапе сельские жители получают доврачебную, а также основные виды врачебной

медицинской помощи (терапевтическую, педиатрическую, хирургическую, акушерскую, гинекологическую, стоматологическую).

Первым медицинским учреждением, в которое, как правило, обращается сельский житель, является фельдшерско-акушерский пункт (ФАП). Он функционирует как структурное подразделение участковой или центральной районной больницы. ФАП целесообразно организовывать в населенных пунктах с числом жителей от 700 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения свыше 2 км, а если расстояние превышает 7 км, то и в населенных пунктах с числом жителей до 700 человек.

На фельдшерско-акушерский пункт возлагается решение большого комплекса медико-санитарных задач:

- проведение мероприятий, направленных на профилактику и снижение заболеваемости, травматизма и отравлений среди сельского населения
- снижение смертности, прежде всего младенческой, материнской, в трудоспособном возрасте;
- оказание населению доврачебной медицинской помощи;
- участие в текущем санитарном надзоре за детскими дошкольными и школьными образовательными учреждениями, коммунальными, пищевыми, промышленными и другими объектами, водоснабжением и очисткой населенных мест;
- проведение подворных обходов по эпидемиологическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и лиц с подозрениями на инфекционные заболевания;
- повышение санитарно-гигиенической культуры населения.

Таким образом, ФАП представляет собой учреждение здравоохранения в большей степени профилактической направленности. На него могут возлагаться функции аптечного пункта по продаже населению готовых лекарственных форм и других аптечных товаров. Работу ФАПа непосредственно возглавляет заведующий. Кроме него в ФАПе работают акушерка и патронажная медицинская сестра.

Несмотря на важную роль ФАПов, ведущим медицинским учреждением на первом этапе оказания медицинской помощи жителям села служит участковая больница, которая в своем составе может иметь стационар и врачебную амбулаторию. Виды и объем медицинской помощи в участковой больнице, ее мощность, оснащение, укомплектованность медицинскими кадрами во многом зависят от профиля и мощности других медицинских учреждений, входящих в систему здравоохранения муниципального района (сельского поселения). Основная задача участковой больницы — оказание населению первичной медико-санитарной помощи.

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению представляет важнейший раздел работы участковой больницы. Она может оказываться амбулаторией как входящей в структуру больницы, так и самостоятельной. Основная задача амбулатории — проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, инвалидности, смертности среди населения, раннему выявлению заболеваний, диспансеризации больных.

Врачи амбулатории ведут прием взрослых и детей, осуществляют вызовы на дом и неотложную помощь. В приеме больных могут принимать участие и фельдшера, однако медицинская помощь в амбулатории преимущественно должна оказываться врачами. В участковой больнице проводится экспертиза временной нетрудоспособности, а в случае необходимости больные направляются на МСЭ.

С целью приближения специализированной медицинской помощи жителям села врачи центральной районной больницы по определенному графику выезжают в амбулаторию для приема больных и отбора их в случае необходимости на госпитализацию в специализированные учреждения. В последнее время во многих субъектах РФ происходит процесс реорганизации участковых больниц и амбулаторий в центры общей врачебной (семейной) практики.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ РАБОЧИХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ (МСЧ).

Рабочие и служащие промышленных предприятий, строительства и транспорта, пользуясь правом преимущественного оказания лечебно-профилактической помощи, могут получить квалифицированную медицинскую помощь как в учреждениях по месту работы (производственный принцип), так и по месту жительства в медицинских учреждениях общей территориальной сети (территориальный принцип).

Основным лечебно-профилактическим учреждением является медико-санитарная часть (МСЧ) – больнично-поликлинический комплекс, в котором функционируют поликлиника, стационар, здравпункты и другие лечебно-оздоровительные структурные элементы (профилактории, диетстоловые).

Цеховые (рабочие) поликлиники создаются при промышленных предприятиях, которые являются самостоятельными или филиалами МСЧ. Цеховые терапевтические отделения в структуре территориальных амбулаторно-профилактических учреждений.

Лечебно-профилактическая помощь рабочим промышленных предприятий, строительных и транспортных организаций оказывается по принципу цеховой участковости, который заключается в том, для обслуживания цехов с общей численностью рабочих до 2000 человек создается цеховой врачебный участок, на котором работает цеховой терапевт. На промышленных предприятиях химической, угольной, горнорудной и нефтеперерабатывающей промышленности должность цехового терапевта устанавливается на 1500 рабочих. При формировании цеховых участков учитывают как производственный (однородные условия труда, набор профессий), так и территориальный (близость расположения) принцип подбора цехов.

МСЧ создаются на крупных предприятиях или группе предприятий с численностью рабочих 4000 и более, а на предприятиях химической, угольной, горнорудной и нефтеперерабатывающей промышленности – 2000 и более.

МСЧ закрытого типа обслуживают только работающих на данном предприятии, а открытого – также членов их семей и население близлежащих микрорайонов.

Структура МСЧ.

1. Поликлиника: Цеховые участки. Специализированные отделения.
2. Здравпункты (врачебные, фельдшерские).
3. Стационар на 400-600 коек.
4. Санаторий, профилакторий.
5. Диетстоловая.
6. Детские оздоровительные учреждения.

Специализированные отделения

1. Лечебно-вспомогательные отделения (кабинеты): лаборатория, рентгеновский, физиотерапевтический, прочие.
2. Профилактические отделения (кабинеты): подростковый, комната гигиены женщины, ночной и дневной профилакторий, диетстоловая, комната психологической разгрузки, прочие.

Задачи МСЧ.

- 1) Квалифицированная, специализированная медицинская помощь как в поликлинике, так и в стационаре.
- 2) Диспансеризация в соответствии с Базовой программой медицинского страхования.
- 3) Организация и проведение, совместно с ЦСЭН, предварительных, при поступлении на работу, и периодических профилактических медицинских осмотров.
- 4) Экспертиза временной нетрудоспособности.
- 5) Учет и анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности, проф. заболеваний, инвалидности, травматизма.

6) Мероприятия по реабилитации больных и инвалидов (совместно с администрацией), включая рекомендации о переводе на другие участки работы.

7) Медицинский отбор нуждающихся по состоянию здоровья в направлении в санаторий, профилакторий, на диетпитание.

8) Выявление и госпитализация в установленном порядке инфекционных больных, и проведение, совместно с ЦСЭН, противоэпидемических мероприятий.

9) Участие в разработке совместно с администрацией и профсоюзом комплексного плана санаторно-оздоровительных мероприятий и проведение совместного контроля за его выполнением.

10) Проведение санитарно-профилактических мероприятий совместно с отделением промышленной гигиены ЦСЭН.

11) Подготовка и руководство общественно-санитарным активом, проведение санитарно-просветительной работы.

12) Участие в работе инженерно-врачебных бригад

Здравпункт – это первичное лечебно-профилактическое учреждение на промышленных предприятиях, в строительных и транспортных организациях, учебных заведениях.

Существуют 2 типа здравпунктов:

1. врачебный
2. фельдшерский

Здравпункты врачебные организуются на промышленных предприятиях с числом, работающих не более 1200, а фельдшерские – с числом работающих не менее 500. При здравпункте может функционировать зубоврачебный кабинет. Врачебный здравпункт и фельдшерский здравпункт входят в состав МСЧ или поликлиники.

Задачи здравпунктов:

- 1) Оказание первой помощи при внезапных заболеваниях, несчастных случаях и травмах.
- 2) Проведение профилактической работы в цехах.
- 3) Подготовка рабочих к оказанию само- и взаимопомощи с целью оказания первой помощи пострадавшему или внезапно заболевшему.
- 4) Диспансерное наблюдение.
- 5) Снижение заболеваемости и травматизма среди рабочих и служащих.
- 6) Учет и анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
- 7) Выявление совместно с ЦСЭН участков производства с профессиональными вредностями.
- 8) Улучшение санитарно-гигиенических условий труда.
- 9) Контроль за соблюдением правил техники безопасности.

На сегодняшний день рабочим остается ПРИКАЗ №846 от 24 июня 1985 года «Об утверждении Положений о медсанчасти и терапевтическом отделении поликлиники по оказанию медицинской помощи трудящимся».

3. Организация медицинской помощи на дому.

1. Лечение в стационаре на дому подлежат:

- больные, выписанные из стационара для завершения курса терапии на домашней койке под наблюдением врача;
- больные средней тяжести и тяжелые при отсутствии показаний для госпитализации в стационар круглосуточного пребывания, таких, как:
 - угроза жизни больного: острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая дыхательная недостаточность, острая печеночная недостаточность, острая почечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, шок различной этиологии, острые отравления, кома различной этиологии, острый инфаркт миокарда;
 - угроза возникновения вышеперечисленных нарушений в первые сутки;

- необходимость постоянного врачебного наблюдения;
- невозможность проведения диагностических и лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях;
- необходимость круглосуточного выполнения лечебных процедур;
- изоляция по эпидемиологическим показаниям;
- угроза жизни и здоровью окружающих.
- больные, нуждающиеся в проведении реабилитационного лечения при невозможности его проведения в амбулаторных условиях;
- больные с хроническими заболеваниями для планового пролечивания.

2. Стационар на дому пользуется в своей работе всеми консультативными и лечебно-диагностическими службами, имеющимися в лечебно-профилактическом учреждении.

3. В выходные, праздничные дни назначения в стационаре на дому выполняют дежурные медсестры амбулаторно-поликлинического учреждения; тяжелых больных осматривает дежурный врач ЛПУ.

4. При ухудшении состояния больного, возникновении у него угрожающих жизни состояний или необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, больной переводится в круглосуточный стационар.

4.Основными целями деятельности центра здоровья являются:

1. Реализация мероприятий по формированию здорового образа жизни у граждан, обратившихся в центр здоровья, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

2. Мотивация граждан к личной ответственности за свое здоровье и здоровье своих близких и окружающих.

3. Выявление факторов риска неинфекционных заболеваний.

4. Просвещение и информирование населения о вреде употребления алкоголя и табака.

Основными функциями центров здоровья являются:

- оценка функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья;
- динамическое наблюдение за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний;
- осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, факторов риска развития заболеваний;
- разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, в том числе с учетом физиологических особенностей детского возраста;
- информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни, профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.) и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих детей и близких;
- формирование у населения принципов «ответственного родительства»;
- обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;
- обучение граждан эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей; консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха.
- мониторинг показателей в области профилактики неинфекционных заболеваний и формированию ЗОЖ.

Центре здоровья ведется следующая медицинская документация:

-учетная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» (заполненные талоны передаются в кабинет статистики поликлиники для формирования реестра счетов для оплаты по ОМС);

- учетная форма № 025-ЦЗ/у «Медицинская карта центра здоровья»;

- учетная форма № 002-ЦЗ/у «Карта здорового образа жизни»;

- отчетная форма № 68 «Сведения о деятельности Центра здоровья».

Какие именно инструментальные исследования проводятся в Центре здоровья, что является необходимым минимумом, а что необязательно проводить всем пациентам.

Комплексное обследование при первичном обращении включает в себя:

- заполнение анкеты, сбор анамнеза, измерение роста и веса, артериального давления;

- тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;

- экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы в крови; скрининг сердца компьютеризированный (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей);

- комплексную детальную оценку функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный);

- ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного индекса (представляет собой отношение кровяного давления в нижней части ноги или лодыжке, к кровяному давлению в руке);

- осмотр врача.

При необходимости выявления дополнительных факторов риска врачом рекомендуется проведение исследований, не входящих в перечень комплексного обследования:

- биоимпедансометрия; (**Биоимпедансометрия (BIA)** — метод диагностики состава тела человека посредством измерения импеданса – электрического сопротивления участков тела – в разных частях организма);
- анализ карбоксигемоглобина и СО;
- определение котинина и других биологических маркеров в биологических средах организма;
- пульсоксиметрия;
- осмотр в кабинете гигиениста стоматологического.

Врач на основании результатов комплексного обследования:

- проводит гражданину оценку наиболее вероятных факторов риска, функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья;
- если выявляется подозрение на какое-либо заболевание, то рекомендует гражданину обратиться в ЛПУ для прохождения дополнительной диспансеризации либо к соответствующему врачу-специалисту для определения дальнейшей тактики его наблюдения и лечения.

Проводит беседу по здоровому образу жизни, составляет индивидуальную программу по здоровому образу жизни.

При необходимости врач рекомендует гражданину:

- динамическое наблюдение в центре здоровья с проведением повторных исследований в соответствии с выявленными факторами риска или наблюдение в кабинетах медицинской профилактики;
- посещение занятий в соответствующих школах здоровья, лечебно-физкультурных кабинетах и врачебно-физкультурных диспансерах по программам, разработанным в Центре здоровья.

Сведения о гражданах, у которых выявлено подозрение на заболевание и которым необходимо наблюдение в кабинете медицинской профилактики, передаются в кабинет медицинской профилактики и врачу-терапевту участковому в ЛПУ по месту жительства гражданина.

По окончании первичного обращения в Центр здоровья, включающего комплексное обследование, на каждого гражданина заполняется учетная форма № 002-ЦЗ/у «Карта здорового образа жизни, которая может выдаваться пациенту на руки

5. Организация первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача). Формы организации общеврачебной практики.

Врач общей практики (семейный врач) - врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико- санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста.

На должность ВОП назначается специалист, освоивший программу подготовки в соответствии с требованием квалификационной характеристики и получивший сертификат. Врач общей практики (СВ) осуществляет амбулаторный прием и посещение на дому, оказание неотложной помощи, проведение комплекса профилактики, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, содействие в решении медико-социальных проблем семьи.

На договорной основе за ВОП (СВ) могут быть закреплены койки в стационаре. Он также организует стационар на дому, дневной стационар.

Порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача) устанавливается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации. (Ст.59. «Основ законодательства об охране здоровья граждан в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ).

Врач общей практики должен иметь знания, как в области медицины, так и в других смежных специальностях - психологии, социологии, социальной медицины, экономики здравоохранения, профилактики и пр. Главной его задачей является охрана здоровья обслуживаемых семей, оказание первичной медицинской помощи, лечение больных независимо от их возраста и вида заболевания.

Основной функцией врача общей практики является оказание населению многопрофильной амбулаторной помощи в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и полученным сертификатом.

Врач общей практики должен иметь базовое терапевтическое образование, но так как значительно расширяется объем его деятельности, он должен иметь знания по смежным специальностям, владеть практическими навыками для осуществления различных методов диагностики и лечения, выполняемых в настоящее время узкими специалистами амбулаторно-поликлинических учреждений.

Одной из важнейших функций врача общей практики является раннее выявление скрытых форм заболевания, осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья пациентов с проведением необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий и привлечение для этой цели специалистов различных медицинских учреждений.

Важным разделом деятельности общепрактикующего врача является проведение экспертизы временной нетрудоспособности, рациональное трудоустройство, а при наличии признаков стойкой утраты трудоспособности - своевременное направление на МСЭ.

В деятельности врача общей практики значительная роль должна отводиться профилактике заболеваний, организации медико-социальной помощи одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным (совместно с органами социальной защиты населения, благотворительными организациями, службами милосердия). Врачи общей практики должны знать действующее законодательство по вопросам социальной защиты указанных контингентов.

Среди основных функций врача общей практики необходимо также отметить оказание консультативной помощи семье по вопросам вскармливания, воспитания детей, иммунопрофилактики, планирования семьи, этики и психогигиены семейной жизни.

Неотъемлемой частью работы семейного врача - является ведение утвержденной учетной и отчетной документации.

Вопросы для закрепления:

1. Кабинет или отделение доврачебной помощи поликлиники (функции кабинета и требования к мед. сестре).
2. Регистратура поликлиники, основные задачи.
3. Кабинет неотложной медицинской помощи поликлиники.
4. Основные направления деятельности детской поликлиники.
5. Обязанности участковой медицинской сестры, врача педиатра.
6. Основные задачи и функции кабинета здорового ребёнка.

Тема занятия №3: Профилактика неинфекционных заболеваний.

Контроль базового уровня знаний (фронтальный опрос):

1. Структура учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.
2. Особенности оказания первичной медицинской помощи работникам промышленных предприятий, сельским жителям.
3. Организация медицинской помощи на дому.
4. Центры здоровья.
5. Организация первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача).

План:

1. Предболезнь (понятие, общие характеристики).
2. Болезнь (понятие, периоды).
3. Исход болезни (выздоровление полное и неполное, рецидив, смерть).
4. Реабилитация (определение и виды).
5. Реабилитация (определение, средства, принципы).
6. Паллиативная помощь (определение, задачи, принципы).
7. Факторы риска неинфекционных заболеваний (определение, перечислить).
8. Предварительный медицинский осмотр (определение, задачи).
9. Периодическая медицинская помощь (определение, задачи).
10. Физическое развитие (понятие, признаки).

1) Предболезнь (т.е. переход от здоровья к болезни) - снижение функциональной активности некоторых самогенетических механизмов или их комплексов, ведущее к расстройству саморегуляции и ослаблению резистентности организма.

Предболезнь формируется под действием факторов внешней среды, но в ряде случаев опосредованно, через внутреннюю среду организма. В развитии предболезни можно выделить некоторые общие патогенетические варианты.

1. Состояние предболезни бывает наследственным (врожденным);

2. Нередко на организм начинает влиять патогенный фактор, не способный из-за малой интенсивности и (или) достаточности защитных сил организма вызвать развитие болезни. Однако при длительном воздействии, например, запыленности, загазованности, вибрации, вероятно постепенное ослабление саногенетических механизмов.

3. Чаще состояние предболезни обусловлено одним причинным фактором (N1), ограничивающим возможности компенсаторно-приспособительных реакций; на этом фоне какой-то другой фактор (N2) способен привести к развитию определенного заболевания.

Хронический стресс нередко снижает активность или дезинтегрирует систему иммунного надзора (состояние предболезни); в подобной ситуации не исключено формирование различных заболеваний (инфекции, опухоли, аутоиммунные болезни).

Признаки (индикаторы) предболезни: общее недомогание, снижение аппетита, переедание, изжога, запор/понос, отрыжка, тошнота, нарушение менструального цикла, спазмы, головные боли, неприятные ощущения в области сердца, мышечные судороги, обмороки, повышенная потливость, нервный тик, подергивания, слезливость без видимой причины, боль в спине, ощущение общей слабости, головокружения, тревожность, беспокойство, постоянное чувство усталости, бессонница, сонливость, хроническая раздражительность и др.

В этот период третьего состояния у человека есть все ресурсы, чтобы выйти из предболезненной фазы с помощью пересмотра своего образа жизни. Если и дальше из-за невежества человека давление на нормативные границы адаптации продолжает усиливаться, то резервные возможности защитных систем оказываются исчерпанными. При истощении адаптационных резервов

здоровья наступает переход от количественных накоплений к качественному изменению, которое называется болезнью.

2) Болезнь- это патологический процесс, протекающий в организме человека в результате воздействия чрезвычайных раздражителей внешней или внутренней среды (биологических, физических, химических, социальных, иммунологических и др.), характеризующийся изменением функции, а также нарушением строения органов и тканей, понижением приспособляемости к внешней среде при одновременной мобилизации его защитных сил.

Болезнь характеризуется снижением работоспособности и ограничением свободы жизнедеятельности.

Болезнь- жизнь, нарушенная в своём течении, характеризуется:

1) повреждением структуры и функций организма под влиянием внешних и внутренних факторов.

2) реакцией организма на повреждение – признаками, симптомами, синдромами, снижением приспособляемости к среде и ограничением свободы жизнедеятельности больного.

В развитии болезни различают 4 стадии (периода):

Латентный период (применительно к инфекционным болезням — инкубационный) длится от момента воздействия причины до появления первых клинических признаков болезни. Этот период может быть коротким, как при действии боевых отравляющих веществ, и очень длинным, как при проказе (несколько лет). В этот период происходит мобилизация защитных сил организма, направленных на компенсацию возможных нарушений, на уничтожение болезнетворных агентов либо на удаление их из организма. Особенности латентного периода важно знать при проведении профилактических мероприятий (изоляции в случае инфекции), а также для лечения, нередко эффективного только в этом периоде (бешенство).

Продромальный период — это отрезок времени от первых признаков болезни до полного проявления ее симптомов. Иногда этот период проявляется ярко (крупозная пневмония, дизентерия), в других случаях

характеризуется наличием слабых, но четких признаков болезни. При горной болезни, например, это беспричинное веселье (эйфория), при кори — пятна Вельского — Коплика — Филатова и т. д. Все это важно для дифференциальной диагностики. В то же время выделение продромального периода при многих хронических заболеваниях часто затруднено.

Период выраженных проявлений, или разгара болезни, характеризуется полным развитием клинической картины: судороги при недостаточности паращитовидных желез, лейкопения при лучевой болезни, типичная триада (гипергликемия, гликозурия, полиурия) при сахарном диабете. Продолжительность этого периода для ряда болезней (крупозная пневмония, корь) определяется сравнительно легко. При хронических болезнях с их медленным течением смена периодов неуловима. При таких болезнях, как туберкулез, сифилис, бессимптомное течение процесса чередуется с его обострением, причем новые обострения иногда заметно отличаются от первичных проявлений болезни.

3) Исход болезни. Наблюдаются следующие исходы болезни: выздоровление (полное и неполное), рецидив, переход в хроническую форму, смерть.

Выздоровление — процесс, который ведет к ликвидации нарушений, вызванных болезнью, и восстановлению нормальных отношений организма со средой, у человека — прежде всего к восстановлению трудоспособности.

Выздоровление бывает полное и неполное. **При неполном выздоровлении** выражены последствия болезни. Они остаются надолго или даже навсегда (сращение листков плевры, сужение митрального отверстия). Разница между полным и неполным выздоровлением относительна. Выздоровление может быть практически полным, несмотря на стойкий анатомический дефект (например, отсутствие одной почки, если вторая полностью компенсирует ее функцию). Не следует думать, что выздоровление начинается после того, как миновали предшествующие стадии болезни. Процесс выздоровления начинается с момента возникновения болезни.

Полное выздоровление — это состояние, при котором исчезают все следы заболевания и организм полностью восстанавливает свои приспособительные возможности. Выздоровление не всегда означает возврат к исходному состоянию. В результате болезни могут появиться и сохраняться в дальнейшем изменения со стороны различных систем, в том числе иммунной.

Представление о механизмах выздоровления формируется на основании общего положения о том, что болезнь есть единство двух противоположных явлений — собственно патологического и защитно-компенсаторного. Преобладание одного из них решает исход болезни. Выздоровление наступает тогда, когда комплекс приспособительных реакций оказывается достаточно сильным, чтобы компенсировать возможные нарушения.

Рецидив болезней (лат. *recidivus* возвращающийся, возобновляющийся) — возобновление, возврат клинических проявлений болезни после их временного исчезновения. Возникновение Р. всегда связано с неполным устранением причин болезни в процессе ее лечения, что при определенных неблагоприятных условиях приводит к повторному развитию патологических процессов, свойственных данной болезни и соответствующему возобновлению ее клинических проявлений.

Смерть (гибель) — прекращение, полная остановка биологических и физиологических процессов жизнедеятельности организма.

Представление о механизмах выздоровления формируется на основании общего положения о том, что болезнь есть единство двух противоположных явлений — собственно патологического и защитно-компенсаторного. Преобладание одного из них решает исход болезни. Выздоровление наступает тогда, когда комплекс приспособительных реакций оказывается достаточно сильным, чтобы компенсировать возможные нарушения.

4) Реабилитация – это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных, болезнями, травмами или физическими, химическими факторами.

Реабилитация (по ВОЗ) – совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов, приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут.

Виды реабилитации:

1. Медицинская реабилитация – комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление здоровья пациента. Этот аспект реабилитации связан с лечебными мероприятиями на протяжении всего наблюдения за пациентом, проводится медицинским персоналом различного уровня (врачи, средний и младший медицинский персонал) всех ЛПУ.

2. Физическая реабилитация Включает в себя назначение различных средств физической реабилитации (ЛФК, различные виды массажа, преформированные и природные факторы). Проводится врачами физиотерапии, ЛФК и массажа, а также средний медицинский персонал (физиосестры, массажисты, инструктора ЛФК).

3. Психологическая реабилитация Обеспечивает:

1. оценку уровня интеллекта, личности пациента;
2. консультирование по личностным, эмоциональным
3. проблемам;
4. психотерапию;
5. участие в планировании и проведении образовательных и профилактических программ;

6. консультирование родителей.

7. Психологическая реабилитация проводится психологами, врачами-психотерапевтами.

4. Социальная (бытовая) реабилитация Включает вопросы:

1. изучение домашнего окружения, семейных взаимоотношений;
2. беседы с родителями(родственниками) для сотрудничества и удовлетворения нужд пациента;

3. обучение пациента (инвалида) навыкам самообслуживания.

Социальная реабилитация проводится органами социальной защиты, социальными работниками, которым отводится большая роль в реабилитации.

5. Трудовая (профессиональная) реабилитация – это подготовка пациента (инвалида) к конкретной трудовой деятельности с учетом его способностей и возможностей. Трудовая реабилитация:

1. Адаптация на прежнем рабочем месте.
2. Реадаптация – работа на новом рабочем месте с изменением условий труда, но на том же предприятии.
3. Работа с пониженной физической нагрузкой в связи с приобретением новой квалификации, близкой к прежней специальности.
4. Переквалификация на том же предприятии.
5. Переквалификация в реабилитационном центре с последующим подбором работы на новой специальности.

5)К основным принципам реабилитации относятся: • раннее начало проведения реабилитационных мероприятий (РМ),

1. комплексность использования всех доступных и необходимых РМ,
2. индивидуализация программы реабилитации,
3. этапность реабилитации,
4. непрерывность и преемственность на протяжении всех этапов реабилитации,
5. социальная направленность РМ,
6. использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

Средства реабилитации:

1. Медикаментозная коррекция
2. Физиотерапия
3. Лечебная физкультура (кинезотерапия)
4. Различные виды массажа
5. Климатотерапия

6. Трудотерапия

7. Психотерапия

6) Согласно определению ВОЗ: *«Паллиативная помощь – это деятельность, направленная на улучшение качества жизни больных со смертельным заболеванием и их близких путем предупреждения и облегчения страданий с помощью раннего выявления, тщательной оценки и устранения боли и других физических, психологических, социальных и духовных страданий».*

Паллиативная медицина приходит на смену радикальной с того момента, когда все средства использованы, эффекта нет.

В основе паллиативной помощи лежат следующие задачи:

1. система поддержки пациента, помогающая ему жить насколько возможно качественно,

2. уход за пациентом, основанный на искренней заботе и милосердии;

3. психологическая и духовная помощь пациентам;

4. устранение или облегчение страданий пациентов;

психологическая помощь членам семьи и близким пациента. Термин «паллиативный» имеет латинское происхождение - «pal-lium» — плащ, покрытие.

Соответственно этике паллиативной медицины вытекают основные принципы ухода за больными:

1. умение слушать;

2. терапия присутствием;

3. умение служить;

4. умение жить с пациентом;

5. важность создания психотерапевтической среды;

6. единство команды персонала и семьи в уходе за пациентом;

7. привлечение волонтерской службы;

8. индивидуальный подход к каждому пациенту и его родственнику;

9. использование всех резервов;

10. удовлетворение духовных потребностей.

7) Факторы риска — это потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

Факторы риска НИЗ

1. употребление табака;
2. вредное употребление алкоголя;
3. низкий уровень потребления фруктов и овощей;
4. недостаточная физическая активность;
5. потребление соли;
6. повышенное содержание глюкозы в крови/диабет;
7. повышенное кровяное давление;
8. избыточный вес и ожирение;
9. повышенный уровень общего холестерина.

Методы формирования групп риска- диспансерные осмотры, диагностические обследования, анализ статистических данных.

8) Предварительный медицинский осмотр проводится при поступлении на работу и учёбу с целью определения соответствия состояния здоровья работника выполняемой работе. Существует список заболеваний, являющихся противопоказанием для приёма на работу и на учёбу по ряду профессии.

Данные предварительного медицинского осмотра являются исходными для выявления лиц, имеющих:

1) факторы риска для развития профессиональной патологии и наличие признаков воздействия профессиональных вредностей, и сопоставление с изменениями в состоянии здоровья;

2) Различные хронические заболевания, которые под влиянием неблагоприятных для здоровья факторов производства могут обостряться или перейти в профессиональное заболевание.

9) Периодический медицинский осмотр проводится с целью динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, выявляющихся противопоказаниями для продолжения работы, а также заболеваний, этиологически не связанных с профессией, но при которых продолжение контакта с данной профессиональной вредностью особенно опасно; для своевременного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий.

Задачи периодических медицинских осмотров:

1) Оценка состояния реактивности и резистентности организма к воздействию вредных профессиональных факторов по критериям, характеризующим функцию органов мишеней.

2) Выявление патологических нарушений, указывающих на соответствие состояния здоровья выполняемой работе.

3) Определение профилактических и реабилитационных мероприятий для восстановления нарушенных функций и адаптаций к условиям труда, адекватным состоянию здоровья.

Периодические осмотры должны проводиться не реже чем раз в два года.

10) Под **физическим развитием** следует понимать *комплекс морфологических и функциональных свойств организма, определяющих массу, плотность, форму тела, его структурно-механические качества и выражающихся запасом его физических сил*. На уровень физического развития влияет комплекс социально-биологических, медико-социальных, организационных, природно-климатических факторов. Имеют место различия в физическом развитии населения, проживающего в различных экономико-географических зонах, лиц разных национальностей. Под влиянием длительно действующих неблагоприятных факторов уровень физического развития снижается, и наоборот, улучшение условий, нормализация образа жизни способствуют повышению уровня физического развития физического развития.

Основными признаками физического развития являются:

1. Антропометрические, основанные на измерении размеров тела скелета человека и включающие:

- *соматометрические* - размеры тела и его частей;
- *остеометрические* - размеры скелета и его частей;
- *краниометрические* - размеры черепа.

2. Антропоскопические, основанные на описании тела в целом и отдельных его частей. К антропоскопическим признакам относятся: развитие жирового слоя, мускулатуры, форма грудной клетки, спины, живота, ног, пигментация, волосяной покров, вторичные половые признаки и т.д.

3. Физиометрические, которые определяют физиологическое состояние, функциональные возможности организма (обычно они измеряются специальными приборами). В частности, к ним относятся: жизненная емкость легких (измеряется с помощью спидометра), мышечная сила кистей рук (измеряется с помощью динамометра) и т.д.

Оценка физического развития имеет важное значение для многих областей медицины. Клинико-диагностическое значение оценки физического развития нашло свое место в так называемой конституциональной диагностике, т.е. определении конституциональной предрасположенности и конституциональных особенностей течения заболевания. Показатели физического развития используются для выявления антропометрических маркеров (признаков) риска ряда заболеваний и патологических состояний. В акушерстве измерение таза женщины позволяет определить тактику ведения родов.

Антропометрические показатели используются для контроля за физическим развитием детей и оценки эффективности проводимых оздоровительных мероприятий. Они необходимы для определения режима жизни и физической нагрузки ребенка. Оценка биологического возраста важна для определения школьной зрелости, спортивных возможностей ребенка, используется в судебно-медицинской практике. В статистике ряд

антропометрических показателей являются важнейшими критериями для определения таких понятий, как «живорожденность», «мертвоорожденность», «недоношенность», «масса тела при рождении» и т.д. В гигиене показатели физического развития помогают определить годность к военной службе и роду войск.

Физическое развитие имеет важное медико-социальное значение. Уровень физического развития населения во многом говорит о социальном благополучии в обществе. Нарушение физического развития могут свидетельствовать о неблагоприятных условиях и образе жизни ребенка и должны являться одним из критериев для определения уровня социального риска семьи, выделения социально неблагополучных семей, требующих мер медико-социального воздействия.

Изучение физического развития включает в себя:

1. изучение физического развития и его закономерностей в различных возрастно-половых группах населения и сдвигов за определенные промежутки времени;
2. динамическое наблюдение за физическим развитием и здоровьем в одних и тех же коллективах;
3. разработку мер региональных возрастно-половых стандартов для индивидуальной и групповой оценки физического развития детей
4. оценку эффективности оздоровительных мероприятий.

Вопросы для закрепления:

1. Обзор неинфекционных заболеваний.
2. Группы риска.
3. Факторы риска развития неинфекционных заболеваний.
4. Значение профилактической направленности медицины.
5. Примерная схема динамического наблюдения за лицами с факторами риска.

Тема занятия № 4: Диспансеризация. Роль сестринского персонала в проведении диспансеризации.

Контроль базового уровня знаний (фронтальный опрос):

11. Предболезнь (понятие, общие характеристики).
12. Болезнь (понятие, периоды).
13. Исход болезни (выздоровление полное и неполное, рецидив, смерть).
14. Реабилитация (определение и виды).
15. Реабилитация (определение, средства, принципы).
16. Паллиативная помощь (определение, задачи, принципы).
17. Факторы риска неинфекционных заболеваний (определение, перечислить).
18. Предварительный медицинский осмотр (определение, задачи).
19. Периодическая медицинская помощь (определение, задачи).
20. Физическое развитие (понятие, признаки).

План:

- 1) Уровни и основные критерии для индивидуального и общественного здоровья.
- 2) Группы здоровья для взрослого населения.
- 3) Компенсация, субкомпенсация, декомпенсация (определение, механизм).
- 4) Диспансеризация (определение, цели, этапы).
- 5) Оценка эффективности диспансерного наблюдения.
- 6) Центры здоровья (определение, задачи).
- 7) Программа комплексного обследования в центре здоровья.
- 8) Роль медсестры в проведении диспансеризации.
- 9) Школы здоровья (определение, задачи)

1) **Здоровье** - состояние любого живого организма, при котором он в целом и все его органы способны полностью выполнять свои функции; отсутствие недуга, болезни.

Здоровье - полное состояние физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических эффектов.

О здоровье в последнее время говорят много и в разных ракурсах. В связи с этим существует несколько классификаций, связанных со здоровьем, в том числе **уровни здоровья**.

Уровни здоровья человека:

1. По силе иммунитета.

-Высокий уровень (иммунитет успешно справляется с внешними угрозами и подавляет негативные факторы).

-Средний уровень (незначительные угрозы подавляются, но серьезные факторы вызывают болезнь).

-Низкий уровень (иммунитет слабый, человек часто болеет).

2. По происхождению.

Физиологическое (телесное, здоровье органов тела человека).

Психологическое (душевное, духовное, здоровье психики).

3. Уровни здоровья новорожденного организма.

-Доношенность или недоношенность.

- Слабость или сила организма, тонус мышц.

- Наличие или отсутствие пороков, отклонений, нарушений в развитии организма.

4. По физическому состоянию организма.

- Первая группа здоровья (нет ограничений в возможностях организма).

- Вторая группа здоровья (есть ограничения, например, при астме нельзя бегать на длинные дистанции, при заболеваниях позвоночника противопоказана физическая нагрузка и т.д.).

- Третья группа здоровья (есть существенные ограничения, например, инвалидность, хроническое заболевание).

Критерии здоровья человека определяются в соответствии с каждой составляющей:

1. полноценное генетическое и физиологическое развитие;
2. отсутствие болезней, патологий и мутаций;
3. отсутствие увечий и дефектов;
4. отсутствие отклонений в психике и умственном развитии;
5. нормальное сексуальное развитие, способность к репродукции;
6. адекватное поведение и осознание себя как члена общества.

2) Диспансеризация является основным мероприятием для исследования и мониторинга уровня здоровья взрослого населения.

На основании сведений, полученных в результате прохождения диспансеризации, врач или фельдшер присваивает каждому гражданину группу здоровья в соответствии с требованиями и критериями, определенными в Приказе Минздрава РФ № 869ан от 01.01.2018 г. Нормативный акт выделяет четыре группы здоровья взрослого населения – 1, 2, 3а и 3б.

Группы здоровья для взрослого населения

1 группа

К 1 группе здоровья относятся граждане, не имеющие каких-либо хронических заболеваний и факторов риска для их возникновения. Результаты проведенных медицинских обследований в данной группе здоровья находятся в пределах нормальных показателей. Данная категория включает в себя граждан с наиболее благоприятным уровнем самочувствия. По итогам диспансеризации для лиц этой категории проводят профилактические консультации и другие лечебно-оздоровительные мероприятия, имеющие своей основной целью пропаганду здорового образа жизни и соблюдение санитарно-гигиенических норм.

2 группа

К 2 группе здоровья относятся граждане, не обладающие какими-либо хроническими заболеваниями, но находящиеся в зоне повышенного риска их

приобретения. Кроме этого, сюда относят людей, имеющих предрасположенность к развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Данная группа – самая обширная по своей численности, что связано с большим количеством факторов, негативно влияющих на организм человека (вредные привычки, неправильное питание, сидячий образ жизни, загрязнение климата и т.д.).

Эта категория граждан диагностируется путем проведения общепринятого стандартного обследования здоровья, а также дополнительных исследований отдельных рисков в случае наличия таковых. По итогам диспансеризации лицу назначается план лечебно-оздоровительных мероприятий в соответствии с результатами анализов, и при необходимости назначаются лекарственные средства и препараты.

3 группа (а и б)

К 3 группе здоровья относятся граждане, страдающие хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), которые требуют диспансерного наблюдения и высококвалифицированной медицинской помощи. Основная масса граждан в этой категории – люди старше 40 лет, недуги которых напрямую связаны с возрастом и старением организма. Диспансеризация таких лиц проводится с целью вторичной профилактики, а именно предупреждения осложнений и обострений уже имеющейся болезни. К категории 3б относятся лица, у которых не выявлены ХНИЗы, но есть другие заболевания, требующие постоянной или высокотехнологичной медицинской помощи.

3) Практически любой орган или система органов имеет **механизмы компенсации**, обеспечивающие приспособление органов и систем к изменяющимся условиям (изменениям во внешней среде, изменениям образа жизни организма, воздействиям патогенных факторов). Если рассматривать нормальное состояние организма в нормальной внешней среде как равновесие, то воздействие внешних и внутренних факторов выводит организм или отдельные его органы из равновесия, а механизмы компенсации

восстанавливают равновесие, внося определённые изменения в работу органов или изменяя их самих. Так, например, при пороках сердца или при постоянной значительной физической нагрузке (у спортсменов) происходит гипертрофия мышцы сердца (в первом случае она компенсирует пороки, во втором — обеспечивает более мощный кровоток для частой работы на повышенной нагрузке).

Компенсация не является «бесплатной» — как правило, она приводит к тому, что орган или система работает с более высокой нагрузкой, что может быть причиной снижения стойкости к вредным воздействиям.

Любой компенсаторный механизм имеет определённые ограничения по степени выраженности нарушения, которое он в состоянии компенсировать. Лёгкие нарушения компенсируются легко, более тяжёлые могут компенсироваться не полностью и с различными побочными эффектами. Начиная с какого-то уровня тяжести компенсаторный механизм либо полностью исчерпывает свои возможности, либо сам выходит из строя, в результате чего дальнейшее противодействие нарушению становится невозможным. Такое состояние и называется **декомпенсацией**.

Болезненное состояние, в котором нарушение деятельности органа, системы или организма в целом уже не может быть скомпенсировано приспособительными механизмами, называется в медицине «стадией декомпенсации». Достижение стадии декомпенсации является признаком того, что организм уже не может собственными силами исправить повреждения. При отсутствии радикальных способов лечения потенциально смертельное заболевание в стадии декомпенсации неизбежно приводит к летальному исходу. Так, например, цирроз печени в стадии декомпенсации может быть излечен только пересадкой — самостоятельно печень восстановиться уже не может.

Декомпенсация (от лат. de... — приставка, обозначающая отсутствие, и compensatio — уравнивание, возмещение) — нарушение нормального функционирования отдельного органа, системы органов или всего организма,

наступающее вследствие исчерпания возможностей или нарушения работы приспособительных механизмов.

Субкомпенсация – это одна из стадий заболеваний, во время которой клинические симптомы постепенно нарастают и самочувствие ухудшается. Обычно именно в это время больные начинают задумываться о своем здоровье и обращаются к врачу.

Таким образом, всего в течение заболевания выделяют 3 последовательные стадии: компенсации (начальная, болезнь себя никак не проявляет), субкомпенсации и декомпенсации (терминальная стадия).

4) Диспансеризация населения предусматривает систему охраны здоровья населения, заключающуюся в активном наблюдении за здоровьем разных его контингентов с учетом условий их труда и быта, обеспечении их правильного физического развития, предупреждении заболеваний путем проведения соответствующих социальных, санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ежегодные диспансерные осмотры населения - активное медицинское обследование разных групп населения врачами одной или нескольких специальностей.

Цель диспансеризации - сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности жизни людей.

Задачи диспансеризации:

1. оценка состояния здоровья человека при ежегодных осмотрах;
2. дифференцированное наблюдение за здоровыми лицами, имеющими факторы риска, и больными;
3. выявление и устранение причин, вызывающих заболевание зубов, борьба с вредными привычками;
4. своевременное и активное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий;
5. повышение качества и эффективности медицинской помощи населению путем взаимосвязи и преемственности в работе всех типов

учреждений, широкое участие врачей различных специальностей, внедрение новых организационных форм, технического обеспечения, создание автоматизированных систем для осмотров населения с разработкой специальных программ.

Диспансеризация включает три этапа:

На первом этапе проводится: полицейской учет всех проживающих на участке обслуживания поликлиники (амбулатории) («Паспорт врачебного участка (терапевтического)» - ф. № 030/у-тер); распределение пациентов по контингентам; разработка плана проведения профосмотров и объема исследований.

Второй этап включает: проведение профосмотров и исследований; оценку состояния здоровья контингентов (по результатам исследования); распределение пациентов по группам учета; составление индивидуальных программ по первичной и вторичной профилактике.

На третьем этапе проводится: динамическое наблюдение за состоянием здоровья пациентов и выполнение оздоровительных программ; оценка эффективности и качества диспансеризации.

5) Основными критериями эффективности диспансерного наблюдения являются:

1.уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под ДН (диспансерного наблюдения);

2.уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под ДН, в т.ч. по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;

3.отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под ДН;

4.снижение показателей предотвратимой смертности, в т.ч. смертности вне медицинских организаций, граждан, находящихся под ДН;

5. уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под ДН;

6. снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным показаниям среди взрослого населения, находящегося под ДН.

б) Центр здоровья - это медико-профилактическое отделение по экспресс-диагностике и скрининговому выявлению той или иной патологии на ранних этапах ее возникновения с целью сохранения и укрепления здоровья.

1. Пропаганда ЗОЖ и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью близких.

2. Внедрение современных медико-профилактических технологий в деятельность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в т.ч. обучение медицинских специалистов и граждан эффективным методам профилактики заболеваний.

3. Прогноз состояния здоровья, консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физической культурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда, отдыха.

4. Организация мониторинга показателей в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

7) В Центрах здоровья имеется оборудование для оценки функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, определения прогноза состояния здоровья, разработки индивидуальной программы медицинской профилактики и сохранения здоровья с учетом физиологических особенностей организма. В центрах установлено следующее оборудование:

1. Аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития.

2. Экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей (электрокардиограф как компьютеризированная система скрининга сердца).

3. Система ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного индекса (эта система позволит оценить состояние сосудов нижних конечностей, риск формирования хронической артериальной недостаточности в результате атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей).

4. Аппарат для комплексной детальной оценки функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный, который позволит оценить состояние бронхолегочной системы при заболеваниях и курении).

5. Биоимпедансметр для анализа внутренних сред организма (прибор, позволяющий определить процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани, что особенно важно при избыточной массе тела и ожирении для оценки риска возникновения нарушений обмена веществ, сахарного диабета и артериальной гипертонии, а также при наблюдении за динамикой снижения массы тела при похудании).

6. Экспресс-анализатор для определения общего холестерина и глюкозы в крови (прибор, который позволяет за несколько минут определить важнейшие параметры углеводного и жирового обмена в организме).

7. Оборудование для определения токсических веществ в биологических средах организма (газовые хроматографы для определения содержания этилового спирта в биологических жидкостях организма).

8. Анализатор окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина, который позволяет оценить степень нарушения газообмена при заболеваниях лёгких и курении, а также риск формирования дыхательной недостаточности и нарушения транспорта кислорода кровью.

9. Анализатор котинина в моче, который является основным метаболитом никотина и отражает скорость разрушения никотина в организме курильщика.

10. Смокелайзеры, определяющие концентрацию угарного газа (СО) в выдыхаемом воздухе. Мониторы угарного газа используются с диагностической целью для выявления курильщиков и для длительного мониторинга уровня СО при проведении терапии, направленной на отказ от курения и снижение количества выкуриваемых сигарет.

11. Кардиотренажеры (беговые дорожки) для осуществления тренировки сердечно-сосудистой системы и повышения общей физической выносливости.

12. Пульсоксиметр (оксиметр пульсовой) для контроля за состоянием кровообращения (пульс) и насыщения артериальной крови кислородом в процессе тренировок.

13. Весы медицинские для взвешивания младенцев и грудных детей массой до 15 кг.

14. Комплект оборудования для зала лечебной физической культуры, включая весы медицинские с ростомером, динамометры для определения силы мышц, тонометр автоматический для определения артериального давления, пульсотактометр для подсчёта пульса, угломер для определения подвижности суставов конечностей и пальцев (гониометр), гимнастическая стенка, велотренажер, беговая дорожка (тредбан), гребной тренажер (имитация гребли).

15. Комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни, включающий медиапроектор, ноутбук, цифровой фотоаппарат, экран.

8) Роль медсестры в проведении диспансеризации зависит от этапа этого процесса.

На первом этапе медсестра осуществляет подготовительную и организационную работу, на втором - непосредственно участвует в осмотре пациентов. В связи с этим, предлагается рассмотреть те обязанности, которые выполняет медсестра на каждом из этапов диспансеризации.

Рассмотрим основные разделы работы медсестры, которыми она занимается на разных этапах диспансеризации.

Первый этап диспансеризации: осуществляет учет численности населения на отведенном участке; устанавливает социальный и половозрастной состав; формирует списки больных, которые наблюдаются в других медучреждениях по месту трудоустройства; ведет контроль соблюдения сроков посещения врача. Кроме того, важная часть работы медсестры - ведение картотеки формы № 30 (карта диспансерного наблюдения). Этот документ необходим для обеспечения своевременности и полноты явки пациентов на врачебный прием. Картотека представляет собой специальный 12-секционный ящик, разделенный по месяцам в году. Медсестра ответственна за своевременное уведомление пациентов о явке на врачебный прием, сообщает им конкретные даты и часы приема.

Второй этап диспансеризации. На этом этапе медсестра непосредственно присутствует на профилактических осмотрах у врача, самостоятельно проводит различные виды измерений - термометрия, измерение давления, антропометрия, спирометрия, измерение давления в глазном яблоке и т.д. Также она должна подготовить всю необходимую для обследований документацию, если необходимо посещение пациентов на дому - организует его. Медсестра ведет профилактическую и разъяснительную работу с населением, контролирует правильность и своевременность выполнения ими врачебных назначений, убеждает проходить необходимые лечебные курсы. Роль медсестры в проведении диспансеризации состоит и в сборе данных анамнеза на пациентов, что является большей частью ее работы. Медработник выполняет необходимые измерения в отношении пациента (давление, антропометрия, температура, измерение остроты слуха и т.д.). Если для проведения исследований необходимы и другие виды исследований, например, флюорография, анализы мочи и крови, электрокардиограмма и т.д., то она должна обеспечить их организацию и выполнение. После проведения всех необходимых мер диспансерного обследования с применением различных методик исследований, пациент заносится в ту или иную диспансерную группу, к которой он наиболее подходит. В дальнейшем роль

медсестры - контрольная. Она проверяет выполнение тех назначений врача, которые были назначены каждому человеку, обеспечивает выполнение лечебного режима. Также медицинская сестра может участвовать в реализации санитарно-просветительской работы с населением.

9) Школа для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

Школы организуются в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена здравоохранения, поликлиниках, стационарах, медико-санитарных частях, кардиологических диспансерах, центрах медицинской профилактики, санаториях-профилакториях, курортах, санаториях, оздоровительных центрах,

Цель организации Школ – оптимизация, совершенствование и повышение охвата, доступности и качества медицинской профилактической помощи населению:

- повышение информированности пациентов о заболевании и его факторах риска;
- повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья;
- формирование рационального и активного отношения пациента к заболеванию, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача;
- формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, оказанию первой доврачебной помощи в случаях обострений и кризов;
- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих ФР (питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек);

- формирование у пациентов практических навыков по анализу причин, факторов, влияющих на здоровье и обучение пациентов составлению плана индивидуального оздоровления.

Вопросы для закрепления:

1. Диспансеризация населения.
2. Этапы диспансеризации.
3. Профилактические медицинские осмотры.
4. Проведение диспансеризации (профилактического осмотра).
5. Цели диспансеризации
6. Формирование групп здоровья.
7. Планирование тактики медицинского наблюдения

Тема занятия №5: Организация и проведение противоэпидемических мероприятий.

Контроль базового уровня знаний (фронтальный опрос):

1. Уровни и основные критерии для индивидуума и общественного здоровья.
2. Группы здоровья для взрослого населения.
3. Компенсация, субкомпенсация, декомпенсация (определение, механизм).
4. Диспансеризация (определение, цели, этапы).
5. Оценка эффективности диспансерного наблюдения.
6. Центры здоровья (определение, задачи).
7. Программа комплексного обследования в центре здоровья.
8. Роль медсестры в проведении диспансеризации.
9. Школы здоровья (определение, задачи)

План:

- 1) Противоэпидемические мероприятия (определение, мероприятия, факторы, изоляция).
- 2) Санитарно-гигиеническое воспитание (определение).
Противоэпидемическое обслуживание населения (определение, задачи).
- 3) Права пациентов.
- 4) Вакцинопрофилактика (определение, оснащение прививочного кабинета).
- 5) Алгоритм проведения вакцинации.
- 6) Иммунитет (определение, типы, препараты для поддержания иммунитета).
- 7) Активная иммунизация (определение, классификация).
- 8) Живые вакцины (характеристика, примеры).
- 9) Убитые вакцины (характеристика, примеры).

10) Комбинированные вакцины (характеристика, примеры).

11) Порядок проведения гражданам профилактических прививок в рамках национального календаря профилактических прививок.

1) Противоэпидемические мероприятия- совокупность предупреждения инфекционных заболеваний среди отдельных групп населения, снижения заболеваемости населения и ликвидации отдельных инфекций.

Основные противоэпидемические мероприятия: нейтрализация источников инфекции, разрыв механизма передачи и создание невосприимчивости организма к инфекционным заболеваниям.

Факторами эпидемиологического процесса являются: источник инфекции, механизм передачи возбудителя и восприимчивость население.

Изоляция инфекционных больных включает:

1) Выявление больных и подозрительных на инфекционное заболевание, активно или пассивно;

2) Изъятие инфекционных больных из коллективов (семейных, производственных или учебных);

3) Госпитализацию в инфекционное отделение лечебно-профилактического учреждения.

4) Соблюдение противоэпидемического режима в лечебно-профилактического учреждения.

2) Санитарно-гигиеническое воспитание (определение), противоэпидемическое обслуживание населения (определение, задачи).

Совокупность образовательных, воспитательных, агитационных и пропагандистских мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику заболеваний, в том числе инфекционных, сохранение и укрепление здоровья, повышение трудоспособности людей, продление их активной жизни.

Санитарно-гигиеническое воспитание населения и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий является основной задачей санэпидслужбы.

Противоэпидемическое обслуживание населения — это система, включающая комплекс сил и средств с установленным порядком подчиненности для организации и проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий в целях обеспечения санитарно-эпидемического благополучия населения.

Задачи противоэпидемического обслуживания населения:

- 1) предупреждение заноса инфекции в страну, регионы и отдельные населенные пункты;
- 2) Предупреждение возникновения инфекционных заболеваний от источников инфекции, имеющихсся внутри населенных пунктов;
- 3) Локализация и ликвидация инфекционных заболеваний среди населения в случае их проявления;
- 4) локализация и ликвидация инфекционных заболеваний среди населения в случае их появления;
- 5) предупреждение выноса инфекционных заболеваний из предупреждения выноса инфекционных заболеваний из эпидемических неблагополучных регионов.

3) Права пациентов

В статье 30 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 (в ред. от 02.02.2006) отмечается, что: при обращении за медицинской помощью и её получении пациент имеет право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- 2) выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;

5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;

13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

4) Вакцинопрофилактика- обязательное государственное мероприятие, которое занимает приоритетное положение среди мер,

направленных на снижение заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний.

1) Для работы по иммунопрофилактике инфекционных болезней необходим следующий набор помещений:

- а) прививочный кабинет;
- б) помещение для хранения запаса медицинских иммунобиологических препаратов;
- в) помещение для размещения прививочной картотеки.

2) В небольших медицинских организациях разрешается иметь два кабинета для организации иммунопрофилактики:

- а) помещение для регистрации, осмотра пациентов и хранения документации;
- б) помещение для проведения прививок и хранения медицинских иммунобиологических препаратов.

3) Не разрешается совмещение прививочного и процедурного кабинетов.

4) В кабинетах для осмотра пациентов и проведения вакцинации необходимо соблюдать зрительную и акустическую изолированность, режим уборки, проветривания, кварцевания, предусматривать достаточную освещенность, энергопитание, отопление, водоснабжение (холодная и горячая вода).

5) Помещения, где проводят профилактические прививки, должны быть обеспечены наборами для неотложной и противошоковой терапии с инструкцией по их применению.

6) Для иммунизации используют только одноразовые материалы и инструменты.

7) Сбор, хранение, обеззараживание медицинских отходов должно осуществляться в специальных промаркированных емкостях.

8) Прививочные столы должны быть промаркированы и предназначены отдельно: для иммунизации живыми вакцинами (коровая, краснушная) и для иммунизации инактивированными (убитыми) вакцинами (анатоксинами) (АДС-М, АД-М, против вирусных гепатитов, дизентерии, гриппа)

Оснащение прививочного кабинета должно включать:

- 1) холодильник с маркированными полками для хранения вакцин;
- 2) шкаф для инструментов и средств противошоковой терапии (0,1% растворы адреналина, мезатона или норадреналина), 5% раствор эфедрина; глюкокортикостероидные препараты – преднизолон, дексаметазон или гидрокортизон, 1% раствор тавегила, 2,5% раствор супрастина, 2,4% раствор эуфилина, сердечные гликозиды (строфантин, коргликон), 0,9% раствор хлористого натрия;
- 3) нашатырный спирт, этиловый спирт, смесь эфира со спиртом;
- 4) одноразовые шприцы с дополнительным запасом игл, термометры, тонометр, электроотсос, стерильные пинцеты (корнцанги);
- 5) емкости для дезинфицирующих растворов и сброса использованных инструментов;
- 6) биксы со стерильным материалом;
- 7) отдельные маркированные столы по видам прививок;
- 8) пеленальный столик и (или) медицинская кушетка;
- 9) стол для хранения документации, записей;
- 10) раковина для мытья рук;
- 11) бактерицидная лампа.

Кроме того, в прививочном кабинете должны быть:

- 1) инструкции по применению всех препаратов, используемых для проведения профилактических прививок (в отдельной папке);
- 2) инструктивно-методические документы по иммунизации;
- 3) журнал учета и расходования вакцин и других препаратов;

- 4) журнал регистрации сделанных прививок (по каждому виду вакцины);
- 5) журнал регистрации температурного режима работы холодильника;
- 6) журнал регистрации работы бактерицидной лампы;
- 7) журнал регистрации генеральных уборок.

5) Алгоритм проведения вакцинации:

- 1) Проверить наличие заключения врача (педиатра, терапевта) о состояниях здоровья лица, пришедшего на прививку;
- 2) вымыть руки;
- 3) сверить наименования препарата на ампуле (флаконе) с назначением врача;
- 4) провести необходимые процедуры по подготовке препарата (встряхивание вакцины, обработка и вскрытие ампулы с соблюдением врача;
- 5) провести необходимые процедуры по подготовке препарата (встряхивание вакцины, обработка и вскрытие ампулы с соблюдением правил антисептики и др.) согласно инструкции по его применению.

Не подлежат использованию вакцины:

- 1) с нарушением физических свойств и целостности ампул;
- 2) с отсутствующей маркировкой на ампуле;
- 3) с истекшим сроком годности;
- 4) хранившиеся с нарушением температурного режима.

Пинцеты для взятия стерильного материала хранят в емкости с 0,5% р-ром хлорамин или 1% водным р-ром хлоргексидинабиглюконата (растворы меняют ежедневно, емкость и пинцет при этом стерилизуют).

После проведения прививки следует:

- 1) поместить ампулу в холодильник;
- 2) сделать запись о проведенной прививке в медицинской документации (ф. № 112/у, ф. № 026/у, ф. № 025-1/у, ф. № 025/у, а также в журнале регистрации профилактических прививок по видам вакцин) и «Сертификате

о профилактических прививках», находящемся на руках у граждан, с указанием наименования введенного препарата, даты его введения, дозы и серии;

3) проинформировать привитого (или его родителей) о возможных реакциях на прививку и доврачебной помощи при них;

4) наблюдать за привитыми в течение срока, определенного инструкцией по его применению;

5) оказать первичную медицинскую помощь в случае развития немедленных реакций на прививку и вызвать врача.

6) Иммуитет — это ответ организма, играющий роль защиты его от микроорганизмов, бактерий и их токсинов, вирусов, простейших, паразитов и чужеродных клеток, донорских тканей, донорской крови, мутированных.

Основные типы иммунитета:

1) Гуморальный тип (В-лимфоциты и иммуноглобулины) иммунологической реакции основан на выработке антител- сложных по строению белковых молекул, которые называются слова humor- жидкость, влага, телесная жидкость. К таким жидкостям относятся кровь, лимфа, слюна и т.д.

2) Клеточный тип реакции осуществляют иммунные клетки- активированные Т-лимфоциты (тимусзависимые).

3) Система фагоцитоза. Обеспечивают работу этого типа клетки крови- макрофаги-моноциты, которые захватывают и «переваривают» чужеродные агенты.

Имеется ряд препаратов, которые носят название иммуномодуляторов, содержащих как синтезированные, так и природные естественные вещества (хитозан, антилипидный чай, кордицепс, икан, спинулина, биокальций), увеличивающие силу неспецифического иммунитета.

7) Активная иммунизация — это стимуляция иммунного ответа путем введения в организм антигена в той или иной форме. При повторной иммунизации возникает более выраженный иммунный ответ и повышение

устойчивости к возбудителю. При инфекциях с длительным инкубационным периодом активная иммунизация позволяет предупредить заболевание даже после заражения.

Для активной иммунизации применяют два типа вакцин:

- 1) содержащие живых ослабленных возбудителей (например, противокоревая);
- 2) содержащие инактивированных возбудителей (например, противочумная), их обезвреженные токсины (например, столбнячная анатоксин) или специфические антигены. Среди специфических антигенов встречаются рекомбинантные белковые антигены (вакцина против гепатита В) и углеводные антигены- пневмококковая вакцина или полисахариды, конъюгированные с белковым носителем, например с дифтерийным или столбнячным анатоксином.

Для активной иммунизации против многих инфекций, в том числе полиомиелита и гриппа, используют оба типа вакцин.

Классификация вакцин:

- 1) По назначению: профилактические и лечебные;
- 2) по характеру микроорганизмов, из которых они созданы, вакцины бывают бактериальные, вирусные, риккетсиозные. Существует моно- и поливакцины, приготовленные соответственно из одного, или нескольких возбудителей.
- 3) по способу приготовления: живые вакцины, убитые вакцины, комбинированные.

8) *Живые вакцины* содержат живые аттенуированные штаммы возбудителей с резко сниженной вирулентностью или штаммы непатогенных для человека микроорганизмов, близкородственных возбудителю в антигенном отношении (дивергентные штаммы). К ним относят и рекомбинантные (генно-инженерные) вакцины, содержащие векторные штаммы непатогенных бактерий/вирусов (в них методами генной

инженерии введены гены, ответственные за синтез протективных антигенов тех или иных возбудителей).

Примерами генно-инженерных вакцин могут служить вакцина против гепатита В - Энджерикс В и вакцина против коревой краснухи - Ре-комбивакс НВ.

Поскольку *живые вакцины* содержат штаммы микроорганизмов-возбудителей с резко сниженной вирулентностью, то, по существу, они *воспроизводят в организме человека легко протекающую инфекцию*, но не инфекционную болезнь, в ходе которой формируются и активируются те же механизмы защиты, что и при развитии постинфекционного иммунитета. В связи с этим живые вакцины, как правило, создают достаточно напряженный и длительный иммунитет.

С другой стороны, по этой же причине применение живых вакцин на фоне иммунодефицитных состояний (особенно у детей) может вызвать тяжелые инфекционные осложнения.

Например, заболевание, определяемое клиницистами как БЦЖит после введения вакцины БЦЖ.

Живые вакцины применяют для профилактики:

- туберкулеза;
- особо опасных инфекций (чумы, сибирской язвы, туляремии, бруцеллеза);
- гриппа, кори, бешенства (антирабическая);
- паротита, оспы, полиомиелита (*вакцина Сейбина-Смородинцева-Чумакова*);
- желтой лихорадки, коревой краснухи;
- Ку-лихорадки.

Между введениями живых вакцин рекомендован интервал не менее 1 мес, в противном случае возможны тяжелые побочные реакции, иммунный ответ может быть пониженным.

9) Убитые вакцины содержат убитые культуры возбудителей (цельноклеточные, цельновирсионные). Их готовят из микроорганизмов, инактивированных прогреванием (гретые), ультрафиолетовыми лучами,, химическими веществами (формалином — формоловые, фенолом — карболовые, спиртом — спиртовые и др.) в условиях, исключающих денатурацию антигенов. Иммуногенность убитых вакцин ниже, чем у живых. Поэтому вызываемый ими иммунитет кратковременный и сравнительно менее напряженный. Убитые вакцины применяют для профилактики:

- коклюша, лептоспироза,
- брюшного тифа, паратифа А и В,
- холеры, клещевого энцефалита,
- полиомиелита {вакцина *Солка*), гепатита А.

К *убитым вакцинам* относят и *химические вакцины*, содержащие определенные химические компоненты возбудителей, обладающие иммуногенностью (субклеточные, субвирсионные). Поскольку они содержат только отдельные компоненты бактериальных клеток или вирионов, непосредственно обладающих иммуногенностью, то химические вакцины менее реактогенны и могут использоваться даже у детей дошкольного возраста. Известны еще и *антиидиотипические* вакцины, которые также относят к убитым вакцинам. Это антитела к тому или иному идиотипу антител человека (анти-антитела). Их активный центр аналогичен детерминантной группе антигена, вызвавшего образование соответствующего идиотипа.

10) К комбинированным вакцинам относят **искусственные вакцины**.

Они представляют собой препараты, состоящие из микробного антигенного компонента (обычно выделенного и очищенного или искусственно синтезированного антигена возбудителя) и синтетических полиионов (полиакриловая кислота и др.) — мощных стимуляторов иммунного ответа. Содержанием этих веществ они и отличаются от химических убитых вакцин. Первая такая отечественная вакцина — гриппозная полимер-субъединичная ("*Гриппол*"), разработанная в Институте иммунологии, уже

внедрена в практику российского здравоохранения. Для специфической профилактики инфекционных заболеваний, возбудители которых продуцируют экзотоксин, применяют анатоксины.

Анатоксин — это экзотоксин, лишенный токсических свойств, но сохранивший антигенные свойства. В отличие от вакцин, при использовании которых у человека формируется антимикробный иммунитет, при введении анатоксинов формируется антитоксический иммунитет, так как они индуцируют синтез антитоксических антител — антитоксинов.

В настоящее время применяются:

- дифтерийный;*
- столбнячный;*
- ботулинический;*
- стафилококковый анатоксины;*
- холероген-анатоксин.*

Вакцины, содержащие антигены бактерий и анатоксины, называются ассоциированными.

11) Порядок проведения гражданам профилактических прививок в рамках национального календаря профилактических прививок.

Национальный календарь прививок – документ, утверждаемый приказом Минздрава РФ, который определяет сроки и типы вакцинаций (профилактических прививок), проводимых бесплатно и в массовом порядке в соответствии с программой обязательного медицинского страхования (ОМС).

Приказ Минздрава России от 21.03.2014 N 125н (ред. от 24.04.2019) "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.04.2014 N 32115)

Национальный календарь профилактических прививок включает в себя две основные части. В начальном приложении указаны необходимые

прививки от самых распространенных и потенциально опасных для жизни человека патологий, через какое время их делать и дозировки препаратов. Во второй части указаны эпизоды вакцинации, которые назначаются в случаях необходимости по эпидемиологическим показаниям или при риске развития эпидемии в регионе проживания людей.

1. Профилактические прививки в рамках национального календаря профилактических прививок проводятся гражданам в медицинских организациях при наличии у таких организаций лицензии, предусматривающей выполнение работ (услуг) по вакцинации (проведению профилактических прививок).

2. Вакцинацию осуществляют медицинские работники, прошедшие обучение по вопросам применения иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики инфекционных болезней, организации проведения вакцинации, техники проведения вакцинации, а также по вопросам оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме.

3. Вакцинация и ревакцинация в рамках национального календаря профилактических прививок проводятся иммунобиологическими лекарственными препаратами для иммунопрофилактики инфекционных болезней, зарегистрированными в соответствии с [законодательством](#) Российской Федерации, согласно инструкциям по их применению.

В случаях, предусмотренных национальным календарем профилактических прививок, допускается проведение вакцинации и ревакцинации иммунобиологическими лекарственными препаратами для иммунопрофилактики инфекционных болезней, содержащими комбинации вакцин.

4. Перед проведением профилактической прививки лицу, подлежащему вакцинации, или его законному представителю разъясняется необходимость иммунопрофилактики инфекционных болезней, возможные поствакцинальные реакции и осложнения, а также последствия отказа от

проведения профилактической прививки и оформляется информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с требованиями [статьи 20](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"*.

5. Все лица, которым должны проводиться профилактические прививки, предварительно подвергаются осмотру врачом (фельдшером)**.

6. При изменении сроков вакцинации ее проводят по предусмотренным национальным календарем профилактических прививок схемам и в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики инфекционных болезней. Допускается введение вакцин (кроме вакцин для профилактики туберкулеза), применяемых в рамках национального календаря профилактических прививок, в один день разными шприцами в разные участки тела.

7. Вакцинация детей, которым иммунопрофилактика против пневмококковой инфекции не была начата в первые 6 месяцев жизни, проводится двукратно с интервалом между прививками не менее 2 месяцев.

8. Вакцинация детей, рожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией, осуществляется в рамках национального календаря профилактических прививок в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики инфекционных болезней. При вакцинации таких детей учитываются: ВИЧ-статус ребенка, вид вакцины, показатели иммунного статуса, возраст ребенка, сопутствующие заболевания.

9. Ревакцинация детей против туберкулеза, рожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией и получавших трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (во время беременности, родов и в периоде новорожденности), проводится в родильном доме вакцинами для профилактики туберкулеза (для щадящей первичной вакцинации). У детей с

ВИЧ-инфекцией, а также при обнаружении у детей нуклеиновых кислот ВИЧ молекулярными методами ревакцинация против туберкулеза не проводится.

10. Вакцинация живыми вакцинами в рамках национального календаря профилактических прививок (за исключением вакцин для профилактики туберкулеза) проводится детям с ВИЧ-инфекцией с 1-й и 2-й иммунными категориями (отсутствие иммунодефицита или умеренный иммунодефицит).

11. При исключении диагноза ВИЧ-инфекции детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией, проводят вакцинацию живыми вакцинами без предварительного иммунологического обследования.

12. Анатоксины, убитые и рекомбинантные вакцины в рамках национального календаря профилактических прививок вводят всем детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией. Детям с ВИЧ-инфекцией указанные иммунобиологические лекарственные препараты для иммунопрофилактики инфекционных болезней вводятся при отсутствии выраженного и тяжелого иммунодефицита.

13. При проведении вакцинации населения используются вакцины, содержащие актуальные для Российской Федерации антигены, позволяющие обеспечить максимальную эффективность иммунизации.

14. При проведении вакцинации против гепатита В детей первого года жизни, против гриппа детей с 6-месячного возраста, обучающихся в общеобразовательных организациях, беременных женщин используются вакцины, не содержащие консервантов.

Вопросы для закрепления:

1. Проведение противоэпидемических мероприятий.
2. Санитарно-гигиеническое обучение и воспитание населения.
3. Первичная медицинская помощь.
4. Организация первичной медицинской помощи.

**Тема занятия №6: Организация работы прививочного кабинета
поликлиники**

Контроль базового уровня знаний (фронтальный опрос):

12) Противоэпидемические мероприятия (определение, мероприятия, факторы, изоляция).

13) Санитарно-гигиеническое воспитание (определение).
Противоэпидемическое обслуживание населения (определение, задачи).

14) Права пациентов.

15) Вакцинопрофилактика (определение, оснащение прививочного кабинета).

16) Алгоритм проведения вакцинации.

17) Иммунитет (определение, типы, препараты для поддержания иммунитета).

18) Активная иммунизация (определение, классификация).

19) Живые вакцины (характеристика, примеры).

20) Убитые вакцины (характеристика, примеры).

21) Комбинированные вакцины (характеристика, примеры).

22) Порядок проведения гражданам профилактических прививок в рамках национального календаря профилактических прививок.

План:

7. Подготовка пациента разного возраста к прививкам.
8. Требования к проведению профилактических прививок.
9. Перечень работ, требующих обязательного проведения профилактических прививок.

10. Обязанности медицинской сестры прививочного кабинета.

11. Медицинская документация прививочного кабинет.

12. Соблюдение правил «холодовой цепи».

13. Поствакцинальные осложнения.

14. Анафилактический шок. Последовательность действий при оказании помощи.

15. Составление индивидуальных планов иммунопрофилактики.

1) Перед вакцинацией детей необходимо знать:

1. Обязательный предварительный врачебный осмотр. Прежде чем направить ребенка в прививочный кабинет, педиатр обязан тщательно проверить состояние здоровья ребенка. В частности, обратить внимание на признаки болезни: увеличение лимфатических узлов, покраснение горла, повышение температуры и т.д. Если врач заметит начало какого-либо заболевания, то он перенесет дату на более поздний срок и даст временный отвод на [прививку](#);

2. Дополнительные анализы и обследования. Это можно и нужно делать в любых сомнительных случаях перед любыми прививками, в случае хронических заболеваний (даже вне стадии обострения). Следует отметить, что перед первой вакцинацией [АКДС](#) все дети в обязательном плановом порядке сдают анализы крови и мочи.

3. Индивидуальные рекомендации. В зависимости от здоровья ребенка педиатр может порекомендовать за 2-3 дня до вакцинации принимать антигистаминные (предотвращающие и (или) устраняющие симптомы аллергии) препараты, сделать дополнительные профилактические [прививки](#) (если в местности проживания наблюдается рост заболеваний теми или иными инфекциями) и т.д.

Взрослым; питание. Взрослым людям за 2-3 дня до прививки нельзя употреблять алкоголь, который угнетает иммунную систему и провоцирует аллергию на вакцину. Объем пищи для взрослых рекомендуется ограничить за 3-4 дня до инъекции.

2) Общие требования к организации и проведению профилактических прививок

1) Профилактические прививки гражданам проводят в организациях здравоохранения, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии лицензии на данный вид деятельности в области иммунопрофилактики.

2) Работа по проведению профилактических прививок финансируется за счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, фондов обязательного медицинского страхования и других источников финансирования в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

3) Финансирование поставок медицинских иммунобиологических препаратов (МИБП) для проведения профилактических прививок в рамках национального календаря осуществляется за счет средств федерального бюджета в соответствии с [Федеральным законом "О поставках продукции для федеральных государственных нужд"](#) и законодательством Российской Федерации, а поставок МИБП для проведения профилактических прививок по эпидемическим показаниям - за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации и внебюджетных источников финансирования в соответствии с [Федеральным законом "О поставках продукции для федеральных государственных нужд"](#) и законодательством субъектов Российской Федерации.

4) Организацию и проведение профилактических прививок обеспечивает руководитель лечебно-профилактической организации, имеющей лицензию на данный вид деятельности в области иммунопрофилактики.

5) Профилактические прививки проводят гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний, с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных

недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

б) Профилактические прививки проводят в строгом соответствии с инструкциями по применению препаратов.

7) К проведению профилактических прививок допускают медицинский персонал, обученный правилам техники проведения прививок, приемам неотложной помощи в случае развития поствакцинальных реакций и осложнений. К проведению иммунизации против туберкулеза допускают медицинский персонал, прошедший соответствующую подготовку и имеющий специальную справку-допуск, ежегодно обновляемую.

8) Медицинские работники, осуществляющие вакцинопрофилактику инфекционных болезней, должны ежегодно проходить обучение по вопросам организации и проведения профилактических прививок.

3) Перечень работ, требующих обязательного проведения профилактических прививок.

а. Сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные и другие работы по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные работы на территориях, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

б. Работы по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения на территориях, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

в. Работы в организациях по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

г. Работы по заготовке, хранению и переработке сельскохозяйственной продукции на территориях, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

е. Работы по убою скота, больного инфекциями, общими для человека и животных, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов.

ф. Работы, связанные с уходом за животными и обслуживанием животноводческих объектов в животноводческих хозяйствах, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

г. Работы по отлову и содержанию безнадзорных животных.

h. Работы по обслуживанию канализационных сооружений, оборудования и сетей.

і. Работы с больными инфекционными заболеваниями.

ј. Работы с живыми культурами возбудителей инфекционных заболеваний.

к. Работы с кровью и биологическими жидкостями человека.

l. Работы в организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

4) Обязанности медицинской сестры прививочного кабинета.

1) На медицинскую сестру прививочного кабинета (вакцинатора) возлагаются следующие должностные обязанности:

2) Проведение профилактических прививок.

3) Перед проведением прививки:

a) проверить наличие заключения врача о допуске к прививке;

b) сверить наименование препарата на ампуле с назначением врача, проверить маркировку, срок годности МИБП, целостность ампулы;

c) визуально оценить качество препарата (путем встряхивания сорбированных вакцин и после растворения лиофилизированных вакцин).

4) Проведение иммунизации с обеспечением всех правил асептики и антисептики, только одноразовыми шприцами и иглами, используя соответствующую дозу, метод и место введения, предусмотренные наставлением к МИБП.

5) После проведения прививки:

а) - убрать в холодильник ампулу или флакон при многодозовой расфасовке препарата;

б) - обеззаразить использованные шприцы, вату, ампулы или флаконы;

с) - сделать запись о проведенной прививке во всех формах учета (ф. 112/у, ф. 026/у, ф. 025/у, ф. 156/у-93, журналы) с указанием необходимых сведений (дата иммунизации, место введения, название препарата, доза, серия, контрольный номер, срок годности, для зарубежных вакцин - оригинальное название на русском языке);

д) - при наличии локальной компьютерной сети ввести в свой компьютер сведения о проведенных за день прививках;

е) - информировать пациентов или родителей (опекунов) о сделанной прививке, возможных реакциях на прививку, необходимости обращения за медицинской помощью при сильных и необычных реакциях, предупредить о необходимости пребывания около прививочного кабинета в течение 30 мин и наблюдать в это время за привитым.

б) Оказание первичной медицинской помощи в случае развития немедленных реакций на прививку и вызов врача.

7) Соблюдение режима хранения МИБП, ведение учета движения каждого МИБП, используемого в прививочном кабинете (поступление, расход, остаток, списание), и числа выполненных ею прививок (ежедневный, ежемесячный, ежегодный отчеты).

8) Проведение мероприятий по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима (влажная уборка два раза в день, режим УФ-обеззараживания и проветривания, генеральная уборка 1 раз в неделю).

9) Оформление необходимых медицинских документов, обеспечивающих полноту, достоверность и своевременность учета контингентов, подлежащих вакцинации, и выполненных прививок.

10) Прохождение последипломного обучения (усовершенствования) на базе лечебно-профилактических организаций, органов и учреждений Роспотребнадзора, учреждений последипломного медицинского образования

в соответствии с утвержденными программами переподготовки врачей, фельдшеров и медицинских сестер и получением соответствующего документа (справки, свидетельства, сертификата).

5) Медицинская документация прививочного кабинета:

1. Журнал регистрации осмотров и выполненных прививок (ф. 064/у).
2. Бланки сертификата о профилактических прививках (ф. 156/у-93).
3. Амбулаторные карты пациентов (ф. 112/у, ф. 025/у).
4. Экстренное извещение о побочном действии вакцин (ф. 058/у).
5. Инструкции по применению всех используемых МИБП на русском языке (в отдельной папке).
6. Карта учета профилактических прививок (ф. 063/у).
7. Журнал регистрации сделанных прививок (по каждому виду вакцины).
8. Журнал учета и расходования медицинских иммунобиологических препаратов.
9. Журнал регистрации температурного режима холодильника.
10. Журнал регистрации работы бактерицидной лампы.
11. Журнал регистрации генеральных уборок.
12. План экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в чрезвычайных ситуациях.

б) Соблюдение правил «холодовой цепи».

1. Санитарно-эпидемиологические правила устанавливают общие требования к условиям транспортирования и хранения всех групп иммунобиологические лекарственные препараты, порядок транспортирования и хранения ИЛП от момента их изготовления до использования в медицинских организациях, а также требования к оборудованию, обеспечивающему сохранность исходного качества и безопасность ИЛП, и порядок использования этого оборудования.

2. Для сохранения высокого качества и безопасности ИЛП (иммунобиологические лекарственные препараты) проводится комплекс

организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических), технических, контрольных и надзорных, учебно-методических и иных мероприятий по обеспечению оптимальных условий транспортирования и хранения ИЛП на всех этапах (уровнях) их движения от производителя до потребителя ("холодовая цепь") (Приложение N 1 к Правилам).

3. Первый уровень - доставка ИЛП (иммунобиологические лекарственные препараты) от организации-изготовителя до организаций оптовой торговли лекарственными средствами, включая этап таможенного оформления.

4. Второй уровень - хранение ИЛП (иммунобиологические лекарственные препараты) организациями оптовой торговли лекарственными средствами и доставка ИЛП до других организаций оптовой торговли лекарственными средствами, городских и районных (сельских) аптечных организаций, медицинских организаций, индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на фармацевтическую или медицинскую деятельность.

5. Третий уровень - хранение ИЛП (иммунобиологические лекарственные препараты) городскими и районными (сельскими) аптечными организациями, медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую или медицинскую деятельность, и доставка ИЛП до медицинских организаций или их обособленных подразделений (например, участковых больниц, амбулаторий, поликлиник, родильных домов) или иных организаций (например, медицинских кабинетов образовательных и других организаций), использующих ИЛП, а также розничная реализация ИЛП.

6. Четвертый уровень - хранение ИЛП (иммунобиологические лекарственные препараты) в медицинских организациях или их обособленных подразделениях (например, участковых больницах, амбулаториях, поликлиниках, родильных домах), иных организациях (медицинских кабинетах образовательных и других организаций), где используются ИЛП.

7. При транспортировании и хранении ИЛП на всех уровнях "холодовой цепи", а также при применении ИЛП руководитель организации (индивидуальный предприниматель) организует и обеспечивает выполнение установленных настоящими правилами требований к условиям транспортирования и хранения ИЛП, гарантирующих сохранность качества ИЛП.

8. В организациях, осуществляющих хранение и транспортирование ИЛП на всех уровнях "холодовой цепи", должны работать специалисты, прошедшие инструктаж по вопросам обеспечения сохранности качества препарата и защиты его от воздействия вредных факторов окружающей среды. Инструктаж специалистов проводится ежегодно с отметкой в специальном журнале.

Медицинская документация прививочного кабинета:

1. Журнал регистрации осмотров и выполненных прививок (ф. 064/у).
2. Бланки сертификата о профилактических прививках (ф. 156/у-93).
3. Амбулаторные карты пациентов (ф. 112/у, ф. 025/у).
4. Экстренное извещение о побочном действии вакцин (ф. 058/у).
5. Инструкции по применению всех используемых МИБП на русском языке (в отдельной папке).
6. Карта учета профилактических прививок (ф. 063/у).
7. Журнал регистрации сделанных прививок (по каждому виду вакцины).
8. Журнал учета и расходования медицинских иммунобиологических препаратов.
9. Журнал регистрации температурного режима холодильника.
10. Журнал регистрации работы бактерицидной лампы.
11. Журнал регистрации генеральных уборок.
12. План экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в чрезвычайных ситуациях.

7) Поствакцинальные осложнения.

1. Анафилактический шок. Шок обычно развивается или сразу, или через несколько минут, или в течение 30 минут после введения любой вакцины и проявляется резким снижением давления, потерей сознания, бронхоспазмом, удушьем, тошнотой, покраснением кожи и др.

2. Тяжелые генерализованные аллергические реакции (рецидивирующий ангионевротический отек – отек Квинке (чаще отек появляется в области лица и шеи, на руках), синдром Стивена-Джонсона, синдром Лайела, синдром сывороточной болезни и т.п.). Тяжелые аллергические реакции могут появиться при введении неживых вакцин в первые 1-3 дня после прививки, при введении живых вакцин – с 4 по 14 дни (в периоде разгара вакцинации).

3. Энцефалит. Поствакцинальный энцефалит — воспалительные изменения церебральных тканей, возникающие в связи с проведенной вакцинацией живыми вакцинами (противооспенной, противокоревой, противокраснушной). В организме поражаются все органы, в том числе и мозг.

4. Вакцино-ассоциированный полиомиелит.

5. Поражения центральной нервной системы с генерализованными или фокальными остаточными проявлениями, приведшими к инвалидности: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит, а также с клиническими проявлениями судорожного синдрома.

6. Генерализованная инфекция, остеоит, остит, остеомиелит, вызванные вакциной БЦЖ

7. Артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи.

8) Анафилактический шок – острая системная аллергическая реакция I типа сенсibilизированного организма на повторное введение аллергена, клинически проявляющаяся нарушением гемодинамики с развитием недостаточности кровообращения и тканевой гипоксии во всех жизненно важных органах и угрожающая жизни пациента.

Медицинская помощь оказывается немедленно на месте возникновения анафилактического шока.

Доврачебные мероприятия:

1. немедленно прекратить введение лекарственного препарата и вызвать врача через посредника, оставаться с пациентом рядом;
2. наложить жгут выше места инъекции на 25 минут (если возможно), каждые 10 минут ослаблять жгут на 1-2 минуты, к месту инъекции приложить лед или грелку с холодной водой на 15 минут;
3. уложить больного в горизонтальное положение (с опущенным головным концом), повернуть голову в сторону и выдвинуть нижнюю челюсть (во избежание аспирации рвотных масс), удалить съемные зубные протезы;
4. обеспечить поступление свежего воздуха и подачу кислорода;
5. при остановке дыхания и кровообращения проводить сердечно-лёгочную реанимацию в соотношении 30 компрессий на грудную клетку и 2 искусственных вдоха «изо рта – в рот» или «изо рта – в нос»;
6. ввести 0,1% раствор адреналина 0,3-0,5 мл внутримышечно;
7. обколоть место введения лекарственного препарата в 5-6 точках 0,1% раствором адреналина 0,5 мл с 5 мл 0,9% раствора натрия хлорида;
8. обеспечить внутривенный доступ и начать вводить внутривенно капельно 0,9% раствор натрия хлорида;
9. ввести преднизолон 60-150 мг в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно (или дексаметазон 8-32 мг);

9) При решении вопроса о прививках в каждом конкретном случае целесообразно исходить из понятия "индивидуального подхода" к вакцинации. Это понятие включает в себя несколько компонентов:

- клиническую оценку состояния здоровья ребенка на момент принятия решения о прививке, включая определение стадии основного заболевания, наличие сопутствующей патологии, длительности ремиссии и т.д.;
- лабораторное подтверждение заболевания;

-отбор вакцин (календарных и внекалендарных), использование которых возможно и необходимо в данный момент ребенку с отягощенным анамнезом;

-разработка тактики лечения детей с различной патологией до и после вакцинации;

-индивидуальный график вакцинации, включающий одновременное введение нескольких вакцин.

Вопросы для закрепления:

1. Перечень работ, требующих обязательного проведения профилактических прививок.

2. Обязанности медицинской сестры прививочного кабинета.

3. Соблюдение правил «холодовой цепи».

4. Анафилактический шок (определение).

5. Составление индивидуальных планов иммунопрофилактики.

Тема занятия №7: Социальное партнёрство в профилактической деятельности.

Контроль базового уровня знаний (фронтальный опрос):

16. Подготовка пациента разного возраста к прививкам.
17. Требования к проведению профилактических прививок.
18. Перечень работ, требующих обязательного проведения профилактических прививок.
19. Обязанности медицинской сестры прививочного кабинета.
20. Медицинская документация прививочного кабинет.
21. Соблюдение правил «холодовой цепи».
22. Поствакцинальные осложнения.
23. Анафилактический шок.
24. Составление индивидуальных планов иммунопрофилактики.

План:

1. Социальное партнёрство (определение, уровни, формы).
2. Социальное партнёрство в медицине.
3. Принципы социального партнерства.
4. Партнерские отношения для колледжа (дополнительные возможности, формы взаимодействия).

1. Социальное партнерство представляет собой систему взаимоотношений между работниками (представителями работников), работодателями (представителями работодателей), органами государственной власти, органами местного самоуправления, направленную на обеспечение согласования интересов работников и работодателей по вопросам регулирования трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений.

Органы государственной власти и органы местного самоуправления являются сторонами социального партнерства в тех случаях, когда они выступают в качестве работодателей или их представителей, уполномоченных на представительство законодательством или работодателями, а также в других случаях, предусмотренных трудовым законодательством.

Посредством закрепления в законодательстве права работников на защиту своих экономических и социальных интересов через заключение коллективных договоров и социально-партнерских соглашений государство усиливает гарантии социальной защищенности работников как участников трудовых отношений.

Сторонами социального партнерства являются работники и работодатели в лице уполномоченных в установленном порядке представителей.

Система (уровни) социального партнерства

Система социального партнерства включает в себя следующие уровни:

1. федеральный уровень, устанавливающий основы регулирования отношений в сфере труда в Российской Федерации;
2. межрегиональный уровень, на котором устанавливаются основы регулирования отношений в сфере труда в двух и более субъектах Российской Федерации;
3. региональный уровень, устанавливающий основы регулирования отношений в сфере труда в субъекте Российской Федерации;
4. отраслевой уровень, устанавливающий основы регулирования отношений в сфере труда в отрасли (отраслях);
5. территориальный уровень, устанавливающий основы регулирования отношений в сфере труда в муниципальном образовании;
6. локальный уровень, устанавливающий обязательства работников и работодателя в сфере труда.

Формы социального партнерства

Социальное партнерство осуществляется в следующих формах:

1. коллективных переговоров по подготовке проектов коллективных договоров, соглашений и их заключению;
2. взаимных консультаций (переговоров) по вопросам регулирования трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений, обеспечения гарантий трудовых прав работников и совершенствования трудового законодательства;
3. участия работников, их представителей в управлении организацией;
4. участия представителей работников и работодателей в разрешении трудовых споров.

2. Социальное партнерство в медицине – это отношения между образовательными учреждениями и учреждениями здравоохранения, основанные на взаимной заинтересованности и конечном результате.

При этом социальное партнерство позволяет учреждениям здравоохранения стать активными и полноправными участниками образовательного процесса, оказывая влияние на «святая святых» образования – его содержание, а образовательным учреждениям – оказывать влияние на качество медицинской помощи населению.

Основой взаимодействия между партнерами является сотрудничество, цель которого – удовлетворение текущих и перспективных потребностей регионального здравоохранения.

Механизм создания социального партнерства – это движение навстречу друг другу, в котором научную и организационную основу системы составляют согласование целей, координация педагогических действий руководителей и организаторов практического обучения, связь теории с практикой. При этом одновременно удовлетворяются потребности:

- конкретного учреждения здравоохранения;
- студента как личности – в его интеллектуальном развитии и профессиональном самоопределении;
- колледжа, который получает хорошо адаптированную к потребностям практической подготовки студентов базу.

На сегодняшний день учреждения здравоохранения с успехом осваивают инновационные формы организации труда, основанные на внедрении современных инновационных сестринских технологий, стандартизации сестринской деятельности, организации сестринского ухода по технологиям «Сестринский процесс» и «Школы здоровья». Все это и послужило основанием поиска новых форм социального партнерства между медицинским образовательным учреждением и ЛПУ.

Привлечение к сотрудничеству в части укрепления здоровья и усиления профилактики заболеваний:

1. Государственные и негосударственные организации различных видов экономической деятельности (например, предприятий и организаций, работникам которых проводятся различные виды профилактических и диспансерных, оздоровительных мероприятий, либо учебных заведений, с учащимися которых проводятся образовательные занятия по ведению здорового образа жизни и т.д.);

2. Общественных организаций (например, профсоюзных организаций, организаций по борьбе с употреблением наркотических и психотропных веществ, обществ анонимных алкоголиков и т.д.);

3. Физических лиц (например, педагогов, родителей, членов семей и т.д.) Обучение участию в программах социального партнерства в части укрепления здоровья и усиления профилактики заболеваний.

3. Принципы социального партнерства следующими:

1. гуманизм, направленность партнерства на улучшение качества жизни, медицинской помощи пациента;

2. активность участников партнерства в социальном партнерстве;

3. систематичность, регулярность, непрерывность, преемственность общественного сопровождения (от местного до федерального);

4. учет взаимных возможностей участников партнерства;

5. принцип обратной связи: распространение практики и результатов взаимодействия сверху донизу - с федерального на региональный, с регионального на местный;

6. принцип взаимосвязи работы советов между собой в регионе (региональный совет- советы пациентов при ЛПУ), (федеральный совет - региональный совет);

7. принцип стабильности и долгосрочности социального функционирования партнеров, особенно некоммерческих организаций;

8. принцип полномочности и преемственности представительства некоммерческих организаций во всех уровнях, совмещения представительских функций с социальной активностью в работе с целевой группой;

9. принцип гласности, публичности, информационной поддержки и сопровождения социального партнерства;

10. принцип демонстрации сопричастности и сотрудничества социальных партнеров в решении важнейших задач развития профилактики и лечения заболеваний;

11. принцип сочетания дискретности и обобщенности в диалоговых формах социального партнерства, сочетания форматов круглых столов на местном, региональном с крупноформатными региональными или федеральными форумными мероприятиями (форумами, конференциями и т.п.).

4. Партнерские отношения открывают для колледжа дополнительные возможности:

- постоянный доступ к информации о рынке труда, что позволяет уточнить структуру специальностей и профессий, объем подготовки кадров;
- учет требований работодателей по содержанию подготовки специалистов путем совместной разработки учебных программ и планов;
- организация практики студентов на оборудовании, задействованном в реальном секторе сферы услуг;

- систематическая стажировка преподавателей колледжа на предприятиях для ознакомления с новейшим оборудованием;

- оценка качества подготовки специалистов независимыми экспертами;
- целевая подготовка специалистов для конкретного предприятия и др.

В колледже разработан пакет нормативно-правовых документов, регулирующих деятельность социальных партнеров в учебно-проектной деятельности: Договор о сотрудничестве; Договор об оказании услуг; Заявка на размещение заказа; Акт сдачи-приемки выполненных работ; Акт о внедрении в производство. Колледж использует в своей деятельности два типа договоров: краткосрочные (в течение учебного года) и пролонгированного действия.

Взаимодействие с работодателями реализуется в следующих формах:

- подготовка специалистов по заявкам предпринимателей, предоставление студентам дополнительных знаний по специализации, связанной с деятельностью фирм;

- приглашение потенциальных работодателей на различные мероприятия, проходящие в колледже, в частности, на дни открытых дверей;

- направление студентов на производственную практику в места их возможного трудоустройства;

- оказание образовательных услуг, другой помощи предприятиям и учреждениям.

Вопросы для закрепления:

1. Социальное партнёрство.
2. Сотрудничество в укреплении здоровья и усиление профилактики заболеваний.
3. Роль социального партнёрства в профилактических медицинских осмотрах.
4. Роль социального партнёрства в организации первичной медицинской помощи.

Использ. источники:

1. Сестринское дело в системе первично медико-санитарной помощи. Э.Д.Рубан 2017.
2. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. Т.П. Обуховец. 2015.
3. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
4. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // www.rg.ru
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 № 24726).
6. Приказ Минздрава № 1011 м от 06.12.2012 «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» // www.gnicpm.ru
7. Министерство здравоохранения и социального развития РФ: <http://www.minzdravsoc.ru/>
8. Интернет-портал о здоровом образе жизни «Здоровая Россия» <http://www.takzdorovo.ru/>
9. Информационно-образовательный проект «Кодекс здоровья и долголетия» <http://www.kzid.ru/>

Тема занятия №8: Участие медицинской сестры в экспертизе трудоспособности.

Контроль базового уровня знаний (фронтальный опрос):

5. Социальное партнёрство (определение, уровни, формы).
6. Социальное партнёрство в медицине.
7. Принципы социального партнерства.
8. Партнерские отношения для колледжа (дополнительные возможности, формы взаимодействия).

План:

1. Медицинская экспертиза (определение, виды, основания, цели).
2. Трудоспособность (определение). Нетрудоспособность (определение). Временная нетрудоспособность (определение, виды).
3. Организация и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности (функции)
4. Клинико-экспертная комиссия (определение, справка, причины обращения).
5. Клинико-экспертная комиссия осуществляет (задачи).
6. На кого возлагается проведение экспертизы нетрудоспособности (уровни экспертизы).
7. Листок нетрудоспособности (определение, функции способы и контингент).
8. Медико-социальная экспертиза (определение, функции).

1) Медицинская экспертиза - исследование состояния здоровья гражданина в целях определения его способности к трудовой деятельности.

Виды медицинской экспертизы.

1. Экспертиза временной нетрудоспособности
2. Медико-социальная экспертиза

3. Военно-врачебная экспертиза
4. Судебно-медицинская психиатрическая
5. Экспертиза профпригодности
6. Экспертиза качества мед. помощи

Основания для экспертизы:

1. заболевания, травмы, отравления, иные состояния, связанные с временной потерей трудоспособности;
2. долечивание в санаторно-курортных организациях;
3. необходимость ухода за больным членом семьи;
4. карантин;
5. протезирование, в стационарных условиях;
6. беременность и роды;
7. усыновление ребенка.

Цели:

1. определить способность работника к трудовой деятельности;
2. определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу;
3. принятие решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу.

2) Трудоспособность- состояние организма человека, позволяющее выполнять работу определённого объема и качества.

Нетрудоспособность – состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессиональных обязанностей невозможно полностью или частичное течение ограниченного времени или постоянно. Нетрудоспособность может быть временной и стойкой.

Если изменения в состоянии здоровья носят временный, обратимый характер и в ближайшее время ожидается выздоровление и восстановление трудоспособности, то такой вид нетрудоспособности считается временным.

Временная нетрудоспособность-состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, при котором нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в течение определенного времени т.е. носят обратимый характер.

Временная нетрудоспособность может быть:

1. **полная** – невозможность выполнения любого труда на определенный срок, сопровождаемая необходимостью создания специального режима и поведения человека.

2. **частичная** –наступает у человека в отношении своей обычной профессиональной деятельности при сохранении способности выполнять другую работу с облегченным режимом или уменьшенным объемом.

Установление факта временной нетрудоспособности имеет важное юридическое и экономическое значение, так как гарантирует гражданину освобождение от работы и получение пособия за счет средств государственного социального страхования.

3) Экспертиза временной нетрудоспособности – это вид медицинской деятельности, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществления профессиональной деятельности, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Основной задачей экспертизы трудоспособности является определение возможности данного человека выполнять свои профессиональные обязанности, с обязательным учетом медицинского и социального критериев. Кроме того, в задачи врачебной экспертизы трудоспособности входят:

1. определяет признаки временной утраты трудоспособности на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов;

2. рекомендует лечебно-оздоровительные мероприятия, вид лечебно-охранительного режима, назначает дополнительные обследования, консультации;

3. определяет сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, наличие осложнений и рекомендуемых сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах;

4. выдает листок нетрудоспособности в соответствии с порядком, изложенным в разделах 21.3.1–21.3.4;

5. своевременно направляет пациента для консультации и продления листка нетрудоспособности на врачебную комиссию (ВК);

6. выявляет признаки стойкой утраты трудоспособности и своевременно направляет пациента на ВК и медико-социальную экспертизу;

7. анализирует причины заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) и первичного выхода на инвалидность, принимает участие в разработке и реализации мероприятий по их снижению.

Своевременное освобождение заболевших от работы является одним из действенных профилактических мероприятий по предупреждению осложнений заболеваний, их хронизации.

4) В государственных поликлиниках и в органах охраны здоровья Российской Федерации создаётся клиничко-экспертная комиссия. В составе этой комиссии — 15 врачей и различные представители медицинских институтов.

Глава комиссии — чаще всего главный врач или заведующий какого-нибудь отделения. Заседания комиссия могут проводиться или каждую неделю или по возникновению необходимости. Всё зависит от того, на какой базе основана комиссия.

Справка КЭК — это документально подтверждённое заключение комиссии КЭК. Самая важная медицинская справка. С юридической точки зрения имеет самый наибольший вес в соотношении с другими справками. Оспорить КЭК можно только в комиссии на уровень выше или в суде и органах прокуратуры. Но необходимо иметь конкретные основания. Одного несогласия будет недостаточно.

К тому же это заключение — окончательное решение во всех медицинских спорах. Бывает, что пациенты не согласны с диагнозом и решительно настроены его оспаривать. КЭК как раз-таки и принимает окончательное решение об объективности поставленного диагноза и об эффективности прописанного лечения.

Для чего могут быть использованы справки КЭК?

Она даёт возможность продолжить лечение на протяжении одного года. Пациенту при этом не присваивается инвалидность и его не могут уволить с работы/отчислить с учёбы. Исключительно только справка КЭК даёт возможность продлить временную нетрудоспособность без присвоения группы инвалидности на максимальный срок — 12 месяцев.

В каком случае выдаётся справка КЭК?

Комиссия собирается тогда, когда врач не имеет права принять решение сам:

1. Больному нужен больничный более чем на месяц.
2. Нужно предоставить жилплощадь недееспособным лицам (инвалидам)
3. Необходимо подтвердить право на соц. выплаты инвалидам
4. КЭК для академического отпуска даётся студентам учебных заведений в трёх случаях: 1) по состоянию здоровья (тяжёлые травмы, беременность, потеря дееспособности и др.); 2) по уход уза ребенком, за тяжелобольными родственниками. По причине тяжёлого материального состояния семьи и др.;
- 3) по остальным причинам, которые требуют окончания или приостановки обучения. Например, стихийные бедствия
5. Необходимость одобрить решение о прерывании беременности
6. Нужно разрешение для тяжелобольного ребёнка для перехода на домашнее обучение (КЭК для надомного обучения)
7. КЭК для освобождения от физкультуры (учащемуся необходимо освобождение от физ. нагрузок)

5) Задачи клинико-экспертной комиссии:

1. выдачу листков нетрудоспособности сроком более чем на 30 дней;
2. экспертизу временной нетрудоспособности с целью определения необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу;
3. принятие решения о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертизу, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности;
4. выдачу заключения пациентам о праве получения ими лечения в медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета;
5. выдачу медицинского заключения о характере и степени тяжести повреждения здоровья лиц вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
6. принятие решений о выписке лекарственных средств пациентам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, и осуществляет проверку обоснованности выписки лекарственных средств этой категории граждан;
7. медицинский отбор совместно с лечащим врачом и направление на СКЛ пациентов, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, а также в сложных и конфликтных ситуациях;
8. направление больных из числа работающих застрахованных граждан на долечивание в специализированные санатории (отделения) непосредственно после стационарного лечения;
9. выдачу заключений о нуждаемости ребенка в обучении на дому по медицинским показаниям, а также о возможности предоставления студентам академического отпуска.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности отражает заболеваемость работающего населения, поэтому кроме медико-социального она имеет и большое экономическое значение.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится в связи с болезнью, увечьем, абортom, беременностью, родами, усыновлением из роддома, уходу за больным членом семьи, протезированием, санаторно-курортным лечением, карантинom, периодом медицинской реабилитации и в иных случаях, установленных законодательством.

б) Право на проведение экспертизы временной нетрудоспособности и выдачу документов, подтверждающих временную утрату трудоспособности, имеют лечащие врачи лечебно-профилактических учреждений государственной, муниципальной и иной формы собственности на основании полученной учреждением лицензии на проведение экспертизы временной нетрудоспособности. Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой вне учреждения, должны иметь лицензию на основной вид медицинской деятельности и проведение экспертизы временной нетрудоспособности, а также удостоверение (свидетельство) об окончании курса повышения квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности.

В отдельных случаях (в труднодоступных отдаленных районах, в районах Крайнего Севера и др.) по решению органа управления здравоохранением проведение экспертизы временной нетрудоспособности может быть разрешено среднему медицинскому работнику.

Контроль за соблюдением инструкции об экспертизе временной нетрудоспособности в государственных, муниципальных и частных лечебно-профилактических учреждениях, а также частнопрактикующих врачей осуществляется органами управления здравоохранением соответствующего уровня, профессиональной медицинской ассоциацией. В осуществлении контроля могут участвовать комиссии по аккредитации и лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности и подразделения территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Уровни проведения экспертизы временной нетрудоспособности:

1. первый – лечащий врач;
2. второй – врачебная комиссия (ВК) ЛПУ;

3. третий – врачебная комиссия (ВК) органа управления здравоохранением;

4. четвертый – врачебная комиссия органа управления здравоохранением субъекта РФ;

5. пятый – главный внештатный специалист по экспертизе Минздравсоцразвития РФ.

7) Листок нетрудоспособности

Это документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность граждан, и подтверждающим их временное освобождение от работы.

Функции листка нетрудоспособности:

1. Медицинская – в нем указывается вид нетрудоспособности;
2. Юридическая – листок служит юридическим документом, удостоверяющим освобождение от работы на период нетрудоспособности;
3. Финансовая и страховая – дает право на получение материального пособия из Фонда социального страхования РФ;
4. Статистическая – на основании листков нетрудоспособности составляется отчет о временной нетрудоспособности и проводится ее анализ.

Существует два способа выдачи листков нетрудоспособности:

1. **централизованный** – используется в крупных поликлиниках, при этом, листки нетрудоспособности оформляются в регистратуре или специализированных кабинетах;

2. **децентрализованный** – листок нетрудоспособности оформляется и выдается самим лечащим врачом, в заполнении паспортной части ему помогает медицинская сестра.

Листок нетрудоспособности могут выдавать врачи, фельдшеры, и зубные врачи медицинских организаций застрахованным лицам, гражданам РФ, а также постоянно или временно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства при предъявлении документа, удостоверяющего личность:

1. работающим по трудовым договорам, членам производственных кооперативов крестьянских фермерских хозяйств, индивидуальным предпринимателям;
2. физическим лицам, занимающимся частной практикой;
3. государственным, гражданским и муниципальным служащим, адвокатам;
4. священнослужителям;
5. добровольно вступившим в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности, при условии уплаты ими страховых взносов в Фонд ОМС РФ;
6. лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудовой деятельности.

Если пациент, на момент наступления временной нетрудоспособности занят у нескольких

работодателей, выдается несколько листков нетрудоспособности по каждому месту работы.

8) Медико-социальная экспертиза — определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев в порядке, определяемом Правительством РФ.

МСЭ осуществляется Государственной службой МСЭ, входящей в систему (структуру) органов социальной защиты населения РФ. Решение органа государственной службы МСЭ является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, местного

самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Согласно закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995) и «Примерному положению об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы» (1996 г.), на службу МСЭ возлагаются следующие *функции*:

— установление факта наличия инвалидности, определение группы, причины (обстоятельств и условий возникновения), сроков и времени наступления инвалидности;

— определение потребности инвалидов в мерах социальной защиты, в том числе в мерах медицинской, профессиональной и социальной реабилитации и разработку им индивидуальных программ реабилитации (ИПР), контроль за их реализацией;

— содействие в реализации мероприятий социальной защиты инвалидов, включая их реабилитацию, и оценка эффективности этих мероприятий;

— определение степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) работников, получивших увечье, профессиональное заболевание либо иное повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей, необходимости осуществления дополнительных мер их социальной защиты и реабилитации;

— определение потребности инвалидов в специальных транспортных средствах;

— определение причинной связи смерти пострадавшего лица с производственной травмой, профессиональным заболеванием, пребыванием на фронте и с другими обстоятельствами, при которых законодательством РФ предусматривается предоставление льгот семье умершего;

— формирование данных государственной системы учета инвалидов, изучение состояния, динамики инвалидности и факторов, к ней приводящих;

— участие в разработке комплексных программ в области профилактики инвалидности, медико-социальной экспертизы, реабилитации и социальной защиты инвалидов.

Вопросы для закрепления:

1. Задачи экспертизы трудоспособности.
2. Временная нетрудоспособность.
3. Порядок установления и определения нетрудоспособности.
4. Организация первичной медицинской помощи.

Использованные источники:

1. Сестринское дело в системе первично медико-санитарной помощи. Э.Д.Рубан 2017.
2. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. Т.П. Обуховец. 2015.
3. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
4. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // www.rg.ru
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 № 24726).
6. Приказ Минздрава № 1011 м от 06.12.2012 «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» // www.gnicpm.ru
7. Министерство здравоохранения и социального развития РФ: <http://www.minzdravsoc.ru/>
8. Интернет-портал о здоровом образе жизни «Здоровая Россия» <http://www.takzdorovo.ru/>
9. Информационно-образовательный проект «Кодекс здоровья и долголетия» <http://www.kzid.ru/>