

Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению

В сельской местности проживает около трети населения Украины, основная часть которого занята в аграрной сфере производства. Необходимо указать, что сельские жители, которые составляют по Украине 33 % всего населения, обращаются к врачам значительно меньше, чем в городах, в то время, как закономерности общей заболеваемости городского и сельского населения идентичные. На сегодня около тысячи врачебных должностей остались вакантными, 108 учреждений ПМСД - без врачей, а 300 фельдшерско-акушерских пунктов - без среднего медицинского персонала.

Социальная защищенность всех работающих в аграрном секторе постоянно находится в центре внимания. Вышел указ президента от 3 января 2002 года №8/2002 "О комплексных мероприятиях по улучшению медицинского обслуживания сельского населения на 2002-2005 гг."

По результатам работы в 2006 году оценили 22 показателя здоровья сельского населения. По итогам комплексной рейтинговой оценки первые 5 мест заняли Черновицкая область, АР Крым, Ивано-Франковская, Полтавская и Винницкая области. Последние 5 мест по итогам этой работы достались Закарпатской, Одесской, Луганской, Харьковской и Херсонской областям.

Медпомощь сельскому населению предоставляется на общих основаниях, но, тем не менее, осуществление лечебных и профилактических мероприятий в оптимальном объеме и на достаточном уровне усложняется рядом обстоятельств, которые нужно учитывать при ее организации. Таким образом, можно выделить следующие **особенности оказания медицинской помощи сельскому населению**:

- ✓ социально-экономические условия (социально-бытовые условия жизни на селе - значительная часть неблагоустроенного жилья, недостаточный уровень коммунального и культурного обслуживания, сезонность работ, специфические условия трудового процесса, регионально-национальные особенности и обычаи, диспропорция в распределении средств на здравоохранение между городом и селом, а также между сельскими административными территориями);
- ✓ медико-географические и медико-демографические условия (характер расселения жителей: радиус обслуживания, маленькая плотность, нерегулярность связи с ЛПУ, слабые возможности технического обеспечения, средствами связи; разнообразие демографического состава маленьких поселений, частые отклонения от "нормальной" половозрастной структуры: в некоторых населенных пунктах преобладают женщины, в других - мужчины, в одних - большие многодетные семьи, во вторых - высокий уровень постарения);
- ✓ состояние заболеваемости и инвалидности;
- ✓ природные условия (воздействие погодных условий при полевых работах);
- ✓ развитие инфраструктуры (развитие и состояние дорог и т.д.).

В юго-восточных областях плотность населения не превышает 30 человек на 1 кв. км, а в западных и юго-западных в 2-2,5 раза выше и составляет до 70 человек на 1 кв. км.

Расселение в разных регионах отличаются компактностью (средним числом жителей в населенном пункте), которое колеблется в довольно значительных границах. Около 10 % населенных пунктов имеют до 50 жителей.

Расстояние между селами и, в особенности до пунктового села, в котором находится медицинское учреждение, имеет значительные отличия, которые приходится учитывать при создании сети лечебно-профилактических учреждений первичного уровня.

Все это следует учитывать в процессе реформирования системы здравоохранения, как на современном этапе, так и в дальнейшем.

Сложность решения этих вопросов обусловлена **общими для городского и сельского населения проблемами:**

- ограниченным финансированием;
- недостаточностью современного диагностического и лечебного оснащения;
- ограниченностью подготовки врачей и средних медицинских работников к работе на основах семейной медицины.

Отрицательно влияют социальные условия жизни в сельской местности, недостаточность транспортных средств, низкий уровень оплаты работы медицинских работников и многочисленные сложности в их работе.

Сеть лечебно-профилактических учреждений складывалась на протяжении продолжительного времени. При ее формировании, прежде всего, учитывали специфику системы расселения сельского населения с ее географическими, экономическими и социальными особенностями. Об этом следует помнить в процессе современной реорганизации.

Участковый принцип предоставления первичной медпомощи фактически был основан в Украине земской медициной в 60-х годах XIX ст.

Сеть сельских участков довольно интенсивно развивалась до Великой Отечественной войны. Значительное внимание этому предоставлялась и в послевоенное время.

Постепенно по мере развития сети и возрастания обеспеченности медицинским персоналом приобрел силу **принцип этапности.**

Организация медицинского обеспечения на таких принципах обусловлена не только особенностями расселения сельских жителей, но и насущной необходимостью предоставления, кроме первичной, еще и вторичной и третичной лечебно-профилактической помощи.

Выделяют следующие **этапы оказания медицинской помощи сельскому населению:**

- 1 этап** - сельский врачебный участок обеспечивает первичную медико-санитарную помощь.
- 2 этап** - районные медицинские учреждения предоставляют в основном вторичную (специализированную) помощь (первичная помощь на этом этапе предоставляется лишь жителям районного центра и близлежащих к нему сел - приписного участка).
- 3 этап** - областные больницы и диспансеры обеспечивают узкоспециализированную помощь.
- 4 этап** - представлен межобластными и государственными специализированными центрами.

Кроме того, в предоставлении медпомощи сельскому населению значительное участие принимают и **городские ЛПУ.**

Итак, на каждом следующем этапе население получает более высокую по степени сложности медпомощь.

Привлечение к медицинскому обеспечению сельского населения городских и областных ЛПУ позволяет уменьшить расхождения в уровнях обеспеченности городских и сельских жителей (в особенности это касается стационарной помощи). Фактически уровни госпитализации сельского и городского населения значительные и почти одинаковые (до 20%).

Даже при условии сокращения коечного фонда есть возможность удовлетворить потребность сельского населения в стационарной помощи. Проблемы ее развития касаются преимущественно рационального размещения специализированных коек на разных этапах лечебно-профилактической помощи и улучшения качества.

Значительно сложнее обеспечить сельское население амбулаторно-поликлинической помощью, учитывая то, что заметную роль в ней играли и продолжают играть средние медицинские работники. По данным 1997 г. только 40% всех обращений, было к врачам. Показателю присущи существенные колебания в разных областях Украины. В среднем по Украине на 1 посещение врача приходится 1,6 посещений к средним медицинским работникам. В некоторых областях это соотношение составляет 1:2 и даже 1:5.

Из общего числа посещаемости сельскими жителями медицинских учреждений 1 и 2 этапов (7,4 на одного жителя) на первый приходится лишь 2/3, что недостаточно. Это свидетельствует о насущной необходимости укрепления ПМСД, необходимости активного внедрения принципов семейной медицины.

Доврачебную медпомощь сельским жителям обеспечивают **фельдшерско-акушерские пункты**, количество которых в 2006 г. составляло 16197. Следует отметить их недостаточную укомплектованность средним медицинским персоналом, а также недостаточное количество самих пунктов по отношению к количеству населения.

Медицинский персонал фельдшерско-акушерских пунктов предоставляет населению лечебно-профилактическую помощь, осуществляет комплекс профилактических, оздоровительных, противоэпидемических мероприятий, осуществляет текущий санитарный надзор, раннее выявление инфекционных заболеваний.

Исходя из нормативных документов, **фельдшерско-акушерские пункты организуются в населенных пунктах при соблюдении условий:**

- на расстоянии 6 км и больше от пунктового села с численностью населения менее 300 человек;
- на расстоянии не менее 2 км от пунктового села с численностью населения 700 и более жителей.

Тем не менее, эти нормативы не должны сдерживать развитие сети фельдшерско-акушерских пунктов, исходя из условий существующего или возможного в дальнейшем уменьшения численности населения. Фактически в современных условиях фельдшерско-акушерские пункты могут создаваться и в населенных пунктах, где живет менее 200 жителей. Например, в Житомирской области 12,7% фельдшерско-акушерские пункты функционируют именно в таких селах, при этом около 51% их отдалено на 7 км и больше от врачебной амбулатории.

Важная роль в деятельности фельдшерско-акушерских пунктов отводится профилактике травматизма и обеспечению санитарно-эпидемического благополучия. С этой целью медицинские работники осуществляют текущий санитарный надзор за образовательно-воспитательными учреждениями, фермами и перерабатывающими производствами, источниками водоснабжения и т. п., проводят прививки соответственно действующему календарю и по эпидемиологическим показаниям.

По данным исследования, проведенного в Житомирской области, на профилактическую работу фельдшерско-акушерские пункты тратят близко 30% рабочего времени.

Значительную часть рабочего дня занимает амбулаторный прием больных и предоставление медпомощи дома.

Функции, выполняемые фельдшерско-акушерским пунктом:

- ✓ *лечебно-профилактическая помощь* (амбулаторный прием больных, выполнение назначений врача, предоставление помощи дома, участие в диспансеризации больных хроническими заболеваниями и лиц с факторами риска, отбор больных на прием врача, помощь врачу во время приема, патронаж беременных и детей 1 года жизни, медпомощь родильницам и роженицам, диспансерное наблюдение за детьми, организация экспертизы временной потери трудоспособности);
- ✓ *санитарно-противоэпидемические мероприятия* (выявление инфекционных заболеваний, проведение профилактических прививок, организация и проведение текущей дезинфекции, проведение текущего санитарного надзора за объектами хозяйственной деятельности, школами, детскими садами, за территорией населенного пункта, осуществление санитарно-просветительной работы, подготовка санитарного актива, контроль его деятельности, осуществление мероприятий по профилактике сельскохозяйственного травматизма и отравления ядохимикатами, осуществление мероприятий по дегельминтизации, наблюдение за контактными по инфекционным заболеваниям).

По данным 2004 г., 68% больных получают медпомощь на фельдшерско-акушерских пунктах и одна треть (32%) - дома, нагрузка на одну занятую должность достигает почти 2900 посещений в год.

Улучшение медицинского обеспечения сельского населения нуждается в увеличении объема врачебной помощи. Учитывая это, медицинский персонал фельдшерско-акушерских пунктов может уменьшить затраты времени на самостоятельное амбулаторное обслуживание больных и ограничиться в лечебной работе преимущественно выполнением назначений врача.

Такие изменения возможны при надлежащей укомплектованности сельских участков врачами и осуществимые ими систематических приемов больных на фельдшерско-акушерских пунктах. Улучшение лечебно-профилактической работы возможно также за счет уменьшения затрат времени на ведение медицинской документации.

Сельский врачебный участок организовывается для предоставления первичной медико-санитарной помощи жителям населенных пунктов, отдаленных от районного центра. К концу 2005 года в Украине насчитывалось почти 3600 сельских врачебных участков.

На сельском врачебном участке обслуживание вызовов осуществляют преимущественно врачи, тем не менее, в отдаленных от пунктового села населенных пунктах к этому привлекают и средний медицинский персонал.

В состав сельского врачебного участка входят (и/или):

- участковая больница;
- амбулатория семейного врача;
- фельдшерско-акушерский пункт.

Основные задачи сельского врачебного участка:

- ✓ предоставление лечебно-профилактической помощи населению (амбулаторной, на дому, на некоторых участках - стационарной);

- ✓ проведение противоэпидемических мероприятий;
- ✓ проведение мероприятий среди беременных, динамическое наблюдение за детьми и подростками, принятие родов при нормальном ходе беременности;
- ✓ осуществление текущего надзора за территорией, объектами хозяйственной деятельности, образовательными и воспитательными учреждениями;
- ✓ изучение состояния здоровья населения.

Средняя численность населения на участке – 4 - 7 тысяч населения, средний радиус обслуживания – 7,2 - 7,3 км.

Численность врачей на сельских участках на протяжении последних лет изменяется и не превышает 8,5 – 8,6 тысяч. В 1997 г. в среднем в одной сельской врачебной амбулатории работало 2 врача, а среднее количество населения на участке составляло 4,4 тысячи человек, то есть по этим обобщенным данным на 1 врача приходилось приблизительно 2200 человек. На настоящий момент отчетливо заметна тенденция к снижению количества врачей в сельских районах – на 1 врача приходится более 3100 населения.

Одна из наиболее перспективных форм оказания медицинской помощи сельскому населению – **сельские амбулатории.**

Они состоят из регистратуры, кабинетов врачей, манипуляционной и лечебно-вспомогательных подразделений.

Сельская амбулатория выполняет следующие функции:

- ✓ своевременное лечение больных в амбулатории дома;
- ✓ отбор лиц для диспансерного наблюдения;
- ✓ организация неотложной помощи;
- ✓ направление больных на консультацию и подготовка к осмотру врачами-специалистами при их выезде на участок;
- ✓ своевременная госпитализация больных;
- ✓ экспертиза временной нетрудоспособности;
- ✓ динамическое наблюдение за состоянием здоровья женщин и детей;
- ✓ составление графиков и проведение консультативных приемов больных на территории фельдшерско-акушерских пунктов;
- ✓ проведение оздоровительных и противоэпидемических мероприятий.

Всеукраинская тенденция к уменьшению показателей обеспеченности населения врачами коснулась и врачебных должностей в амбулаториях, что усугубляется полным отсутствием в большинстве сельских населенных пунктов медицинских учреждений в связи с небольшой численностью населения.

Главное учреждение, оказывающее медицинскую помощь в сельской местности - участковая больница. Село, в котором она расположена, называется пунктовым. Оно находится, как правило, в административно-экономическом центре участка.

В связи с высокой себестоимостью медицинской помощи, оказываемой сельскими участковыми больницами, в сравнении с амбулаториями семейного врача, первые планируется реорганизовать. Данный процесс реформирования не может быть проведен в сжатые сроки в связи с недостаточным количеством семейных врачей, отсутствием полноценных баз для их подготовки, отсутствием средств в бюджете на эти нужды и с низким уровнем материального обеспечения сельских районов.

Врачебные штаты участковой больницы устанавливаются из следующего расчета: 1 должность врача-терапевта на 2000 человек взрослого населения, врача-педиатра – на 800 детей, врача-стоматолога – на 4000 населения. В стационаре участковой больницы одна должность врача-ординатора устанавливается для терапевтического отделения на 25, педиатрического - на 20 коек. Если в больнице оборудован рентгеновский кабинет, то, в зависимости от мощности стационара, устанавливается 0,5 (или больше) должности врача-рентгенолога и соответственно рентген-лаборантов.

Объем и профили стационарной помощи определяют, исходя из мощности больницы, укомплектованности соответствующими специалистами. Независимо от мощности стационара в любой сельской больнице должна предоставляться помощь терапевтическим и инфекционным больным. В ней должны принимать роды, обеспечить неотложную помощь.

В сельских участковых больницах лечат преимущественно больных терапевтического профиля. Значительную часть их госпитализируют не столько по медицинским, сколько по социальным показаниям (одинокое люди преклонного возраста, которые требуют ухода и проведения поддерживаемого лечения). На протяжении продолжительного времени часть таких больных колебалась в границах 40-60 %.

Сельская участковая больница состоит из:

- административно-хозяйственного блока;
- амбулатории (2 – 6 профильных отделения);
- стационара (2-6 профильных отделения);
- лаборатории;
- физиотерапевтического кабинета;
- рентгенологического кабинета (в ряде случаев).

Сельская участковая больница выполняет следующие задачи:

- ✓ обеспечение населения участка амбулаторной и стационарной врачебной помощью;
- ✓ осуществление лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий по охране здоровья матери и ребенка;
- ✓ организация и проведение мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости и травматизма;
- ✓ внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения;
- ✓ организационно-методическое руководство и контроль деятельности учреждений здравоохранения врачебного участка.

Таким образом, в сельской местности имеет существенный удельный вес доврачебная медицинская помощь, которая также не всегда доступна, недостаточное количество врачей и ЛПУ, имеют место ресурсоемкие и малоэффективные сельские участковые больницы, которые требуют значительного финансирования, мало обеспечены врачами и аппаратурой и не способны к оказанию медицинской помощи на современном уровне. Указанные обстоятельства побуждают к поиску разных организационных форм, а именно **выездных и передвижных видов медпомощи**.

Наличие значительного количества сел с маленькой численностью населения, и неудовлетворительное состояние путей сообщения сдерживают развитие сети ЛПУ для обеспечения доступной лечебно-профилактической помощи.

Существенное сокращение коечного фонда участковых больниц не следует рассматривать как самоцель. В городах сокращения коечного фонда сопровождается расширением стационарозамещающих форм помощи, в сельской местности это сделать довольно сложно.

Сокращение коечного фонда участковых больниц необходимо компенсировать увеличением объема амбулаторно-поликлинической помощи за счет амбулаторий семейного врача.

За последние годы общее число врачебных учреждений на сельских участках не изменилось. При сокращении числа участковых больниц незначительно увеличилось число врачебных амбулаторий.

На каждом этапе деятельность всех медицинских учреждений взаимосвязана. **Руководит врачебным участком главный врач участковой больницы (амбулатории)**. Он отвечает за организацию лечебно-профилактической помощи, санитарно-эпидемиологическое состояние участка, работу медицинских учреждений и непосредственно подчинен главному врачу района.

Многоплановая и разнообразная деятельность медицинских учреждений сельского врачебного участка требует согласованности их действий. Важно определить первоочередность определенных лечебно-профилактических и санитарно-оздоровительных мероприятий, их осуществление в значительной мере зависит от разработки главным врачом обоснованных и реальных управленческих решений, изложенных в плане работы участка.

Участковые больницы маломощные, их кадровое и материально-техническое обеспечения недостаточное. Вследствие возрастания требований к качеству медпомощи население тяготеет к учреждениям, которые предоставляют специализированную и более качественную помощь. Интенсивность использования коечного фонда на всех трех этапах на протяжении продолжительного времени было недостаточно. Тем не менее, в 1999 г. положение улучшилось - средняя занятость койки в участковых больницах достигла 307 суток.

При довольно существенном сокращении коечного фонда страны почти на 45% за период с 1991 по 2005 гг. наиболее значительным оно было в участковых больницах - на 70%, в больницах дальнейших этапов это сокращение было меньшим.

Соответственно, объемы предоставления сельскому населению стационарной помощи значительно уменьшились именно на первичном уровне, то есть в участковых больницах. На II этапе, который обеспечивает специализированную (вторичную) помощь, уменьшение было менее значительным, а на III, несмотря на сокращение коечного фонда, этот показатель почти не изменился.

Вторичная специализированная лечебно-профилактическая помощь сельскому населению предоставляется в районных медицинских учреждениях.

Ведущими учреждениями II этапа являются **центральные районные больницы (ЦРБ)**, количество которых в Украине достигает 488. В них размещена четверть коечного фонда государства.

ЦРБ обеспечивает предоставление специализированной квалифицированной помощи населению района и является центром организационно-методической работы, поскольку осуществляет руководство всеми лечебно-профилактическими учреждениями на территории района, несет ответственность за организацию и качество медпомощи. Должности персонала ЦРБ устанавливаются согласно приказу МОЗ Украины № 33 от 23.02.2000 г.

ЦРБ состоит из следующих подразделений:

- административно-хозяйственный блок;
- поликлиника (7-8 профильных отделений);

- стационар (7-8 профильных отделений);
- лечебно-вспомогательные отделения;
- диагностические отделения;
- организационно-методический отдел;
- отделение скорой и неотложной помощи;
- патологоанатомическое отделение.

Возглавляет работу ЦРБ **главный врач**, который одновременно является главным врачом района. Он осуществляет общее руководство здравоохранением, отвечает за организацию медпомощи, за лечебно-диагностическую, профилактическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность больницы.

К административно-управленческому персоналу относятся заместители главного врача:

- по медицинской части (при наличии 100 и больше коек);
- по медицинскому обслуживанию населения района;
- по экспертизе временной нетрудоспособности при наличии не менее 25 врачебных должностей на амбулаторном приеме (при меньшем количестве врачей; его функции выполняет заведующий поликлиникой);
- по детству и родовой помощи в районах с населением 70 тыс. и более вместо должности врача-педиатра районного;
- по экономическим вопросам (при наличии 110 и более коек). Устанавливается также должность заведующий поликлиникой при условии, если в поликлинике есть не менее 6 врачебных должностей;
- в штате предусмотренный также заведующий хозяйством.

Заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения отвечает за лечебно-профилактическую работу в ЛПУ района и организационно-методическую работу.

Заместитель главного врача по детству и родовой помощи отвечает за организацию медицинского обеспечения детей и акушерско-гинекологическую помощь в районе.

Основные задачи ЦРБ:

- ✓ непосредственное предоставление первичной амбулаторно-поликлинической помощи населению райцентра и приписного участка;
- ✓ предоставление специализированной помощи всему населению района;
- ✓ предоставление специализированной стационарной помощи всему населению района;
- ✓ обеспечение скорой помощью населения района;
- ✓ внедрение в практику работы ЛПУ района современных методов и средств профилактики, диагностики и лечения;
- ✓ организация консультативной помощи;
- ✓ организационно-методическое руководство работой всех ЛПУ района, а также контроль их деятельности;
- ✓ разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества медицинского обеспечения;
- ✓ осуществление мероприятий относительно повышения квалификации медицинских кадров.

Выполнение этих сложных и многоплановых задач возложено на соответствующие структурные подразделения больницы.

В случаях, если мощность некоторых ЦРБ не позволяет создавать специализированные отделения (офтальмологические, урологические, травматологические), создают **межрайонные отделения**.

Задачи этих отделений:

- ❖ специализированная стационарная помощь населению закрепленных районов;
- ❖ консультативный прием больных закрепленных районов;
- ❖ внедрение в практику работы ЛПУ закрепленных районов современных методов профилактики, диагностики и лечения;
- ❖ повышение квалификации медицинского персонала районных и участковых ЛПЗ;
- ❖ консультативная помощь медицинским работникам, организационно-методическое руководство;
- ❖ разработка мероприятий, направленных на улучшение специализированной помощи населению закрепленных районов по соответствующему профилю.

Главным учреждением 3 этапа оказания медицинской помощи сельскому населению является **областная больница**. Для поликлинической помощи в ней предусмотрены более чем 20 специальностей и рассчитываются на 100 тысяч взрослого населения области. Количество должностей врачей специализированных отделений стационара зависит от их мощности. По отдельным специальностям устанавливают дополнительные должности в связи с необходимостью обеспечения экстренной помощью населения области (вопреки предусмотренному количеству коек в отделении).

Выделяют следующие структурные подразделения областной больницы:

- ✓ административно-хозяйственный блок;
- ✓ стационар с узкоспециализированными отделениями;
- ✓ консультативная поликлиника с лечебно-диагностическими отделениями, кабинетами, лабораториями;
- ✓ патологоанатомическое отделение;
- ✓ информационно-аналитический отдел или центр медицинской статистики;
- ✓ отделение экстренной и планово-консультативной помощи;
- ✓ аптека;
- ✓ кухня;
- ✓ пансионат для больных.

На специализацию коечного фонда областных больниц, как и на формирование всей сети ЛПУ области, влияют такие факторы:

- ❖ численность и состав населения;
- ❖ состояние здоровья (региональные особенности заболеваемости, инвалидности, смертности);
- ❖ естественные условия;
- ❖ социально-экономическое развитие области, области сельского хозяйства, виды и мощности предприятий, характер размещения производства;
- ❖ особенности расселения: численность населения, расстояние между населенными пунктами, уровень развития транспортной сети;
- ❖ состояние и уровень развития существующей сети ЛПУ.

Возглавляет областную больницу **главный врач**. Он несет ответственность за предоставление амбулаторно-поликлинической, стационарной помощи, подбор кадров и повышение квалификации медицинского персонала, за материально-техническое обеспечение больницы и целесообразное использование финансовых средств, организационно-методическую работу.

К управленческому персоналу областной больницы относятся заместители:

- ✓ по медицинской части;
- ✓ по хирургической помощи (в больницах на 800 и больше коек, при условии, что 300 из них хирургического профиля);
- ✓ по организационно-методической работе;
- ✓ по экспертизе временной нетрудоспособности (при наличии не меньше 25 должностей врачей амбулаторного приема).

Основные задачи областной больницы:

- обеспечение населения области в полном объеме узкоспециализированной стационарной и консультативной поликлинической помощью;
- организация и предоставление экстренной и консультативной медпомощи на территории области;
- внедрение в практику работы больницы современных методов и средств диагностики, лечение и опыта работы лучших ЛПУ;
- повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений области;
- организация, руководство и контроль статистического учета и отчетности, составление сводных отчетов и показателей деятельности ЛПУ;
- разработка мероприятий, направленных на повышение качества медицинского обеспечения и на улучшение здоровья населения.

Основная масса лечебно-консультативной работы ложится на плечи консультативной поликлиники. К **основным задачам консультативной поликлиники** при областной больнице относятся следующие:

- ✓ оказание высокоспециализированной консультативной помощи больным по направлению ЛПУ области;
- ✓ решение вопросов о продолжении лечения проконсультированных больных;
- ✓ привлечение к консультированию высококвалифицированных врачей специалистов больницы и других ЛПУ, а также представителей НИИ и мед. институтов;
- ✓ направление в ЛПУ, которые направили больных заключений.
- ✓ разработка для ЛПУ области рекомендаций о порядке и показаниях для направления больных на консультацию;
- ✓ организация и проведение (совместно с отделением экстренной и планово-консультативной помощи) выездных консультаций врачей-специалистов в районы, а также заочных консультаций врачей области;
- ✓ систематический анализ случаев несовпадений диагнозов между ЛПУ, которые направили больных и консультативной поликлиникой;
- ✓ составление обзоров и информационных листов о состоянии и уровне лечебно-диагностической работы в районах и ЛПУ области.

При областной больнице функционируют пансионат (для больных, которые приезжают на консультацию или амбулаторное лечение) и общежитие (для медицинских работников).

Согласно приказу МОЗ Украины №127 от 21.05.1998 г. **вместо методического отдела создаются центры медицинской статистики** управления здравоохранения областной государственной администрации с такими отделами и подразделениями.

В составе центра медицинской статистики выделяют следующие структурные подразделения:

- отдел медицинской статистики с кабинетами статистики здоровья, демографической статистики, статистики оказания медицинской помощи, статистики здоровья матери и ребенка, статистики «чернобыльцев»;

- отдел компьютерной обработки медико-статистической информации;
- отдел экономической статистики с кабинетами статистики ресурсов здравоохранения, статистики кадров;
- аналитический отдел.

На уровне области осуществляется значительный объем организационно-методической работы. В ней принимают участие главные областные специалисты. Вместе с работниками центров медицинской статистики они обеспечивают планирование и осуществление систематических выездов врачей-специалистов в ЛПУ районов области и проводят такую работу:

- ❖ консультируют больных с привлечением лечащих врачей;
- ❖ хирурги при необходимости осуществляют операции вместе со специалистами ЛПУ;
- ❖ принимают участие в научно-практических и патологоанатомических конференциях.

Они должны не только консультировать больных, но обязательно проверять организацию предоставления помощи по конкретной специальности с учетом информации о содержании и сроках выполнения их рекомендаций при предшествующих выездах.

После завершения выезда специалист составляет отчет о состоянии медпомощи определенного профиля с указанием рекомендаций относительно улучшения лечебно-профилактической работы. На основании отчетов специалистов разрабатываются мероприятия по устранению недостатков.

На 4 этапе медицинского обеспечения сельскому населению предоставляется высокоспециализированная помощь **межобластными или государственными центрами – клиническими учреждениями**, которые могут входить в состав соответствующих научно-исследовательских институтов, вузов или мощных городских и некоторых областных больниц.

Организационно-штатная структура, возможности и особенности функционирования ЛПУ, которые обеспечивают медпомощь сельскому населению на разных этапах, зависят от многих факторов.

Учитывая направленность развития и реформирование системы лечебно-профилактической помощи сельскому населению в отдельных регионах Украины она будет отличаться, хотя основные основы организации медицинского обеспечения, несомненно, будут сохранены.

Реформирование лечебно-профилактической помощи сельскому населению может проводиться с учетом преемственности и взаимодействия ЛПУ всех этапов и рационального распределения ресурсов между ними.

При упорядочении сети приходится учитывать определенные противоречия относительно возможности обеспечения своевременной и доступной стационарной помощи, необходимости создания мощных специализированных отделений на II этапе, то есть в районных больницах.

Наиболее приближенные к населению участковые больницы могут быть нерентабельными как с медицинских, так и с экономических позиций. В случае переориентации их коечного фонда на 2 этап увеличивается расстояние от отдельных населенных пунктов до ЦРБ. Тем не менее, во многих случаях в современных условиях радиус обслуживания населения стационарной помощью уже не имеет такого принципиального значения, учитывая улучшение состояния путей сообщения.

Улучшение деятельности всех учреждений медпомощи сельскому населению требует обоснованных управленческих решений относительно определения их роли и места на всех

этапах, целесообразности соответствующего размещения, цели использования коечного фонда участковых больниц.

При формировании в районе инфраструктуры ЛПУ следует индивидуально решать вопрос о сокращении сети участковых больниц с учетом многих факторов и сохранения оптимальной обеспеченности сельского населения стационарной помощью.

Особенности разных регионов требуют, кое-где, при сокращении коечного фонда участковых больниц **заменить обычную трехэтапную систему** предоставления стационарной помощи (участковые, районные, областная больницы) **двухэтапной** (районные, областная больницы).

Сокращение коек в участковых больницах можно компенсировать за счет **стационарозаменяющей помощи – дневных стационаров**, следует также иметь определенное количество коек в сельской амбулатории (3-5 для временной госпитализации больных, которые требуют стационарного лечения на следующих этапах).

Сокращение стационарной помощи на первом этапе может быть компенсировано увеличением объема врачебной амбулаторной помощи и ее приближением к сельским жителям, которое возможно при условии **постепенной замены фельдшерских учреждений врачебными**.

Улучшение качества лечебно-профилактической помощи требует дальнейшего развития **скорой и неотложной помощи**, которое обеспечивается **на 2 этапе** районными больницами.

Исходя из вышесказанного, необходимо выделить **основные особенности оказания медицинской помощи сельскому населению**:

- этапность;
- высокий удельный вес доврачебной медицинской помощи;
- организация выездных и передвижных форм медицинского обслуживания.

Управленческие решения должны быть направлены на сохранение сети учреждений врачебной помощи, поскольку от этого зависит ее доступность. Реорганизация системы лечебно-профилактической помощи сельскому населению должна происходить постепенно. Койки участковых больниц можно использоваться как медикосоциальные и для отделений сестринского ухода, то есть речь идет не о механическом сокращении стационарной помощи на 1 этапе, а про ее переориентацию на новые организационные формы, целесообразные с точки зрения экономической эффективности и социально-психологических позиций. С этим связано отношение населения к реорганизации медицинского обеспечения, восприятие ним изменений в системе здравоохранения.

Некоторые авторы прогнозируют развитие сельского здравоохранения на отдаленную перспективу. Они рекомендуют сохранить в сельском участке врачебную амбулаторию, которая в составе врача-терапевта, педиатра (в будущем семейного врача) и стоматолога будет обслуживать 3-3,5 тысячи населения. Таких врачебных амбулаторий, которые должны предоставлять ПМСД в полном объеме, в Украине может быть не менее чем 5,5 тыс. Участковые больницы, а именно их стационары, целесообразно использовать для предоставления медикосоциальной помощи жителям сельской местности. Фельдшерско-акушерские пункты рекомендуют использовать для профилактической работы, а также выполнения назначений врача.

Контрольные вопросы

1. Перечислите основные медикосоциальные и медико-демографические условия, влияющие на оказание медицинской помощи сельскому населению
2. Перечислите основные этапы оказания медицинской помощи сельскому населению и основные учреждения каждого из них
3. Состав сельского врачебного участка, его функции и задачи
4. Функции и задачи фельдшерско-акушерского пункта
5. Сельская участковая амбулатория (больница). Задачи, организация работы, штаты
6. Состав профилактической и противоэпидемической работы на сельском врачебном участке
7. Учреждения 2 этапа оказания медицинской помощи сельскому населению. Их структура, функции, задачи
8. Центральная районная больница. Структура, функции, задачи
9. Выездные и передвижные формы медицинского обслуживания населения и их роль в организации медицинской помощи сельскому населению
10. Учреждения 3 этапа и их роль в организации медицинской помощи сельскому населению
11. Областная больница. Структура, функции, задачи
12. Центр медицинской статистики. Структура, функции, задачи

Организация лечебно-профилактической помощи городскому населению

Этот вид помощи, как наиболее массовый и социально значимый, занимает ведущее место в медицинском обеспечении населения, т.к. 67% населения Украины проживает в городах.

Амбулаторно-поликлиническая помощь предоставляется преимущественно в **амбулаториях и поликлиниках**.

Амбулатория - учреждение, которое предоставляет медпомощь больным по одной или нескольким основным врачебным специальностям. В **поликлинике** предоставляется помощь по многим специальностям. Как в амбулаториях, так и в поликлиниках осуществляется лечение больных при обращении в эти учреждения, а также проводится профилактическая работа. Кроме того, они предоставляют медпомощь больным и дома.

Поликлиника отличается от амбулатории объемом и уровнем лечебно-профилактической помощи. В последней ее обеспечивают врачи основных 4-5-и специальностей. В амбулаториях могут также предоставлять помощь только семейные врачи (врачи общей практики).

Значение поликлиник и амбулаторий определяется их приближенностью к населению, а также возможностью оптимального участия в медицинском обеспечении подавляющего большинства населения. Эти учреждения занимают ведущее место в профилактической работе системы здравоохранения, их работники выявляют факторы риска среди соответствующих контингентов, инфекционные и социально значимые заболевания. Работа амбулаторий и поликлиник существенно влияет на деятельность других учреждений здравоохранения - больниц, службы скорой помощи. От эффективной работы этого звена медпомощи существенно зависят уровни и продолжительность временной потери трудоспособности, частота осложнений заболеваний и их последствий, уровень госпитализации, продолжительность пребывания больных в стационарах и вообще рациональное использование коек, а также в значительной мере оценка населением деятельности всей системы здравоохранения.

В состав поликлиники входят такие подразделения:

- регистратура;
- лечебные отделения;
- отделение профилактики;
- отделение восстановительного лечения;
- вспомогательные и диагностические подразделения;
- дневной стационар;
- КИЗ.

Основные задачи городской поликлиники:

- ✓ предоставление первичной и специализированной квалифицированной медицинской помощи амбулаторной и дома;
- ✓ проведение диспансерного наблюдения за различными контингентами
- ✓ проведение врачебной экспертизы трудоспособности;
- ✓ организация и проведение профилактических мероприятий, включая и противоэпидемические;
- ✓ гигиеническое воспитание населения;
- ✓ изучение показателей здоровья населения.

В период реформирования системы здравоохранения работа поликлиник должна быть направлена на существенное повышение качества лечения населения, полное комплексное обследование его социально значимых групп, полноценную реабилитацию. Все эти мероприятия будут оказывать содействие уменьшению современного довольно высокого уровня госпитализации и обеспечат направление больных на стационарное лечение случаях крайней необходимости.

Основные разделы работы поликлиники:

- профилактический с противоэпидемическими мероприятиями;
- лечебно-диагностический;
- организационно-методический.

К профилактическим мероприятиям относятся как сугубо профилактические (первичная профилактика), так и потенциально-профилактические (вторичная). **Первичные мероприятия:**

- вакцинация;
- гигиеническое воспитание населения;
- диспансерное наблюдение за здоровыми и лицами с факторами риска;
- санитарно-противоэпидемические мероприятия.

Вторичные мероприятия:

- своевременное выявление инфекционных заболеваний и сообщения об инфекционном больном в санитарно-эпидемиологическую станцию;
- организация изоляции больных, наблюдение за контактными и выздоравливающими;
- организация текущей дезинфекции.

Лечебно-диагностическая работа включает:

- раннее выявление заболеваний и полноценное своевременное обследование больных;
- лечение больных в поликлиниках и дома, в том числе в стационарах на дому с применением соответствующего комплекса методов восстановительного лечения;
- предоставление неотложной медпомощи при внезапном нарушении состояния здоровья больного;
- обследование, отбор и направление больных на госпитализацию;
- отбор и обследование больных для санаторно-курортного лечения;
- проведение экспертизы временной потери трудоспособности;
- отбор и направление больных с признаками стойкой потери трудоспособности в медикосоциальные экспертные комиссии.

Организационно-методическая работа включает:

- анализ состояния здоровья населения;
- оценку деятельности поликлиники, ее подразделений и персонала;
- внедрение в практику новых эффективных методов и средств профилактики, диагностики, лечения, а также организационных форм и методов работы;
- организацию и обеспечение повышения квалификации медицинского персонала (направление на последипломную подготовку и стажировку в стационарах, проведение научно-практических конференций и семинаров).

Согласно приказу МОЗ Украины №127 от 21.05.1998 г. вместо кабинетов учета и медицинской статистики создаются **информационно-аналитические отделения.**

Для обеспечения приема населения в поликлинике и предоставление медпомощи дома должности врачей в городах с населением свыше 25 тысяч в городских поликлиниках, которые

входят в состав городских больниц (медико-санитарных частей со стационаром), устанавливаются согласно приказу МОЗ Украины № 33 от 23.02.2000 г.

Если в составе поликлиники есть дерматовенерологические, онкологические, фтизиатрические кабинеты (отделения), то для приема больных того или иного профиля вводятся штаты врачей-специалистов, которые определяются по штатным нормативам соответствующего кабинета (отделения). Следует отметить, что с усовершенствованием первичной медико-санитарной помощи и внедрением общей практики (семейной медицины) соотношение разных специалистов будет изменяться и обеспеченность населения врачами отдельных специальностей уменьшится, поскольку семейные врачи должны обеспечивать большее 80% всех обращений за амбулаторной помощью. Эффективность деятельности поликлиники зависит от правильной организации работы всех ее подразделений и медицинского персонала. Это касается, прежде всего, разработки оптимальных графиков работы, регулирования потока посетителей, чем занимаются, прежде всего, руководящие должностные лица, а также регистратура, доврачебный кабинет и сами врачи.

Задачи регистратуры:

- справочно-информационное обеспечение;
- предварительная и неотложная запись на прием и вызовов на дом - телефонных и по непосредственным заявкам пациентов;
- регулирование интенсивности потока посетителей (направление при потребности в доврачебный кабинет, в отделение профилактики и т.п.) с целью создания равномерной нагрузки врачей;
- оформление и хранение медицинской документации;
- своевременный подбор и доставка во врачебные кабинеты медицинской документации, в частности карт амбулаторных больных (если они хранятся в поликлинике, а не у жителей).

Уменьшению очередей способствует наличие исчерпывающей справочной информации (с определением дислокации участков, фамилий врачей, часов их приема, размещения кабинетов, рабочего дня поликлиники, лечебных, диагностических кабинетов и лабораторий, системы вызовов врача домой и т.п.). Необходимо также организовать предварительную телефонную запись и самостоятельную запись к врачам на все дни недели, прием вызовов на дом по телефону с учетом графиков работы подразделений и конкретных специалистов.

Непосредственные обязанности любого из регистраторов определяет **заведующий регистратуры**. Должности медицинских регистраторов устанавливаются из расчета одной на 10 врачей, которые ведут амбулаторный прием.

График работы врачей поликлиники может быть:

- ❖ сменным;
- ❖ фиксированным;
- ❖ скользящим.

Скользящий график предусматривает работу врача в разные часы на протяжении дней недели. Это разрешает населению обращаться к врачу во время, свободное от работы.

Значительная часть посещений поликлиники приходится на начало недели и первую половину дня, что следует учитывать врачам при планировании времени повторных и диспансерных посещаемостей.

С целью уменьшения количества необоснованных посещений врачей в поликлиниках работают **доврачебные кабинеты**, задачей которых является:

- выдача направлений на обследование;
- заполнение паспортной части в направлении на медикосоциальную экспертную комиссию, санаторно-курортной карточки;
- измерение артериального давления.

К работе в доврачебных кабинетах привлекаются опытные медицинские сестры.

В значительном большинстве случаев население обращается, прежде всего, к участковому врачу, который предоставляет **амбулаторно-поликлиническую помощь населению по участково-территориальному принципу**. Суть его состоит в наблюдении за закрепленными контингентами территориального участка, предоставлении им квалифицированной врачебной помощи.

Для соблюдения участкового принципа нужны такие условия:

- * оптимальная численность населения участка;
- * укомплектованность поликлиники участковыми врачами;
- * наличие и соблюдение скользящего графика работы врачей;
- * правильная организация работы регистратуры.

Участковый терапевт, прежде всего, обеспечивает **первичную медико-санитарную помощь (ПМСП)**, тем не менее, его функции в ее предоставлении сужены по сравнению с теми, которые может выполнять семейный врач (врач общей практики).

Задачи участкового терапевта:

- проводит прием больных в поликлинике, посещает их дома по вызовам или по собственной инициативе;
- обеспечивает диспансерное наблюдение за подлежащими контингентами;
- осуществляет экспертизу трудоспособности;
- оказывает экстренную помощь при внезапных ухудшениях состояния;
- организует, в случае необходимости, своевременной госпитализации больных и консультации у зав. отделением или соответствующих специалистов;
- организует и проводит профилактические осмотры, диспансеризацию отдельных групп населения;
- проводит гигиеническое воспитание населения;
- осуществляет противоэпидемические мероприятия.

При проведении приема больных в поликлинике врач выясняет данные анамнеза, проводит физикальное и инструментальное обследование, дает рекомендации, осуществляет экспертизу трудоспособности, делает соответствующие записи в медицинской карте амбулаторного больного.

Кроме своевременного выявления нарушений состояния здоровья и предоставления определенной медпомощи населению своего участка врач должен, в случае необходимости, предоставить **экстренную помощь** при внезапных ухудшениях состояния, травмах независимо от местожительства пациентов. В обязанности участкового терапевта входит также организация, в случае необходимости, своевременной госпитализации больных после всестороннего обследования их в поликлинике. Если больному нужна консультация заведующего отделением или других врачей-специалистов, то терапевт должен ее назначить и сделать все необходимое для своевременного проведения.

Содержание профилактической работы участкового терапевта:

- ❖ профилактические осмотры;
- ❖ диспансеризация отдельных групп населения;
- ❖ гигиеническое воспитание и т.п.

На участкового терапевта возложены обязанности своевременного выявления инфекционных заболеваний и сообщение об этом в санитарно-эпидемиологическую станцию. Он также организывает изоляцию больных и текущую дезинфекцию в очаге инфекционного заболевания, обеспечивает лечение больных дома, наблюдение за контактными, проводит (или организывает) диспансерное наблюдение за выздоравливающими. После посещения больного на дому в день поступления вызова врач в дальнейшем может при необходимости посещать его по своей инициативе (активная посещаемость). После улучшения состояния здоровья больного направляют на соответствующие процедуры или на повторное обследование в поликлинике. При необходимости врач организывает его лечение в условиях домашнего стационара, привлекая для этого участковую медицинскую сестру, которая выполняет соответствующие назначения, наблюдает за состоянием здоровья пациента.

Осуществляя организационно-методическую работу, участковый терапевт изучает и анализирует состояние здоровья населения, показатели своей работы.

Штаты участковых медицинских сестер устанавливаются из расчета 1,5 должности на каждую должность участкового терапевта (приказ МОЗ Украины №33 от 23.02.2000 г.).

Обязанности участковой медсестры:

- * помощь врачу во время амбулаторного приема - готовит рабочее место, проверяет наличие необходимой документации и поступлений медицинских карточек амбулаторного больного из регистратуры (если эти документы сохраняются в картотеке поликлиники);
- * при необходимости измеряет артериальное давление, проводит термометрию, объясняет больным порядок подготовки к лабораторным и инструментальным исследованиям и т.п.;
- * заполнение под контролем врача учетной медицинской документации (статистические талоны для регистрации заключительного диагноза или талоны амбулаторного пациента, экстренные сообщения об инфекционном заболевании, справке о временной нетрудоспособности), выписывает направление на диагностические обследования и т.п.

Сложные и ответственные функции участковой службы требуют планирования и координации ее взаимодействия с разными подразделениями поликлиники. Эту работу обеспечивает **заведующий терапевтическим отделением**. Его должность вводится при наличии в поликлинике 9 должностей врачей-терапевтов.

При введении должности заведующего в других отделениях число должностей врачей-специалистов определенного профиля может отличаться. Например, в отоларингологических, офтальмологических и неврологических отделениях должность заведующего вводится при количестве врачей соответствующих специальностей не менее 3,0 (вместо 0,5 должности врача).

Заведующий отделением обеспечивает:

- ❖ предоставление квалифицированной лечебно-диагностической помощи больным в поликлинике и дома;
- ❖ составление оптимальных графиков работы персонала отделения;

- ❖ контроль объема, качества диагностики и лечения;
- ❖ участие в проведении экспертизы временной нетрудоспособности и контроль ее качества;
- ❖ внедрение в практику современных методов профилактики, диагностики, лечения и организации работы;
- ❖ своевременное выявление и лечение инфекционных больных;
- ❖ плановую госпитализацию больных;
- ❖ контроль полноты и качества ведения учетных документов;
- ❖ составление планов и отчетов;
- ❖ решает вопрос организации работы персонала, формы и сроки повышения квалификации (по согласованию с заместителем главного врача по медицинской части);
- ❖ организацию повышения квалификации медицинского персонала отделения.

Важным структурным подразделением поликлиники является **отделение профилактики**. Его основные задачи:

- ✓ проведение профилактических медицинских осмотров с целью раннего выявления больных и лиц с высоким риском заболеваний;
- ✓ организация, учет и контроль проведения диспансеризации;
- ✓ участие в разработке мероприятий первичной и вторичной профилактики;
- ✓ пропаганда гигиенических знаний.

В этом отделении работает преимущественно средний медицинский персонал. Руководит его работой заведующий отделением - врач-терапевт.

Диспансеризация – это целостная система, обеспечивающая всестороннее, на протяжении всей жизни, динамическое наблюдение за здоровьем каждого человека (здорового или больного) и средой, в которой он находится.

Основные принципы диспансеризации:

- Активное выявление больных на ранних стадиях заболеваний и учет диспансерных контингентов
- Систематическое наблюдение за выявленными больными и обеспечение их квалифицированной медицинской помощью, патронаж
- Групповая и индивидуальная профилактика, санитарное просвещение

Отбор лиц для диспансерного наблюдения проводится как по медицинским, так и социальным показаниям. К **контингентам взрослого населения, которые подлежат диспансерному наблюдению по медицинским показаниям**, относятся:

- лица, которые имеют факторы риска;
- больные отдельными хроническими заболеваниями;
- лица, которые часто и длительно болеют.

По социальным показаниям диспансерному наблюдению подлежат:

- ✓ лица, которые работают во вредных и опасных условиях;
- ✓ работники пищевых, коммунальных и детских учреждений;
- ✓ учителя общеобразовательных школ;
- ✓ лица с факторами риска социального характера.

Структурные элементы системы диспансеризации:

- ❖ общая сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, медицинских ВУЗов, НИИ;
- ❖ министерства, ведомства, предприятия, учреждения, организации;
- ❖ общественные организации, общества Красного Креста и Красного полумесяца;
- ❖ медико-профилактические организации (СЭС, Центры здоровья);

- ❖ специализированные диспансеры;
- ❖ лечащий врач;
- ❖ лицо, подлежащее диспансеризации.

Периоды диспансеризации:

- * **1 период** – подготовительный (составление планов, графиков проведения, сил и средств медицинской службы, учет населения, объем работы, информирование населения);
- * **2 период** – проведение профилактических медицинских осмотров;
- * **3 период** – динамическое диспансерное наблюдение;
- * **4 период** – оценка полноты, качества и эффективности диспансеризации по 3 группам показателей:
 - ❖ *показатели охвата* – общий охват населения диспансеризацией, полнота охвата профилактическими осмотрами, часть здоровых, практически здоровых и больных, структура больных, полнота охвата больных диспансерным наблюдением (%);
 - ❖ *показатели активности* – своевременность охвата больных диспансерным наблюдением, среднегодовое количество активных посещений, регулярность диспансерного наблюдения;
 - ❖ *показатели эффективности* – критерием эффективности заболеваемости здоровых является отсутствие заболеваний, сохранение здоровья и трудоспособности, перенесших острые заболевания – полное выздоровление, хронических больных оценивается по показателям – первичная заболеваемость, удельный вес осложнений, % перевода из одной диспансерной группы в другую.

Выявление и формирование контингентов для диспансерного наблюдения. В лечебно-профилактических учреждениях проводятся целевые, предварительные и периодические медицинские осмотры.

Целевые медицинские осмотры направлены на выявление определенного заболевания или группы заболеваний (например, флюорографическое обследование населения для выявления туберкулеза, осмотры онкологом в поликлинике для раннего выявления онкологической патологии и т.д.).

Предварительные медицинские осмотры проводятся при приеме на работу, поступлении в ВУЗ (например, предварительный медицинский осмотр врачей при поступлении на работу в хирургический стационар, предварительный медицинский осмотр при поступлении в ВУЗ студентов и т.д.).

Периодические медицинские осмотры проводятся всему населению с определенной периодичностью – для большинства населения 1 раз в год (ежегодные периодические медицинские осмотры студентов, врачей, школьников), для работников вредных производств чаще (например, пилоты проходят периодический медицинский осмотр перед каждым вылетом, сотрудники АЭС – ежедневно).

Постановлением № 532 от 5 августа 1994 года утвердил **перечень категорий населения, которые каждый год проходят обязательные медицинские осмотры** за счет бюджетных средств:

- подростки 15-17 лет;
- ученики системы профессионально-технического образования;
- студенты высших учебных заведений;
- ветераны войны; лица, которые имеют особые заслуги перед Родиной;
- ветераны труда;

- лица, которые пострадали вследствие Чернобыльской катастрофы.

Проведение медицинских осмотров лиц, которые работают на пищевых предприятиях, предприятиях санитарно-гигиенического обслуживания населения, в лечебно-профилактических учреждениях и других предприятиях, а также водителей индивидуальных транспортных средств осуществляется за счет спецсредств.

В ходе диспансерного наблюдения и профилактических осмотров устанавливается степень здоровья для каждого индивида, которому присваивают определенную **группу здоровья**:

1 группа - здоровые – к группе относят лиц, которые не имеют в анамнезе хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем. При обследовании у них не найдено отклонений от нормы.

2 группа - практически здоровые – к группе относят лиц, которые в анамнезе имеют острое или хроническое заболевание, которое не влияет на функции жизненно важных органов и на трудоспособность.

3 группа – к группе относят больных хроническими заболеваниями:

- ❖ компенсированное состояние, непродолжительные потери трудоспособности;
- ❖ субкомпенсированное состояние, частые обострения и продолжительные потери трудоспособности;
- ❖ декомпенсированное состояние, стойкие патологические изменения, которые приводят к инвалидности.

В поликлинике проводится **реабилитация больных и выздоравливающих**. В ее проведении в подавляющем большинстве случаев задействованная система первичной медико-санитарной помощи.

В соответствии с определением комитета экспертов ВОЗ под **реабилитацией** понимают процесс, целью которого является предотвращение инвалидности в период лечения заболеваний и помощь больному в достижении максимальной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, на которую он способен при имеющемся заболевании.

Значительный удельный вес среди пациентов, которые требуют медицинской реабилитации, составляют больные терапевтического профиля (почти половина), а также неврологического, хирургического, травматологического и др.

К методам медицинской реабилитации относят:

- ❖ лечебную физкультуру;
- ❖ физиотерапию;
- ❖ психотерапию;
- ❖ механотерапию;
- ❖ трудотерапию.

Поликлиника вместе с СЭС проводит **комплекс противоэпидемических мероприятий**, в осуществимые которых принимают участие все лечебно-диагностические подразделения и, прежде всего участковая служба.

В поликлинике особо выделяется кабинет инфекционных заболеваний (КИЗ). Важность КИЗа сложно переоценить. **КИЗ выполняет следующие задачи:**

- ✓ обеспечение своевременного выявления инфекционных заболеваний и организация их лечения;

- ✓ предоставление консультативной помощи больным с целью уточнения диагноза, решение вопроса о месте лечения, назначение лечения и определение профилактических мероприятий;
- ✓ предоставление консультативной помощи врачам по диагностике и лечению инфекционных заболеваний;
- ✓ организация профилактических прививок;
- ✓ повышение квалификации медицинского персонала по вопросам инфекционной патологии;
- ✓ анализ инфекционной заболеваемости;
- ✓ диспансерное наблюдение за реконвалесцентами;
- ✓ учет и наблюдение за бактерионосителями;
- ✓ разработка мероприятий профилактики инфекционных болезней.

Для предоставления медпомощи подросткам (от 15 до 18 лет), выделяется **врач-терапевт подростковый** (одна должность на 2000 подростков). В современный период медицинское обеспечение этого контингента может возлагаться на участковых педиатров при условии уменьшения численности детей на педиатрических участках, которое обусловлено снижением рождаемости.

Для предоставления неотложной помощи больным дома и при обращениях в поликлинику с 20.00 до 8.00, а также по выходным дням в поликлинике работает **пункт (отделение) неотложной медицинской помощи**. В этом подразделении работает врач-терапевт, который предоставляет медпомощь больным.

Значительное участие врачей-специалистов в первичном обслуживании больных является одним из недостатков амбулаторной помощи на современном этапе. При реформировании первичной медико-санитарной помощи на основах семейной медицины будет происходить постепенная замена врачей-специалистов семейными врачами, соответственно изменится их соотношение в штатном расписании поликлиник.

Показатели деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений:

- укомплектованность штатов,
- количество и структура посещений по причинам,
- нагрузка на врачебную должность,
- участковость на приеме и по помощи на дому,
- активные (удельный вес) посещения,
- полнота охвата периодическими медицинскими осмотрами, полнота охвата диспансеризацией, своевременность взятия на диспансерный учет, процент снятых пациентов с диспансерного наблюдения по выздоровлению и др.

В организации медпомощи городскому населению важное место занимает **стационарная помощь**. В стационарах лечится лишь 20% больных. Даже в условиях запланированного значительного увеличения объема и улучшения качества амбулаторно-поликлинической помощи определенная часть больных будет требовать именно стационарной помощи. Потребность в ней определяют медико-демографические, медико-организационные, социально-психологические и медикосоциальные факторы. В городских больницах, количество которых в Украине в 2006 году составляло 605, размещена четверть коечного фонда страны. На них приходится почти треть всех госпитализированных.

Стационар обеспечивает выполнение следующих функций:

- лечебно-восстановительные (диагностика и лечение заболеваний, медикосоциальная реабилитация, неотложная медпомощь);

- профилактические (профилактика инфекционных заболеваний, предотвращение перехода острых болезней в хронические, снижение заболеваемости с временной нетрудоспособностью и инвалидности);
- учебные (подготовка медицинского персонала и повышение квалификации медицинских работников);
- научно-исследовательские.

Задачи стационара:

- ✓ предоставление специализированной круглосуточной стационарной помощи достаточного качества и объема;
- ✓ апробация и внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения;
- ✓ комплексное восстановительное лечение;
- ✓ обеспечивает проведение качественной и достоверной экспертизы нетрудоспособности;
- ✓ проводит гигиеническое воспитание населения.

Структурные подразделения стационара:

- приемное отделение;
- лечебные отделения;
- вспомогательно-диагностические отделения;
- административно-хозяйственные подразделения.

Для предоставления стационарной помощи городскому населению приказом МОЗ Украины № 33 от 23.02.2000 г. устанавливаются **должности персонала из расчета на количество коек.**

Количество коек на 1 должность врача по профилю отделений различна - от 20 (гематология) до 40 (туберкулезное для больных на костно-суставный туберкулез).

Устанавливаются также должности **врачей диагностических и лечебно-диагностических служб:** рентгенологов, эндоскопистов, лаборантов, врачей-физиотерапевтов и других.

Кроме палатных, устанавливают такие должности медсестер:

- медицинская сестра для организации индивидуального ухода за тяжелобольными;
- операционная;
- перевязочная;
- диетического питания;
- процедурного кабинета;
- из физиотерапии, массажу и прочие.

В связи с тем, что стационарная помощь имеет много большую себестоимость, чем амбулаторно-поликлиническая, в период низкого уровня финансирования системы здравоохранения на Украине, а также повсеместного внедрения первичной медико-санитарной помощи, требуется максимально сократить количество больных, требующих стационарной помощи. Этого можно достигнуть, строго следуя **показаниям для госпитализации:**

- наличие неотложных или экстренных показаний;
- применение интенсивных методов лечения;
- необходимость проведения сложных исследований;
- социально-бытовые условия пациента.

Госпитализация осуществляется по направлениям врачей амбулаторно-поликлинических учреждений и службы скорой медпомощи, а также при непосредственном обращении

пациентов при наличии экстренных показаний или централизованно через госпитальное отделение станции скорой медпомощи (10 %).

Приемное отделение может быть централизованным и децентрализованным. *Централизованное* обеспечивает структурное распределение больных по всей больнице, *децентрализованное* - по отдельным отделениям (инфекционному, акушерскому, гинекологическому и т.п.).

Объем работы и функции приемного отделения:

- ❖ прием, регистрация и распределение больных, поступающих в больницу;
- ❖ установление предварительного диагноза;
- ❖ решение вопроса о необходимости стационарного или амбулаторного лечения;
- ❖ предоставление необходимой медпомощи;
- ❖ проведение санитарной обработки больных, которые госпитализируются в неинфекционные отделения;
- ❖ осуществление мероприятий по предотвращению заноса и распространение инфекционных заболеваний;
- ❖ организация эвакуации больных, требующих лечения в других лечебных учреждениях;
- ❖ выписка больных и выдача справок.
- ❖ предоставление справочной информации про госпитализированных больных.

В специализированные центры врачи направляют больных с заболеваниями, которые требуют проведения специальных лечебно-диагностических методов, решение вопросов экспертизы трудоспособности, уточнение и получение рекомендаций. Для предоставления специализированной медпомощи при отдельных заболеваниях создается сеть самостоятельных специализированных учреждений-диспансеров.

Диспансер - это учреждение, в котором предоставляется амбулаторная и стационарная помощь при определенных заболеваниях (туберкулез, венерические болезни, психические, эндокринные заболевания и т.п.), а также пострадавшим от Чернобыльской аварии.

В Украине, в соответствии с утвержденным перечнем учреждений здравоохранения, есть **11 видов профильных диспансеров**. Диспансеры делятся на районные, городские и областные.

В состав диспансера входят поликлиника (диспансерное отделение) и стационар. При организации работы этих учреждений учитываются особенности каждого диспансера. Они определяются этиологией, клиникой, эпидемиологией конкретных заболеваний.

В активном выявлении больных большая роль отводится всем лечебно-профилактическим учреждениям. Они информируют диспансер специальным сообщением.

Основные задачи диспансера:

- активное выявление больных;
- обследование и уточнение диагноза;
- назначение соответствующего лечения;
- активное динамическое наблюдение за больными и контактными;
- патронаж больных;
- проведение оздоровительных мероприятий;
- изучение заболеваемости в районе деятельности;
- разработка предупредительных мер относительно возникновения патологии;
- проведение организационно-методической работы;
- предоставление консультативной помощи врачам других медицинских учреждений

- контроль полноты учета и своевременности сигнализации при выявлении больного.

Заведующий отделением стационара выполняет такие функции:

- организывает и контролирует прием, переводение и выписку больных;
- вместе с врачами-ординаторами проводит обход больных;
- осматривает поступивших больных и тяжелобольных;
- контролирует своевременность и объем обследования;
- организывает при необходимости консультации врачей разных специальностей;
- проверяет обоснованность предписанного лечения;
- анализирует случаи диагностических ошибок.
- заведующий принимает участие в проведении экспертизы временной нетрудоспособности, в патологоанатомических конференциях, проверяет полноту и качество ведения соответствующих учетных документов, систематически анализирует эффективность работы отделения.

Наблюдение за состоянием больных, их лечение осуществляет **врач-ординатор**. По ориентировочным нормативам, на одну должность ординатора в большинстве отделений приходится в среднем 25 коек.

Врач-ординатор осматривает больных, проводит и назначает диагностические обследования, составляет план лечения и обеспечивает его выполнение, проводит обход больных в сопровождении палатной медицинской сестры, ежедневно контролирует выполнение назначений, занимается вопросами экспертизы временной нетрудоспособности, готовит пациента к выписке, согласовывает ее срок с заведующим, составляет эпикриз.

На современном этапе роль **медсестер** в организации лечебно-диагностического процесса возрастает, повышаются требования к уровню их подготовки, усовершенствуется система образования. Это повлияет на дифференциацию их должностей, обязанностей и функций.

Эффективность стационарного лечения зависит от многих факторов, а именно:

- ✓ компетентности и уровня квалификации специалистов;
- ✓ надлежащей материально-технической базы;
- ✓ соответствия объемов финансирования надлежащему обеспечению лечебно-диагностического процесса;
- ✓ организационных мероприятий, направленных на оптимизацию работы стационаров.

Следует отметить также несвоевременное направление в стационар значительной части больных (больше 40 % терапевтических и 20 % хирургических больных).

Мероприятия по рациональному использованию коечного фонда:

- обоснованный отбор амбулаторно-поликлиническими учреждениями и стационарами больных, своевременная их госпитализация;
- организация системы госпитализации больных дома (домашние стационары);
- расширение диапазона обследований и лечения в амбулаторно-поликлинических учреждениях, всесторонняя подготовка плановых больных к госпитализации;
- своевременная организация консультаций в поликлиниках и стационарах (использование консультативно-диагностических центров, организация диспетчерских служб в стационарах);
- установление четких взаимосвязей между поликлиниками (семейными врачами) и стационарами;
- равномерная, на протяжении недели, госпитализация и выписка больных;

- сведение к минимуму в стационарах повторения исследований, проведенных перед госпитализацией;
- интенсификация диагностического и лечебного процессов с применением наиболее эффективных методик;
- своевременная диагностика и лечение в стационаре основного и сопутствующих заболеваний, осложнений;
- организация дифференцированного стационарного лечения (с учетом состояния здоровья больного, объема предоставления помощи) и ухода (индивидуальные посты для тяжелобольных, отделение (палаты) сестринского ухода);
- внедрение комплексной системы контроля качества работы стационара;
- внедрение соответствующих информационных технологий для своевременного получения информации о работе отдельных структурных подразделов и оперативное ее использование;
- унификация медицинской документации, сокращение затрат времени врачей и среднего медицинского персонала на ее заполнение;
- централизация отдельных процессов (стерилизация инструментария, отдельных материалов, доставка в отделение медикаментов, белья);
- усовершенствование управления больницей.

Показатели деятельности стационара:

- обеспеченность населения стационарной помощью,
- нагрузка медицинского персонала,
- материально-техническая и медицинская оснащенность,
- использование коечного фонда,
- качество стационарной медицинской помощи, ее эффективность,
- летальность,
- частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов.

Контрольные вопросы

1. Организация лечебно-профилактической помощи городскому населению
2. Основные учреждения лечебно-профилактической помощи в городе
3. Городская поликлиника. Принципы работы, структура, задачи, функции
4. Участковый терапевт и участковая медсестра. Задачи, функции
5. Организация работы городской поликлиники, подбор и распределение кадров
6. Организация стационарной помощи городскому населению
7. Стационар. Структура, задачи, функции
8. Подбор кадров для стационара. Задачи и функции основных сотрудников
9. Организация стационарозамещающей помощи
10. Основные мероприятия, направленные на снижение загруженности стационара
11. Диспансер. Структура, задачи, функции

Организация лечебно-профилактической помощи детскому населению

Здравоохранение материнства и детства - это комплекс государственных и общественных мероприятий, направленных на укрепление здоровья женщин и детей и улучшение демографической ситуации, на обеспечение здорового всестороннего развития молодежи и детей.

Значимость системы охраны матери и ребенка возрастает, учитывая отрицательные изменения демографической ситуации, повышение заболеваемости отдельными болезнями и инвалидности, как трудоспособного населения, так и детей.

Согласно статьям 60 и 62 Конституции Украины, медицинская помощь детям и подросткам обеспечивается следующими **лечебно-профилактическими и оздоровительными учреждениями**: детскими поликлиниками, отделениями, больницами, санаториями и другими. Контроль осуществляют органы здравоохранения и образования с участием общественных организаций.

Основами законодательства определено **право граждан на государственную помощь при уходе за ребенком** с дефектами физического и психического развития (статья 63). Семья может передать его в соответствующее детское учреждение на государственное содержание. Если за больным ребенком ухаживает семья, государство гарантирует ей право на медикосоциальную помощь, в том числе денежную.

Принцип наилучшего обеспечения интересов ребенка соответственно статье Конвенции ООН закреплено в Кодексе о браке и семье, Гражданском, Криминальном, Кодексе законов о труде, Основах законодательства Украины о здравоохранении. Он воспроизведен также в Законах Украины относительно образования, содействия социальному становлению и развитию молодых, социальной защиты инвалидов и граждан, которые пострадали вследствие Чернобыльской катастрофы.

С 1996 г. государство реализует **Национальную программу "Дети Украины"**. Мероприятия, предусмотренные ею, направлены на обеспечения права каждому ребенку родиться здоровым, выжить, всесторонне развиваться, быть надежно социально и психологически защищенным. Программа реализуется вместе с Национальными программами планирования семьи, улучшение положения женщин, охраны материнства и детства, Национальной программой "Образование" ("Украина, XXI столетие"), Комплексной программой решения проблем инвалидности.

Во всех этих документах определенные конкретные мероприятия, сроки и ответственные исполнители.

Эффективность здравоохранения матери и ребенка зависит от решения ряда задач, к которым относятся:

- социальная защита семьи, матери и ребенка, адресное предоставление социальной помощи;
- первоочередное направление соответствующих ресурсов на развитие соответствующих лечебно-профилактических и оздоровительных учреждений;
- внедрение медицинского страхования и реорганизация действующей системы лечебно-профилактической помощи;

- антенатальная охрана плода с участием соответствующих лечебных и санитарно-профилактических учреждений;
- внедрение современных эффективных медицинских технологий;
- профилактика инфекционных заболеваний, осуществление в полном объеме иммунопрофилактики;
- формирование здорового образа жизни.

Основные этапы охраны материнства и детства:

- **1 этап** - медпомощь будущей матери и подготовка к материнству;
- **2 этап** - комплекс мероприятий по антенатальной охране плода, осуществляемых специализированными акушерско-гинекологическими учреждениями, общей сетью лечебно-профилактических учреждений, санаториями для беременных;
- **3 этап** - интранатальная охрана плода - обеспечение помощи при родах в акушерских отделениях родильных домов или многопрофильных больниц, или в участковых больницах.
- **4 этап** - лечебная помощь новорожденным в отделениях новорожденных роддомов и отделениях новорожденных детских больниц;
- **5 этап** - здравоохранение детей дошкольного возраста, осуществление профилактических мероприятий;
- **6 этап** - здравоохранение детей школьного возраста.

Только действенная социальная политика государства может обеспечить их реализацию путем интенсификации деятельности структур, причастных к охране материнства и детства.

Осуществление многочисленных государственных, общественных, медикосоциальных мероприятий должно происходить на основе основ, предусмотренных соответствующими законодательными актами.

Законодательная база здравоохранения женщин и детей в Украине включает большинство признанных на международном уровне прав человека.

Лечебно-профилактическая помощь детям есть неотъемлемой частью охраны материнства и детства. Она обеспечивает организацию медицинского наблюдения за здоровыми детьми и подростками и предоставляет им при необходимости квалифицированную помощь.

Основные принципы амбулаторно-поликлинической помощи детям:

- бесплатное, систематическое, квалифицированное, доступное врачебное, фельдшерское, сестринское наблюдение за здоровыми детьми;
- непрерывность в наблюдении за здоровьем ребенка с первых дней жизни;
- преемственность в работе врачей, оказывающих лечебно- профилактическую помощь детям;
- этапность в лечении — поликлиника, стационар, санаторий.

К типовым учреждениям, оказывающим лечебно-профилактическую помощь детям, относятся:

- детские городская и областная больницы;
- специализированные детские больницы (инфекционные, психиатрические, туберкулезные, ортопедохирургические, восстановительного лечения);
- диспансеры;
- детские городские поликлиники;
- детские стоматологические поликлиники;

- учреждения по охране материнства и детства (дома ребенка, родильные дома, молочные кухни);
- детские бальнеологические лечебницы;
- грязелечебницы;
- санатории;
- специализированные санаторные учреждения круглогодичного действия;
- детские отделения стационаров и поликлиник общего профиля.

Лечебно-профилактическая помощь детям предоставляется в самостоятельных детских поликлиниках и поликлиниках в составе детских объединенных больниц. В разных больницах развернуто 61,4 тысячи детских коек, которые составляют 66,48 на 10 тысяч детского населения. Обеспеченность детей больничными койками с 1985 года по 2006 год уменьшилась почти на 29%.

Фактическая обеспеченность койками почти совпадает с ориентировочными нормативами их потребности, утвержденными приказом МОЗ Украины № 74 от 24.03.98 г. С 1993 до 1999 гг. число коек в дневных детских стационарах увеличилось в 2,3 раза, а число пролеченных детей возросло с 26,1 тысячи до 74,8 тысячи, то есть в 2,5 раза.

Тем не менее, возрастание роли дневных стационаров само по себе не может решить проблему доступности помощи и ее оптимизации. Этому может помочь увеличение объема и улучшение качества амбулаторно-поликлинической помощи. Интенсивная терапия больным детям обеспечивается в **центрах интенсивной терапии новорожденных**, в аналогичных отделениях интенсивной терапии в роддомах, в областных и городских отделениях детских больниц. Вообще обеспеченность достаточная - 3 врача на 1000 детей, в т.ч. участковых педиатров - 1,2.

Санаторно-курортное лечение обеспечивается в 160 постоянных детских санаториях, где развернуто почти 22,9 тысяч коек. Его получают дети больные туберкулезом, с заболеваниями органов дыхания, пищеварения, нервной, сердечно-сосудистой, костно-мышечной, мочеполовой системами.

Дети-сироты, инвалиды, дети неполных, многодетных и малообеспеченных семей воспитываются в 43 **домах ребенка** (5200 мест). В Украине функционирует более тысячи дошкольных учреждений, которые охватывают организованным воспитанием 200 тыс. детей. Создаются новые типы дошкольных учреждений (или группы): свободного развития, компенсированного, семейные, прогулочные.

За последние годы численность общих дошкольных учреждений уменьшается в связи с сокращением рождаемости и недостаточностью финансирования. 6 млн. учеников учатся в 21300 общеобразовательных школах.

На современном этапе педиатрическая амбулаторно-поликлиническая служба предоставляет медпомощь детям **от рождения до 15 лет** (14 лет 11 мес. 29 дней) в поликлинике, дома, в дошкольных учреждениях и школах.

Современные детские поликлиники обеспечивают проведение комплекса профилактических, лечебных, оздоровительных и других мероприятий.

Размер педиатрического участка – 800 детей.

Для обеспечения работы в детских учреждениях и школах всех типов устанавливается **дополнительно одна должность врача-педиатра** на 600 детей детских садиков (соответствующих групп в яслях-садиках), на 2500 учеников школ.

Главным из принципов здравоохранения, который имеет особое значение в педиатрической практике, является ее **профилактический характер**.

Структура детской поликлиники:

- ❖ регистратура;
- ❖ фильтр с отдельным входом и изоляторы с боксами;
- ❖ отделения или кабинеты педиатров и других врачей-специалистов;
- ❖ кабинет по профилактической работе с детьми (кабинет здорового ребенка);
- ❖ дошкольно-школьное отделение;
- ❖ отделение восстановительного лечения;
- ❖ лечебно-диагностические кабинеты (рентгеновский, физиотерапевтический, лечебной физкультуры, массажа, процедурный, прививочный и др.);
- ❖ дневной стационар;
- ❖ административно-хозяйственная часть (в самостоятельных поликлиниках).

Участковый педиатр осуществляет постоянную связь с женской консультацией, проводит антенатальный патронаж, который имеет особенно важное значение для беременных женщин из группы риска.

Дородовый патронаж направлен на подготовку семьи к появлению ребенка. Его чаще осуществляет участковая медицинская сестра, которая знакомится с социальными условиями семьи, предоставляет советы относительно питания и режима беременной женщины. При необходимости участие в патронаже принимает участковый педиатр (наличие у беременной экстрагенитальной патологии, токсокоза, осложненного акушерского анамнеза, неблагоприятных социально-бытовых условий).

Педиатр посещает новорожденных в первые три дня после выписки из роддома, контролирует действия участковой медицинской сестры, проводит прием детей в клинике.

Важным разделом деятельности участкового педиатра является **профилактическое наблюдение за здоровыми детьми**. В соответствии с действующими методическими рекомендациями в нем принимают участие также врачи других специальностей. Медицинские осмотры в соответствии с **Положением про городскую детскую поликлинику** осуществляются в такой последовательности:

- ✓ **дети 1-го года жизни** - педиатр - ежемесячно, невролог - дважды на год, хирург, ортопед-травматолог (первые три месяца), офтальмолог, отоларинголог - 1 раз в год, логопед и прочие специалисты по показаниям;
- ✓ **дети 2-го года жизни** - педиатр - 1 раз в квартал, стоматолог - 1 раз в год, другие специалисты по показаниям;
- ✓ **дети 3-го года жизни** - педиатр - 1 раз в полугодие, отоларинголог, офтальмолог, стоматолог - 1 раз в год, другие специалисты по показаниям;
- ✓ **дети 4-х лет** - педиатр, стоматолог - 1 раз в год, другие специалисты по показаниям;
- ✓ **дети 5-ти лет** - педиатр, отоларинголог, офтальмолог, невролог, хирург, ортопед, логопед-стоматолог - 1 раз в год, другие специалисты по показаниям;
- ✓ **дети 6-ти лет** - педиатр, стоматолог - 1 раз в год, другие специалисты по показаниям;
- ✓ **ученики 1-го - 3-го классов** - педиатр, стоматолог - 1 раз в год, другие специалисты по показаниям;
- ✓ **ученики 4-го класса** - педиатр, стоматолог, офтальмолог, отоларинголог, хирург, ортопед - 1 раз в год, другие специалисты по показаниям;

- ✓ **ученики 5, 6, 7, 8 классов** - педиатр, стоматолог - 1 раз в год, другие специалисты по показаниям, подготовка к передаче в подростковый кабинет;
- ✓ **ученики 9-го класса (14 лет)** - педиатр, офтальмолог, отоларинголог, хирург, ортопед, стоматолог - 1 раз в год, другие специалисты по показаниям.
- ✓ Далее они передаются в **подростковый кабинет**.

В современный период, учитывая на снижение рождаемости и возможное уменьшение нагрузки педиатров, практикуют **привлечение педиатров к медицинскому обеспечению подростков**.

Детей-инвалидов педиатр должен осматривать 2 раза в год, профильные специалисты по показаниям в соответствии с планом диспансеризации.

Педиатр направляет детей на консультацию, необходимые лабораторные исследования и специальную комиссию для установления противопоказаний к прививкам на определенный срок или полностью, вместе с медицинской сестрой участка планирует их проведение.

Задачи участкового педиатра:

- динамическое наблюдение за группой диспансерного учета;
- осуществление оздоровления детей вместе с врачами других специальностей;
- оценка эффективности диспансеризации;
- обеспечение обследований, необходимых оздоровительных и профилактических мероприятий детям перед вступлением в дошкольное учреждение и школу;
- учет и отбор тех, кто по состоянию здоровья требует санаторного лечения;
- посещение больных дома в случае вызова и предоставление им необходимой помощи;
- назначение при необходимости физиотерапевтических методов и лечебной физкультуры;
- наблюдение за больным ребенком до выздоровления;
- контроль лечения;
- при необходимости организация госпитализации ребенка и/или организация стационара на дому.

Лечение дома ребенка до одного года требует **ежедневного посещения врачом** для контроля своевременной госпитализации тяжелобольных в случае его неэффективности, информирования руководства о причинах ее задержки, направление в СЭС данных о выявленных инфекционных болезнях и о проведенном комплексе мероприятий по предупреждению их распространения.

Участковый педиатр, систематически повышая свою квалификацию, внедряет в практику новые методы лечения и предложения относительно организации обслуживания детей на научных основаниях, проводит санитарно-образовательную работу по вопросам развития и воспитания здорового ребенка, профилактики заболеваний, заполняет утвержденную медицинскую документацию, осуществляет контроль за работой медицинской сестры, создает санитарный актив среди населения участка и привлекает его к проведению санитарно-оздоровительных профилактических мероприятий.

Педиатр **работает по плану**, составленному на основании углубленного анализа состояния здоровья детей и оценки собственной деятельности.

Основные разделы противоэпидемической работы на участке:

- ✓ учет детей, которые подлежат прививкам, планирование этой работы;

- ✓ специфическая иммунизация детей - проведение прививок соответственно рекомендованным срокам;
- ✓ подготовка к прививкам детей, которые часто болеют, при наличии в анамнезе аллергических реакций на введение вакцин;
- ✓ подготовка материалов относительно противопоказаний к проведению прививок для обсуждения на комиссии, выполнение рекомендаций этой комиссии;
- ✓ контроль проведения прививок, учет необыкновенных реакций, профилактика и лечение осложнений после прививок;
- ✓ анализ эффективности прививок на участке.

Профилактические прививки в городах осуществляют в соответствующих кабинетах при детских поликлиниках, а в сельской местности - в лечебно-профилактических учреждениях сельского врачебного участка ли в поликлиническом отделении районных больниц. Прививку детям, которые посещают детские дошкольные учреждения и школы, проводят в этих учреждениях.

Кабинеты прививок детских поликлиник, которые обслуживают 10 тысяч детей и более, возглавляют **врачи-иммунологи**, в поликлиниках меньшей мощности общее руководство их работой могут осуществлять главный врач поликлиники, его заместитель или заведующий педиатрического отделения детской поликлиники.

Должности медицинских сестер кабинетов прививок устанавливаются из расчета одна должность на каждые 3000 детей, которые не посещают школ, детских дошкольных учреждений, но не менее одной должности.

Содержание работы прививочного кабинета:

- разработка совместно с участковым врачом планов профилактических прививок на территории обслуживания;
- организация и проведение запланированных профилактических прививок;
- ведение карты профилактических прививок;
- посещаемость дома детей после прививки для выяснения состояния здоровья ребенка, а также после проведения биологических (иммунологических) проб, если дети не появились для проверки к поликлинике;
- организация участковым медицинским персоналом точного учета детей, которые подлежат прививкам, отбора их для прививок и обеспечения прибытия на процедуру;
- составление ежемесячных и годовых отчетов о выполнении прививок;
- изучение эффективности прививок с помощью иммунологических реакций и анализа заболеваемости детей сравнительно с данными о вакцинации;
- контроль ведения учетной документации, участие в оформлении листов нетрудоспособности и справок по уходу за больным ребенком;
- анализ состояния здоровья детей и показателей работы отделения;
- контроль и наблюдение за группой риска, детьми, которые перенесли асфиксию, травму во время родов, болеющих рахитом, экссудативным диатезом, а также за детьми из неблагополучных семей или теми, у которых неблагоприятные жилищные условия и т.п.;
- руководство работой педиатров отделения относительно предоставления лечебно-профилактической помощи детям в поликлинике и дома;
- участие в передачи документации на подростков для дальнейшего наблюдения в подростковом кабинете поликлиники для взрослых;
- проведение мероприятий по повышению квалификации персонала;
- внедрение рациональных форм медицинского обслуживания детей;

- экспертная оценка качества лечения (по показателям качества лечения и диспансеризации).

Медпомощь детям, которые посещают дошкольные учреждения и школы предоставляется медицинскими работниками в этих учреждениях, работой которых руководит заведующий соответствующим отделением поликлиники.

Обязанности врача этого отделения:

- ❖ проведение плановых профилактических осмотров детей перед прививкой, контроль их проведения;
- ❖ назначение детям диагностических проб, лабораторных исследований и лечения;
- ❖ наблюдение за диспансерной группой больных детей;
- ❖ рекомендации относительно организации питания детей;
- ❖ медицинский контроль физического воспитания и закаливания детей;
- ❖ работа по профилактике травматизма, его учет и анализ всех случаев травм;
- ❖ контроль по условиям быта, воспитанием, питанием;
- ❖ санитарно-образовательная работа с отцами и персоналом дошкольного учреждения;
- ❖ организация работы относительно защиты детей от инфекционных заболеваний.

Специализированная медпомощь отоларинголога, хирурга, окулиста, невролога должна предоставляться в любой детской поликлинике. Ортопеды, нефрологи, эндокринологи, детские гинекологи, врачи функциональной диагностики могут работать в одной из детских поликлиник, если их несколько на территории. Психоневролог, дерматовенеролог, онколог, фтизиатр ведут прием в соответствующих диспансерах, могут быть выделены день и часы для работы в детской поликлинике.

Восстановительное лечение проводят в самостоятельных отделениях детских поликлиник, где применяются лечебная гимнастика, плавание, механотерапия, гидрокинезотерапия, физиотерапия, ингаляция, массаж, лечебная хореография. Такие отделения могут обслуживать детей только одного административного района города или нескольких районов или даже всего города.

Для усиления контроля над лечением создается **реабилитационная комиссия** в составе заведующий отделением, физиотерапевта, врача из лечебной физической культуры. Если необходимо, привлекаются врачи других специальностей. Комиссия осуществляет отбор детей, разработку индивидуальных планов, контроль проводимого лечения.

К контингентам, которые наиболее часто требуют реабилитации, принадлежат дети с **заболеваниями органов дыхания** (хронические пневмонии, бронхиты, бронхиальная астма) и **патологией нервной системы** (детский церебральный паралич, невриты), **врожденные и приобретенные болезни опорно-двигательного аппарата** (переломы, врожденные вывихи бедра, дисплазия коленного сустава, кривошея).

На современном этапе наряду с развитием стационаров дома приобрели распространение **дневные стационары**. Изучение работы дневных стационаров для взрослых показывает целесообразность и эффективность этой организационной формы предоставления лечебно-профилактической помощи. Этот опыт распространяется на медицинское обеспечение детей.

В состав дневного стационара входят палаты, манипуляционная, кабинет врача, комнаты для игр и для приема пищи и т.п.

Деятельность детской поликлиники оценивается по данным отчета-вкладыша «О медицинской помощи детям», первичной медицинской документации.

Основные показатели деятельности детской поликлиники:

- показатели организации патронажа — дородового (отношение числа детей, матери которых посещались медицинской сестрой, к числу новорожденных) и послеродового (отношение числа новорожденных, находившихся под наблюдением в первые 3 дня после выписки из родильного дома, к числу новорожденных);
- систематичность наблюдения детей в возрасте 1, 2 и 3 лет (отношение числа детей, наблюдавшихся систематически, к общему числу детей);
- доля детей, находившихся на грудном вскармливании;
- индекс здоровья детей различных возрастных групп;
- заболеваемость новорожденных и повозрастная заболеваемость (на 1000 детей);
- показатели перинатальной и младенческой смертности;
- удельный вес профилактических осмотров детей в поликлинике;
- выявляемость острых и инфекционных заболеваний в поликлинике;
- удельный вес активных посещений детей педиатром на дому;
- полнота охвата детей профилактическими осмотрами по возрастным группам;
- выявляемость заболеваний при профилактических осмотрах;
- летальность на дому;
- эффективность диспансерного наблюдения детей;
- доля детей, имеющих нарушения осанки, снижение остроты зрения и др.

В медицинском обеспечении детей важное место занимает **стационарная помощь**. Потребность в стационарной помощи возникает при необходимости в постоянном врачебном наблюдении за больным ребенком, в проведении комплексного интенсивного лечения и исследований, которые невозможно осуществить в амбулаторно-поликлинических условиях.

Стационарная помощь предоставляется в больницах, медицинских центрах, диспансерах. Дети получают ее в детских больницах (многопрофильных или специализированных). Стационарную помощь детям предоставляют также детские отделения объединенных больниц.

Детская больница имеет в своем составе следующие **основные структурные подразделения**:

- ✓ отделение приема и выписки больных;
- ✓ клиническое отделение; изоляционно-диагностическое отделение;
- ✓ вспомогательные отделения и службы;
- ✓ административно-хозяйственные службы.

Основной задачей детской больницы (отделения) является предоставление высококвалифицированной помощи в достаточном объеме и надлежащего качества.

Важную роль в организации работы стационара играет **приемное отделение**. Оно обеспечивает:

- ❖ медицинский осмотр, заполнение первичной документации, распределение детей в соответствующие отделения;
- ❖ изоляцию детей, которые были в контакте с инфекционными больными;
- ❖ предоставление первой неотложной помощи;
- ❖ санитарную обработку;
- ❖ учет движения больных в стационаре;
- ❖ справочно-информационные функции;

❖ выписку из стационара.

В больших больницах создаются **изоляционно-диагностические отделения**. Для этого используют приблизительно 2/3 боксов. В эти отделения госпитализируют детей с невыясненным диагнозом, с осложненным эпидемиологическим анамнезом, при подозрении на наличие острых инфекционных заболеваний. Если дети заболели инфекционным заболеванием в стационаре, их также направляют в это отделение.

Лечебные отделения рассчитаны на 40-60 коек с изолированными одна от другой палатными секциями на 20-30 коек. Палаты должны быть небольшими, на 3-4 койки, которые заполняются одновременно с учетом возраста, пола и заболевания ребенка.

Опыт работы многих лучших детских больниц доказал необходимость создания палатных секций для недоношенных и новорожденных в виде изолированных блоков с боксами на одну койку.

Санитарно-гигиенические требования к палатам:

- на одну ребенка может приходиться не менее 6 м² полезной площади;
- обязательна влажная уборка с использованием дезинфицирующих растворов.

На 1 врача-ординатора приходится до 20 детей.

На современном этапе важно создание **отделений для предоставления медпомощи новорожденным**. Основные из них:

- отделение для недоношенных детей;
- патологии новорожденных;
- неонатальной неврологии и хирургии, интенсивной терапии.

Все другие отделения детской больницы, независимо от возраста детей, должны иметь возможность изолировать больных в 1-2-коечные палаты-полубоксы.

В отделениях для старших детей предусмотрена столовая, комната для игр, школьных занятий. Это важно, прежде всего, в тех отделениях, где дети проходят продолжительное лечение (ревматологическое, нефрологическое и т.п.).

Медицинское обслуживание детей, которые живут в сельской местности, осуществляется на общих основаниях. Отличия в формах организации разных видов медпомощи обусловлены особенностями расселения сельского населения, плотностью населения, состоянием путей и т.п.

Медицинское наблюдение за детьми раннего возраста в сельской местности осуществляет акушерка, за старшими детьми - фельдшер. Их **обязанности:**

- ежегодная перепись детей до 15 лет при подворных обходах;
- учет новорожденных, прибывших из другого местожительства;
- патронажная посещаемость новорожденного: в первые 3 дня после выписки из роддома, в 2 недели и в 1 месяц, ежемесячное наблюдение на протяжении первого года (число наблюдений зависит от состояния здоровья ребенка);
- контроль физического развития детей (систематическое взвешивание, измерение антропометрических показателей);
- при заболевании в особенности детей раннего возраста обязательна консультация с участковым врачом, своевременная госпитализация в участковую или районную больницу;
- систематический патронаж детей, которые находятся под диспансерным надзором по поводу гипотрофии, рахита, заболеваний пищеварительной системы, туберкулезной

интоксикации, после острых заболеваний, недоношенных и детей, которые находятся на искусственном вскармливании или раннем прикорме;

- оснащение в помещении ФАП «Уголка ребенка», где должны быть весы, ростомер, стол для пеленания, выставка предметов ухода за ребенком и санитарно-образовательная литература;
- своевременное проведение профилактических прививок и их учет;
- лечебно-профилактическая и санитарно-противоэпидемическая работа в дошкольных учреждениях и школах, санитарно-образовательная работа;
- противотуберкулезная работа среди детей.

Специализированную амбулаторно-поликлиническую помощь детям в ЦРБ обеспечивают 4-6 специалистов, а также 18-20 специалистов, которые обслуживают взрослое население, им выделяют определенные часы для приема детей.

Центром высококвалифицированной специализированной помощи детям является **детское отделение областной поликлиники или областная детская больница**.

Контрольные вопросы

1. Система оказания медицинской помощи детям. Основные учреждения и их задачи
2. Охрана материнства и детства. Законодательная база
3. Организация работы детской поликлиники. Задачи, функции, структура, штаты
4. Организация стационарной помощи детскому населению. Задачи и устройство детского стационара
5. Организация высокоспециализированной помощи детскому населению
6. Мероприятия по рациональному использованию коечного фонда

Организация акушерско-гинекологической помощи населению

Конвенция Международной организации труда (МОТ) №103 (1952 г.) предусматривает государственную помощь будущей матери - обеспечение необходимого уровня жизни, медпомощи, запрет во время беременности работать в опасных и вредных условиях, предоставление отпуска до и после родов, для воспитания ребенка. Эти положения установлены в VII разделе Основ законодательства Украины о здравоохранении (1992 г.).

Если в строительстве и на транспорте часть женщин составляет 26-30%, то в торговле и образовании она достигает 3/4 работающих, а в здравоохранении превышает 80%.

В связи с этим, большое значение имеет создание оптимальных условий для обеспечения прав женщин. Это, прежде всего, касается реализации положений определенных документами Международной организации труда (МОТ). Большинство из них, так или иначе, направлены на защиту репродуктивной функции женщины.

В статье 57 освещены мероприятия по поощрению материнства, гарантий здравоохранения матери и ребенка, а именно:

- организация сети женских, медико-генетических и других консультаций, родильных домов, санаториев и домов отдыха для беременных женщин и матерей с детьми, яслей, садиков и других детских учреждений;
- запрет труда женщин на опасных и вредных для здоровья производствах;
- улучшение и оздоровление условий труда и быта;
- устранение отрицательных экономических факторов;
- предоставление отпуска в связи с беременностью и родами с выплатой помощи из фонда социального страхования;
- денежная помощь при рождении ребенка и на время ухода за ним во время болезни;
- государственная и общественная помощь детям.

С целью охраны здоровья женщине предоставляется право самой решать вопрос о материнстве. Соответственно статье 50 женщина сама решает вопрос об искусственном прерывании беременности (на сроке 12 недель) в аккредитованных учреждениях здравоохранения. При большем сроке (от 12 до 28 недель) аборт может быть сделан лишь по социальным и/или медицинским показаниям в отдельных случаях.

Каждой женщине предусмотрено обеспечение в соответствующих учреждениях квалифицированное медицинское наблюдение за ходом беременности, стационарной помощи при родах и лечебно-профилактической помощи матери и новорожденному (статья 58).

Видное место в решении проблем сохранения и укрепление репродуктивного здоровья принадлежит мероприятиям по **планированию семьи**. **Цели планирования семьи**, по определению ВОЗ:

- ✓ предотвращение нежелательной беременности;
- ✓ возможность регулировать время рождения ребенка;
- ✓ самостоятельное определение семьей количества детей;
- ✓ рождение желательных здоровых детей;
- ✓ профилактика заболеваний, которые передаются половым путем.

Мероприятия, направленные на осуществление этой цели, являются важной составной частью ПМСД.

Национальная программа утверждена в Украине в 1995 г. На современном этапе формируется сеть соответствующих учреждений планирования семьи. При Институте педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины создан главный центр, функционируют 42 областных и межобластных центра, и более 400 кабинетов при больницах. Кроме того, кабинеты "Брак и семья" в составе амбулаторно-поликлинических учреждений предоставляют консультации относительно планирования семьи.

На базе отделений детской и подростковой гинекологии лечебно-профилактических учреждений созданы центры по вопросам полового воспитания подростков.

Программой также предусмотрены осуществление системы консультирования и подготовки подростков и молодежи по вопросам полового воспитания, сексуального и репродуктивного поведения.

Разработана **Программа поддержки грудного вскармливания детей**, действуют центры поддержки лактации. С 1996 г. мать и ребенок имеют право на общее пребывание в родильном отделении.

Вопросами социальной защиты женщин и детей занимаются также **неправительственные организации**. В государстве действуют и сотрудничают свыше 20 всеукраинских женских организаций (Союз женщин Украины, Союз украинок, Женская община и др.), почти 400 неправительственных организаций, которые провозглашают работу с детьми как свою уставную деятельность (Детский фонд Украины, Украинский молодежный черномыльский фонд, Ассоциация защиты детей-инвалидов и т.п.), около 80 организаций и объединений регионального уровня. Опыт их работы и направления дальнейшей деятельности обсуждались на Всеукраинском конгрессе женщин в Киеве (май 1998 г.).

В Украине действует ряд **международных программ**, направленных на усовершенствование системы охраны материнства и детства. Международную помощь для их осуществления предоставляют учреждения ООН ВООЗ, ЮНИСЕФ, Европейский Союз, правительства США, Германии, Канады, Большой Британии, Франции и т.п., а также международные фонды и неправительственные организации.

Уже реализованы программы "Украинская инициатива из здравоохранения", Программа контроля материнской и младенческой смертности и смертности детей", "Программа ликвидации водозависимых заболеваний", "Черномыльский проект гуманитарной помощи и реабилитации", "Инициатива больницы, дружеской ребенка" и много других.

Международная и межгосударственная помощь позволила нашему государству решить ряд конкретных задач, а главное, определенным образом повлияла на смену представлений и подходов к решению этих проблем.

Содержание приведенных законодательных документов и государственных программ свидетельствует об обеспечении организационных основ деятельности государства относительно охраны материнства и детства. В местных органах исполнительной власти созданы подразделения по соответствующим вопросам. Увеличивается количество центров социальных служб для молодых в областных центрах, Киеве и Севастополе, других городах и районах. Общее количество их превышает 400.

Обеспечению медпомощью женщин и детей будет способствовать:

- ❖ сохранение служб здравоохранения матери и ребенка, их адаптация к изменениям в экономике государства;

- ❖ реформирование ПМСП на основах семейной медицины; с определением ее приоритетности женщинам и детям;
- ❖ внедрение эффективных технологий в работу лечебно-профилактических учреждений;
- ❖ профилактика заболеваемости;
- ❖ гигиеничное воспитание с акцентом на пропаганду здорового образа жизни.

С целью научного обоснования и разработки мероприятий по улучшению здоровья женщин и детей в 1992 г. Институтом педиатрии, акушерства и гинекологии АМН начата **научная программа "Семья и дети Украины"**. К ее выполнению привлечены кафедры социальной медицины, экономики и организации здравоохранения медицинских ВУЗов.

Эта программа, как органический фрагмент, вошла в Европейскую программу "Европейское продолжительное исследование беременности и детства", а также в Национальную программу "Дети Украины".

Важной составной частью системы здравоохранения матери и ребенка является **акушерско-гинекологическая помощь**. **Акушерско-гинекологическая помощь** предоставляется в 464 женских консультациях, 89 род домах, а также акушерских и гинекологических отделениях больниц.

Расширяется сеть **медико-генетических учреждений**, к которым относятся областные и межобластные, региональные центры, медико-генетические консультации, Львовский НИИ наследственной патологии, Институт генетики и репродукции (г. Киев), Харьковский медико-генетический центр.

Созданы центры, отделение, кабинеты **детской и подростковой гинекологии**. Кабинеты открыты в областных центрах и больших городах. В некоторых регионах в каждом районном центре работают врачи-гинекологи детского и подросткового возраста.

Обеспеченность акушерками-гинекологами составляет 2,5 на 10 тысяч населения. Ежегодно под наблюдением женских консультаций находится около 440 тысяч беременных, их количество в 90-х годах начало довольно интенсивно уменьшаться (за 5-летний период с 1993 по 1997 гг. на 24%).

Акушерско-гинекологическая помощь может предоставляться как в самостоятельных лечебно-профилактических учреждениях - роддомах и женских консультациях, так и в соответствующих отделениях больниц, поликлиник или медико-санитарных частей, в Украинском консультативно-диагностическом центре матери и ребенка. Она обеспечивается также в перинатальных центрах и в Центре реабилитации репродуктивной функции женщины, в Институте педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины.

Важное место в обеспечении всеми видами акушерско-гинекологической помощи занимает **роддом**. В состав роддома могут входить стационар и женская консультация; последняя может функционировать самостоятельно.

Амбулаторно-поликлиническую, акушерско-гинекологическую помощь обеспечивает **женская консультация**.

Основными структурными подразделениями современной женской консультации являются:

- регистратура;
- кабинеты участковых акушеров-гинекологов;

- кабинеты по профилактике беременности, по психопрофилактической подготовке к родам;
- физиотерапевтический кабинет;
- манипуляционная;
- кабинеты терапевта, онколога-гинеколога, дерматовенеролога, стоматолога;
- социально-правовой кабинет;
- комната молодой матери;
- операционная;
- эндоскопический кабинет и цитологическая лаборатория;
- клиничко-диагностическая лаборатория;
- кабинет функциональной диагностики;
- рентгеновский кабинет;
- кабинет для административно-хозяйственных нужд.

Основные задачи женской консультации:

- ✓ проведение мероприятий по профилактике осложнений беременности, родов, послеродового периода и гинекологических заболеваний;
- ✓ предоставление акушерско-гинекологической помощи;
- ✓ внедрение в практику современных методов диагностики и лечение беременных, гинекологических больных и лиц группы риска;
- ✓ проведение работы по вопросам контрацепции и профилактики абортот;
- ✓ профилактика и лечение бесплодия;
- ✓ предоставление социально-правовой помощи.

Выполнение указанных задач требует осуществление многочисленных функций, к которым относятся:

- ❖ амбулаторный прием беременных и больных гинекологическими заболеваниями;
- ❖ профилактический осмотр женщин;
- ❖ полноценное комплексное обследование беременных и гинекологических больных;
- ❖ диспансерное наблюдение за беременными и гинекологическими больными;
- ❖ выявление осложнений беременности и своевременная госпитализация женщин в отделения или палаты патологии беременности;
- ❖ профилактика и лечение бесплодия;
- ❖ экспертиза временной нетрудоспособности;
- ❖ гигиеничное воспитание с целью подготовки к будущему материнству.

Штаты врачей акушеров-гинекологов согласно приказу МОЗ Украины № 33 от 23.02.2000 г. формируются из расчета: одна должность врача на 3300 женского населения.

Для предоставления амбулаторной помощи детям и подросткам устанавливается **должность врача-гинеколога детского и подросткового возраста** из расчета 0,5 должности на 10 тыс. указанного населения вместо 0,5 должности врача акушера-гинеколога амбулаторного приема.

В женской консультации предусмотрены должности **других специалистов**: терапевта на 60 тыс. и стоматолога на 100 тыс. взрослого населения, которое проживает на территории обслуживания.

Нагрузка акушера-гинеколога на амбулаторном приеме составляет 5 женщин в час, продолжительность рабочего дня — 6,5 часов при 5-дневной рабочей неделе. Нагрузка на акушера-гинеколога — от 7000 до 8000 посещений консультации здоровыми женщинами, беременными и гинекологическими больными в год.

Должности акушерок вводятся соответственно должностям акушеров-гинекологов. Женская консультация осуществляет свою работу по **участково-территориальному принципу**.

Акушеры-гинекологи выполняют следующие функции:

- ❑ предоставляют медпомощь в консультации и дома;
- ❑ сотрудничают с участковыми терапевтами, педиатрами (или семейными врачами), с другими специалистами, которые предоставляют помощь женщинам, проживающим в районе обслуживания.

Женская консультация обеспечивает:

- ❖ раннее выявление беременных, до 12 недель беременности, взятие их под диспансерное наблюдение;
- ❖ систематическое наблюдение – 12-13 раз при нормальном течении беременности (1 раз в месяц в первой половине, 2 раза в месяц во второй половине и 3-4 раза после 32 недель);
- ❖ осмотр беременных терапевтом 2 раза, стоматологом и другими специалистами по показаниям;
- ❖ проведение лабораторных и функциональных исследований: анализ крови 3-4 раза, мочи при каждом посещении консультации, дважды реакция Васермана, определение резус-принадлежности и группы крови, исследования на ВИЧ-инфекцию, токсоплазмоз, при необходимости биохимические исследования и т.п.;
- ❖ ультразвуковое исследование на 16-18-ой и 22-24-ой неделях беременности;
- ❖ медико-генетическое консультирование по показаниям (рождение детей с пороками развития при предшествующих беременностях, привычные выкидыши, мертворождения невыясненной этиологии, наличие врожденных аномалий и психических заболеваний родственников 1-3 степени родства).

При посещении беременной консультации выясняются условия ее работы и быта, выявляются факторы риска и уточняется план диспансерного наблюдения. При наличии экстрагенитальных заболеваний, осложнений беременности частота посещений консультации увеличивается. При необходимости женщину госпитализируют в отделения патологии родильного дома или в соответствующее специализированное отделение, ее могут также направить в санаторий для беременных. Если беременная работает во вредных условиях, консультация выдает справку о необходимости перевода женщины на другую работу.

В женской консультации проводится целенаправленное **гигиеническое воспитание беременных** относительно соблюдения правил личной гигиены, режима работы, отдыха, питания.

Школа материнства учит женщину в первой половине беременности ухода за ребенком, во второй - организовывает занятия по вопросам психопрофилактической подготовки к родам. Большое значение имеет формирование психологической установки на грудное вскармливание с целью реализации соответствующих принципов ВОЗ и ЮНИСЕФ. Эта кропотливая работа проводится поэтапно: в женской консультации, родовом стационаре, детской поликлинике.

По действующим законодательством **беременным женщинам предоставляют лист нетрудоспособности** на 70 суток до родов и 56 суток после родов (в сумме на 126). В случае осложненных родов, при рождении нескольких детей отпуск удлиняется на 14 суток (140 суток). Женщинам, которые живут в зонах радиоактивного загрязнения и/или имеют статус пострадавших от аварии на ЧАЭС, отпуск предоставляется на 180 дней.

Деятельность женской консультации оценивается по следующим показателям:

- ❑ своевременность обращения беременных (до 12 недель) - отношение числа женщин, поступивших под наблюдение в сроки до 12 недель, к общему числу беременных, умноженное на 100%; аналогично оценивается доля беременных, поступивших с поздними сроками (после 28 недель) беременности;
- ❑ частота ошибок в определении срока родов (отношение числа женщин, родивших позже или ранее установленного срока на 15 дней и более, к общему числу родивших женщин);
- ❑ среднее число посещений беременными консультаций до родов — отношение числа посещений беременными к числу беременных женщин;
- ❑ полнота обследования беременных: отношение числа беременных, обследованных терапевтом (стоматологом, на резус-фактор и др.), к числу женщин, которые рожали;
- ❑ осложнения беременности (отношение числа беременных с токсикозами к общему числу беременных);
- ❑ исходы беременности (процент беременных, у которых беременность закончилась родами);
- ❑ охват беременных психопрофилактикой;
- ❑ частота основных видов экстремальной патологии и осложнений;
- ❑ частота мертворождений;
- ❑ уровень перинатальной смертности на 1000 беременных;
- ❑ показатели гинекологической заболеваемости женщин.

Кроме лечебно-профилактической помощи беременным, акушеры-гинекологи женских консультаций обеспечивают **медпомощь гинекологическим больным**.

В стационарах роддомов с соответствующими подразделениями предоставляют квалифицированную стационарную помощь женщинам во время беременности, родов, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях, а также новорожденным.

Стационар роддома состоит из следующих структурных подразделений:

- Приемно-пропускной блок – для беременных и родильниц (2 смотровые – для физиологического и обсервационного отделений), для гинекологических больных.
- Физиологическое акушерское отделение (50-55% акушерских коек):
 - ✓ предродовые палаты (10—12% от общего числа коек в отделении);
 - ✓ родовой блок (число родильных коек должно составлять 6—8% от всего числа коек в отделении);
 - ✓ послеродовое отделение;
 - ✓ отделение для новорожденных;
 - ✓ палаты для совместного пребывания матери и ребенка.
- Обсервационное отделение (20 — 25% акушерских коек):
 - ✓ родовой блок;
 - ✓ послеродовые палаты.
- Отделение патологии беременных (палаты патологии беременных – 25-30% акушерских коек).
- Гинекологические отделения:
 - ✓ Палаты консервативного лечения
 - ✓ Палаты оперативного лечения
 - ✓ Палаты искусственного прерывания беременности

По штату в отделении работают заведующий, акушеры-гинекологи, старшая акушерка, акушерки.

Основными задачами родильного дома (родильного отделения больницы) являются:

- ❖ оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде;
- ❖ оказание квалифицированной стационарной помощи женщинам, имеющим гинекологические заболевания;
- ❖ обеспечение наблюдения и ухода за здоровыми новорожденными;
- ❖ оказание квалифицированной медицинской помощи болеющим и недоношенным детям;
- ❖ новорожденным в период их пребывания в родильном доме.

Для обеспечения медпомощи новорожденным устанавливается должность заведующего соответствующего отделения, педиатра, медицинских сестер.

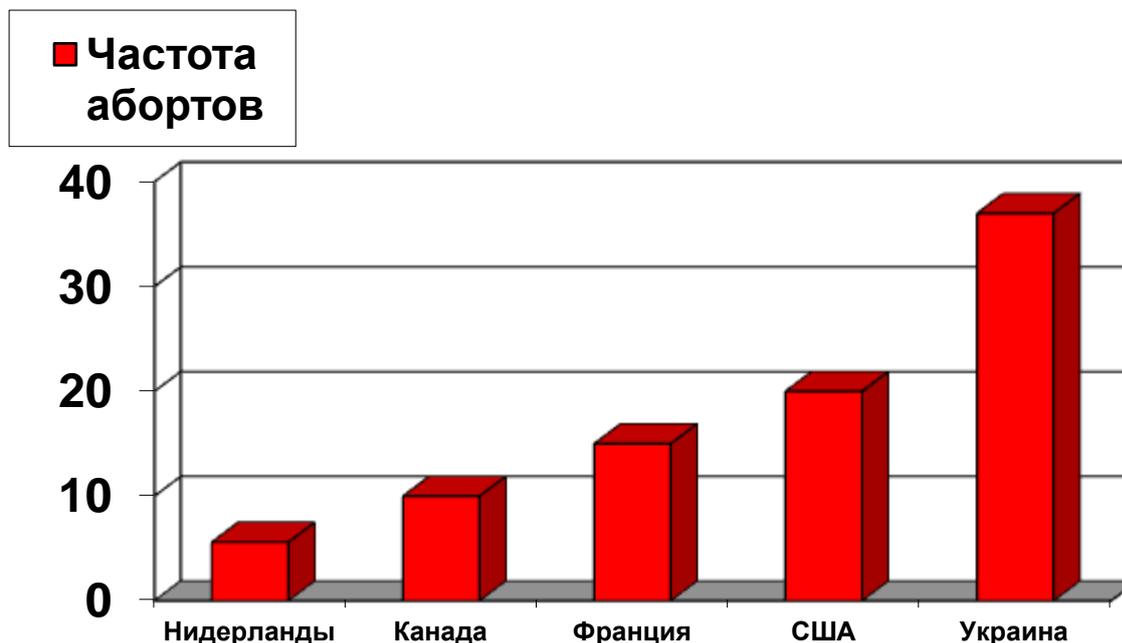
Особенности работы заведующего акушерского отделений и отделения для новорожденных состоят в поддержании связи с женской консультацией, детской поликлиникой и другими ЛПУ относительно решения вопросов преемственности в обслуживании женщин и детей, подготовки первых к госпитализации и других к передаче под наблюдение детской поликлиники, а также организация социально-правовой защиты.

Как уже отмечалось, **показатели здоровья беременных на протяжении последних лет ухудшились** в связи с отрицательным влиянием многих факторов. Возрастает частота экстрагенитальной патологии. По данным исследований кафедры социальной медицины, экономики и организации здравоохранения Национального медицинского университета, проведенных в одном из промышленных районов г. Киева, с 1985 по 2002 г. частота экстрагенитальных заболеваний выросла с 21,8 до 50,2 на 100 беременных, то есть в 2,3 раза. Такая же тенденция характерна для гинекологических заболеваний - показатель увеличился в 1,8 раза (с 21,1 до 38,2 на 100 беременных). Исследования, проведенные кафедрой в сельской местности Киевской области, обнаружили значительные расхождения уровней экстрагенитальной патологии у беременных женщин, которые живут в экологически неблагоприятном и условно чистом регионах. Увеличивается число осложнений и оперативных вмешательств. Частота нормальных родов в Украине с 1994 по 2003 год уменьшились с 34,2% до 30,8%.

Довольно ощутимое **снижение уровня аборт**ов за период с 1990 по 2002 гг. не должно успокаивать общественность. Дело в том, что частота абортов в Украине превышала аналогичный показатель Франции в 2,6 раза, не говоря уже о государствах, где этот показатель составлял лишь 5,6% (см. диаграмму ниже). Общеизвестными следствиями искусственных абортов являются не только нарушение репродуктивного здоровья (бесплодие, воспалительные процессы), но и их отдаленные последствия (снижение физиологической зрелости новорожденных и т.п.). Снижение общего количества официально зарегистрированных абортов в Украине сопровождается повышением их при первой беременности. По данным социологического опроса "Здоровье - 1996" первую беременность перерывали около 14% украинок.

Количество искусственных абортов по данным разных стран растет среди молодых. Эта ситуация присуща и Украине, где частота этих абортов с 1994 по 2003 год выросла в 3 раза. Это связано с неудовлетворительной системой информации по вопросам планирования семьи, низким уровнем сексуальной культуры населения, недостаточным развитием службы планирования семьи.

Частота аборт в некоторых странах (на 1000 женщин детородного возраста)



Между прочим, предотвращение нежелательной беременности и снижение уровня абортов содействует улучшению репродуктивного здоровья женщины и может существенно повлиять на снижение такого важного показателя как материнская смертность.

Материнская смертность - это смерть женщин на протяжении беременности или причинах, связанных с нею, в течение родов и в течение 42 дней после родов. Показатель рассчитывается на 10 тыс. живорожденных детей. Как свидетельствуют эксперты ООН, предотвращение нежелательной беременности может снизить его в среднем на 25%. Хотя в структуре причин материнской смертности ведущие места занимают заболевания, связанные с беременностью (кровотечения, гестозы, септические осложнения), одной из весомых причин остается аборт.

Уровни материнской смертности в разных странах колеблются в значительных границах: от 6 на 100 тыс. живорожденных в странах Европы до 1000 в некоторых странах Азии и Африки. В Украине (2005 г.) показатель составлял с колебаниями в разных регионах от 15 до 60 на 100 тыс. живорожденных. Об ухудшении репродуктивного здоровья свидетельствует также возрастание частоты невынашивания беременности с 1990 по 1998 гг. Это касается преждевременных родов и выкидышей. Наибольший риск невынашивания среди беременных с экстрагенитальной патологией в особенности при анемиях, частота которых с 1990 по 1998 гг. увеличилась в 4,5 раза. Одним из показателей репродуктивного здоровья является **бесплодие**. В соответствии с признанием ВОЗ бесплодным считается брак, при котором в детородном возрасте при регулярной половой жизни в течение года, без применения противозачаточных средств, женщина не беременеет.

По данным отдельных исследований, рождение ребенка в США и экономически развитых странах Европы является проблемой для 14-22% семейных пар. В Украине бесплодные браки составляют до 15%. Бесплодие зависит от состояния здоровья, как женщин, так и мужчин. Исследовательские данные свидетельствуют о постепенном возрастании показателя более интенсивными темпами среди мужчин. Бесплодию женщин способствует искусственное прерывание беременности (22 %), воспалительные заболевания (6 %), а также эндокринные расстройства.

Значительной проблемой для многих стран является **рождение детей с низкой массой тела** (до 2500 г). В странах Европы, как и в Украине, частица таких детей составляет 6%. Недоношенные дети, новорожденные с низкой массой и родившиеся больными требуют значительного внимания, сложных методик обследования, ухода, лечения.

Состояние здоровья новорожденных зависит, прежде всего, от факторов риска со стороны матери (эндокринная патология, привычные выкидыши, лечение бесплодия, экстрагенитальная патология и т.п.). Эти неблагоприятные условия антенатального периода снижают компенсаторные возможности детского организма, приводят к замедлению постнатальных адаптационных изменений и могут вызвать развитие патологического состояния.

Существующая система медпомощи в стационарах роддомов рассчитана главным образом на **лечение** заболеваний новорожденных, а не на их **предупреждение**. Значительная заболеваемость новорожденных, комплексное отрицательное влияние многих факторов на развитие плода, течение родов и результаты беременности определяют необходимость определенной реорганизации акушерской стационарной помощи.

Во многих странах начали создавать акушерскую службу разных уровней по объему и качеству медпомощи в зависимости от степени риска перинатальной смертности. Организованы также региональные перинатальные центры для медицинского обеспечения беременных высокого риска, учитывая весомую - до 10% - часть таких женщин в популяции репродуктивного возраста. Неонатологи перинатального центра должны быть ориентированы на обслуживание новорожденных группы высокого риска, которое предусматривает надлежащее наблюдение и при потребности интенсивное лечение.

Противоэпидемический режим. Основной особенностью родовспомогательных учреждений является постоянное пребывание в них высокочувствительных к инфекциям новорожденных и женщин в послеродовом периоде. Поэтому в родовспомогательном учреждении должен проводиться специальный комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, включающий:

- своевременное выявление и изоляцию рожениц, родильниц и новорожденных с гнойно-септическими заболеваниями;
- своевременное выявление носителей инфекции и их санацию;
- применение высокоэффективных методов обеззараживания рук медицинского персонала и кожи операционного поля;
- пастеризацию грудного молока;
- организацию централизованной стерилизации белья, перевязочного материала, инструментов, шприцев;
- использование методов и средств дезинфекции для обработки различных объектов внешней среды (постельные принадлежности, одежда, обувь, посуда и др.).

Один раз в квартал проводятся осмотр и обследование персонала на носительство золотистого стафилококка. Персонал ежедневно перед выходом на смену принимает гигиенический душ и проходит врачебный осмотр (термометрия, осмотр зева и кожи). Работники родильного дома обеспечиваются индивидуальными полотенцами, шкафчиками для одежды. Спецодежду меняют ежедневно, при возникновении внутрибольничных инфекций 4-слойные маркированные маски меняют каждые 4 ч. Акушерские стационары закрывают для полной дезинфекции не реже 1 раза в год.

Методики вычисления показателей деятельности родильного дома и деятельности больницы одинаковые. При анализе этих показателей следует помнить, что акушерская

койка должна быть занята в городе 300 дней, в сельской местности — 280 дней, а гинекологическая — в среднем 330—340 дней в году. Среднее число дней пребывания больной на койке составляет в акушерском отделении — 9,7, гинекологическом — 6,5.

Основные показатели деятельности родильного дома:

- ❑ удельный вес родов, принятых вне родильного дома (отношение числа родивших вне роддома к числу принятых родов);
- ❑ медицинская помощь при родах (доля родов с медикаментозным обезболиванием от общего числа принятых родов в %);
- ❑ удельный вес женщин с осложненными родами и частота осложнений в послеродовом периоде на 1000 родивших;
- ❑ частота мертворождений (отношение числа родившихся мертвыми к числу всех родившихся живыми и мертвыми, умноженное на 1000);
- ❑ частота недоношенности (отношение числа родившихся недоношенными к общему числу родившихся, умноженное на 100%);
- ❑ заболеваемость новорожденных на 1000 родов (доношенных, недоношенных);
- ❑ смертность новорожденных на 1000 родов (доношенных, недоношенных);
- ❑ перинатальная смертность (отношение суммы числа родившихся мертвыми и числа умерших в первые 168 ч к числу родившихся живыми и мертвыми, умноженное на 1000);
- ❑ материнская смертность (отношение числа умерших беременных, рожениц и родильниц (в течение 42 дней после родов) к числу родившихся живыми, умноженное на 100000).

Контрольные вопросы

1. Современное состояние акушерско-гинекологической помощи в Украине
2. Законодательные основы охраны материнства и детства
3. Основные участники системы охраны материнства и детства
4. Акушерско-гинекологическая консультация. Структура, персонал, задачи и функции
5. Родильный дом. Структура, персонал, задачи и функции
6. Основные показатели деятельности родильного дома
7. Основные показатели деятельности женской консультации

Организация работы санитарно-эпидемиологической службы в Украине

Среди принципов здравоохранения, определенных соответствующими основами законодательства Украины, важное место занимает предупредительно-профилактический характер, комплексный социальный, экологический и медицинский подход к здравоохранению (статья 4). Санитарная организация в России возникла после отмены крепостного права и организации земств в 1864 году.

Передовые врачи того времени С.П.Боткин, А.В.Петров, А.А.Серебряков, И.И.Моллесон и др. высказывали мысль о необходимости создания санитарной организации, которая бы занималась изучением причин широкого распространения инфекционных заболеваний, влияния различных факторов на здоровье населения, занимались бы их профилактикой.

Начали создаваться санитарные организации в губернских городах и уездах. В 1872 году при Пермском земстве была учреждена должность санитарного врача – им стал земский врач И.И. Моллесон. К 1913 году в России насчитывалось 257 санитарных врачей. Государственного характера эта служба не носила, что приводила к неэффективности ее работы.

После 1917 года при НКЗ была образована санитарно-эпидемиологическая секция, которая была первым государственным органом этой службы. Впервые санитарные станции стали образовываться на Украине. В Харькове в 1927 году на VI Всеукраинском санитарном совете было принято решение о создании санитарных станций, в ноябре этого же года коллегия НКЗ Украины его утвердила. Было разработано положение о санитарной станции, определены задачи и функции. Таким образом, Украина стала их родоначальницей.

Постепенное развитие санэпидслужбы, изменения в общественном отношении поставили вопрос о дальнейшем усовершенствовании этой важной области здравоохранения. Раскрывая деятельность санэпидслужбы необходимо определить содержание понятия "санитарно-эпидемиологическое дело", поскольку разнообразие проблем и задач, которые может решать санэпидслужба - это не только деятельность ее органов и учреждений.

Понятие "**санитарно-эпидемиологическое дело**" включает:

- государственные и общественные противоэпидемические, санитарно-гигиенические и оздоровительные мероприятия;
- санитарное законодательство;
- практическую деятельность органов и учреждений государственной санитарно-эпидемиологической службы Украины;
- научно-исследовательскую работу по гигиене, эпидемиологии, организации санитарно-эпидемиологического дела;
- систему подготовки, повышения квалификации санитарных кадров, подготовку работников медицинской сети по вопросам эпидемиологии и гигиены;
- гигиеническое воспитание населения.

Структура санитарной службы в Украине:

- ❖ главное санитарно - эпидемиологическое управление при Минздраве;
- ❖ областные, городские, районные СЭС.

Деятельность государственной санитарно-эпидемиологической службы основывается на таких **принципах**:

- государственный характер;

- научно-плановая основа;
- единство санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических мероприятий;
- единство предупредительного и текущего санитарного надзора;
- участие разных служб и ведомств, организаций, предприятий, учреждений и граждан в проведении санитарно-оздоровительных мероприятий;
- участие в международном сотрудничестве по обеспечению санитарно-эпидемического благополучия населения.

Отрасли санитарного дела:

- ✓ коммунальная гигиена;
- ✓ гигиена труда;
- ✓ гигиена детей и подростков;
- ✓ гигиена питания;
- ✓ противоэпидемическое дело.

Государственную санитарно-эпидемиологическую службу Украины возглавляет **главный государственный санитарный врач Украины** - первый заместитель Министра здравоохранения Украины по вопросам государственного санитарно-эпидемиологического надзора, который назначается на должность и освобождается с должности соответственно законодательству и непосредственно подотчетный Кабинету Министров Украины.

Государственная санэпидслужба МОЗ Украины на начало 2004 года **насчитывала 812 санэпидучреждений, в составе которых были:** Центральная санэпидстанция МОЗ Украины, Республиканская санэпидстанция Автономной Республики Крым, 24 областных, 191 городская, 479 районных санэпидстанций, Центральные санэпидстанции на водном, железнодорожном, воздушном транспорте, 3 санэпидстанции бассейнов, 14 санэпидстанций портов, 55 на железных дорогах и линейные санэпидстанции на железных дорогах, 1 противочумная, 8 санэпидемстанций специализированных медсанчастей и 32 дезинфекционные станции. Кроме этого, в структуру службы входят **два комитета МОЗ Украины:** Комитет по вопросам иммунобиологических препаратов и Комитет по вопросам гигиеничного регламентирования; Совет по регламентации применения и внедрения дезинфекционных средств и госпредприятие "Укрвакцина". В структуре государственной санитарно-эпидемиологической службы Украины находятся 14 научно-исследовательских институтов.

Кадрово-штатная структура санэпидслужбы МОЗ Украины насчитывает свыше 55 тыс. работников, среди них 11,4 тыс. врачей (то есть 2,28 на 10 тысяч населения), 1000 специалистов с высшим немедицинским образованием и около 29 тыс. среднего медицинского персонала.

В состав СЭС всех уровней управления входят санитарно-гигиенический и эпидемиологический отделы. С повышением уровня управление структура СЭС становится более сложной. К санитарно-эпидемическим относятся учреждения дезинфекционной службы. Существуют разные организационные формы дезинфекционного обеспечения. Наряду со станциями могут создаваться объединения "Меддезинфекция" в городах и областях, а также объединение "Профдезинфекция".

Деятельность Государственной санитарно-эпидемиологической службы Украины регламентируется Конституцией Украины, законами Украины "Основы законодательства Украины о здравоохранении", "Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения", "Об охране окружающей среды", "О защите прав потребителей", "О ветеринарной медицине", "Об охране труда", "О рекламе", "Об использовании ядерной энергии и

радиационную безопасность", "О защите населения от инфекционных болезней", "О пестицидах и агрохимикатах", "О качестве и безопасности пищевых продуктов и продовольственного сырья" и другими, Кодексом Украины об административных правонарушениях.

Важной правовой основой обеспечения санитарного и эпидемического благополучия населения Украины является санитарное законодательство, к которому, кроме перечисленных актов законодательства, относятся санитарные нормы (государственные санитарные нормы, правила, гигиенические нормативы).

Основным актом, который регламентирует деятельность санитарно-эпидемиологической службы, является закон Украины **"Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения"**, принятый Верховным Советом в 1994 г. Он состоит из 7 разделов и содержит 50 статей. В соответствии с Законом Украины "Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия" понятие "санитарное и эпидемическое благополучие" определяют как "оптимальные условия жизнедеятельности, которые обеспечивают низкий уровень заболеваемости, отсутствие вредного влияния на здоровье населения факторов окружающей среды, а также факторов для возникновения и распространения инфекционных заболеваний".

Учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы осуществляют Государственный санитарно-эпидемиологический надзор, то есть деятельность по контролю за соблюдением юридическими и физическими лицами санитарного законодательства.

Цель работы санитарно-эпидемиологической службы - предотвращение, выявление, уменьшение или устранение вредного влияния опасных факторов на здоровье людей. При необходимости возможно применение мероприятий правового влияния относительно нарушителей.

Основные задачи государственного санитарно-эпидемиологического надзора:

- надзор за организацией и проведением органами исполнительной власти и органами местного самоуправления, предприятиями, учреждениями, организациями гражданами санитарных и противоэпидемических мероприятий;
- надзор за реализацией государственной политики по вопросам профилактики заболеваний населения, участие в разработке и контроль выполнения программ по предотвращению вредного влияния опасных факторов окружающей среды и производственной среды на здоровье человека;
- надзор за соблюдением санитарного законодательства;
- надзор за выполнением предписаний и требований должностных лиц государственной санитарно-эпидемиологической службы;
- проведение государственной санитарно-гигиенической экспертизы, предоставление выводов, разрешений на проведение видов деятельности, предусмотренных Законом Украины «Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения»;
- гигиеническая регламентация любого опасного фактора физической, химической, биологической природы, присутствующего в среде жизнедеятельности человека, с целью установления и утверждения критериев их допустимого влияния на здоровье человека.

Задачи СЭС:

- ✓ проведение предупредительного и текущего санитарного надзора по всем отраслям санитарного дела;
- ✓ проведение мероприятий по усовершенствованию работы;

- ✓ подготовка постановлений, решений по санитарным вопросам для местных органов власти;
- ✓ изучение состояния здоровья населения в связи с экологическими и другими факторами.

Основные положения предупредительного санитарного надзора:

- ❖ гигиеническое и эпидемиологическое нормирование потенциально опасных для здоровья человека факторов, которое находит свое отображение в гигиенических и эпидемиологических нормативах, регламентация применения этих факторов, а также технологий, продукции и т.п. в санитарных правилах и нормах, государственных и отраслевых стандартах;
- ❖ государственная санитарно-гигиеническая (санитарно-эпидемиологическая) экспертиза, направленная на определение соответствия новой деятельности, технологии, продукции, сырья, нормативным документам, проектной, технической, инструктивно-методической документации и т.п., санитарному законодательству, в том числе санитарным нормам, государственным стандартам, техническим условиям, регламентам и т.п., а в случае их отсутствия установленным критериям безопасности (ПДУ, ПДК, ОБУВ и т.п.);
- ❖ контроль соблюдения санитарно-гигиенических норм и правил при проектировании, строительстве, реконструкции жилых, коммунальных, промышленных и других объектов, при изменении технологии производства или внедрении новых производственных процессов;
- ❖ контроль планирования, застройки и благоустройства населенных мест, проведения мероприятий по санитарной охране атмосферного воздуха, источников водоснабжения, почвы от любого загрязнения.

Целью текущего санитарного надзора является контроль соблюдения санитарно-гигиенических и противоэпидемических норм и правил на действующих предприятиях, в учреждениях, организации на сооружениях разного назначения, в жилых и общественных помещениях, ЛПУ, детских учреждениях.

При планировании и осуществлении текущего санэпиднадзора, прежде всего, определяют значимость объектов, с учетом их особенностей, влияния на состояние окружающей среды и здоровья населения. Ориентировочно планируют 7-8 посещений пищевых объектов, 8-9 – детских и подростковых учреждений, 4-5 - коммунальных объектов, причем хозяйственно-питьевой водопровод требует более частых обследований.

Основные виды обследований:

- *текущие* - с целью надзора за эксплуатацией объектов, их оборудованием и оснащением;
- *плановые углубленные (целевые)* – их цель детальное изучение объекта и составление санитарного описания;
- *комплексные* - проводятся бригадой специалистов с целью изучения взаимосвязи условий жизни, работы, воспитания и здоровья соответствующих групп населения.

По санитарно-гигиеническому состоянию объекты распределяются на три группы:

- *Первая группа* - санитарное состояние отвечает санитарно-гигиеническим нормам и правилам, отсутствует превышение ПДК и ПДУ вредных веществ.
- *Вторая группа* - санитарно-гигиеническое состояние не отвечает санитарно-гигиеническим нормам и правилам, но отсутствует превышение ПДК или ПДУ.
- *Третья группа* - санитарное состояние объектов не отвечает санитарно-гигиеническим нормам и правилам, при этом имеет место превышения ПДК или ПДУ.

Основные направления деятельности СЭС:

- ✓ сбор и анализ информации о санитарно-эпидемической, экологической и демографической ситуации;
- ✓ учет и анализ инфекционных и профессиональных заболеваний;
- ✓ разработка мероприятий для обеспечения санитарно-эпидемического благополучия населения;
- ✓ выявление факторов окружающей среды и причин, влияющих на здоровье.

Разделы работы СЭС:

- административно-правовая деятельность;
- контрольно-исполнительная деятельность;
- организационно-методическая.

Административно правовая деятельность – заключается в регулировании деятельности подведомственных учреждений санитарно-эпидемиологической службы, медицинских учреждений, создание правовой основы для деятельности СЭС Украины.

Контрольно-исполнительная работа - это осуществления государственного предупредительного и текущего санэпиднадзора.

Организационно-методическая работа - учреждения СЭС координируют, направляют деятельность предприятий, учреждений, организаций на выполнение санитарно-гигиенических, противоэпидемических норм и правил, разрабатывают, утверждают, согласовывают инструктивно-методические материалы.

Принципы организации работы СЭС: участково-территориальный, отраслевой, смешанный.

Методы работы специалистов СЭС: динамическое санитарное наблюдение и описание; лабораторное (инструментальное) исследование различных факторов окружающей среды; обобщение и анализ полученных материалов с использованием статистических методов.

Обеспечение санитарного и эпидемического благополучия зависит от согласованных действий учреждений здравоохранения разных служб и ведомств и органов власти. Органы и учреждения государственной СЭС выполняют координирующую, организаторскую и контролирующую функцию относительно проведения комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на здравоохранение населения.

Выполнение их требует сотрудничества органами власти относительно осуществления надзора и контроля за соблюдением законодательства по охраны окружающей среды, прав потребителей, законов и подзаконных актов в разных областях хозяйства и т.п. Органы, учреждения и учреждения государственной СЭС сотрудничают с экологической и ветеринарной инспекциями, Госстандартом, Госатомнадзором, с СЭС других министерств и ведомств. Общая работа органов и учреждений СЭС, других ведомств и служб требует четкого размежевания функций, прав и обязанностей сторон. Это касается также согласования действий разных учреждений системы здравоохранения. Например, осуществление противоэпидемических мероприятий требует определения ответственности и обязанностей ЛПУ и СЭС.

Дисциплинарная ответственность относительно лиц, которые допустили нарушения санитарного законодательства, может применяться руководителем предприятия, учреждения, организации по представлению главного государственного санитарного врача ли его заместителя. К **дисциплинарным взысканиям** относятся:

- ❖ выговор;
- ❖ строгий выговор;
- ❖ отстранение от работы;

- ❖ переводение на работу с меньшим жалованьем.

Уголовная ответственность наступает в случае санитарных правонарушений, которые вызвали или могли вызвать массовые заболевания, отравление и смерть людей. При этом применяют разные виды лишения свободы, исправительные работы без лишения свободы, лишение права занимать определенные должности, конфискация имущества.

Административная ответственность предусматривает вынесение предупреждения или наложение штрафа на должностных лица и граждан, виновных в нарушениях санитарного законодательства или невыполнении постановлений, распоряжений, предписаний, заключений должностных лиц органов, учреждений и учреждений государственной СЭС.

Основанием для составления протокола о санитарном нарушении могут быть акты санитарного обследования, докладные записки, протоколы лабораторно-инструментальных исследований.

Протокол составляют должностные лица, которые осуществляют государственный санэпиднадзор. В протоколе отмечают суть административного правонарушения, указывают нормативный акт, который предусматривает ответственность за данное правонарушение, вносят объяснение лица, которое осуществило это нарушение. Протокол составляется не позднее 5 суток после установления факта нарушения. На его основании выносятся постановления о наложении штрафа, его можно принять в срок не позднее двух месяцев после установления факта нарушения соответствующих правил.

Многочисленные ответственные и многоплановые задачи, которые должны выполнять органы и учреждения СЭС, обуславливают необходимость планирования не только собственной работы. Возникает потребность разработки санитарно-гигиенических и противоэпидемических мер по разным службам, ведомств, предприятий, организаций. В связи с этим нужно составлять план-задачу для определенных объектов с целью обеспечения такой их деятельности, которая бы не создавала опасности для здоровья населения.

По объему и направленности различают следующие виды планов:

- планы по СЭС;
- комплексные планы санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- план-задача для отдельных значимых объектов.

По времени выполнения планы могут быть текущие и перспективные, по принципам разработки — функционально-отраслевые и проблемно-тематические.

При планировании собственной работы чаще применяют функционально-отраслевой подход. Например, планируя работу определенной СЭС на год, разрабатывают конкретные мероприятия по каждому подразделению с детализацией сроков выполнения. На основе плана работы СЭС составляют оперативные (поквартальные, ежемесячные) планы подразделений, индивидуальные планы-графики работы сотрудников. Планы-задачи разрабатывают для отдельных объектов в случае, если нужно предусмотреть проведение санитарно-технических мероприятий, которые требуют определенных ассигнований. При их составлении целесообразно определять срок выполнения конкретных мероприятий, исходя из реальности их осуществления. Тем не менее, при определении сроков надо учитывать также значимость запланированных мероприятий по влиянию их на окружающую среду, на состояние здоровья работающих на том или другом объекте, на население.

Комплексные планы составляются как проблемно-тематические, поскольку в их выполнении должны принимать участие учреждения санэпидслужбы, лечебно-профилактические учреждения, предприятия разных отраслей и т.п. Например, в комплексном плане по снижению и профилактике кишечных инфекций, надо предусмотреть мероприятия, которые должны выполнять не только учреждения здравоохранения, но и объекты водоснабжения, санитарной очистки, учреждения общественного питания и т.п. Комплексные планы утверждает руководитель местного органа здравоохранения или соответствующий орган исполнительной власти.

Деятельность санэпидслужбы по контролю за санитарным состоянием ЛПУ. Проведение СЭС совместно с лечебно-профилактическими учреждениями санитарно-противоэпидемических мероприятий является обязательным и регламентируется общими приказами и положениями.

В обязанности поликлиники, амбулатории входит следующее:

- обеспечение ранней диагностики инфекционных заболеваний;
- принятие необходимых мер для своевременной госпитализации инфекционных больных, а в случае организации стационара на дому — его лечение, взятие материала для лабораторного исследования, контроль соблюдения противоэпидемического режима, сообщение в СЭС всех случаях нарушения режима и невыполнения противоэпидемических требований больными, оставленными для лечения на дому;
- подача в СЭС по месту жительства экстренного извещения на каждого выявленного инфекционного больного или подозреваемого на инфекционное заболевание;
- регистрация в специальном журнале всех выявленных больных или подозреваемых на наличие инфекционного заболевания;
- проведение профилактических прививок, регистрация их в журнале;
- проведение мероприятий по дегельминтизации населения;
- участие в проведении среди населения занятий по вопросам профилактики инфекционных заболеваний, общественной и личной гигиены;
- в обязанности поликлиники, амбулатории, станции (отделения) скорой медицинской помощи входит немедленное извещение соответствующей СЭС о всех случаях оказания первой помощи при пищевых отравлениях и токсикоинфекциях. Медицинский персонал обязан собрать рвотные и каловые массы (или промывные воды) и остатки подозрительной пищи, направить собранный материал в бактериологическую лабораторию.

Обязанности сотрудников СЭС включают следующее:

- ❑ Учет инфекционных заболеваний, систематическое изучение санитарно-эпидемического состояния обслуживаемого района. Разработка планов мероприятий по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями.
- ❑ Подготовка и проведение совещаний и конференций медицинских работников по вопросам эпидемиологии, профилактики инфекционных заболеваний.
- ❑ Снабжение ЛПУ бактериальными и вирусными препаратами для проведения профилактических прививок, контроль за надлежащим хранением бактериологических препаратов и правильным их использованием.
- ❑ Эпидемиологическое расследование в очаге инфекционного заболевания (в том числе и при внутрибольничном заражении) и лабораторное обследование контактных лиц с целью выявления источников инфекции, носителей и больных со стертыми и атипичными формами заболеваний.
- ❑ Эвакуация инфекционных больных.
- ❑ Методическое руководство и контроль проведения профилактических прививок.

- ❑ Принятие необходимых мер при нарушении противоэпидемического режима больными с легкой формой инфекционных заболеваний, оставленными для лечения на дому.
- ❑ Контроль соблюдения в стационарах должного противоэпидемического режима, условий и порядка приема пациентов, изоляции и выписки инфекционных больных, стерилизации медицинского, лабораторного и другого инструментария, обеззараживания инфицированного материала, посуды, белья и др.
- ❑ Проведение текущей и заключительной дезинфекции в очагах заболеваний.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается совместными усилиями органов власти и управления, хозяйствующих субъектов, общественных организаций и граждан. Госсанэпидслужба осуществляет координацию, организацию и надзор за проведением комплекса санитарно-гигиенических, противоэпидемических и оздоровительных мероприятий по охране здоровья населения и среды обитания человека. Цели, задачи и функции СЭС предопределяют необходимость широких контактов со всеми участниками этого процесса. Взаимодействующие с учреждениями Госсанэпиднадзора структуры условно можно разделить на органы власти (администрация территории), надзорные и контрольные органы (ведомственная санэпидслужба, территориальные структуры Госкомитета по охране окружающей среды, Госстандарта, Министерства труда, Министерства внутренних дел, Прокуратуры России, Министерства сельского хозяйства, Госкомгидромета и др.), хозяйствующие субъекты всех форм собственности (промышленные предприятия, лечебно-профилактические учреждения, детские учреждения, предприятия общественного питания, торговли и др.), общественные организации и граждане (общественные движения, деятельность которых направлена на охрану здоровья населения и окружающей среды, профессиональные союзы, общества Красного Креста, благотворительные фонды и др.).

По вопросам охраны окружающей среды, проведения противоэпидемических мероприятий (прививочная работа, карантинные мероприятия и др.), предупреждения и лечения инфекционных заболеваний, строительства крупных дорогостоящих объектов и приема их в эксплуатацию, выбора источника воды, отвода земельного участка, сброса сточных вод, захоронения токсических и радиоактивных отходов и др. ведомственные санитарные службы подчиняются органам Госсанэпиднадзора и отчитываются перед ними.

Контрольные вопросы

1. Определение понятия «санитарно-эпидемиологическое дело»
2. Составляющие санитарно-эпидемиологического дела
3. Структура санитарно-эпидемиологической службы Украины
4. Направления работы и отрасли санитарно-эпидемиологического дела
5. Структура и функции СЭС
6. Виды, задачи и функции санитарного надзора
7. Основные принципы санитарного дела в Украине
8. Взаимодействие государственных и общественных организаций с организациями санитарно-эпидемиологической службы

Организация лечебно-профилактической помощи работникам предприятий

Выделение в самостоятельную отрасль организации лечебно-профилактической помощи работающим было вызвано рядом обстоятельств и прежде всего большими экономическими убытками, которые вызываюся заболеваемостью с временной нетрудоспособностью. Одним из направлений организации деятельности здравоохранения стало приближение лечебно-профилактической помощи к месту жительства и месту работы населения.

Решение этого вопроса было начато в 1886 году. Во время тяжелой эпидемии холеры в России правительство издало указ об организации медпомощи рабочим, согласно которому собственники промышленных предприятий были обязаны организовывать специальные больничные помещения из расчета одна койка на 100 работающих. Этот указ фактически начал развитие фабрично-заводской медицины. В дальнейшем, уже в годы Советской власти, в Украине этому вопросу отводилось серьезное внимание.

Медпомощь работающим на промышленных предприятиях сначала предоставляли пункты здравоохранения, заводские амбулатории и поликлиники. Со временем им на смену пришли медико-санитарные части (МСЧ).

С 1939 года они начали создаваться на больших промышленных предприятиях и обеспечивались всем необходимым для проведения лечебно-профилактической и противоэпидемической работы.

Такая перестройка в оборонной промышленности, в особенности в период Великой Отечественной войны, была нацелена на резкое повышение качества медпомощи рабочим, была связана с необходимостью охраны его здоровья, для обеспечения, прежде всего, воинских потребностей воюющего государства. Именно тогда во многих медико-санитарных частях промышленных предприятий, на основе опыта общей территориальной поликлинической службы, были введены должности цеховых врачей. Система оправдала себя в годы войны и в дальнейшем получила широкое распространение в других областях промышленности.

Определенно, наличие медико-санитарной части на предприятии не может обеспечить работающих всеми видами специализированной амбулаторной и стационарной медпомощи. Поэтому они обслуживаются также и общей лечебно-профилактической сетью по месту жительства - территориальной больницей и службой скорой медпомощи.

Узкоспециализированная стационарная медпомощь (психиатрическая, стоматологическая, проктологическая, аллергологическая и т.п.) предоставляется специалистами специализированных больниц медицинских центров.

На первых этапах организации специализированная служба из-за маленькой мощности не могла удовлетворить потребности работающих в узкоспециализированной и высоко квалифицированной помощи. Проведена значительная работа относительно укрепления и организации МСЧ в многопрофильные мощные медицинские учреждения с поликлиникой, стационаром, со штатом высококвалифицированных специалистов и современным оснащением.

В современных условиях лечебно-профилактическую помощь рабочим промышленных предприятий предоставляют медико-санитарные части, территориальные больницы, поликлиники, диспансеры.

Принцип преобладающего обслуживания работающих на промышленных предприятиях (или приближение медпомощи к месту их работы) в наибольшей мере воплощается в деятельности медико-санитарных частей.

Медико-санитарная часть (МСЧ) - это комплексное медицинское объединение, в структуре которого есть поликлиника, стационар, женская консультация, фельдшерские (в порядке исключения врачебные) пункты здравоохранения. Она предоставляет лечебно-профилактическую, организационно-методическую помощь, осуществляет руководство санаториями-профилакториями, диетическими столовыми и подведомственными дошкольным детскими учреждениями. Иногда медико-санитарная часть может быть представлена лишь одной самостоятельной поликлиникой.

Существуют **два типа МСЧ открытые** (обслуживают не только работающих на предприятиях и членов их семей, но и население, которое проживает в районе их деятельности) и **закрытые** (предоставляют медпомощь только работающим на предприятии). В медико-санитарных частях открытого типа, кроме цеховых врачебных участков, создают также территориальные терапевтические участки соответственно действующим нормативам.

Самостоятельные МСЧ организуют на предприятиях с численностью работающих не менее 4000 человек, учитывается также и характер производства - так на производствах с вредными или опасными условиями работы (химических, горнорудных, угольных, нефтеперерабатывающих) при численности работающих 2500.

Штатные нормативы врачей (согласно приказу МОЗ Украины №172 от 24.06.1998 г.) устанавливают из расчета: врачи-терапевты цеховых врачебных участков - 1 должность на 2000 работающих. На предприятиях с вредными и опасными условиями работы штатными нормативами предполагается соответственно 1 должность цехового врача-терапевта на 1500 работающих. Других специалистов определяют из расчета 0,25 должности суммарно на 1000 работников.

При наличии в **МСЧ стационара**, численность врачей разных специальностей устанавливается соответственно штатным нормативам городских больниц.

В состав МСЧ входят также **пункты здравоохранения** - врачебные и фельдшерские. *Врачебные пункты здравоохранения* организуются для предприятий, объектов капитального строительства, транспорта, связи, высших и средних учебных заведений, сельских ПТУ и технических училищ с числом работающих (учеников) не менее 1200, при отсутствии фельдшерского пункта здравоохранения. При отсутствии врачебных организуются *фельдшерские пункты здравоохранения* с числом работающих (учеников) не менее 500.

Основные задачи медико-санитарных частей:

- максимальное приближение к месту работы квалифицированной специализированной медпомощи;
- разработка и проведение совместно с санэпидстанцией, администрацией и профсоюзами предприятий мероприятий, направленных на оздоровление работы и быта работающих;
- предотвращение и снижение общей, профессиональной, с временной нетрудоспособностью заболеваемости, травматизма, инвалидности.

Научно-организационной основой деятельности всех лечебно-профилактических учреждений, которые обслуживают работающих на промышленных предприятиях, является **цеховая участковость**.

Целесообразность организации амбулаторно-поликлинической помощи по такому принципу поясняется возможным влиянием на здоровье технологии производства, особенностей условий работы в отдельных цехах. Осведомленность о специфике производственного процесса позволяет врачу обоснованно анализировать заболеваемость, выявлять конкретную патологию и, главное, при возможности ее предупреждать, решать вопросы о рациональном трудоустройстве, необходимом санаторно-курортном лечении, диетическом питании и т. п.

Опыт показал, что только долгосрочная работа на цеховом участке (не менее 3-5 лет) позволяет цеховому терапевту свободно ориентироваться в специфике производства и уверенно принимать конкретные решения лечебного и профилактического характера.

При формировании цеховых участков наиболее часто используется принцип однородности цехов по технологии производства или принцип территориального размещения - на производствах с высокой степенью автоматизации, с небольшим количеством работающих в основных цехах, если в состав цехового участка приходится включать и вспомогательные службы.

Возглавляет цеховой врачебный участок цеховой врач, который должен быть квалифицированным специалистом-терапевтом и организатором лечебно-профилактического и санитарно-эпидемиологического обслуживания работающих.

Основные функции цехового врача:

- ❖ раннее выявление и лечение заболеваний с использованием современных инструментальных, лабораторных и функционально-диагностических методов;
- ❖ предоставление медпомощи при внезапных заболеваниях и экстремальных ситуациях;
- ❖ организация и проведение диспансерной работы;
- ❖ врачебная экспертиза временной нетрудоспособности;
- ❖ медицинский отбор лиц для санаторно-курортного лечения и диетического питания;
- ❖ выявление инфекционных заболеваний, пищевых, профессиональных отравлений направления экстренного сообщения в СЭС;
- ❖ проведение санитарно-просветительной работы.

Совместно с профсоюзной организацией цеха и его администрацией цеховой участковый терапевт:

- ❖ организовывает и проводит предварительные и периодические осмотры;
- ❖ систематически анализирует заболеваемость с временной потерей трудоспособности, в том числе группу, которая продолжительно и часто болеет, и разрабатывает мероприятия по снижению заболеваемости;
- ❖ изучает условия работы - совместно с санитарным врачом по гигиене труда санэпидстанции;
- ❖ принимает участие в разработке коллективного трудового договора и осуществляет контроль его выполнения.

Цеховой участковый терапевт работает в тесном контакте с санитарным врачом по гигиене труда. Его график работы должен обеспечить прием и проведение необходимой профилактической работы в поликлинике и на производстве (на что выделяется 9 часов в неделю).

При наличии в структуре МСЧ стационара цеховой терапевт работает по системе чередования на протяжении года 8-9 месяцев в поликлинике и 3-4 месяца в стационаре.

Цеховой терапевт составляет план работы на год и ежеквартально выделяет в нем такие основные разделы:

1. Организационная работа - анализ и отчет о заболеваемости, участии в комиссиях по трудоустройству, по социальным вопросам и т.п..
2. Лечебно-профилактическая работа - амбулаторный прием, профилактические осмотры, диспансеризация, экспертиза трудоспособности и т.п..
3. Мероприятия по улучшению условий работы и быта работающих, профилактическая работа в цехах, контроль выполнения рекомендаций и т.п..
4. Повышение квалификации медицинского персонала.
5. Внедрение передовых форм и методов профилактики, диагностики и лечения.

В цехах, кроме административного персонала, который отвечает за производственную деятельность, создаются общественные организации - **комиссия социального страхования цехового комитета профсоюза и комиссия по охране труда**. Медицинские работники сотрудничают с ними при решении вопросов санаторного лечения, диетического питания, направления в санаторий-профилакторий, относительно улучшения технологии производства, условий работы и быта в цехах, предупреждения травматизма и инвалидизации работающих.

На некоторых предприятиях работают **врачебно-инженерные бригады**, которые комплексно решают вопрос оздоровления условий работы и быта работающих. В них работают врачи основных специальностей медико-санитарной части, инженеры по технике безопасности, охраны труда, врачи-гигиенисты и прочие специалисты. Возглавляет бригаду главный инженер предприятия или его заместитель.

Использование **основной отчетной формы (№ 23-ТН)** не разрешает провести детальный анализ заболеваемости с временной потерей трудоспособности, поскольку в ней отсутствуют данные относительно распределения работающих по профессии, стажу, рабочим местам, возрасту, полу и другим признакам, которые существенно влияют на здоровье. Поэтому целесообразно общий анализ дополнить углубленным, используя **"Карту личного учета заболеваемости"**, которая заводится на каждого работающего и лишенная указанных недостатков.

Систематического и тщательного анализа требуют производственный травматизм, профессиональные заболевания и отравления. На предприятии должен вестись их учет. Каждый из таких случаев должен быть своевременно и квалифицированно рассмотрен комиссией по технике безопасности и инспектором по охране труда профсоюзной организации вместе с медицинскими работниками с следующим обязательным проведением в оперативном порядке необходимых мероприятий по устранению причин, приведших к заболеваниям. Травматизм должен быть всесторонне изучен с целью разработки мероприятий по своевременному его предупреждению. Необходимо также проводить изучения показателей бытового и травматизма по дороге на работу и с работы, обнаружить его причины и наметить конкретные мероприятия по их устранению. С целью профилактики профессиональных заболеваний врачи МСЧ, разрабатывают мероприятия по оздоровлению условий труда.

Одним из важнейших разделов работы медико-санитарных частей, поликлиник, пунктов здравоохранения является **организация и проведение профилактических медицинских осмотров** с разработкой дальнейших оздоровительных мероприятий.

По характеру и содержанию профилактические **медицинские осмотры условно можно разделить** на предварительные, периодические и целевые.

Профилактические осмотры проводятся с целью:

- ❑ установления физической и психофизиологической пригодности лиц к работе по конкретно определенной профессии, специальности, должности;
- ❑ предотвращение обострения общесоматических заболеваний и их возникновения, несчастных случаев под влиянием профессиональных факторов;
- ❑ выявление заболеваний (в т.ч. инфекционных и других), которые представляют угрозу работникам и продукции;
- ❑ допуска к работе лиц до 21 года.

Предварительные медицинские осмотры проводятся с целью выявления заболеваний и определения профессиональной пригодности при поступлении на работу, обучение. *Периодические медицинские осмотры* проводятся с определенной периодичностью или кратностью в процессе работы с целью обеспечения динамического наблюдения за состоянием здоровья работающего, выявления ранних признаков влияния производственных условий и профессиональных вредностей на здоровье, раннего выявления общесоматических заболеваний, которые возникли после проведения предварительного осмотра и не дают возможности продолжить работу по данной профессии, предупреждения распространения инфекционных и паразитарных заболеваний и возникновения несчастных случаев.

Целевые медицинские осмотры проводятся с целью выявления ранних форм заболеваний (туберкулеза, новообразований, сахарного диабета, дерматовенерологических заболеваний и прочих), выявления нарушений или отклонений в состоянии здоровья, которые могут привести к аварийным ситуациям (предрейсовые осмотры водителей транспорта - воздушного, железнодорожного, автомобильного, речного, морского), медицинского обследования контингентов здорового, неорганизованного населения (дошкольники, абитуриенты, физкультурники и т.п.).

Из всех видов осмотров в практике медико-санитарных частей наиболее часто используются периодические. Они позволяют систематически следить за состоянием здоровья, оперативно предотвращать влияния вредных производственных условий, проводить мероприятия по оздоровлению выявленных больных. Началу медицинского осмотра предшествует приказ, в котором ответственность за его качественное проведение возлагается на медико-санитарную часть, а за своевременную и организованную явку работающих - на руководство. Какой бы не была форма плана проведения медицинских осмотров, он должен обеспечить **выполнение таких обязательных положений:**

- ❖ участие в осмотре цехового врача как главного организатора;
- ❖ проведение комплексного и полного обследования с целью дальнейшего исключения дополнительных целевых осмотров;
- ❖ проведение осмотра работающего в свободное от работы время;
- ❖ приближение осмотра к месту работы;
- ❖ динамический анализ заболеваемости должен проводиться с одновременным обследованием санитарно-гигиенических условий работы, при обязательном участии администрации предприятия, профсоюзной организации и санитарного врача СЕС по гигиене труда и т.п.

За последние годы недостаточное финансирование здравоохранения разрушает отработанную десятилетиями систему медицинского обеспечения рабочих промышленных предприятий. Но, несмотря на тяжелые условия хозяйствования, появляются новые методологические подходы относительно решения некоторых проблем. Например, в Киеве с целью усовершенствования медицинского обеспечения работающих во вредных и опасных условиях, для улучшения

ранней диагностики, предупреждения осложнений и общесоматической патологии и своевременной профилактики профессиональных заболеваний, создается система постоянного надзора за работающими в этих условиях. Основную работу относительно проведения профилактических осмотров по этой схеме выполняют **районные отделения профилактики**. В соответствии с Положением об этом отделении организацию осмотров обеспечивают собственники предприятий, учреждений, независимо от форм собственности и видов деятельности, органы и учреждения МОЗ Украины (районные отделения профилактики, СЭС, научно-исследовательские и высшие медицинские учреждения, аккредитованные ЛПУ разных форм собственности), а проведение - районные отделения. На основании полученных результатов комиссия составляет заключительный акт и формирует группу, которая требует диспансерного наблюдения в связи с риском возникновения профессиональных заболеваний, обострением течения общесоматических заболеваний или ухудшение трудоспособности. Из числа работающих в опасных и вредных условиях в эту группу предлагается включать такие категории:

- признанные комиссией "практически здоровыми", с профессиональным стажем работы во вредных и опасных условиях 20 лет и старше;
- при медицинском осмотре выявлены начальные проявления профессионального заболевания;
- наличие стойких симптомов или синдромов функционального характера, которые под влиянием профессиональных вредностей могут спровоцировать развитие соответствующих заболеваний;
- наличие общесоматического заболевания, которое может обостриться под влиянием производственных вредностей.

Отделение профилактики не менее 1 раза на год направляет работающих диспансерной группы риска в городской центр профессиональной патологии, специализированные отделения районных и городских ЛПУ, дневные стационары, поликлиники по месту проживания для углубленного обследования и профилактического лечения. Результат в виде выписки из истории болезни приобщается к амбулаторной карте работающего.

При выявлении диагностически сложных случаев заболеваний и конфликтных ситуациях работающих, по направлению районного профпатолога, пациента консультируют в городском центре профпатологии.

При наличии признаков профессионального заболевания районный профпатолог на протяжении 10 дней направляет пациента в Научно-исследовательский институт медицины труда для специального обследования.

Контрольные вопросы

1. Законодательные основы организации медицинской помощи работникам предприятий
2. Цеховой врач. Задачи, функции
3. Медико-санитарная часть. Структура, функции, задачи, взаимодействие с ЛПУ
4. Виды и задачи профилактических медицинских осмотров
5. Задачи и функции городских, районных, областных отделений профилактики в оказании и организации медицинской помощи работникам предприятий