СРЕДНЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Е. Е. ТЕН

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ

Допущено

Министерством образования Российской Федерации в качестве учебника для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 0205 «Социальная работа»

Издательство Мастерство

Москва
2002

Рецензенты:
зам. директора Рязанского базового медицинского колледжа
по учебно-производственной работе С.А.Гаврикова;
зав. отделением «Социальная работа» Рязанского базового
медицинского колледжа С. А, Кузнецова

Тен Е.Е.

Основы медицинских знаний: Учебник. — М.: Мастерство, 2002. — 256 с.

Изложены основные вопросы социальной медицины. Рассмотрены медико-социальные проблемы современности: наркотизм, ВИЧ-инфекция и т.д. Большое внимание уделено вопросам медицинской помощи населению. Изложены основы общего ухода за больными, описана последовательность действий при оказании первой помощи при неотложных состояниях. Рассмотрены важнейшие вопросы медицинской деонтологии.

Для студентов средних профессиональных учебных заведений, обучающихся по специальности «Социальная работа». Может быть полезен практическим работникам органов социальной защиты населения.

УДК 61 ББК 51.1

Введение

Предмет «Основы медицинских знаний» играет важную роль в подготовке социальных работников среднего звена, так как их профессиональная деятельность включает в себя решение многочисленных проблем медико-социального характера. Социальный работник в процессе решения этих проблем во взаимодействии с органами здравоохранения и общественными организациями медико-социальной ориентации выступает в качестве координатора, организатора.

Медико-социальные проблемы клиентов очень разнообразны, условно их можно разделить на медицинские, связанные с физическим здоровьем; психологические; социально-гигиенические; социальные.

Для решения этих проблем социальный работник должен знать: этапы социальной работы при решении медико-социальных проблем клиента; сущность понятий «социальная медицина», «здоровье индивидуальное», «здоровье населения», «здоровье общественное»; категории «болезнь» и «здоровье», их социальную обусловленность; показатели здоровья; факторы, определяющие здоровье; факторы риска здоровью (первичные и вторичные, большие и т.д.); понятия (образ жизни), (стиль жизни), (качество жизни) «здоровый образ жизни», пути формирования здорового образа жизни; понятие «профилактика в медицине» (первичная и вторичная, личная и общественная и т.д.); понятия и задачи медико-социальной работы, медико-социальной помощи, особенности медико-социальной помощи отдельным категориям больных; организацию медико-социального патронажа; понятие и задачи планирования семьи; организацию медико-социальной помощи городскому и сельскому населению; признаки наиболее распространенных неотложных состояний и способы оказания первой помощи при этих состояниях.

Социальный работник должен иметь представление о биоэтических проблемах современности; собственной роли в формировании здорового образа жизни своих клиентов и решении медико-социальных проблем наркомании, ВИЧ-инфекции и т.д.; задачах, организации и содержании работы Российского Общества Красного Креста (РОКК), его взаимодействия с органами социальной защиты; о задачах содержания работы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и т.д.

Работа социального работника подразумевает умение: провести обследование с целью выявления медико-социальных проблем клиента (включая расспрос, осмотр, ознакомление с документами, общение с окружением клиента, медицинскими работниками и т.д.); выявить медико-социальные проблемы клиента и наметить пути их решения; сформировать системы действия по их решению и осуществить процесс медико-социальной работы; провести анализ полученных результатов и, в случае необходимости, коррекцию проведенной работы.

Наиболее часто встречаются следующие медико-социальные проблемы: ухудшение здоровья вследствие заболеваний, травм, несчастных случаев, что

влечет за собой возникновение социальных проблем (ухудшение материально-бытового положения из-за временной или стойкой утраты трудоспособности, увеличение расходов на лекарственные средства, реабилитацию и т.д.); ухудшение здоровья по возрасту (которое носит все более распространенный характер из-за постарения населения, что приводит к перечисленным выше проблемам, а также уменьшает доступность медицинской помощи); увеличение числа переселенцев, беженцев вследствие политической нестабильности; неполных семей, а также семей, пострадавших от чрезвычайных ситуаций, и т.д.

Социальный работник, взаимодействуя с системой отечественного здравоохранения, должен решить следующие задачи: оценить ситуацию, которая привела к социальной нестабильности клиента, и оказать помощь в решении медико-социальных проблем; помочь клиентам и их семьям получить пользу от социальных программ здоровья; способствовать процессу лечения и реабилитации пациентов в тесном сотрудничестве с органами здравоохранения и медико-социальной экспертизы; оценивать и улучшать медико-социальную поддержку; участвовать в анализе сложившейся ситуации и разработке мер по улучшению социальной политики в области здравоохранения (прил. 2); привлекать население к участию в социальной помощи; способствовать повышению уровня информированности клиентов о правах на получение медико-социальной помощи, этапах оказания медико-социальной помощи и т.д.; совместно с органами здравоохранения способствовать формированию здорового образа жизни населения.

Глава 1 СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

1.1. Понятие социальной медицины

В системе социальной работы в настоящее время все большее значение приобретает социальная медицина, которая тесно связана с социально-медицинским направлением социальной работы.

Социальная медицина — наука о закономерностях развития общественного здоровья и здравоохранения. Социальная (общественная) медицина (гигиена) находится на стыке различных наук — медицины, социологии, гигиены, естествознания и др.

Социальная медицина, в отличие от медицины как науки, изучает здоровье не отдельных людей, а здоровье определенных социальных групп населения, здоровье общества в целом в связи с условиями жизни.

До недавнего времени синонимом понятия «социальная медицина» являлось понятие «социальная гигиена». Существовало еще несколько названий: «социальная гигиена и организация здравоохранения», «медицинская социология», «профилактическая медицина», «общественное здравоохранение» и т.д.

Социальная медицина непосредственно связана с социальными процессами в обществе, медициной и здравоохранением; она занимает промежуточное положение между социологией и медициной. Поэтому социальная медицина изучает социальные проблемы в медицине и медицинские проблемы в других науках.

Главными направлениями в социальной медицине являются изучение: социальных отношений в обществе, которые связаны с жизнедеятельностью человека, его образом жизни; социальных факторов, влияющих на здоровье. Это определяет разработку мер по охране здоровья населения и повышению уровня общественного здоровья.

Объектом изучения в социальной медицине являются факторы, определяющие здоровье общества в целом и конкретного человека.

Объектом социально-медицинского направления социальной работы являются люди, социально дезадаптированные, как правило, страдающие каким-либо хроническим заболеванием, имеющие физические недостатки или социально-значимые болезни.

Клиентами социального работника чаще всего являются инвалиды и престарелые, которые кроме социальных нуждаются и в медицинских услугах, но эти услуги особые и отличаются от той помощи, которую оказывают медицинские работники практического здравоохранения. Клиентам социальных работников необходима социально-медицинская помощь.

Изучая влияние социальных факторов и условий на здоровье населения и его групп, социальная медицина обосновывает рекомендации по устранению и предупреждению вредного влияния социальных условий и факторов на

здоровье людей, т. е. на научных достижениях социальной медицины базируются социальные меры здравоохранения.

1.2. Краткий исторический очерк социальной медицины

Основы социальной медицины (гигиены) возникли так же давно, как и личная гигиена.

Зачатки гигиенических навыков появились еще у первобытного человека: обустройство жилища, приготовление пищи, оказание примитивной взаимопомощи, захоронение умерших и т.д. Уже на самых ранних ступенях развития общества выделялись люди, умудренные житейским опытом: шаманы, колдуны и т.д., которые занимались лечением путем заклинаний, колдовства, использования средств народной медицины. В период матриархата забота о здоровье семьи перешла к женщинам.

С образованием племенных союзов их правители также уделяли внимание здоровью соплеменников: принимали санитарные меры, предохраняющие от эпидемических болезней (чисто эмпирическим путем), содействовали обучению лекарей и т.д.

Археологические находки свидетельствуют о том, что в государствах Древнего мира (Египте, Мессапотамии, Вавилоне, Индии, Китае) школы для лекарей использовались не только для оказания чисто медицинской помощи, но и для оказания помощи бедным, санитарного надзора за состоянием рынков, колодцев, водопровода и т.д. Предпринимались попытки государства регламентировать деятельность медиков: гигиенические предписания содержались в законодательных актах, религиозных книгах (особенно их много в Талмуде и Коране). Одним из древнейших законодательных актов прошлого считается базальтовый столб с нанесенными на нем текстами законов царя Хаммураппи (XVIII в. до н.э.). Среди прочих на этом столбе есть законы о поощрении и наказании врачей за результаты лечения. Следует отметить, что при оценке медицинской помощи учитывалось материальное положение пациентов: за одну и ту же медицинскую помощь богатый пациент платил в несколько раз больше, чем бедный. В случае неудачного лечения раба с врача взимали денежный штраф, а в случае неудачного лечения богатого отсекали руку.

В древнегреческих городах-государствах деятельность врачей также регламентировалась. В Спарте, например, специальные чиновники-эфоры отбирали здоровых младенцев, а больных убивали. Эти чиновники также следили за соблюдением гигиенических правил, установленных в Спарте.

Законами Древнего Рима («Законами 12 таблиц») предусматривались меры санитарного характера: запрещение пользования водой из загрязненного источника, контроль за пищевыми продуктами на рынках, соблюдение правил захоронения, выполнение требований по устройству общественных бань и т.д. За всем этим следили специальные чиновники-эдилы. Четко организованная медицинская служба была и в римской армии, причем врачи когорт, легионов,

военных госпиталей не только занимались лечением раненых и больных, но и следили за санитарным состоянием армии. Римские акведуки и термы до сих пор свидетельствуют о высокой гигиенической культуре античности. Античные храмы также служили местом лечения. В Древней Греции лечебницы при храмах назывались асклейпеонами в честь бога врачевания Асклепия. Имена детей Асклепия — Гигея, Панацея — стали нарицательными (гигиена означает «здоровый», панацея — несуществующее лекарство от всех болезней). Положение врача в Древнем мире было почетно. «Стоит многих воителей смелых один врачеватель искусный», — говорит великий Гомер в «Илиаде». Юлий Цезарь предоставлял римское гражданство всем, кто изучал медицину. Марк Аврелий обязывал города нанимать и содержать «народных врачей», особенно в годы чумных эпидемий. Эпидемии и войны представляли собой сложную проблему для древних государств. Борьба с инфекционными заболеваниями способствовала развитию представлений о связи между условиями жизни и здоровьем. В Византии в городах также нанимали и содержали «народных врачей» до VIII—IX вв., а затем там стали открывать больницы для бедных.

В связи с широким распространением заразных болезней в средние века были разработаны и законодательно оформлены противоэпидемические мероприятия: изоляция больных, карантин, сжигание вещей и жилищ заболевших, запрещение хоронить умерших в черте городов, надзор за водоисточниками, устройство лепрозориев и т.д. Но законодательные акты того времени носили местный характер, т. е. медицинское дело до XVI в. управлялось и регламентировалось не центральной государственной властью, а лишь местными светскими и религиозными властями. Во многом это было связано с историческими условиями того времени, в частности с феодальной раздробленностью враждующих между собой княжеств. Заметную роль в развитии общественной медицины сыграли взгляды ранних социалистов-утопистов (Томаса Мора, Томазо Кампанеллы и др.), которые в своих трудах, излагая представления об идеальном обществе, большое внимание уделили режиму труда, гигиене, здоровому образу жизни, питанию и т.д.

Дальнейшее развитие социально-гигиенических взглядов связано с появлением профессиональных заболеваний в период появления мануфактур. Именно тогда врачи обратили внимание на связь между характером труда и особенностями профессиональных заболеваний (в первую очередь, у горняков и металлургов).

Основоположником учения о профессиональных болезнях был итальянский профессор клинической медицины Бернардино Рамаццини, создавший в 1700 г. труд «О болезнях ремесленников», в котором он описывал условия работы и соответствующие заболевания рабочих различных профессий.

Впервые вопрос об общественном здоровье был освещен в законе — «Декларация прав человека и гражданина», принятом Учредительным собранием Франции во время Великой французской революции. Здоровье населения рассматривалось как национальное богатство. Этот подход к

здравоохранению продиктовал и те реформы, которые были подготовлены комиссией под руководством знаменитого деятеля Французской революции, врача по образованию, Кабаниса (Марат и Робеспьер тоже были врачами). Эта комиссия подготовила также реформы медицинского образования, сделав его доступным для простых людей. Согласно этой реформе медицинские школы в Париже, Монпелье и других городах были преобразованы в школы здоровья, в которых были открыты кафедры гигиены (одна из них даже называлась кафедрой социальной гигиены).

Постепенно созревали условия для создания национальных систем и служб здравоохранения. Первая реформа, касающаяся медицинских учреждений всего государства, была проведена во Франции в 1822 г., когда при министерстве внутренних дел был учрежден Высший медицинский совет, а в провинциях — соответствующие комитеты и комиссии. Эта структура медицинского управления стала прообразом аналогичных служб в других странах Европы: в Англии под влиянием общественного движения для сохранения рабочей силы в 1848 г. было учреждено Главное ведомство общественного здоровья и принят «Закон об общественном здоровье», организованы санитарные советы и т.д. Толчком к возникновению общественного движения послужила деятельность санитарных инспекторов: Эшли, Чедвика, Саймона (на их труды ссылались в своих работах К. Маркс и Ф. Энгельс), которые показали тяжелые условия труда рабочих.

В 1784 г. в Германии впервые В. Т. Рау ввел термин «медицинская полиция», включив в это понятие наблюдение за здоровьем населения, надзор за госпиталями и аптеками, предупреждение эпидемий, просвещение населения и т.д. Идея «медицинской полиции» в дальнейшем была развита прогрессивным венгерским врачом 3. П.Хусти. Наряду с «медицинской полицией» важную роль в развитии социальной гигиены сыграли медико-топографические описания, получившие широкое распространение в конце XVIII — начале XIX в., которые были широко распространены во многих странах.

Особенное влияние на развитие социальной медицины в XIX в. оказали взгляды Ж. Гирена, одного из социалистов-утопистов, который сформулировал понятие социальной медицины как объединение медицины и общественной деятельности.

В 60-х гг. XIX в. были созданы международные договоренности о мерах борьбы с инфекционными заболеваниями. В 1861 г. в Александрии был учрежден первый Международный карантинный совет, что явилось одним из первых мероприятий по охране общественного здоровья, носящего международный характер.

В Германии в 80 —90 гг. XIX в. были приняты законы по социальному страхованию, в которых предусматривалось финансирование из трех источников: прибыль предприятий, взносы трудящихся, средства госбюджета.

В Америке развитие социально-гигиенических идей шло с запозданием, лишь в середине XIX в., что связано с притоком эмигрантов. Развитию социально-гигиенических идей в Америке способствовало учреждение в 1839 г.

Американской статистической ассоциации. В 1851 г. врач из Нового Орлеана Дж. К. Саймонс на основании статистических данных впервые сделал попытку выяснить стоимость болезни и смерти в своем городе и снизить эту стоимость путем оздоровления условий жизни бедняков.

К концу XIX в. общественная (социальная) гигиена (медицина) сформировалась как наука, изучающая влияние социально-экономических факторов на здоровье различных групп населения. Во многих странах, в том числе и в России, стали создаваться научные общества по проблемам общественного здравоохранения, так как появились специалисты в области социальной медицины, занимающиеся и практикой, и научными исследованиями. Так, в 1905 г. в Германии было учреждено Общество социальной гигиены и медицинской статистики, которое занималось вопросами охраны здоровья детей, борьбы с туберкулезом и алкоголизмом и т.д.

В начале XX в. социальная гигиена окончательно оформилась как предмет преподавания в высших медицинских учебных заведениях. Первые курсы по социальной гигиене были организованы в Венском (1909 г.) и Мюнхенском (1912 г.) университетах. В течение первой четверти XX в. в нескольких городах Германии были открыты академии социальной гигиены. Одним из основоположников социальной гигиены был Альфред Гротьян, «врач-социалист», как он себя называл. Именно он в 1902 г. начал читать курс лекций по теме «Социальная медицина» в Берлинском университете. В своей книге «Социальная патология» он писал: «...задачей социальной гигиены является изучение всех сторон общественной жизни и социальной среды с точки зрения их влияния на человеческий организм и на основе этого изучения — поиск мероприятий, которые ...не должны иметь всегда только чисто медицинский характер, но могут захватывать часто и область социальной политики или даже общей политики. Работы А. Гротьяна и его сподвижников получили широкое распространение в других странах. С 1919 г. во Франции в высших школах открылись курсы социальной гигиены, организовался первый во Франции Институт гигиены и социальной медицины. В Бельгии в 1930-е гг. социальная медицина входила в курс обучения менеджеров здравоохранения, а социальная гигиена — студентов высших медицинских школ. В Италии по социальной медицине были изданы руководства. Идеи социальной медицины получили широкое распространение и в Великобритании, когда в годы Второй мировой войны были организованы первые кафедры социальной медицины (в Оксфорде, Эдинбурге, Манчестере и других городах), а также Институт социальной медицины. В США первые научные работы о связи болезней с социально-экономическими условиями жизни людей появились в 1911 г. Выдающийся американский гигиенист Г. Сигерист в своих научных трудах утверждал, что медицина должна изменяться в сторону слияния лечебной и профилактической помощи, что врач нового поколения должен стать врачом социальным.

В последнее время в западных странах наблюдается тенденция к разделению социальной медицины как науки и предмета преподавания на две дисциплины: социальная медицина (готовит специалистов в области

общественного здравоохранения, разрабатывающих меры по охране и восстановлению здоровья населения) и менеджмент в здравоохранении (готовит специалистов в области управления органами и учреждениями здравоохранения).

История отечественной медицины повторяет основные этапы развития социальной медицины в мире.

На протяжении многих веков главная роль в социальной помощи отводилась церкви. Так, киевский князь Владимир в 999 г. приказал духовенству заниматься общественным призрением. Монастыри содержали больницы, богадельни, детские приюты. Оказываемая монастырями помощь была бесплатной. Так продолжалось почти пять столетий (писцовые книги свидетельствуют о существовании богаделен почти во всех монастырях и при многих церквях).

Мысль о развитии государственной помощи обездоленным была впервые высказана Иваном Грозным на Стоглавом соборе (1551 г.), когда он утверждал, что в каждом городе должны быть не только больницы, но и богадельни и приюты.

В 1620 г. учреждается Аптекарский приказ — высший административный орган, в ведении которого находилось медицинское и аптечное дело. Фактически произошло отделение медицины от религии, хотя еще долго медицина несла на себе печать религиозности: первые русские врачи, выпускники Московского университета, имели медицинское и духовное образование.

Большой вклад по формированию мер общественного призрения в определенную систему сделал Петр I. Указы Петра I охватывали почти все проблемы общественного призрения. Виды оказываемой помощи различались в зависимости от нужд. В 1712 г. Петр I требует повсеместного устройства госпиталей для «увечных и самых престарелых, не имеющих возможностей снискать пропитания трудами», вменяет в обязанность городским магистратам заботиться о предупреждении нищеты. При Петре I была создана целая сеть социальных заведений: смирительных домов, прядильных домов и т.д.

Большой вклад в развитие социально-гигиенических взглядов внес М.В.Ломоносов в известном письме «О сохранении и размножении российского народа» (1761 г.), в котором сделана попытка подхода к проблемам общественного здоровья и народонаселения с социально-гигиенических позиций. В этом же письме Ломоносов предложил меры по снижению заболеваемости и смертности населения, повышению рождаемости, улучшению медицинской помощи и санитарному просвещению.

Большой вклад в становление и развитие социальной медицины внес первый профессор медицинского факультета Московского университета С. Г. Зыбелин. Он впервые в России поднял вопрос о влиянии социальных факторов на заболеваемость, рождаемость и смертность населения.

В диссертации воспитанника Московской госпитальной школы И.Л.Данилевского «О наилучшем медицинском управлении» высказывалась мысль, актуальная и сейчас: необходимость использования школ в качестве

важнейшего этапа санитарного просвещения. В своей работе автор предложил преподавать в школе основы сохранения здоровья. В этой же работе И.Л.Данилевский доказывал, что искоренение причин болезней зависит не от врачей, а от государственной власти.

Идеи И.Л.Данилевского об ответственности государства за охрану здоровья населения соответствовали идее «медицинской полиции», предложенной И.П.Франком в работе «Система полной медицинской помощи».

Профессор медицинского факультета Московского университета Е. О. Мухин предлагал, чтобы «медицинская полиция» разрабатывала административные меры против вредных для здоровья влияний. И. Ю. Велцин в книге «Начертание врачебного благоустройства, или о средствах, зависящих от правительства к сохранению народного здоровья» (1795 г.) говорил о том, что через «медицинскую полицию» государство должно заботиться о здоровье населения с целью укрепления могущества государства. Этому были посвящены диссертация Н. Н. Рождественского «Рассуждения о мерах правительства к сохранению жизни и здравия народа» (1830 г.), труд К. Гелинга «Опыт гражданской медицинской помощи, примененной к законам Российской Империи» (1842 г.) и др.

Выдающиеся русские врачи М.Я.Мудров, Е. Т. Белопольский внесли большой вклад в формирование военной гигиены как раздела медицинской помощи.

С конца XVIII в. в России началось преподавание основ медицинской помощи совместно с судебной медициной. В 1775 г. профессор медицины Ф. Ф. Керестурн выступил с актовой речью «О медицинской полиции и ее использовании в России». В начале XIX в. курс «медицинской полиции» был введен в Петербургской Медико-хирургической академии. В 1845 г. было предложено выделить в особую кафедру общую государственную медицину, которая состояла бы из двух курсов: всенародная гигиена и всенародная медицина (1-й курс), врачебное законоположение и судебная медицина (2-й курс).

В России наряду с «медицинской полицией» в развитии социально-гигиенических взглядов сыграли роль медико-топографические описания, которые в XIX—XX вв. составлялись по результатам многочисленных экспедиций Академии наук, Сената, Вольно-экономического общества. Как правило, эти описания проводились по специально разработанным анкетам, в которых были представлены сведения о санитарном состоянии населения, заболеваемости, о причинах болезни и их лечении и т. д. С 1797 г. составление этих описаний вошло в обязанность уездных лекарей и инспекторов врачебных упав. Следовательно, с начала XIX в. в России проводилось исследование санитарного состояния населения.

В 1820 г. была издана монография Г.Л.Аттенгофера «Медико-топографическое описание Санкт-Петербурга, главного и столичного города Российской Империи». В этой монографии приведены таблицы смертности с показателями на 1000 чел. В 1832 г. был издан труд экономиста-статистика В.П.Андросова «Статистическая записка о Москве», в которой представлен

социально-гигиенический анализ показателей здоровья населения. Следовательно, можно сделать вывод, что во второй четверти XIX в. санитарная статистика, перейдя от описаний к анализу, явилась основой социально-гигиенических исследований, т.е. к этому времени в России были заложены основы социальной медицины: во многих трудах ученых подчеркивалась зависимость общественного здоровья от социально-экономических факторов.

Дальнейшему формированию социальной медицины (гигиены) способствовала земская реформа 1864 г. Согласно основным положениям этой реформы на земство было возложено попечение о «народном здравии». Появилась первая в мире система медицинского обслуживания населения, действующая по участковому принципу. Центрами оказания бесплатной медицинской помощи на селе стали сельский врачебный участок, земская больница, амбулатория, фельдшерские и акушерские пункты, санитарные врачи, уездный и губернский санитарный совет и т.д. Деятельность земских врачей носила явно социально-гигиеническое направление. Об этом говорится в работе выдающегося деятеля земской медицины И. И. Моллесона «Земская медицина»: «...причиной всех недугов являются неурожаи, жилища, воздух и т.д.».

Деятельность земских врачей активно поддерживалась научными медицинскими обществами — Казанским, Московским и др. Один из деятелей Казанского общества врачей А. В. Петров был автором термина «общественная медицина». В 70-е гг. XX в. А.В.Петров определил задачи общественной медицины: «...врачи призываются на службу целому обществу, требуется излечить общественные болезни, поднять уровень общественного здоровья, повысить общественное благосостояние». На 4-м съезде естествоиспытателей и врачей в 1873 г. открылось новое отделение секции научной медицины — статистико-гигиеническое. В это время углубленно изучается заболеваемость населения, здоровье рабочих промышленных предприятий (исследования Ф. Ф. Эрисмана и др.). Результаты этих исследований заложили основу общественной гигиены (социальной медицины) как науки.

Профессор Московского университета Ф. Ф. Эрисман в 1884 г. возглавил созданную им на медицинском факультете кафедру гигиены. Именно Ф. Ф. Эрисман обосновал социально-гигиеническую направленность работ санитарного врача: санитарный врач должен способствовать устранению неблагоприятных жизненных условий. Ф. Ф. Эрисман доказал необходимость создания в интересах охраны здоровья рабочих промышленно-санитарного законодательства. К концу XIX в. наряду со здоровьем промышленных и сельскохозяйственных рабочих внимание отечественных медиков привлекла смертность, в особенности детская. Эта проблема исследовалась многими земскими и санитарными врачами. Была разработана «подворная карта» для посемейных социально-гигиенических исследований. Эти исследования позволили установить зависимость здоровья от экономических условий.

Активное развитие социальной гигиены в России во второй половине XIX в. стало возможным благодаря разработкам методик сбора материала и

анализу этого материала («Схемы построения земской санитарной статистики» П. И. Куркина или «Подворные карты» А. И. Шингарева).

Формирующаяся в России социальная гигиена как наука, стала предметом преподавания. В Киевском университете еще в 1865 г. читался курс социальной гигиены. В 1906 г. в Киеве был введен самостоятельный курс «Основы социальной гигиены и общественной медицины». С 1908 г. курс «Социальная гигиена и общественная медицина» читался в Петербурге.

Таким образом, в начале XX в. в России сформировались основы социальной гигиены как науки и были заложены ее основы как предмета преподавания.

С 1920 г. центром социальной гигиены в России стал Институт социальной гигиены. Первый нарком здравоохранения Н.А.Семашко был социал-гигиенистом, его заместитель 3. П. Соловьев —известным деятелем общественной медицины.

В 1922 г. при участии Н. А. Семашко была организованна кафедра социальной гигиены с клиникой профессиональных болезней в Первом Московском университете. Через год подобные кафедры были организованы и в других университетах. С 1922 г. стали издаваться первые учебники и учебные пособия по социальной гигиене (медицине), переводиться на русский язык научные труды зарубежных социал-гигиенистов. С 1922 по 1930 г. издавался журнал «Социальная гигиена». Репрессии и ссылки 1930-х гг. нанесли развитию социальной гигиены серьезный урон, так как социальная гигиена была лишена в то время самого необходимого — информации, поскольку статистические исследования были закрыты. Несмотря на это усилиями отечественных ученых-гигиенистов социальная гигиена как наука, продвигалась вперед, о чем свидетельствуют социально-гигиенические, медико-демографические и эпидемиологические исследования. Накануне Великой Отечественной войны кафедры социальной гигиены были переименованы в кафедры организации здравоохранения, что ограничило круг проблем предмета. В 1946 г. был создан Институт социальной гигиены и организации здравоохранения имени Н.А.Семашко, а в 1966 г. он был преобразован во Всесоюзный научно-исследовательский институт социальной гигиены и организации здравоохранения (сейчас НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения имени Н.А.Семашко РАМН). В этом институте проводятся комплексные исследования по изучению общей заболеваемости (по данным обращаемости), заболеваемости с временной утратой трудоспособности, госпитализации и посещаемости населения. Эти исследования позволяют разработать нормативы лечебно-профилактической помощи населению в целом или отдельным группам.

В годы перестройки, политических и социально-экономических реформ направление социальной гигиены несколько изменилось. На первый план выходят вопросы управления в новых условиях хозяйствования, экономические и финансовые проблемы, медицинское страхование, правовое регулирование деятельности медицинских работников, защита прав пациентов и т.д. (прил. 1).

Встал вопрос о соответствии названия кафедр новым социально-

экономическим условиям. Решением Всесоюзного совещания заведующих кафедрами (Рязань, март 1991 г.) рекомендовалось переименовать кафедры социальной гигиены в кафедры социальной медицины и организации здравоохранения, т.е. отразилось более широкое понимание предмета, включающее в себя широкий круг проблем по охране здоровья населения и управлению децентрализованной системой здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике.

В настоящее время одной из главных задач является подготовка социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения (менеджеров здравоохранения). Создана не только система подготовки менеджеров здравоохранения, но и менеджеров сестринского дела (сестер с высшим медицинским образованием). Следовательно, социальная медицина и организация здравоохранения на рубеже XX—XXI вв. вновь находится в состоянии развития, когда совершенствуется содержание предмета. Возможно, предстоит также и уточнение или изменение названия предмета.

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое социальная медицина?
2. На стыке каких наук находится социальная медицина?
3. Перечислите другие названия социальной медицины.
4. В чем заключается предмет изучения социальной медицины?
5. Что является объектом исследования социальной медицины?
6. Перечислите объекты социально-медицинской работы.
7. Перечислите основные этапы в развитии социальной медицины.

Глава 2 ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ

2.1. Понятия здоровья и болезни

Важнейшей задачей государства и всего общества в целом является забота о здоровье населения. На вопрос, что такое здоровье, чаще всего следует ответ, что это отсутствие болезней, хорошее самочувствие, т. е. здоровье обычно определяют отсутствием болезней. Поэтому вначале следует определить понятие болезни.

Определений понятия болезни множество: нарушение нормальной жизнедеятельности, адаптации к среде обитания (дезадаптация), функций организма или его частей, связей организма с внешней средой, гомеостаза (постоянства внутренней среды организма), невозможность полностью осуществлять человеческие функции.

Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения болезнь — это жизнь, нарушенная в своем течении повреждением структуры и функции организма под влиянием внешних и внутренних факторов при мобилизации его компенсаторно-приспособительных механизмов. Болезнь характеризуется общим или частным снижением приспособленности к среде и ограничениями свободы жизнедеятельности больного.

Прежде, чем говорить о здоровье, следует разобраться в двоякой сущности человека: с одной стороны, человек является неотъемлемой частью биологического мира (человек — homo sapiens, подтип позвоночных, отряд приматов, класс млекопитающих — высшая ступень развития организмов на Земле), с другой стороны, человек — социальное существо (общественное), способное производить и использовать орудия труда, изменять окружающий мир. Это существо обладает сознанием как функцией высокоорганизованного мозга и членораздельной речью.

Философы и врачи Древнего мира считали человека подобием природы, мира, космоса. Человек — это микрокосмос в макрокосмосе, он состоит из тех же элементов: воды, воздуха, огня и т.д. Следовательно, здоровье является равновесием этих элементов, а болезнь — нарушением этого равновесия. У некоторых мыслителей древности в результате наблюдения за жизнью людей, их образом и условиями жизни складывались убеждения о роли социальных факторов в жизни человека. По мере развития медицины, истории и других наук все больше накапливалось наблюдений и доказательств значения социальных факторов в жизни человека. Особенно это получило развитие в эпоху Возрождения, когда деятельность, духовный мир, общение людей, т. е. социальные начала, нашли отражение в философских и научных трудах.

Наибольшее развитие эти взгляды получили в эпоху Просвещения. Так, Гельвеции писал, что человек — животное с особой внешней организацией, позволяющей пользоваться оружием и орудиями труда. Но ученые той поры социальное начало в человеке трактовали неполно, лишь как внешнее проявление телесной связи человека с окружающей средой.

Сторонники противоположных взглядов на сущность человека по сути разделяли взгляды К. Маркса: «Сущность человека есть совокупность общественных отношений». Более полно и объективно охарактеризовал человека Ф. Энгельс: «Сущность человека проявляется двояко: в качестве естественного (т. е. биологического) и в качестве общественного отношения (т. е. социального)». Неразрывность биологического и социального в человеке отражена в «Капитале» К. Маркса: «Воздействуя на внешнюю природу и изменяя ее, он (человек) в то же время изменяет свою собственную природу».

Соотношение социального и биологического в человеке является главным в понимании характера здоровья и болезни.

Медики древности видели истоки здоровья и причины болезней не только в смешении элементов организма, но и в поведении людей, их привычках, условиях и образе жизни. Делались даже попытки установить соответствие между спецификой заболевания и характером труда.

Социалисты-утописты видели залог хорошего здоровья людей в их вымышленных городах, прекрасных условиях жизни. Французские философы-энциклопедисты эпохи Просвещения не раз указывали на зависимость здоровья людей от социальных условий. Английские врачи и санитарные инспекторы XIX в. в своих отчетах не раз приводили примеры пагубного действия тяжелых условий труда на здоровье рабочих. Прогрессивные отечественные деятели медицины второй половины XIX в. представили тысячи доказательств неблагоприятного воздействия на здоровье трудящихся условий труда и быта. Первостепенная значимость социальных условий в формировании здоровья населения стала предметом изучения социальной гигиены с начала XX в.

Определение соотношений социального и биологического начал в человеке позволяет выявить их влияние на здоровье человека. Как в сущности самого человека нельзя оторвать биологическое от социального, так нельзя разорвать биологическую и социальную составляющие здоровья. Здоровье и болезнь отдельного человека в основе своей биологические. Но общебиологические качества не являются основополагающими, они опосредуются социальными условиями его жизни. Не только в трудах отдельных исследователей, но и в документах международных медицинских организаций говорится о социальной обусловленности здоровья, т. е. о первостепенном воздействии на здоровье социальных условий и факторов.

Социальные условия — это форма проявлений производственных отношений, способ общественного производства, социально-экономический строй и политическая структура общества. Социальные факторы — это проявление социальных условий для конкретного человека: условия труда, отдыха, жилье, питание, образование, воспитание и т.д.

В Уставе ВОЗ дано определение здоровья — «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней». Но следует сказать, что единого определения сейчас нет. Можно предложить следующие варианты определения здоровья, предложенные Ю.П.Лисицыным: гармоническое единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и прибретенными биологическими и

социальными воздействиями (болезнь — нарушение этого единства); состояние, которое позволяет вести не стесненную в своей свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции (прежде всего трудовые), вести здоровый образ жизни, т. е. испытывать душевное, физическое и социальное благополучие.

Индивидуальное здоровье — здоровье отдельного человека. Его оценивают по персональному самочувствию, наличию или отсутствию заболеваний, физическому состоянию и т.д. Групповое здоровье — здоровье отдельных сообществ людей: возрастных, профессиональных и т.д. Здоровье населения — здоровье людей, живущих на определенной территории.

Наиболее трудно определить здоровье общественное. Общественное здоровье отражает здоровье индивидуумов, из которых состоит общество, но не является суммой здоровья индивидуумов. Даже ВОЗ до сих пор не предложило краткого и емкого определения общественного здоровья. «Общественное здоровье — такое состояние общества, которое обеспечивает условия для активного продуктивного образа жизни, не стесненного физическими и психическими заболеваниями, т. е. это то, без чего общество не может создавать материальные и духовные ценности, это и есть богатство общества» (Ю.П.Лисицин).

Потенциал общественного здоровья — мера количества и качества здоровья людей и его резервов, накопленных обществом. Индекс общественного здоровья — соотношение здорового и нездорового образа жизни населения.

Эксперты ВОЗ критериями общественного здоровья считают: процент валового национального продукта (ВНП), идущего на здравоохранение; доступность первичной медико-санитарной помощи; уровень детской смертности; среднюю продолжительность предстоящей жизни и т.д.

К методам изучения здоровья населения относятся: медико-статистический, социологический (анкетирование, интервьюирование, посемейное комплексное обследование), экспертный, организованного эксперимента.

2.2. Показатели здоровья населения

К показателям здоровья населения относятся: медико-демографические, заболеваемости и распространения болезней (болезненность), инвалидности и инвалидизации, физического развития населения.

Медико-демографические, в свою очередь, разделяются на показатели естественного движения населения: рождаемость, смертность, естественный прирост населения, среднюю продолжительность предстоящей жизни, брачность, плодовитость — и показатели механического движения населения (миграция населения): эмиграцию, иммиграцию.

Показатели естественного движения населения. Рождаемость и смертность населения исчисляется на основе регистрации каждого случая рождения и смерти в отделах записи актов гражданского состояния (ЗАГС).

Рождение и смерть регистрируются на специальных бланках «Акт о рождении», «Акт о смерти», которые, в свою очередь, составляются на основании «Справки о рождении» и «Врачебном свидетельстве о смерти».

Показатель (коэффициент) рождаемости — число рождений в год, приходящихся на 1000 чел.:

$$\text{Коэффициент рождаемости} = \frac{\text{Число рождений в год}}{\text{Численность населения}}.$$

Средний показатель рождаемости — 20—30 детей на 1000 чел. Показатель (коэффициент) общей смертности — число умерших в год на 1000 чел.:

$$\text{Коэффициент общей смертности} = \frac{\text{Число умерших в год}}{\text{Численность населения}}.$$

Средний показатель смертности 13... 16 умерших на 1000 чел. Если смертность в старческом возрасте является следствием физиологического процесса старения, то смертность детей есть явление патологическое. Поэтому детская смертность является показателем социального неблагополучия, неблагополучия здоровья населения.

$$\text{Показатель детской смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте года в данном календарном году}}{\frac{2}{3}\text{ от числа детей, родившихся в данном году} + \frac{1}{3}\text{ от числа детей, родившихся в предыдущем году}},$$

Уровни детской смертности в течение 1-го года жизни также неравномерны: наиболее высокая смертность приходится на 1-й месяц жизни, а в 1-м месяце — на 1-ю неделю. Поэтому особое внимание уделяется следующим показателям детской смертности (на 1000 чел.):

$$\text{Ранняя неонатальная смертность} = \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 0...6 дней}}{\text{Число родившихся живыми}}.$$

$$\text{Перинатальная смертность} = \frac{\text{Число детей, родившихся мертвыми} + \text{число детей, умерших в возрасте 0...6 дней}}{\text{Общее число родившихся (живыми и мертвыми)}}$$

Термин «перинатальная смертность» означает смертность вокруг родов. Различают антанатальную смертность (до родов), интранатальную смертность (в родах), постнатальную смертность (после родов), неонатальную (в течение 1-

го месяца жизни) и раннюю неонатальную (в течение 1-й недели жизни) смертности.

Антанатальная и интранатальная смертности составляют мертворождаемость.

Основными причинами перинатальной смертности являются родовые травмы, врожденная аномалия развития, асфиксия и т.д. На уровень перинатальной смертности влияют следующие факторы: социально-биологические (возраст матери, ее состояние во время беременности, наличие абортов в анамнезе, число предыдущих родов и т.д.), социально-экономические (условия труда беременной, материальное положение, семейное положение, уровень и качество медицинской помощи беременным и новорожденным).

На показатели детской смертности, как показали исследования, влияют следующие группы факторов: социально-экономические и определяемый ими образ жизни, политика в области здравоохранения, охрана здоровья женщин и детей, специфические методы борьбы с детской смертностью, следующие из ее медико-социальных причин.

Важнейшим показателем здоровья населения является младенческая смертность — смертность детей в возрасте до 1 года, рассчитываемая на 1000 рожденных живыми в течение одного года. Она определяет большую половину детской смертности, влияет на все демографические показатели. Низкий показатель младенческой смертности составляет 5... 15 детей на 1000 чел. населения, средний — 16...30, высокий — 30...60 и более.

Естественный прирост населения — разность между рождаемостью и смертностью населения из расчета на 1000 чел. населения.

В настоящее время в странах Европы наблюдается снижение естественного прироста населения за счет снижения рождаемости.

Средняя продолжительность предстоящей жизни — число лет, которое в среднем предстоит прожить данному поколению родившихся или числу сверстников определенного возраста, если предположить, что на всем протяжении их жизни смертность будет такой же, как в год исчисления. Как следует из определения, этот показатель рассчитывается по данным возрастной смертности с применением специальных таблиц смертности и статистических методик исчисления. В настоящее время высоким показателем считается 65...75 лет и более, средним 50...65 лет и низким 40...50 лет.

Показателем постарения населения является доля лиц 60 лет и старше. Высоким постарением населения считается, если такая возрастная категория составляет 20 % населения и более, умеренным постарением — 5... 10%, низким — 3...5 %.

Показатели механического движения населения. *Механическое движение населения* — передвижение (миграция) отдельных групп людей из одного района в другой или за пределы страны. К сожалению, за последние годы в пределах отечества вследствие социально-экономической нестабильности, межнациональных конфликтов миграционные процессы приняли стихийный характер, стали все более распространенными.

Механическое движение населения оказывает большое влияние на

санитарное состояние общества. Вследствие передвижения значительных масс людей создается возможность распространения инфекций. Мигранты являются одним из основных объектов социальной работы.

Показатели заболеваемости. Заболеваемость имеет важнейшее значение в изучении состояния здоровья населения. Заболеваемость изучается на основании анализа медицинской документации амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений: листков нетрудоспособности; карт больных, выбывших из стационара; статистических талонов для регистрации уточненных диагнозов; экстренных извещений об инфекционных заболеваниях; свидетельств о смерти и т. д. Изучение заболеваемости включает в себя также количественную (уровень заболеваемости), качественную (структуру заболеваемости) и индивидуальную (кратность перенесенных за год заболеваний) оценку.

Различают: *собственно заболеваемость* — вновь возникшее заболевание в данном году; *распространенность заболевания* (болезненность) — заболевания, вновь возникшие в данном году и перешедшие из предыдущего года на данный момент.

Заболеваемость населения показывает уровень, частоту, распространенность всех болезней вместе взятых и каждой в отдельности среди населения в целом и его отдельных группах по возрасту, полу, профессии и т.д.

Существуют методы изучения заболеваемости по данным обращаемости, по данным медицинских осмотров и причинам смерти.

Показатели заболеваемости определяются соответствующей цифрой на 1000, 10000 или 100 000 чел. населения. Виды заболеваемости следующие: общая заболеваемость, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, инфекционная заболеваемость и т.д.

В настоящее время происходит преобразование структуры смертности и заболеваемости: если в прошлом наиболее распространенными заболеваниями были инфекционные (именно они составляли главную причину смертности населения), то сейчас преобладают неинфекционные, т.е. хронически протекающие заболевания — сердечно-сосудистые, онкологические, нейропсихические, эндокринные заболевания, травмы. Это связано с достижениями медицины в борьбе с массовыми инфекционными заболеваниями: вакцинацией, мерами по охране труда и внешней среды (ликвидация природных очагов малярии, чумы и т.д.), санитарным просвещением и т.д.

На первом месте по причинам смерти стоят сердечно-сосудистые заболевания, затем онкологические заболевания, и, наконец, травмы. В нашей стране сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди причин инвалидности.

Изменению характера заболеваемости способствует быстрое изменение образа жизни, приводящее к нарушению адаптации человека в окружающей среде. Возникла теория болезней цивилизации. Хронические неэпидемические болезни возникают потому, что цивилизация (в частности, урбанизация) приводит к бурному нарастанию темпов жизни, вырывает человека из

привычных для него условий жизни, к которым он приспосабливался в течение многих поколений, и человек остается беззащитным перед темпами и ритмами современной жизни. В результате биологические ритмы человека, его способности к адаптации перестают соответствовать ритмам социальным, т. е. современные заболевания, например сердечно-сосудистые, сторонники теории болезней цивилизации рассматривают как выражение неприспособленности к среде существования. Одна из важнейших задач социального работника — совершенствование медико-социальной адаптации, иными словами, косвенным образом деятельность социальных работников способствует снижению заболеваемости хроническими неэпидемическими заболеваниями.

Показатели инвалидности. Инвалидность — нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, врожденными дефектами, последствиями травм, приводящих к ограничению жизнедеятельности. Показатели инвалидности выявляются путем регистрации данных медико-социальной экспертизы.

Показатели физического развития. Физическое развитие — показатель роста и формирования организма — зависит не только от наследственности, но и от социальных условий. Физическое развитие обследуемых выявляется путем антропометрических и физиометрических измерений роста, массы тела, окружности грудной клетки, мышечной силы, отложений жира, уровня артериального давления, жизненной емкости легких. На основании полученных данных устанавливают стандарты физического развития для каждой возрастно-половой группы. Стандарты служат для индивидуальной оценки физического развития, которая проводится на медицинских осмотрах.

Уровень физического развития тесно связан с климатогеографическими условиями и различными этническими группами, для чего создаются местные стандарты. Массовые из года в год повторяющиеся медицинские наблюдения позволяют судить об изменениях физического развития, а следовательно, и об изменениях здоровья населения.

Ускоренные темпы физического развития называются акселерацией. Акселерация наблюдается уже в период внутриутробного развития плода. В дальнейшем продолжается ускорение темпов роста массы тела, раннее половое созревание, раннее окостенение скелета. Акселерация накладывает свой отпечаток на развитие организма более старшего возраста, на проявление заболеваний в старшем возрасте. Есть предположение, что акселерация способствует вероятности развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и т.д.

Освидетельствование физического развития (согласно приказу Минздрава №387) проводится: новорожденным; детям 1-го года жизни ежемесячно; детям раннего дошкольного возраста ежегодно; перед поступлением в школу; учащимся «декретированных» классов школы (3-го, 6-го, 8-го классов).

2.3. Факторы, определяющие здоровье

Многочисленные исследования показали, что факторами, обусловливающими здоровье, являются:

биологические (наследственность, тип высшей нервной деятельности, конституция, темперамент и т.д.);

природные (климат, погода, ландшафт, флора, фауна и т.д.);

состояние окружающей среды;

социально-экономические;

уровень развития здравоохранения.

Эти факторы влияют на образ жизни людей.

Установлено также, что образ жизни примерно на 50 %, состояние окружающей среды на 15... 20 %, наследственность на 20 % и здравоохранение (деятельность его органов и учреждений) на 10 % обусловливают здоровье (индивидуальное и общественное).

С понятием здоровья тесно связано представление о факторах риска здоровью.

2.4. Факторы риска здоровью

Факторы риска здоровью — это определяющие здоровье факторы, влияющие на него отрицательно. Они благоприятствуют возникновению и развитию болезней, вызывают патологические изменения в организме. Непосредственная причина заболевания (этиологические факторы) прямо воздействует на организм, вызывая в нем патологические изменения. Этиологические факторы могут быть бактериальными, физическими, химическими и т.д.

Для развития болезни необходимо сочетание факторов риска и непосредственных причин заболевания. Часто трудно выделить причину болезни, так как причин может быть несколько и они взаимосвязаны.

Число факторов риска велико и растет с каждым годом: в 1960-е гг. их насчитывалось не более 1000, сейчас — примерно 3000. Выделяют главные, так называемые большие факторы риска, т. е. являющиеся общими для самых различных заболеваний: курение, гиподинамию, избыточную массу тела, несбалансированное питание, артериальную гипертензию, психоэмоциональные стрессы и т.д.

Различают также факторы риска первичные и вторичные. К первичным факторам относятся факторы, отрицательно влияющие на здоровье: нездоровый образ жизни, загрязнение окружающей среды, отягощенную наследственность, неудовлетворительную работу служб здравоохранения и т.д. К вторичным факторам риска относятся заболевания, которые отягощают течение других заболеваний: сахарный диабет, атеросклероз, артериальная гипертензия и т.д.

Итак, перечислим факторы риска здоровью:

нездоровый образ жизни (курение, употребление алкоголя, несбалансированное питание, стрессовые ситуации, постоянное психоэмоциональное напряжение, гиподинамия, плохие материально-бытовые

условия, употребление наркотиков, неблагоприятный моральный климат в семье, низкий культурный и образовательный уровень, низкая медицинская активность);

неблагоприятная наследственность (наследственная предрасположенность к различным заболеваниям, генетический риск — предрасположенность к наследственным болезням);

неблагоприятное состояние окружающей среды (загрязнение воздуха канцерогенами и другими вредными веществами, загрязнение воды, загрязнение почвы, резкая смена атмосферных параметров, повышение радиационных, магнитных и других излучений);

неудовлетворительная работа органов здравоохранения (низкое качество медицинской помощи, несвоевременность оказания медицинской помощи, труднодоступность медицинской помощи).

2.5. Понятие о медицинской профилактике

С понятием факторов риска здоровью тесно связано понятие «профилактика в медицине». Профилактика означает «предупреждение», «предохранение». Этот термин широко распространен во многих областях науки и техники. В медицине профилактика означает предупреждение возникновения и развития заболеваний.

Выделяют профилактику первичную и вторичную. Первичная профилактика призвана предупредить возникновение заболеваний, вторичная — предупредить прогрессирование имеющегося заболевания. Мерами первичной и вторичной профилактики являются медицинские, гигиенические, социальные, социально-экономические и др. Выделяют также профилактику индивидуальную (личную) и общественную, т.е. действия индивидуума и общества для профилактики заболевания.

Одними из главных мер профилактики являются гигиеническое воспитание и санитарное просвещение, которые занимают одно из ведущих мест в практике социального работника.

Идеи профилактики заболеваний наряду с диагностикой и лечением зародились в глубокой древности и заключались обычно в соблюдении правил личной гигиены, здорового образа жизни. Постепенно складывалось представление о первостепенной значимости профилактических мер. В период античности в произведениях Гиппократа и других выдающихся медиков говорилось о том, что легче болезнь предупредить, чем вылечить. Впоследствии это положение разделяли многие врачи, в том числе и русские медики XVIII-XIX вв.

В XIX в., когда были раскрыты причины массовых инфекционных и других заболеваний, возникла потребность в развитии общественного здравоохранения (социальной медицины) и профилактика стала главной проблемой общественного здравоохранения.

С 1917 г. профилактическое направление социальной политики отечественного здравоохранения является ведущим, именно в этом состояло

главное достоинство системы отечественного здравоохранения, что неоднократно признавалось медиками других стран.

Средствами медицинской профилактики являются пропаганда здорового образа жизни, диспансеризация, гигиеническое воспитание и т.д. Акцент должен делаться на первичной профилактике, т.е. формировании установки на здоровый образ жизни, так как предупредить заболевание значительно легче, чем вылечить.

Основным направлением развития профилактической политики отечественного здравоохранения является разработка и выполнение многочисленных программ по профилактике, в том числе и программы ВОЗ «Здоровье для всех к 2000 году». Приоритетными из них должны стать программы формирования здорового образа жизни. Главными в профилактике являются участковые (семейные) врачи, медицинские сестры, учителя, работники детских дошкольных учреждений, сотрудники средств массовой информации (СМИ). Именно с ними должны контактировать социальные работники в плане профилактики заболеваний.

Контрольные вопросы и задания

1. В чем заключаются понятия: «болезнь», «здоровье», «индивидуальное здоровье», «здоровье населения»?
2. Что означает здоровье общественное?
3. Перечислите методы изучения здоровья.
4. Назовите показатели здоровья населения.
5. Перечислите показатели естественного движения (рождаемость, смертность, средняя продолжительность предстоящей жизни и т.д.).
6. Какой из показателей естественного движения населения наиболее социально значим?
7. Какие показатели младенческой смертности принято считать низкими? средними? высокими?
8. Каковы показатели заболеваемости населения (понятия, единицы измерения)?
9. Какие заболевания стоят на первом месте по причинам смерти в современных условиях?
10. Назовите методы изучения заболеваемости.
11. Какие вы знаете показатели инвалидности (понятия, способы изучения); физического развития (понятия, методы изучения); акселерации?
12. Назовите факторы, определяющие здоровье.
13. Какой из факторов, определяющих здоровье, наиболее значим?
14. В чем заключается понятие факторов риска здоровья?
15. Назовите большие факторы риска здоровья?
16. В чем заключается понятие профилактики заболеваний? первичной профилактики заболеваний? вторичной профилактики заболеваний?

Глава 3 ОБРАЗ ЖИЗНИ - ГЛАВНЫЙ ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ

3.1. Понятие образа жизни

Образ жизни — определенный тип жизнедеятельности людей, включающий в себя совокупность различных видов деятельности, поведение людей в повседневной жизни.

Выделяют основные формы деятельности: трудовую (производственную), познавательную, деятельность в быту, медицинскую активность. Каждый вид деятельности имеет свои показатели.

К показателям производственно-трудовой деятельности относятся: степень удовлетворенности, уровень профессионального мастерства, занимаемая должность, отношения в коллективе, инициативность и т.д.

Показателями деятельности в быту являются: жилищно-бытовые условия, наличие бытовой техники, время, затрачиваемое на домашние обязанности, отношения между супругами, число детей и т.д.

Медицинская активность — это активность в области охраны здоровья. Она зависит от общего уровня развития, образования, психологической установки, доступности медицинской помощи, условий жизни и т.д.

К показателям медицинской активности относятся: санитарная грамотность, гигиенические привычки, обращаемость за медицинской помощью, отношение к медосмотрам, выполнение медицинских рекомендаций, рациональность питания, физическая активность, отсутствие вредных привычек, своевременность обращений за медицинской помощью.

Перечислим ряд понятий, тесно связанных с понятием образа жизни.

Условия жизни — условия, определяющие образ жизни. Они могут быть материальными и нематериальными (труд, быт, семейные отношения, образование, питание и т.д.).

Уровень жизни (уровень благосостояния) характеризует размер и структуру потребностей. Это — количественные показатели условий жизни. Уровень жизни определяется размером валового продукта, национальным доходом, реальными доходами населения, обеспеченностью жильем, медицинской помощью, показателями здоровья населения.

Уклад жизни — порядок, регламент труда, быта, общественной жизни, в рамках которых проходит жизнедеятельность людей.

Стиль жизни — индивидуальные особенности поведения в повседневной жизни.

Качество жизни — качество тех условий, в которых осуществляется повседневная жизнедеятельность людей (качество жилищных условий, питания, образования, медицинской помощи).

Задача социального работника в конечном итоге состоит в помощи клиенту восстановить или улучшить взаимодействие между ним и обществом

для улучшения качества жизни клиента.

3.2. Здоровый образ жизни и пути его формирования

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) — термин, который применяется все чаще. Самое простое определение ЗОЖ — все то, что благотворно влияет на здоровье. Следовательно, в понятие ЗОЖ входят все положительные стороны деятельности людей: удовлетворенность трудом, активная жизненная позиция, социальный оптимизм, высокая физическая активность, устроенность быта, отсутствие вредных привычек, высокая медицинская активность и т.д.

Формирование ЗОЖ является важнейшей задачей государства, так как образ жизни является определяющим фактором здоровья. Результаты медицинских обследований свидетельствуют о снижении резервов здоровья.

Формирование ЗОЖ является также задачей органов здравоохранения, социальной защиты, образования. На формирование ЗОЖ направлены рекомендации ВОЗ:

питание с малым содержанием жиров животного происхождения;

сокращение количества потребляемой соли;

сокращение потребления алкогольных напитков;

поддержание нормальной массы тела и регулярные физические упражнения;

снижение уровня стрессов и т. д.

Формирование ЗОЖ лежит в основе любой профилактической деятельности, многочисленных программ, направленных на повышение общественного здоровья. Пропаганда ЗОЖ является важнейшей функцией и задачей всех органов здравоохранения (особенно учреждений первой медико-санитарной помощи), центров санитарного просвещения, учреждений образования, органов социальной защиты и т.д.

ЗОЖ должен формироваться по следующим двум направлениям: усиление и создание положительного в образе жизни, преодоление, уменьшение факторов риска.

Изучение и формирование общественного мнения относительно оценки собственного здоровья — одна из трудных задач формирования ЗОЖ. Наряду с органами здравоохранения большая роль в этом принадлежит СМИ. Необходимо понимание того, что общественное здоровье обеспечивается не только ответственностью государства и общества, но и ответственностью каждого из нас за свое здоровье и здоровье всех. Здоровый образ жизни базируется на научно-обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление здоровья: рациональное питание; физическая активность; закаливание; отсутствие вредных привычек; умение выходить из стрессовых состояний (например, владение методиками аутотренинга); высокая медицинская активность (своевременность прохождения медосмотров, своевременность обращения за медицинской помощью в случае заболевания, активное участие в диспансеризации); умение оказать первую помощь при

внезапных заболевания, травмах и т.д.

3.3. Рациональное питание

Понятие рационального питания. Рациональное (от лат. ratio — разум) питание является важнейшим фактором здорового образа жизни.

Рациональное питание — питание, которое сбалансировано в энергетическом отношении по калориям, составу в зависимости от пола, возраста и рода деятельности.

В наше время у большей части нашего населения питание не соответствует этому понятию не только из-за недостаточной материальной обеспеченности, но и еще из-за отсутствия или недостатка знаний по данному вопросу. Прежде чем перейти к рекомендациям питания в повседневной жизни, остановимся на роли пищевых веществ в организме.

Питание является неотъемлемой частью образа жизни, так как поддерживает обменные процессы на относительно постоянном уровне. Роль питания в обеспечении жизнедеятельности организма общеизвестна: энергообеспечение, синтез ферментов, пластическая роль и т. д. Нарушение обмена веществ приводит к возникновению нервных и психических заболеваний, авитаминозов, заболеваний печени, крови и т.д. Неправильно организованное питание приводит к снижению трудоспособности, повышению восприимчивости к болезням и, в конечном счете, к снижению продолжительности жизни. Энергия в организме высвобождается в результате процессов окисления белков, жиров и углеводов.

Значение основных питательных веществ, их энергетическая ценность. *Белки* — жизненно необходимые вещества в организме. Они используются в качестве источника энергии (окисление 1 г белка в организме дает 4 ккал энергии), строительного материала для регенерации (восстановления) клеток, образования ферментов и гормонов. Потребность организма в белках зависит от пола, возраста и энергозатрат, составляя в сутки 80... 100 г, в том числе животных белков 50 г. Белки должны давать примерно 15 % калорийности суточного рациона. В состав белков входят аминокислоты, которые подразделяются на заменимые и незаменимые. Чем больше белки содержат незаменимых аминокислот, тем они полноценнее. К незаменимым аминокислотам относятся: триптофан, лейцин, изолейцин, валин, лизин, метионин, фенилаланин, треонин.

Жиры являются основным источником энергии в организме (окисление 1 г жиров дает 9 ккал). Жиры содержат ценные для организма вещества: ненасыщенные жирные кислоты, фосфатиды, жирорастворимые витамины А, Е, К. Суточная потребность организма в жирах составляет в среднем 80... 100 г, в том числе растительных жиров 20... 25 г. Жиры должны давать примерно 35 % калорийности суточного рациона. Наибольшую ценность для организма представляют жиры, содержащие ненасыщенные жирные кислоты, т.е. жиры растительного происхождения.

Углеводы являются одним из основных источников энергии (окисление 1

г. углеводов дает 3,75 ккал). Суточная потребность организма в углеводах составляет от 400...500 г, в том числе крахмала 400...450 г, сахара 50... 100 г, пектинов 25 г. Углеводы должны давать примерно 50 % калорийности суточного рациона. Если углеводов в организме избыток, то они переходят в жиры, т. е. избыточное количество углеводов способствует ожирению.

Кроме белков, жиров и углеводов важнейшей составляющей рационального питания являются витамины — биологически активные органические соединения, необходимые для нормальной жизнедеятельности. Недостаток витаминов приводит к гиповитаминозу (недостаток витаминов в организме) и авитаминозу (отсутствие витаминов в организме). Витамины в организме не образуются, а попадают с продуктами. Различают водо- и жирорастворимые витамины.

Кроме белков, жиров, углеводов и витаминов в организме необходимы минеральные вещества, которые используются в качестве пластического материала и для синтеза ферментов. Различают макроэлементы (Ca, P, Mg, Na, K, Fe) и микроэлементы (Cu, Zn, Mn, Co, Cr, Ni, J, Ft, Si).

Соотношение белков, жиров и углеводов для людей среднего возраста должно быть (по массе) 1:1:4 (при тяжелой физической работе 1:1:5), для молодых — 1:0,9:3,2.

Эти вещества организм получает только в том случае, если употребляется разнообразная пища, включающая шесть основных групп продуктов: молочные; мясо, птица, рыба; яйца; хлебобулочные, крупяные, макаронные и кондитерские изделия; жиры, картофель.

Большое значение имеет режим питания: кратность приема пищи, распределение суточной калорийности, массы и состава пищи по отдельным приемам пищи.

Для здорового человека оптимально четырехразовое питание, так как более редкое питание приводит к накоплению жира в организме, уменьшению активности щитовидной железы и тканевых ферментов. Частая еда в одно и то же время способствует лучшему оттоку желчи. Нарушение режима питания является одной из основных причин возникновения хронических заболеваний желудка и кишечника. Кратность приемов пищи определяется возрастом, характером трудовой деятельности, распорядком дня, функциональным состоянием организма. Регулярность приема пищи способствует выработке условного рефлекса во время еды и ритмичной выработке пищеварительных соков.

При четырехразовом питании соотношение числа калорий пищи по отдельным приемам пищи должно быть: 30, 15, 35, 20%.

Продукты, богатые животными белками (мясо, рыба), полезнее употреблять утром и днем, так как они повышают работоспособность. Второй завтрак может включать в себя кисломолочные продукты, овощные блюда, бутерброды, фрукты. Обед должен быть самым значительным по объему пищи. Ужин должен быть небольшим по объему и состоять из легкоусвояемых блюд. Последний прием пищи должен быть за 2... 3 ч до сна.

Принципы рационального питания в повседневной жизни. Чтобы дать

правильные советы относительно рациона, режима питания, следует говорить не столько о химических компонентах, сколько о наборе продуктов. Необходимое для здорового питания соотношение продуктов американские ученые представляют в виде пирамиды (прил. 4), разделенной на четыре равные по высоте части. Нижняя, наиболее широкая, часть пирамиды — зерновые продукты (хлеб, каши и т.д.), следующая — овощи и фрукты, затем молочные продукты, мясо и рыба. Самая маленькая часть пирамиды — сахар и жир. В рационе современного человека часто оказывается слишком много животного жира и сахара, мало овощей и фруктов, мало растительных жиров. В 1990 г. ВОЗ представила свои рекомендации по рациональному питанию (прил. 4). Суточный рацион (в калориях) в зависимости от энергетических затрат обычно бывает представлен в специальных таблицах.

Для организации питания в повседневной жизни следует соблюдать следующие принципы:

не переедать;

питание должно быть разнообразным, т. е. ежедневно желательно употреблять в пищу рыбу, мясо, молочные продукты, овощи и фрукты, хлеб грубого помола и т.д.;

в способах приготовления предпочтение следует отдавать отварному;

знать калорийность и химический состав пищи.

Особенности питания для профилактики ожирения. Одним из негативных последствий нерационального питания является избыточная масса тела, которая увеличивает риск многих заболеваний. У людей, страдающих ожирением, в 1,5... 2 раза чаще, чем у людей с нормальной массой тела, наблюдаются заболевания сердечнососудистой системы, в 3... 4 раза чаще сахарный диабет, в 2... 3 раза чаще желчекаменная болезнь, заболевания печени. Ожирение является одной из самых частых причин преждевременного старения.

Существует несколько способов определения оптимальной массы тела. Наиболее распространена формула Оброка: рост (в см) — 100. Однако этот расчет имеет ряд недостатков. Более точным показателем является так называемый индекс Кетле (прил. 4). Индекс более 30,0 у мужчин и более 28,6 у женщин свидетельствует о наличии ожирения. Группа экспертов ВОЗ в качестве оптимального рекомендует и для мужчин и для женщин значение индекса 20... 22. Именно при этих значениях минимален риск заболеваний и смерти в каждой возрастной группе. Следовательно, человеку нужно столько калорий, чтобы его масса не превышала пределов соответствующего индекса Кетле. За массой надо следить постоянно, внося необходимые коррективы в питание и физические нагрузки, в том числе и применять разгрузочные дни. Для предупреждения ожирения необходимо:

обращать внимание на сведения о составе и калорийности продуктов на этикетках;

не увлекаться мучными изделиями, особенно сдобами, содержащими жир и сахар;

избегать излишнего потребления сахара и сладостей, использовать

заменители сахара;

избегать пищевых продуктов, богатых жиром (сосиски, сардельки, колбасы, жирные молочные продукты);

помнить, что алкогольные напитки, включая пиво, калорийны;

выходить из-за стола с легким чувством голода, так как организм уже получил достаточно пищи, но сигнал об этом еще не успел дойти до головного мозга;

тщательно пережевывать пищу, так как это способствует угасанию аппетита;

при увеличении массы тела увеличивать физическую активность.

Особенности питания людей пожилого возраста. Снижение интенсивности обменных процессов в пожилом возрасте и уменьшение физической активности обусловливают уменьшение потребности в пищевых веществах и снижение калорийности пищи у этой группы населения. Рацион питания пожилого человека должен быть разнообразным и включать в себя достаточное количество овощей и фруктов. Пищу следует принимать часто, не менее 5...6 раз в день небольшими порциями. В рацион следует вводить морскую рыбу, творог, молочнокислые продукты, нежирное мясо. Рыбу и мясо предпочтительно употреблять в отварном виде. Следует ограничить количество жиров животного происхождения, отдавая предпочтение растительным жирам, содержащим ненасыщенные жирные кислоты, что в свою очередь является профилактикой атеросклероза. Следует ограничить потребление соли, сахара (заменять медом или заменителем сахара), специй, копченостей, крепкого чая и кофе. Для регулярной работы кишечника пожилым людям следует включить в рацион хлеб из муки грубого помола.

Особенности питания беременных. Рациональное питание беременной женщины важно не только для правильного развития и созревания плода, но и для перестройки организма беременной в связи с будущей лактацией. Поэтому питание беременной женщины должно обеспечить повышенные потребности организма во всех основных пищевых веществах. В первой половине беременности потребность в белках составляет 1,2... 1,5 г на килограмм массы, во второй половине — 2 г на килограмм массы. Беременная женщина ежедневно должна употреблять 120... 200 г нежирной говядины или 150...200 г рыбы. Жир нужно употреблять в количестве 80... 100 г в сутки (из них 30 г должны составлять растительные жиры), углеводы — преимущественно в виде сырых овощей и фруктов до 400... 500 г в сутки. Особое внимание следует обратить на продукты, богатые железом, так как очень часто у беременных развивается анемия. Суточная потребность в железе составляет 15 — 20 мг. Железо содержится в говядине, говяжьей печени, яичном желтке, фруктах и овощах зеленого цвета (шпинат, салат, яблоки). Беременные женщины должны ограничить потребление соли, жидкости, шоколада, цитрусовых, сладостей, крепкого чая и кофе. При быстром увеличении массы тела по рекомендации врача можно назначать так называемые разгрузочные дни.

Лечебное питание. Питание больного наряду с медикаментами играет большую роль в лечение больного. Определенная диета является важнейшим

фактором лечения заболеваний органов пищеварения, сердечно-сосудистой системы, почек, органов эндокринной системы и т.д.

Лечебное питание организуется по номенклатуре диет, разработанных Институтом питания РАМН. Социальный работник должен иметь представление об особенностях той или иной диеты — лечебного стола (таких лечебных столов 15). Каждому номеру лечебного стола соответствует определенное заболевание, при котором этот стол (диета) применяется. Лечебная диета может быть назначена не только в стационарных, но и в домашних условиях. Назначает диету лечащий врач. В стационаре за соблюдением лечебного питания наряду с лечащим врачом следит палатная медицинская сестра, которая проверяет содержимое передач и контролирует хранение продуктов. В домашних условиях соблюдение диеты проверяет участковый врач, участковая медсестра, родственники больного.

Радиация и питание. После аварии на Чернобыльской АЭС большие территории подверглись радиоактивному загрязнению. Оставшаяся часть населения этих мест получает с продуктами питания до 90% радиоактивных веществ, с питьевой водой до 10%, с вдыхаемым воздухом до 1 %. Растения поглощают из почвы водорастворимые изотопы цезия-137 и стронция-90. Концентрация радиоактивных веществ в растениях зависит от вида растения и состава почвы. Так как растения употребляются в пищу домашними животными, то радиоактивные вещества накапливаются в мясе, молоке и рыбе. Стронция больше всего накапливается в моркови, свекле, зерновых культурах. Таким образом, хлеб также может быть загрязнен радионуклидами (причем, ржаной хлеб загрязнен в 5... 10 раз больше, чем белый). Цезий больше всего накапливается в овощах и мясе, особенно в говядине. В кисломолочных продуктах радионуклидов накапливается меньше, чем в молоке. В яйцах меньше всего радионуклидов в желтке и больше всего в скорлупе. Пресноводная рыба накапливает больше радионуклидов, чем морская. В целях снижения уровня радионуклидов в организме человека необходимо подвергать продукты специальной обработке, использовать в питании продукты, содержащие вещества, способствующие выведению радионуклидов (минеральные вещества, витамины, йод, калий, магний, пищевые волокна). К таким продуктам относятся: морская капуста, бобовые, чеснок, орехи, семечки, хлеб из муки грубого помола, овес, фасоль, тыква, капуста.

Обработка продуктов питания с целью снижения уровня радионуклидов предусматривает следующие меры[1]:

тщательное мытье продуктов питания;

очистка корнеплодов от кожуры, удаление верхних листьев капусты, удаление косточек из плодов;

вымачивание мяса и корнеплодов перед приготовлением пищи в часто сменяемой воде (до 12 ч);

удаление костей, голов, внутренних органов животных и рыбы;

---

[1] По данным В.Г.Чайцева.

исключение (по возможности) из рациона постных рыбных и овощных отваров;

использование кисломолочных продуктов (а не цельного молока);

использование яиц в жареном виде, а не в вареном.

В целях снижения поступления радионуклидов в организм человека следует употреблять ежедневно 2... 2,5 л жидкости в виде чая, соков, компотов, отваров трав со слабым мочегонным действием (ромашка, зверобой, петрушка, укроп).

3.4. Физическая активность

Общие сведения. *Физическая активность* является одним из важнейших факторов, оказывающих положительное влияние на рост и развитие организма на всех этапах, начиная с внутриутробного периода и кончая глубокой старостью. Вследствие изменившихся условий жизни и производственной деятельности большинство населения в настоящее время испытывает дефицит двигательной активности, т.е. гиподинамию. За последние 100 лет физическая нагрузка на человеческий организм уменьшилась более чем в 90 раз. Мышечная нагрузка необходима человеку. Без работы мышц не может нормально функционировать ни одна из систем организма. Мышцы не только являются основой опорно-двигательного аппарата, но и тесно связаны с работой внутренних органов. Снижение физической активности заметно влияет и на психоэмоциональное состояние. Гиподинамия относится к так называемым большим, или главным, факторам риска здоровью. Недостаточная двигательная активность приводит к многочисленным отрицательным изменениям в организме (ухудшается функция центральной нервной системы, слабость опорно-двигательного аппарата, снижение естественной устойчивости организма, нарушение обмена веществ), что, в конечном итоге, приводит к ожирению, ишемической болезни сердца, остеохондрозу, атеросклерозу и многим другим заболеваниям. Занятия физкультурой, соответствующие возрасту, состоянию здоровья, уровню физической подготовленности, повышают устойчивость организма к инфекциям, изменениям атмосферных параметров, стрессам; задерживают процессы старения; стимулируют интеллектуальную деятельность; укрепляют опорно-двигательный аппарат; тренируют сердечно-сосудистую и дыхательную систему; активизируют эмоциональную сферу.

Оптимальный физиологический уровень ежесуточного расхода энергии на мышечную деятельность составляет 2 000...4 800 ккал, но даже если человек тратит на физическую тренировку 2 000 ккал в неделю, то значительно снижается вероятность, например, сердечно-сосудистых заболеваний.

Физическая активность является важнейшей составляющей здорового образа жизни. Оптимальными (кроме ежедневной утренней гимнастики) считаются еженедельные занятия физической культурой не менее 2... 3 раз по 45... 60 мин. Минимальной суточной физической нагрузкой считается

мышечная работа, эквивалентная 10 км спокойного пешего хода. Для пожилых людей эта дистанция уменьшается до 5...7 км. Виды физических упражнений очень разнообразны: ходьба, бег, плавание, коньки, велосипед, гимнастика, волейбол, теннис и др.

Прежде чем приступить к регулярным физическим тренировкам, необходимо обратиться к врачу с целью обследования и определения так называемой группы здоровья. Таких групп три. Основная для лиц которые могут заниматься физкультурой без ограничений, так как не имеют отклонений в состоянии здоровья и достаточно адаптированы к физическим нагрузкам. Подготовительная для лиц с хроническими заболеваниями, которые не препятствуют выполнению обычной трудовой и бытовой деятельности, т.е. для лиц, имеющих незначительные отклонения в состоянии здоровья. Для занимающихся в этой группе требуется ограничение интенсивности нагрузки. Специальная, в которую входят лица, имеющие хронические заболевания, препятствующие выполнению обычной трудовой деятельности. Таким лицам, как правило, рекомендовано занятие лечебной физкультурой (ЛФК). Для лиц этой группы желательно проводить тренировки под руководством тренера. Перед началом занятий, как правило, проводят тесты для определения физического состояния, (например, 12-минутный тест Купера, приведенный в прил. 4).

Принципы тренировок — постепенность, последовательность, систематичность, индивидуальный подход к занятиям с контролем самочувствия и объективных показателей. Для определения переносимости физической нагрузки чаще всего используют различные тесты (прил. 4).

Лица, регулярно занимающиеся физической культурой, должны проходить медицинское обследование не реже 1 раза в полгода.

Закаливание. Физическая активность тесно связана с закаливанием. *Закаливание* — тренировка организма для приспособления к изменениям внешней среды. Для закаливания необходимо повторяющееся и длительное воздействие на организм того или иного физического фактора (воды, воздуха, солнечного света). Оптимальным вариантом является сочетание закаливания с физическими упражнениями. При всех видах закаливания принципы одинаковые: постепенность, последовательность, регулярность. Возможности для закаливания открываются сразу после рождения ребенка. Воздушные ванны являются неотъемлемой частью гигиены детей с самого раннего возраста. Закаливающие процедуры очень разнообразны, например: растирания, обливания, душ, «моржевание». Причем водные процедуры могут быть общими и местными. Оздоровительным эффектом обладают парная баня и сауна. Закаливание воздухом помимо воздушных ванн предусматривает и местное охлаждение отдельных участков тела воздушными потоками. Простым и эффективным видом закаливания является хождение и бег босиком. Эффективно и закаливание солнечными лучами.

Перед началом проведения закаливающих процедур выбирают наиболее оптимальную методику закаливания. В дальнейшем закаливающие процедуры должны проводиться под контролем врача.

3.5. Аутотренинг

Неотъемлемой частью здорового образа жизни является психогигиена: отсутствие или уменьшение стрессов, отсутствие постоянного психического напряжения, которые являются большими, или главными, факторами риска. Одним из моментов психопрофилактики является аутотренинг.

Аутотренинг — нервно-психическая саморегуляция внутренних регуляторных и защитных механизмов организма. Аутотренинг является синтетическим методом, объединившим эмпирические и научно обоснованные открытия в области психогигиены. Источниками аутотренинга являются: древнеиндийская система йоги, гипнотическое внушение, самовнушение, исследование нервно-мышечных компонентов эмоций. Академик И. П. Павлов неоднократно подчеркивал, что головной мозг «держит в своем ведении все явления, происходящие в теле». Аутогенная тренировка как метод был предложен в 1932 г. В последние годы интерес к аутотренингу значительно возрос. С помощью аутогенной тренировки достигается саморегуляция эмоционально-вегетативных функций организма, стимулируется состояние покоя и активности. Главным элементом аутогенной тренировки является мышечная релаксация (расслабление), которая нормализует регуляцию деятельности внутренних органов. Аутотренинг применяется с целью психопрофилактики и психотерапии (лечения) неврозов, вегетососудистых дистоний, гипертонической болезни, бронхиальной астмы, язвенной болезни.

Произвольное расслабление мышц основано на способности человека мысленно, с помощью образного представления, отключать мышцы от импульсов, идущих от двигательных центров головного мозга. Под воздействием релаксации появляется приятное ощущение отдыха и умиротворения. Десятиминутный отдых в этом положении восстанавливает силы и трудоспособность так же, как и сон. Для занятий аутотренингом существует большое число различных методик. Занятия аутотренингом могут быть групповыми и индивидуальными.

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое образ жизни?
2. Какова структура образа жизни?
3. Что такое условия жизни? уровень жизни? уклад жизни? стиль жизни? качество жизни?
4. Дайте определение образу жизни.
5. Каковы пути формирования здорового образа жизни?
6. Что такое рациональное питание?
7. В чем заключается значение рационального питания в профилактике заболеваний?
8. Каково значение для организма основных питательных веществ: белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ?
9. Что такое энергетическая ценность пищевых веществ?

10. Что такое режим питания?
11. Перечислите основные принципы питания в повседневной жизни.
12. В чем состоят особенности питания в целях профилактики ожирения?
13. Что такое лечебное питание?
14. Что такое лечебные диеты (столы)?
15. В чем состоят особенности питания людей пожилого возраста?
16. В чем состоят особенности питания беременных?
17. В чем состоит значение физической активности для организма?
18. Перечислите принципы тренировок.
19. Что такое закаливание?
20. В чем состоит значение закаливания для организма?
21. Какие виды закаливания вам известны?
22. Что такое аутотренинг?

Глава 4 РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Одним из важнейших составляющих общего здоровья является здоровье репродуктивное (репродукция — воспроизведение). Репродукция является основополагающей функцией для любого живого организма.

По определению ВОЗ репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия репродуктивной системы, ее функций и процессов, включая воспроизводство потомства и гармонию психосексуальных отношений в семье.

Охрана репродуктивного здоровья — система мер, обеспечивающая появление здорового потомства, профилактика и лечение репродуктивных органов, защита от болезней, передаваемых половым путем, планирование семьи, предупреждение материнской и младенческой смертности.

На репродуктивное здоровье влияют многие факторы (социально-экономические, экологические, производственные и др.), некоторые из которых в настоящее время оцениваются как неблагоприятные. Ухудшение репродуктивного здоровья отражается на медико-демографических показателях: рождаемости, младенческой смертности, заболеваемости беременных, бесплодии браков и т.д.

4.1. Физиология репродукции

Анатомия половых органов. Половые органы мужчин и женщин делятся на *наружные* и *внутренние*. К наружным половым органам мужчины относятся половой член (пенис) и мошонка. К наружным половым органам женщины относятся большие и малые половые губы, клитор, девственная плева (физиологической функции не несет). К внутренним половым органам мужчины относятся яички, семявыносящий проток, семенные пузырьки, предстательная железа (простата) и мочеиспускательный канал. Половые органы у женщин имеют более сложное строение, чем у мужчин, так как детородная функция мужских половых органов заканчивается семяизвержением, а в организме женщин происходит зачатие, развитие и созревание плода. К внутренним половым органам женщины относятся яичники, маточные (фаллопиевые трубы), матка и влагалище.

Физиология зачатия. В мужских половых железах вырабатываются подвижные клетки — сперматозоиды и мужские половые гормоны. Сперматозоид имеет вид головастика. В нем различают головку, шейку, тело и хвост. Длина сперматозоида примерно 0,05 мм. Благодаря хвосту сперматозоид совершает движение вокруг продольной оси и против тока жидкости. Сперматозоиды, поступившие во влагалище женщины, примерно через 30...40 мин достигают полости матки.

Выработка сперматозоидов и половых гормонов начинается с наступлением половой зрелости и продолжается до глубокой старости.

Сперматозоиды находятся в густой жидкости, которая вырабатывается яичками. Смешиваясь с секретом предстательной железы и семенных пузырьков, эта жидкость образует сперму. Количество спермы, или эякулята (т. е. семени, выброшенного за один раз), составляет 2... 8 мл. Семенная жидкость имеет сложный состав. В ней содержатся гормоны, аминокислоты, витамины, минеральные соли и т.д. Процесс развития сперматозоидов составляет 72 дня и длится беспрерывно. В сперме здорового мужчины содержится 50...200 млн сперматозоидов. Скорость движения сперматозоидов составляет 3...4 мм в 1 мин.

Сперматозоиды попадают в шейку матки через 90 мин после попадания их во влагалище. Затем сперматозоиды достигают концов трубы, где и происходит встреча с яйцеклеткой. Из огромного количества сперматозоидов в матку попадает небольшая часть, так как много сперматозоидов под влиянием кислой среды гибнет во влагалище. Когда первый сперматозоид проникает в яйцеклетку, для остальных оболочка яйцеклетки становится непроходимой, поскольку ядро только одного сперматозоида сливается с ядром яйцеклетки.

Яйцеклетка образуется в яичниках. Функция яичников очень сложная. В них образуются не только яйцеклетки, но и женские половые гормоны. В яичниках заложено почти 100 000 яйцеклеток. Яйцеклетка — самая крупная клетка организма человека. Она имеет круглую форму диаметром 0,2 мм. Самостоятельно она двигаться не может. Первое созревание яйцеклетки происходит в возрасте 12... 13 лет. В течение месяца созревает только одна яйцеклетка. Вокруг незрелой яйцеклетки образуется полость, заполненная жидкостью. Эта полость с яйцеклеткой называется *граафовым* пузырьком (по имени ученого Граафа, открывшего это явление). Когда яйцеклетка созревает, граафов пузырек лопается и яйцеклетка вместе с фолликулярной жидкостью выбрасывается в брюшную полость. Это явление называется *овуляцией.*

Рядом с яичниками расположены фаллопиевы, или маточные, трубы, которые отходят от углов матки. Их конец, обращенный в брюшную полость, имеет вид воронки, выстланной изнутри бахромками, «мерцающими» в сторону матки. Яйцеклетка попадает на бахромки и благодаря их «мерцанию», двигается по трубам в сторону матки.

Матка — мышечный орган, в котором происходит развитие плода. Она расположена между мочевым пузырем спереди и прямой кишкой сзади. Матка имеет грушевидную форму, состоит из тела и шейки. От шейки матки начинается влагалище — полый мышечный орган, в который при половом сношении вводится пенис и изливается семенная жидкость.

Оплодотворение происходит в самом начале фаллопиевой трубы, где и встречается яйцеклетка со сперматозоидом. Оплодотворенная яйцеклетка, продвинувшись благодаря бахромкам по фаллопиевой трубе в полость матки, прикрепляется там к внутренней стенке матки, т. е. наступает беременность. Если оплодотворенная яйцеклетка из-за сужения фаллопиевой трубы (что чаще всего бывает вследствие воспалительных процессов внутренних половых органов) остается в фаллопиевой трубе, то наступает *внематочная (трубная)* беременность. При этом плод нормально развиваться не может и необходимо

оперативное вмешательство.

На месте лопнувшего граафова пузырька образуется желтое тело, которое выделяет особое вещество типа гормона, поступающее в кровь и влияющее на слизистую оболочку матки: слизистая оболочка матки набухает, становится рыхлой, в ней развивается большое число дополнительных кровеносных сосудов. Если оплодотворения не произошло, то часть рыхлой оболочки матки отслаивается, кровеносные сосуды лопаются и наступает *менструация,* (возникает с момента половой зрелости через каждые 21... 28 дней и длится 3... 4 дня, иногда больше). Во время менструации из влагалища выделяется примерно 100...200 мл крови. Выделение крови — лишь внешнее проявление сложного процесса, повторяющегося в женском организме ежемесячно. Во время менструации многие женщины чувствуют слабость, общее недомогание, головную боль и т.п. В эти дни следует снизить физическую нагрузку, тщательно соблюдать правила личной гигиены наружных половых органов. Запрещается купаться, ходить в баню. Предпочтительнее принимать душ.

Оплодотворенная яйцеклетка продвигается по фаллопиевой трубе по направлению к матке. После трехдневного движения по трубе зародыш (оплодотворенная яйцеклетка, называемая зиготой) подвергается первому делению и затем делится многократно; попадает в полость матки и внедряется (имплантируется) в толщу слизистой оболочки матки. Это происходит примерно на 5-й день после оплодотворения.

Ядра половых клеток обеспечивают передачу наследственной информации. Если ядра всех клеток тела человека содержат 46 хромосом, т. е. 23 пары, то половые клетки содержат по 23 хромосомы. При слиянии женских и мужских половых клеток оплодотворенная яйцеклетка вновь получает полный набор хромосом, состоящий из 23 пар, т. е. по 46 хромосом (половина от отца и половина от матери). Сочетание этих хромосом и определяет пол **человека: XX — женская клетка, XY — мужская.**

Физиология беременности. В процессе развития плода различают два периода: *эмбриональный (embryon* — зародыш), продолжающийся от момента оплодотворения до 8 недель беременности, и *фетальный (fetus* — плод), продолжающийся от 8 недель беременности до родов. В эмбриональном периоде происходит формирование основных органов и систем, в фетальном продолжается их рост и развитие.

Плод живет в условиях, обеспечивающих его развитие: движения его ограничены, облегчены за счет плавания в жидкости и вся энергия идет на построение его органов и систем. Кроме того, получая питательные вещества от матери, он находится в условиях оптимальной температуры. За 9 мес. внутриутробной жизни зародыш превращается в сложный человеческий организм. У четырехнедельного зародыша при ультразвуковом исследовании можно ясно видеть сокращения сердца, что говорит о наличии сформированной системы кровообращения. В 8 недель у плода сформированы тело, голова, имеются зачатки конечностей, глаз, носа и рта, начинается формирование половых органов. К 12-й неделе длина плода 8...9 см, масса НО... 120 г, заметно различие в строении наружных половых органов, конечности совершают

движения, видны пальцы рук и ног. К 16-й неделе длина плода составляет 16 см, масса тела 120 г, хорошо развиты легкие, почки, печень. С 14-й недели плод начинает двигаться. Но пока еще мать не ощущает эти движения. Ощущать их она начинает с 18...20 недель беременности. В 28 недель длина плода 35 см, масса 1000... 1200 г, плод очень активен, мать хорошо ощущает его движения. Плод, родившийся в это время, считается новорожденным ребенком, а не выкидышем, но, как правило, он маложизнеспособен. За последние 12 недель перед родами плод полностью развивается и к 40-й неделе (9 мес.) готов к внеутробной жизни: длина его примерно 50 см, масса 3 200...3 400 г, легкие созрели для самостоятельного дыхания. К моменту родов головка плода опускается ниже, беременная ощущает, что ей стало легче дышать: и плод, и мать готовы к родам.

Беременность в среднем продолжается 280 дней, или 10 акушерских месяцев (продолжительность акушерского месяца 28 дней, 10 акушерских месяцев равняются 40 неделям), считая от первого дня последней менструации, т. е. около 9 календарных месяцев. Весь период беременности делится на три триместра, по три месяца каждый.

В связи с развитием плода в организме беременной наблюдается значительная перестройка организма, что обеспечивает правильное развитие плода, подготавливает организм матери к предстоящим родам и кормлению. Масса тела женщины увеличивается к концу беременности на 10... 12 кг, еженедельная прибавка массы во второй половине беременности составляет 300...350 г. На коже лица, белой линии живота, сосков и околососковых кружков появляются пигментные пятна. Кроме того, почти у всех женщин возникают рубцы беременности, которые локализуются на коже живота, бедер, молочных желез.

В организме беременной женщины происходит значительная гормональная перестройка. Плацента вырабатывает новый для организма гормон — гонадотропин, плацентарный лактоген и др. Гипофиз активно вырабатывает пролактин и лютропин, щитовидная железа у 35... 40 % женщин увеличивается в размерах с повышением ее функции, снижается функция паращитовидных желез, усиливается деятельность коры надпочечников.

Увеличение потребности в кислороде приводит к усилению деятельности легких, расширяется грудная клетка. Так как сердечно-сосудистая система работает более напряженно, учащается пульс, повышается сосудистый тонус, увеличивается масса сердечной мышцы. Артериальное давление во время беременности практически не изменяется. В середине беременности давление может понижаться у женщин с небольшим повышенным артериальным давлением до беременности, а в последние 2... 3 мес. беременности, как правило, у таких женщин давление вновь повышается, чем осложняется течение беременности. Поэтому беременным регулярно измеряют артериальное давление.

Почки во время беременности работают с большой нагрузкой, так как выводят из организма продукты обмена не только самой женщины, но и плода. Количество выделенной мочи зависит от объема выпитой жидкости. Здоровая

женщина во время беременности выделяет за сутки в среднем 1200... 1600 мл мочи. В первом и втором триместрах беременности появляется учащенное мочеиспускание, возможно приходящее появление в моче следов белка и сахара. У отдельных беременных происходит изменение функции органов пищеварения: изменяются вкусовые ощущения, понижается кислотность желудочного сока, отмечаются запоры, может быть изжога. Изменения в опорно-двигательном аппарате проявляются расслаблением связок суставов (под влиянием прогестерона), небольшим расслаблением лонных костей, что проявляется болями в области лона, «утиной походкой», иногда могут быть боли в спине из-за нарушения в осанке.

Физиологические роды. Предполагаемый срок родов можно определить следующим образом: от даты первого дня последней менструации отсчитывают назад 3 календарных месяца и прибавляют 7 дней.

Обычно перед родами у беременной женщины появляются некоторые симптомы — предвестники родов: опущение дна матки, облегчение дыхания, выделение из влагалища густой тягучей слизи, появление в низу живота и пояснично-крестцовой области нерегулярных тянущих болей. Различают три периода родов: период раскрытия, период изгнания, последовый период. Началом родов считается появление регулярных схваток через 10... 12 мин. Постепенно интенсивность схваток нарастает, паузы между схватками сокращаются до 2...3 мин, продолжительность каждой схватки достигает 60...80 с. Первый период родов заканчивается полным раскрытием шейки матки. Он продолжается 12... 16 ч у первородящей женщины и 6...10 ч у повторнородящей. Плотный пузырь в норме разрывается при почти полном раскрытии зева матки. С появлением регулярных схваток или в случае преждевременного излития вод женщина должна быть госпитализирована в родильный дом. Период изгнания начинается с момента полного раскрытия наружного зева и заканчивается рождением ребенка. Продолжительность второго периода родов различна, чаще всего она составляет 30...60 мин. В этот период наиболее активна сократительная деятельность матки. Последовый период начинается с момента рождения ребенка и заканчивается рождением последа (отслаиванием плаценты). Родившийся послед тщательно осматривают, чтобы убедиться в целостности плаценты. Средняя продолжительность третьего периода составляет 10...15 мин. Физиологическая кровопотеря составляет 200...250 мл.

Физиологический послеродовой период. Послеродовой период начинается с момента изгнания последа и продолжается 6...8 недель. На 12-й день после родов дно матки находится на уровне пупка, матка быстро сокращается в размерах и к 10-му дню после родов дно матки находится на уровне лона. Характер выделений из матки меняется от кровянистых, серозно-сукровичных (с 3...4-го дня) до светлых (к 10-му дню после родов). Выделения из матки полностью прекращаются на 5... 6-й неделе. Лактация начинается на 2... 3-й день после родов. В послеродовом периоде женщину называют родильницей.

4.2. Патология репродукции

Патология репродукции включает в себя бесплодие, патологию беременности, патологию в родах и послеродовом периоде, патологию новорожденных.

Бесплодие. Бесплодие — неспособность лиц детородного возраста к воспроизведению потомства вследствие нарушения оплодотворения или нарушения имплантации оплодотворенной яйцеклетки. По определению ВОЗ (1986 г.) бесплодным считается брак, в котором несмотря на регулярную половую жизнь без применения противозачаточных средств у жены не возникает беременность в течение года при условии, что супруги находятся в детородном возрасте. Социальная проблема бесплодного брака состоит в снижении рождаемости, т.е. уменьшении народонаселения, а следовательно, уменьшении трудовых резервов. Социально-психологические проблемы выражаются в душевных переживаниях супругов, психосексуальных расстройствах, семейных конфликтах, развитии комплексов неполноценности, расторжении брака. Биологические проблемы выражаются в преждевременном старении организма, повышенной заболеваемости.

По данным ВОЗ за последние 20...30 лет бесплодные браки составляют 12... 18% всех браков. Причиной бесплодного брака в 40... 50 % случаев является патология репродуктивной системы одного из супругов, а в 5... 10% случаев — патология у обоих супругов. Женское бесплодие устанавливается после исключения бесплодия у мужчин и при положительных пробах на совместимость спермы и слизи шейки матки.

Различают первичное и вторичное женское бесплодие. Если женщина ни разу не беременела с начала половой жизни, то бесплодие у нее называется *первичным.* Если же в прошлом была хотя бы одна беременность, то независимо от того, чем она закончилась (срочные или преждевременные роды, внематочная беременность), возникающее в дальнейшем бесплодие называется *вторичным.* Вторичное бесплодие наблюдается чаще.

Кроме того, различают *абсолютное женское бесплодие* (беременность невозможна в принципе из-за отсутствия тех или иных половых органов по причине операций или пороков в развитии) и относительное, когда вероятность беременности не исключена.

Среди причин женского бесплодия наиболее частыми являются воспалительные процессы половых органов после аборта (искусственного прерывания беременности). Особенно опасно прерывание первой беременности. Воспалительные изменения женских половых органов, приведшие к бесплодию, могут возникнуть после осложненных родов, самопроизвольных выкидышей, в результате спаечных процессов после операции на органах малого таза, после применения внутриматочных контрацептивов.

На втором месте после воспалительных заболеваний стоят нарушения эндокринной системы (когда нарушаются процессы овуляции), на третьем —

эндометриоз (опухолевые разрастания клеток эндометрия).

К мужскому бесплодию приводят азоспермия (отсутствие сперматозоидов), аспермия (отсутствие эякулята), некроспермия (отсутствие подвижных сперматозоидов), астеноазоспермия (снижение подвижности сперматозоидов) и т.д.

Очень часто эти нарушения возникают вследствие воспалительных заболеваний мужских половых органов, а также эндокринных расстройств.

Совместное бесплодие супругов может быть вызвано инфекционными и иммунологическими факторами, психосексуальными расстройствами, факторами неясного генеза.

Для выяснения причин бесплодия в браке необходимо провести поэтапное обследование супругов в центре планирования семьи или в консультации «Брак и семья».

Патология беременности. На репродуктивную функцию особенное влияние оказывают такие патологии беременности, как внематочная беременность, преждевременное прерывание беременности, предлежание плаценты и преждевременное отслоение нормально расположенной плаценты, токсикозы беременности (гестозы).

Внематочная беременность не только резко снижает возможность наступления беременности в дальнейшем, т. е. может привести к бесплодию, но и представляет серьезную опасность для жизни женщины. Причинами внематочной беременности чаще всего являются воспалительные заболевания, врожденное недоразвитие половых органов и заболевания, вызывающие изменение маточных труб. Вначале внематочная беременность сопровождается такими же признаками, как и обычная. Но постепенно растущее плодное яйцо разрушает стенку трубы, приводя к ее разрыву. Прервавшаяся внематочная беременность проявляется внезапно возникшими болями в животе, общей слабостью, бледностью, обмороками, мажущими выделениями из влагалища и т.д. Чаще всего внематочная беременность прерывается в конце 2-го — начале 3-го месяца. При малейшем подозрении на внематочную беременность женщина должна быть доставлена на оперативное лечение в стационар, так как в результате разрыва трубы возникает внутрибрюшинное кровотечение.

Преждевременное прерывание беременности может произойти в различные сроки беременности и по различным причинам. Чаще всего к такому исходу приводит не одна, а несколько причин, обычно взаимосвязанных между собой. Особенно неблагоприятным фактором является искусственный аборт. Самопроизвольное прерывание беременности до 28 недель называется выкидышем (абортом), а свыше 28 недель — преждевременными родами. Преждевременное прерывание беременности проявляется болями внизу живота и в пояснице, кровянистыми выделениями из влагалища или кровотечением, слабостью. Прерывание беременности требует немедленной госпитализации.

Предлежание плаценты чаще всего возникает у повторнородящих женщин, у которых были частые аборты, воспалительные заболевания матки. Нормально плацента прикрепляется к стенке матки в верхних ее отделах, не доходя до нижнего сегмента. Если же плацента прикрепляется в нижнем

сегменте матки, т. е. вблизи внутреннего зева, или частично или полностью закрывает его, то такое расположение считается патологическим и называется предлежанием плаценты. Проявляется предлежание плаценты появлением кровотечений различной интенсивности, чаще при физическом напряжении, а иногда даже во сне. Подобное осложнение обычно ведет к возникновению маточного кровотечения к концу беременности или во время родов. Диагноз уточняется при ультразвуковом исследовании.

Преждевременное отслоение нормально расположенной плаценты чаще может быть у беременных с токсикозами (гестозами). Проявляется эта патология возникновением боли, кровянистых выделений из половых путей, повышением тонуса матки и т.д.

Эти осложнения могут закончиться летальным исходом, поэтому надо немедленно госпитализировать беременную в родильный дом на машине скорой помощи.

Токсикоз беременных (гестоз) является проявлением функциональной недостаточности некоторых органов беременной, неспособности систем организма матери адекватно обеспечить потребности развивающегося плода. В первой половине беременности токсикоз проявляется тошнотой и периодической рвотой. Причем рвота может быть токсической высокой степени тяжести, приводящей к обезвоживанию организма и другим осложнениям, которые могут привести к опасным для жизни беременной и плода состояниям.

Особенно опасны для жизни беременной токсикозы второй половины беременности: водянка, невропатия, преэклампсия и эклампсия. Эти гестозы дают высокую материнскую и перинатальную смертность. Чаще всего поздние токсикозы развиваются у беременных с заболеваниями почек, гипертонической болезнью, пороками сердца, нарушением эндокринной системы и т. д. Кроме того, риск поздних токсикозов увеличивается у беременных моложе 19 и старше 30 лет, многоплодии, анемии, несовместимости по резус-фактору. Проявления этих токсикозов: отеки, увеличение массы тела беременной, при водянке отеки, белок в моче при нефропатии; отеки, повышение АД, белок в моче, головная боль, тошнота, рвота, ухудшение зрения при преэклампсии, приступы судорог продолжительностью 12 мин при эклампсии (относится к неотложным состояниям). Припадку предшествуют мелкие подергивания мышц лица (иногда больная сразу впадает в коматозное состояние).

Для профилактики тяжелых последствий токсикозов необходимо постоянное наблюдение за беременной в женской консультации, где наряду с регулярным обследованием проводят профилактические мероприятия (диета, профилактическое лечение в стационаре).

Патология родов. Чаще всего во время родов могут возникнуть: аномалия родовой деятельности, кровотечение, разрыв матки и других половых органов, аномалия (неправильное положение плода).

Аномалия родовой деятельности включает в себя: слабость родовой деятельности, дискоординированную родовую деятельность, слишком сильную родовую деятельность. Нарушения родовой деятельности чаще встречаются у первородящих, особенно в возрасте старше 30 лет, у повторнородящих с

растянутыми и расслабленными мышцами живота, при ожирении и т.д. Особую опасность для матери и плода представляют стремительные роды: у рожениц могут быть разрывы матки и других половых органов, преждевременное отслоение плаценты, асфиксия и травмы плода.

Кровотечение при родах является одним из серьезнейших осложнений, чрезвычайно опасных для жизни матери и ребенка. Причинами этого осложнения могут быть: предлежание, приращение плаценты, разрыв матки и других половых органов и т.д.

Роды при неправильном положении плода также могут привести к серьезным и очень опасным для жизни матери и плода осложнениям, даже гибели матери и ребенка.

Новорожденным считается ребенок в период с момента рождения до 4-х недель. В период новорожденности происходит первичное приспосабливание ребенка к условиям внешней среды: устанавливается легочное дыхание, изменяется кровообращение, начинают выделяться кал и моча, изменяется обмен веществ, совершенствуется терморегуляция и т.д. У зрелого (доношенного) плода длина должна быть в пределах 45...55 см, масса от 2500 до 5000...6000 г, подкожножировой слой развит хорошо, кожа эластичная, розовая, ногти плотные, выдаются за край пальцев, у мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек малые половые губы прикрыты большими половыми губами, крик громкий, мышечный тонус и движения достаточны. Кроме того, новорожденный имеет характерные пропорции тела. У новорожденного могут быть так называемые особые состояния: физиологическое падение массы, родовая опухоль, транзиторная (преходящая) лихорадка, физиологическая желтуха. Эти состояния не являются патологией и быстро проходят.

Серьезной формой патологии новорожденных являются родовые травмы: переломы костей, повреждения периферической нервной системы (парезы и параличи). Наиболее тяжелой формой патологии новорожденных является асфиксия — отсутствие дыхания у ребенка. Асфиксия не самостоятельное заболевание, а следствие токсикозов, кровотечений, заболеваний самой матери и плода и т.д.

Одной из форм патологий новорожденных является рождение детей с врожденной патологией, т.е. с различными пороками развития (пороками сердца, незаращением верхней губы и неба и т.д.). Пороки развития могут привести к смерти или тяжелым осложнениям впоследствии. Причиной врожденной патологии может быть воздействие на организм будущих родителей таких вредных факторов, как ионизирующая радиация, электромагнитные поля, вибрация, воздействие химических веществ, инфекция и т.д. Особенно чувствителен к воздействию повреждающих факторов плод в первом триместре беременности, когда начинают формироваться внутренние органы.

Одной из форм патологии репродукции является рождение детей с хромосомными заболеваниями. Причины развития хромосомных заболеваний различны: наличие наследственных патологий у супругов и их ближайших

родственников, воздействие ионизирующей радиации, инфекции, реакция на прием медикаментов и прочее в первом триместре беременности, возраст матери (старше 35 лет), гинекологические заболевания матери и т.д.

Если выявлены врожденные пороки развития или хромосомная патология, то решается вопрос о прерывании беременности по медицинским показаниям.

4.3. Планирование семьи

Понятие планирования семьи. Согласно определению ВОЗ «планирование семьи — это обеспечение контроля репродуктивной функции для рождения здоровых и желанных детей». Более подробное определение ВОЗ гласит, что планирование семьи — это «те виды деятельности, которые имеют целью помочь отдельным лицам или супружеским парам достичь определенных результатов, чтобы избежать нежелательной беременности, произвести на свет желанных детей, регулировать интервал между беременностями, контролировать выбор времени деторождения в зависимости от возраста родителей и определить количество детей в семье».

Планирование семьи — комплекс медицинских, социальных и юридических мероприятий, проводимых с целью рождения желанных детей, регулирования интервалов между беременностями, контроля времени деторождения, предупреждения нежелательной беременности. Планирование семьи включает в себя подготовку к желанной беременности, обследование и лечение бесплодных пар, контрацепцию, прерывание нежелательной беременности.

Вопросы деторождения интересовали людей с времен далекой древности. В примитивных цивилизациях богами деторождения считали Луну и Землю. В Древней Греции браку и родам способствовала и покровительствовала Гера (у римлян Юнона). Но с момента возникновения религиозных представлений о беременности и родах возникла и проблема регулирования половой жизни: половые табу, религиозные законы и т.д. В Библии, Талмуде, Коране можно найти специальные разделы, посвященные половой жизни. Запрещались родственные браки в целях получения здорового потомства. Запрещалось вступать в половую связь с женщиной после родов и в критические дни во избежание нежелательных последствий для ее здоровья. В работах Аристотеля и Платона содержатся указания о том, в каком возрасте надо вступать в брак и сколько иметь детей, чтобы это было выгодно государству. В XVIII в. английский священник Томас Мальтус предлагал ограничение половой жизни и более позднее вступление в брак для уменьшения роста населения, так как численность населения, по мнению Мальтуса, находится в обратно пропорциональной связи с благосостоянием населения. Эта теория получила название «мальтузианство».

Во второй половине XIX в. в Англии и США было опубликовано много печатных трудов, в которых излагались рецепты и рекомендации по регулированию половой жизни с помощью противозачаточных средств и методов, т.е. в то время планирование семьи сводилось только к ограничению

рождаемости. В последней трети XIX в. возникает целый ряд общественных организаций, главной целью которых является распространение знаний о том, как предотвратить рождение детей. Так, в 1878 г. в Англии была создана Мальтузианская лига, а в 1872 г. в Нидерландах открыта бесплатная клиника, где женщины могли получить советы по предупреждению беременности. В это время появился термин «неомальтузианство», который до середины XIX в. означал использование противозачаточных средств с целью ограничения рождаемости.

Термин «планирование семьи» появился лишь во второй половине XX в., а в 1914г. в Америке введен термин «контроль рождаемости». Именно в Америке идея контроля рождаемости находит благоприятную почву. В 1916 г. в Нью-Йорке открылась первая в Америке клиника по предупреждению беременности.

В России проблема семьи в начале XX в. рассматривалась исключительно как вопрос о допустимости аборта с моральной и юридической точек зрения. На 12-м съезде Общества русских врачей памяти Н.И.Пирогова принята резолюция о недопустимости уголовного преследования женщин за искусственный аборт и врачей, выполнивших эту операцию. В 1921 г. в Амстердаме состоялась первая международная конференция, посвященная технике и методам контрацепции. В 1927 г. в Германии открылась клиника по контролю за рождаемостью. Переломным в отношении идей планирования семьи стал 1930 г. В этом году в Цюрихе состоялась 7-я Международная конференция по контролю за рождаемостью, которая обратила внимание на необходимость практических мер по контролю за рождаемостью. В 1938 г. в Англии была основана Ассоциация планирования семьи, в 1940 г. в Бомбее — Общество планирования семьи. В 1942 г. в США создана Федерация планируемого родительства.

В 1936 г. в СССР принято Постановление о запрещении искусственного аборта. Годы Великой Отечественной войны также неблагоприятно сказались на идее планирования семьи в СССР.

После второй мировой войны с созданием ООН проблема народонаселения становится одной из насущных. В 1948 г. создан Международный комитет по планируемому родительству (в 1952 г. переименован в Международную федерацию планируемого родительства). В 1954 г. в Риме состоялась Всемирная конференция по народонаселению. В 1965 г. на 18-й сессии комитета ООН была принята резолюция о доступности информации по планированию семьи. В том же году ВОЗ приняла резолюцию, передающую вопросы планирования семьи организованной службе здравоохранения.

В 1966 г. 12 государств подписали Декларацию по народонаселению. Согласно этой декларации родители должны сами определять время рождения детей и их число. В 1970 г. Комитет экспертов ВОЗ дал не только определение планирования семьи, но и обозначил виды практической работы, дающие возможность планирования семьи: санитарное просвещение, консультирование по вопросам планирования семьи, обеспечение противозачаточными

средствами, лечение бесплодия. В 1994 г. в Каире на Международной конференции по народонаселению и развитию принята «Программа действий», в которой говорится, что аборт не следует поощрять как один из методов планирования семьи, что все правительства и неправительственные организации должны реализовывать программы по расширению и совершенствованию услуг в области планирования семьи с целью сокращения числа абортов, что необходимо расширение доступа населения к контрацепции. Но данная программа находится в противоречии с мнением Церкви, которая безоговорочно отрицает возможность аборта, так как рассматривает последний как детоубийство, и считает его тяжким грехом.

Регулирование рождаемости — одна из самых важных задач каждого государства, так как рождаемость обеспечивает нормальные условия существования будущих поколений.

Демографическая ситуация в Российской Федерации в последние годы характеризуется падением рождаемости, уровень которой за последние 10 лет был самым низким в 1995 г. и составил 9,6 детей на 1000 чел. населения. Остаются высокими показатели младенческой и перинатальной смертности, материнской смертности. Неблагоприятные показатели воспроизводства населения отмечаются на фоне ухудшения состояния здоровья беременных женщин. За последние 10 лет более чем в 6 раз выросла заболеваемость беременных женщин анемией, в 4 раза — органов мочеполовой системы, в 1,8 раза — системы кровообращения и гестозами.

Следствием ухудшения состояния здоровья беременных является увеличение числа родов с различными осложнениями. Осложнения беременности и родов — основная причина ухудшения здоровья новорожденных. Резко ухудшилась ситуация с ВИЧ-инфекцией, распространено бесплодие, низок уровень репродуктивной культуры населения, недостаточна информированность населения по вопросам планирования семьи. С целью улучшения репродуктивного здоровья населения Постановлением правительства РФ от 28.08.96 разработан и утвержден «Национальный план действий по улучшению положения женщин и повышению их роли в обществе». Издан приказ Минздрава РФ №355 от 07.10.96, определяющий меры, порядок и сроки выполнения Национального плана действий. В течение последних лет в России также приняты важные документы законодательного характера, защищающие права женщин, семьи и определяющие правовой статус материнства и детства. В целях снижения материнской смертности и числа серьезных осложнений, связанных с поздними абортами, правительство РФ приняло постановление № 567 от 08.05.96, определившее перечень социальных показаний для прерывания беременности в поздние сроки. Принятие названного выше приказа направлено на снижение числа криминальных вмешательств, сохранение здоровья и спасение жизни женщин.

Планирование семьи — одна из важнейших проблем здравоохранения всего государства в целом. Решение этой проблемы направлено на создание условий для рождения здоровых и желанных детей, охрану репродуктивного здоровья населения и тем самым на сохранение генофонда нации. Проблема

планирования семьи касается каждого человека, но по существу является проблемой национальной безопасности страны, поскольку она непосредственно связана со здоровьем будущих поколений. Указом Президента РФ от 18.08.94 были утверждены федеральные целевые программы «Планирование семьи» и «Безопасное материнство» как части программы «Дети России», которая направлена на обеспечение рождения желанных и здоровых детей, профилактику детской и материнской заболеваемости, снижение смертности.

В рамках реализации федеральной программы «Планирование семьи» в стране создана служба планирования семьи. В настоящее время в России действуют примерно 200 региональных центров планирования семьи и репродукции. Перед ними стоит задача изменить сложившуюся практику достижения желаемого числа детей в семье, используя не контрацепцию, а аборты, наносящие непоправимый вред репродуктивному здоровью женщин. Кроме того, в задачи центров планирования семьи входит разъяснительная работа относительно оптимального возраста для рождения детей. Важную роль в реализации программы «Планирование семьи» играют общественные организации, работающие в этой области: Российская ассоциация «Планирование семьи», имеющая 50 отделений в регионах страны, Международная ассоциация «Семья и здоровье». Российское общество по контрацепции. Но в деятельности центров планирования семьи многие вопросы остаются спорными, например пропаганда контрацептивов среди подростков. Во многих случаях, к сожалению, эта деятельность, не говоря о морально-нравственной стороне, приводит к таким нежелательным последствиям, как рост венерических заболеваний среди подростков и увеличение случаев беременности среди несовершеннолетних.

Приказ Министерства здравоохранения РСФСР № 186 от 15.11.91 «О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению РСФСР» предусматривает включение работников социальной сферы в службу планирования семьи, возложение на них функций активного патронажа женщин, входящих в группу риска, и работы с переселенцами, беженцами, женщинами, находящимися в отпуске по уходу за ребенком, женщинами с асоциальным поведением и т.д. Вопросы планирования семьи нашли отражение в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» (прил. 2).

Подготовка к желанной беременности. Подготовка к желанной беременности является главным моментом в планировании семьи. Супругам за 2 мес. до планируемой беременности следует полностью отказаться от вредных привычек (алкоголь, курение, наркотики). Благоприятный возраст матери составляет 19...35 лет. Интервал между родами должен быть не менее 2...2,5 и желательно не более 5 лет. Зачатие допустимо не менее чем через 2 мес. после перенесенного супругами острого инфекционного заболевания. Целесообразно зачатие осенью и зимой (снижается процент спонтанных мутаций и риск иммунного конфликта). У женщин, страдающих хроническими заболеваниями, беременность допустима в зависимости от заболевания лишь при отсутствии обострений в течение 1... 5 лет. Беременность работницам, подвергающимся воздействию неблагоприятных факторов, можно рекомендовать лишь после 1

...3 лет работы на производстве, т.е. после развития стойкой адаптации.

Предупреждение наступления нежелательной (непланируемой) беременности. В предупреждении непланируемой беременности большое значение имеет использование партнерами различных методов контрацепции, что позволяет избежать искусственного аборта. Метод контрацепции подбирают с учетом медицинских показаний и противопоказаний, а также с учетом условий жизни семьи. Различают несколько методов контрацепции:

механические контрацептивы, интерес к ним возрос в связи с тем, что доказана их профилактическая роль в отношении венерических заболеваний, в том числе и ВИЧ-инфекции. Наиболее распространенными являются кондомы, или мужские презервативы. Женщины используют из механических средств влагалищные диафрагмы и шеечные колпачки, которые вводятся до полового сношения;

химические, или спермицидные, контрацептивы составляют довольно широкий ассортимент в виде кремов, паст, порошков, суппозиториев, аэрозолей и т.д. Механизм действия этих контрацептивов основан на спермотоксическом эффекте;

физиологический метод, или ритм-метод, контрацепции основан на физиологической стерильности женщины в начале и конце менструального цикла. Но этот метод не рекомендуется в случае эмоциональных или физических перегрузок, смены климата, нерегулярного менструального цикла и после аборта;

внутриматочная контрацепция (ВМК) наиболее распространена в нашей стране. Внутриматочные контрацептивы отвечают основным требованиям, предъявляемым к противозачаточным средствам: они высокоэффективны (до 97%), не оказывают влияния на организм, просты в применении, доступны для любых социальных групп, их можно применять длительно и непрерывно. Существуют два основных вида ВМК: так называемые инертные (не содержащие химических препаратов) и медикаментозные. Из инертных ВМК получил распространение внутриматочный контрацептив из полиэтилена, имеющий форму двойной буквы S. Размер контрацептива подбирает врач. Длительность применения 2 года. Из медикаментозных ВМК известны спирали из медной проволоки, оплетающие полимерную основу. Иногда в состав материала спирали кроме меди входит серебро. Длительность использования от 3 до 5 лет. К этой группе также относятся гормональные ВМК, используемые в течение 1... 2 лет. Действие таких ВМК основано на выделении в полость матки гормональных средств;

оральная гормональная контрацепция в настоящее время считается наиболее эффективной, но она противопоказана при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, печени, сахарном диабете и др. Из этой группы наибольшее распространение получили комбинированные контрацептивы, содержащие в различных сочетаниях гормональные средства. Это — ноновлон, овидон, демулен, бисекурин и др.;

прерванное половое сношение является одним из распространенных методов контрацепции. К сожалению, этот метод нарушает физиологию

полового акта и отрицательно влияет на женский и мужской организмы;

хирургические методы стерилизации мужчин и женщин (прил. 2), введения подкожных имплантантов, обеспечивающих контрацепцию сроком до 5 лет.

Подбор контрацептивов должен быть индивидуальным, делать это должен только врач.

Следует отметить, что Церковь крайне негативно относится к контрацепции, считая недопустимым вмешательство в промысел Божий, тем более что по сути контрацептивы являются средствами абортивными, т.е. применение контрацептивов равнозначно аборту, «так как губит уже начавшуюся жизнь» (из заявления церковно-общественного совета по биомедицинской этике от 20 октября 1999 г.). Единственно допустимым способом избежать беременность Церковь считает отказ от половой близости (например, если женщине по каким-либо показаниям беременность противопоказана).

Обследование и лечение бесплодных пар. По вопросам бесплодия необходимо обращаться за консультациями к андрологу, сексопатологу, офтальмологу, терапевту и юристу. При необходимости супруги направляются на медико-генетическое консультирование. За пациентами с бесплодием устанавливается диспансерное наблюдение. С диспансерного учета пациенты снимаются при наступлении беременности.

Прерывание нежелательной беременности. К сожалению, в нашей стране основным методом контрацепции является искусственный аборт, несмотря на то что искусственное прерывание беременности является фактором риска многих форм патологии репродукции.

Правила прерывания беременности по социальным и медицинским показаниям определены в Постановлении Правительства РФ № 6567 от 08.05.96 и в приказе Минздрава РФ № 302 от 28.12.93. При наличии немедицинских оснований к прерыванию беременности вопрос о прерывании беременности решается комиссией в индивидуальном порядке.

Наиболее щадящим методом прерывания беременности является удаление плодного яйца методом вакуум-экскохлеации (мини-аборт) при сроке беременности 2...3 недели (задержка менструации до 21 дня) в амбулаторных условиях.

При сроке беременности до 12 недель возможно ее прерывание путем инструментального удаления плодного яйца в условиях стационара. Наиболее тяжелым по своим последствиям является прерывание беременности в поздние сроки (13...28 недель), которое осуществляется по медицинским и социальным показаниям и остается одной из сложных проблем в акушерстве. Методы прерывания беременности в эти сроки различны.

Следует помнить, что именно аборт является наиболее частой причиной первичного и вторичного бесплодия, причиной материнской смертности.

Церковь (в том числе и Православная) категорически отрицает возможность аборта, считая его «этически недопустимым, так как аборт является преднамеренным убийством нерожденного ребенка и прямым

нарушением Божественной заповеди «не убий» (из заявления церковно-общественного совета по биомедицинской этике). Разновидностью преднамеренного убийства считает Церковь и так называемый евгенический аборт, имеющий целью не допустить рождения больных детей (об этической стороне аборта см. гл. 10).

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое репродуктивное здоровье?
2. Расскажите о строении половых органов у мужчин и женщин.
3. Расскажите о физиологии зачатия и беременности.
4. Перечислите периоды физиологических родов.
5. В чем может проявляться патология репродукции человека?
6. Определите понятия и назовите виды и причины бесплодия.
7. В чем может проявиться патология беременности?
8. В чем проявляется патология в родах и послеродовом периоде?
9. Что относится к патологии новорожденных, каковы ее причины?
10. Раскройте понятие планирование семьи.

И. В чем состоит подготовка к желанной беременности?

12. Перечислите методы контрацепции для предупреждения нежелательной беременности.

13. Где могут обследоваться и лечиться бесплодные пары?

14. В чем заключается искусственное прерывание беременности?

15. Охарактеризуйте взгляд Церкви на аборт и контрацепцию.

Глава 5 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАРКОТИЗМА И ИНФЕКЦИИ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ)

Одной из самых значительных медико-социальных проблем современности является наркотизм. Этот термин появился в конце XIX в.; он объединяет в себе все виды наркотического воздействия: алкоголизм, наркоманию, токсикоманию, табакокурение (никотинизм).

5.1. Алкоголизм

Самым распространенным проявлением наркотизма является *алкоголизм.*

Человек начал изготовлять и употреблять спиртные напитки за много столетий до нашей эры. Вероятно, что уже в первобытном обществе с целью достижения опьянения употребляли перебродившие фрукты, мед. С развитием земледелия и виноградарства широко распространилось изготовление вин. Многочисленные исторические исследования показывают, что вино широко было распространено у самых различных народов древности. В Древнем Китае, например, алкогольные напитки изготавливали из риса, в Индии — из пшена, риса или ячменя, в Иране — из конопли. Скифы получали опьяняющий напиток из кобыльего молока. Египтяне первыми научились варить пиво. В Древней Греции и Древнем Риме в честь сбора винограда устраивались празднества (вакханалии, сопровождаемые разгулом и пьяными оргиями, название которых стало нарицательным).

Спиртные напитки быстро завоевывали многочисленных приверженцев из-за своей способности изменять психическое состояние человека, особенно настроение, вызывая разнообразные приятные ощущения, как правило, ошибочные, т. е. иллюзии. После приема алкоголя улучшается самочувствие, ослабляются тоска и печаль, появляются беззаботность и веселье. Робкий становится смелым, молчаливый — разговорчивым и т. д. Окружающее воспринимается в искаженном свете, заглушается голос разума, человек перестает быть самим собой, очень часто его поведение становится асоциальным. Но все это длится недолго, вскоре появляются разбитость во всем теле, слабость, сонливость, подавленное настроение.

Еще до нашей эры человечество стало понимать пагубные последствия потребления алкогольных напитков, о чем свидетельствуют попытки ограничения употребления алкоголя. Египетским царям и жрецам разрешалось пить вино в очень небольшом количестве. Некоторые китайские императоры казнили пьяниц. В Древней Греции и Древнем Риме вино пили разбавленным. В законодательстве многих стран того времени были определены суровые меры по отношению к лицам, злоупотребляющим алкоголем. В Древней Индии,

например, жрецов, уличенных в пьянстве, заставляли пить кипящее вино или мочу, а женам браминов за пьянство мужей выжигали на лбу изображение бутылки. По мере развития человечества алкоголь распространялся все больше. Стремление забыться становится массовым. С алкоголизмом, который все более широко распространялся, вынуждено было бороться само население. Так, в начале XIX в. в Англии, других странах Европы и в США возникли впервые общества трезвости.

Существуют многочисленные общества трезвости в различных странах и сейчас. Основная заслуга этих обществ заключается в привлечении широкой общественности к проблеме пьянства и алкоголизма, пропаганде взглядов на алкоголизм не только как на порок, но и как на сложную социальную, медицинскую, экономическую проблему.

Понятие алкоголизма. До настоящего времени общепринятого определения алкоголизма нет. В быту термин алкоголизм означает неумеренное употребление спиртных напитков и является синонимом понятия пьянства. По определению ВОЗ «алкоголизм — любая форма потребления алкоголя, которая превышает традиционную, принятую в обществе «пищевую» норму или выходит за рамки социальных привычек данного общества».

По определению, принятому в медицине, «алкоголизм — заболевание, определяющееся патологическим влечением к спиртным напитка (т.е. возникает психическая и физическая зависимость), развитием абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях нарушением со стороны внутренних органов, нервной системы и психической деградацией».

Чаще используют термин «хронический алкоголизм» (алкогольная болезнь). Можно сказать, что алкоголизм — это совокупность патологических изменений, возникающих в организме под влиянием длительного неумеренного употребления алкоголя.

Алкоголизм и пьянство — разные стадии злоупотребления алкоголем. Чаще всего, когда речь идет о злоупотреблении алкоголем, имеют в виду пьянство. Пьянство, в свою очередь, является причиной возникновения алкоголизма.

Классификация потребления алкогольных напитков[2]. В зависимости от потребления алкогольных напитков выделяют следующие группы лиц:

не употребляющие алкогольные напитки (убежденные трезвенники);

потребляющие алкогольные напитки редко (по праздникам и семейным торжествам), в среднем не чаще одного раза в месяц, в небольших количествах (несколько рюмок вина или крепких алкогольных напитков);

умеренное употребление алкогольных напитков (1...3 раза в месяц, но не чаще 1 раза в неделю), в небольших количествах в случаях, социально оправданных (праздники, семейные традиции, встречи с друзьями),

---

[2] По данным Ю.П.Лисицына, Н. Я. Копыт.

употребляющие алкоголь не допускают асоциальных действий;

злоупотребляющие алкоголем, к которым относятся пьяницы — употребляющие алкоголь часто, несколько раз в неделю, в больших количествах, повод к употреблению не имеет социальных объяснений («за компанию», «без повода», «захотел и выпил» и т.д.), алкогольные напитки распивают в случайных местах, в состоянии алкогольного опьянения поведение нарушено (конфликты в семье, невыход на работу, нарушение правил общественного порядка), иногда может быть неудержимая тяга к спиртному; лица с начальными признаками алкоголизма (психическая зависимость от приема алкоголя, утрата контроля за количеством выпитого, повышение толерантности к алкоголю); лица с выраженными признаками алкоголизма. К психической зависимости присоединяется физическая зависимость от алкоголя, синдром похмелья (абстинентный синдром) и другие симптомы вплоть до серьезных психических нарушений (алкогольный психоз).

Алкогольные мифы. Распространению алкоголизма способствуют так называемые алкогольные мифы, т.е. иллюзорные представления, оправдывающие употребление алкоголя.

Алкоголики — это те, кто пьет каждый день дешевые напитки (но это не так, ибо формы алкоголизма различны);

пьянство неприятно для окружающих, но в целом не очень опасно для здоровья (но это также не соответствует истине, так как алкоголь относится к группе факторов риска заболеваний печени и органов сердечно-сосудистой системы, туберкулеза легких, хронических бронхитов, панкреатитов, язвенной болезни желудка, формируется психологическая и биохимическая зависимости, наступают интеллектуальная и психическая деградация);

алкоголиками становятся только те, кто имеет к этому врожденную склонность (но это совсем необязательно, так как известны случаи развития алкоголизма у детей непьющих родителей);

без алкоголя невозможно отмечать никакие события человеческой жизни и т.д.

Причины алкоголизма. Наряду с алкогольными мифами, имеют значения следующие причины, как правило, действующие одновременно:

биологические. В 30 ...40 % случаев алкоголизм развивается вследствие наследственной предрасположенности. Если один из родителей является алкоголиком, то вероятность развития хронического алкоголизма у детей составляет 50%, если алкоголиками являются оба родителя, то вероятность 75%;

психологические. Тип личности во многом обусловливает пристрастие к алкоголю. Чаще алкоголизму подвержены люди слабовольные, безынициативные. К алкоголизму часто приводят психогенные травмы, когда человек не может справиться с бедой и находит утешение в уходе от реальности путем употребления алкоголя;

социальные. Следования традициям, сложившимся в семье и окружающем обществе, низкий культурный уровень, отсутствие досуга, сознание безысходности своего социального положения, невозможность

изменить что-либо в своей жизни;

социально-экономические. Продажа алкогольных напитков приносит во всех странах многомиллиардные доходы (в нашей стране доходы от продажи спиртных напитков составляют существенную часть государственного бюджета).

Последствия алкоголизма. Последствия алкоголизма могут быть:

медицинскими. Алкоголь приводит к поражению таких органов, как печень (5-е место среди других причин смерти), центральной нервной системы (ЦНС) (алкогольная энцефалопатия, алкогольные психозы, полиневриты и т.д.); увеличивается риск возникновения острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, на фоне злоупотребления алкоголем прогрессирует туберкулез легких, рак легких, хронические бронхиты; алкоголизм родителей приводит к рождению нездорового потомства с врожденными дефектами и заболеваниями, росту детской смертности и т.д.;

социальными. Алкоголизм приводит к увеличению преступности, росту заболеваемости, инвалидности, смертности, т.е. к снижению показателей здоровья населения, повышению травматизма;

социально-экономическими. Снижение трудоспособности в результате действия злоупотребления алкоголя на здоровье приводит к материально-экономическому ущербу для общества, снижению производительности труда и т.д.

Меры борьбы с пьянством и алкоголизмом. Как показал опыт, запретительные меры неэффективны. В основу организации борьбы с пьянством и алкоголизмом должны быть положены принципы убеждения, формирования здорового образа жизни, преодоления алкогольных мифов, работа обществ трезвости и т.д.

Меры по предупреждению пьянства и алкоголизма следует разделять на специфические и неспецифические (косвенные). Специфическая профилактика подразумевает меры, прямо направленные на сокращение потребления алкоголя: формирование общественного мнения, санитарное просвещение, ограничение времени продажи спиртных напитков, возрастной ценз продажи спиртных напитков, административные меры (штрафы, лишение дополнительных отпусков, премий и т.д.).

Меры косвенной профилактики опосредованно влияют на уменьшение потребления алкоголя. К ним относятся установки на формирование здорового образа жизни, повышение уровня культуры и образования и т.д.

5.2. Наркомания и токсикомания

Понятие наркомании. *Наркомания* — одно из проявлений наркотизма, когда с целью достижения наркотического, т. е. одуряющего, эффекта (недаром слово «дурь» на жаргоне означает наркотик) используют наркотические средства.

Употребление наркотических средств можно рассматривать в трех

аспектах:

медицинском. Эти средства воздействуют на центральную нервную систему как галлюциногены, седативные, стимулирующие вещества;

социальном. Использование этих средств имеет широкое социальное значение;

юридическом. Средство признано наркотическим и внесено в список наркотиков соответствующим правовым актом (следует помнить, что к наркотикам относятся и некоторые лекарственные средства: морфин, промедол и т.д.).

С давних времен у разных народов существовала традиция употребления различных наркотических веществ во время проведения религиозных обрядов, ритуальных церемоний. Предрассудки, связанные с загадочными свойствами наркотических растений, оставили свой след в мифологии практически всех народов Древнего мира. Медицинское использование наркотических веществ в древности основывалось чаще всего на религиозных представлениях. Врачи древности широко использовали наркотические вещества в качестве снотворных и болеутоляющих средств при заболеваниях пищеварительного тракта, ЦНС и т.д. В настоящее время наркотические средства чаще всего используются в качестве обезболивающих при онкологических заболеваниях, заболеваниях органов сердечно-сосудистой системы.

Особенности наркотического опьянения. Наиболее распространенными наркотическими веществами являются: героин (относится к опиатам, т.е. средствам, произведенным из мака); препараты из конопли, ЛСД (синтетический наркотик) и др. Из лекарственных средств к наркотикам относятся морфин, омнопон, промедол. Особенности наркомании по сравнению с алкоголизмом и курением заключаются в следующем:

поражаются чаще молодые люди, а следовательно, более выражены медицинские и социальные последствия, особенно снижена средняя продолжительность жизни;

гораздо быстрее развивается наркотическая зависимость;

резко возрастает риск таких заболеваний, как ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит В;

деградация личности развивается в более короткие сроки;

последствия воздействия на здоровье носят более тяжелый и необратимый характер;

более тяжело протекает абстинентный синдром («ломка»).

Употребление наркотических веществ привлекает тем, что возникает состояние, подобное опьянению: ощущение радости бытия, прилив сил, смешливость, двигательная расторможенность. К эйфории присоединяется ощущение физического благополучия и покоя. Наряду с эйфорией могут наблюдаться неустойчивая походка, нарушенная речь, бледность кожи, блеск глаз, сужение или расширение зрачков. Наркотическое опьянение обычно продолжается от 1 до б ч. Как правило, наркоманы благодушны и доброжелательны друг к другу. Но могут быть и злыми, агрессивными, раздражительными, а иногда сонливыми, вялыми, малоподвижными.

Постепенно вне наркотического опьянения состояние наркоманов становится подавленным, их мучают головные боли, тошнота, рвота, озноб, т. е. развивается синдром абстиненции. Патологическое влияние на состояние других органов и систем приводит к преждевременному сокращению жизни на 20... 25 лет. В 80 % случаев причиной смерти больных наркоманией является передозировка наркотических препаратов, которая вызывает острую сердечно-сосудистую недостаточность.

Причины наркомании и токсикомании. Их несколько: психологические, социальные, экономические (разграничить их очень трудно). К психологическим относятся снижение напряжения и чувства тревоги, бегство от проблем, связанных с действительностью, любопытство. Из социальных причин следует отметить неблагополучие семьи, воздействие социальной среды, безнадзорность. Экономические причины — безработица, невозможность получить образование, активная деятельность криминальных структур по распространению наркотиков. Распространению наркомании способствует также миф о том, что наркомания легко излечима.

Последствия наркомании: снижение средней продолжительности предстоящей жизни на 20.,.25 лет; заболевания печени, ЦНС, ранняя деградация личности; у родителей наркоманов часто рождаются дети с врожденной патологией, нежизнеспособные и т.д.; наркоманы являются группой риска ВИЧ-инфекции (инфекция передается через неоднократно используемые шприцы); рост преступности (асоциальные поступки в состоянии наркотического опьянения или с целью получения наркотика); из жизни выключена наиболее трудоспособная и деятельная часть населения — молодые люди.

Не менее опасна, чем наркомания, токсикомания — употребление с целью наркотического эффекта или лекарственных средств, не относящихся к наркотикам, или средств бытовой химии. Главная опасность токсикомании состоит в том, что ей более подвержены дети и подростки, так как средства, используемые токсикоманами, более доступны. Любое токсикоманическое вещество может быть признано наркотическим после соответствующего юридического акта, и тогда больной из группы токсикоманов автоматически причисляется к группе наркоманов.

Меры борьбы с наркоманией и токсикоманией. Борьба с наркоманией и токсикоманией очень затруднена из-за широкого распространения наркотиков, приносящего огромные прибыли криминальным структурам. Меры, принимаемые против наркомании и токсикомании, не обеспечивают успеха. Чаще всего усилия, направленные на помощь наркоманам, безрезультатны. Легче никогда не пробовать наркотик, чем избавиться от пристрастия к нему. Особая опасность в этом отношении грозит молодежи, подрастающему поколению, так как одним из условий развития наркомании является отсутствие знаний и непонимание огромной опасности, которую несет в себе употребление наркотиков. Поэтому одной из самых действенных мер борьбы с наркоманией и ее профилактики является санитарное просвещение.

Другим важным направлением борьбы с наркоманией и ее профилактики

является улучшение социально-экономических условий, повышение уровня жизни.

Следует обратить особое внимание на меры, способствующие ликвидации мифа о возможности быстрого излечения наркомании. Большое значение в борьбе с наркоманией имеет работа подросткового нарколога, социального работника в семье.

5.3. Курение (никотинизм)

Понятие никотинизма. Одним из самых распространенных проявлений наркотизма является табакокурение (никотинизм). В настоящее время курение переросло в социальное бедствие. Раньше табак нюхали, жевали, курили трубки и папиросы, а сейчас перешли в основном на курение сигарет — самый опасный вид потребления табака. В листьях табака содержится никотин — алколоид, относящийся к психотропным веществам. При постоянном его употреблении возникает психическая и физическая зависимость, число потребляемых сигарет постоянно увеличивается. Человек привыкает к курению, развивается настоящая болезнь. Если человек перестает курить, то развивается «синдром отмены», или абстиненция. Абстиненция проявляется состоянием дискомфорта: человек становится беспокойным, раздражительным, снижается работоспособность, исчезает аппетит, появляются головокружение, головная боль, тошнота. Абстиненция препятствует прекращению курения. Чтобы бросить курить, человек, курящий продолжительное время, должен обратиться к врачу-наркологу для лечения (лекарственные средства, психотерапия, физиотерапия, иглорефлексотерапия и т.д.).

Курение табака является одним из самых «молодых» пороков. Открытие в 1492 г. Христофором Колумбом Америки связано с открытием европейцами многих новых для них растений, среди которых был и табак. Табак получил свое название от названия провинции Табаго, где его стали выращивать из семян, привезенных из Америки. Европейцы были свидетелями не только курения табака туземцами, но и его жевания. Из семян табака, привезенных в Европу, вначале выращивали табак как декоративное растение, а потом, подражая американским индейцам, начали курить его. Этому способствовало мнение о табаке как о целительном растении: табак якобы успокаивал боль, избавлял от усталости, нормализовывал сон и т.д. Врачи того времени широко рекомендовали табак для лечения многих болезней. Табак подобно другим лекарственным растениям обычно растирали в порошок, что впоследствии породило обычай не только курить, но и нюхать его.

Курение и нюхание табака особенно было распространено при королевских дворах некоторых стран. Это способствовало его выращиванию, торговле табаком и распространению курения. В дальнейшем по имени Жана Нико, придворного врача французского королевского двора, был назван основной ингредиент табака — никотин. Но рекомендуемый вначале как лекарственное средство от всех болезней табак впоследствии стали запрещать

как вещество, вредное для здоровья. Так, при царе Михаиле Федоровиче Романове был издан указ, строжайше запрещающий продажу, покупку и курение табака. За нарушение запрета виновных наказывали всенародно плетьми, а при повторном курении отрезали носы или уши. Казнили курильщиков в Испании, Турции, в Англии виновным в курении отсекали головы. Но уже ничто не могло остановить распространение «дымящей отравы».

В России же Петр I, сам ставший заядлым курильщиком, разрешил торговлю табаком и курение. Строгие запреты были сняты и в других странах. Курение табака превращалось в новую доходную статью для правителей и торговцев. За сравнительно короткое время курение табака широко распространилось. Количество потребляемого табака начало быстро расти особенно в XIX в., когда начали курить папиросы. Но, конечно, рекордное потребление табака было в XX в. Сухая масса потребляемого за год табака составляла от 6 до 7 млн т. Наибольшее потребление табака (сигарет, сигар) имеет место в США, Японии, Швейцарии, Великобритании, оно составляет примерно 4 000 сигарет в год на одного жителя, в скандинавских странах — 1400... 1 600 сигарет, в России примерно 2 500 сигарет. Сейчас курение стало повсеместным. По данным ВОЗ курит до 70 % мужчин и до 30 % женщин. Все больше приобщаются к курению женщины и дети. Особенно легко начинают курить молодые люди в организованных коллективах.

Медико-социальные последствия курения. Курение является большим фактором риска получить многие заболевания, в первую очередь сердечно-сосудистые и органов дыхания. Доказана роль курения как фактора риска при онкологических заболеваниях, особенно при раке легких. Курение тормозит процесс полового созревания, замедляет рост, вызывает анемию, пагубно действует на состояние ЦНС: понижает концентрацию внимания, ухудшает память, повышает раздражительность и т.д. У курящих матерей рождаются ослабленные дети, со сниженной массой тела, подверженные различным заболеваниям. Страдает иммунная система легких: у курильщиков чаще развивается активный туберкулез легких. Социальные последствия тесно связаны с медицинскими: повышается заболеваемость, снижаются трудоспособность, средняя продолжительность жизни и т.д. Одним из важнейших последствий курения является загрязнение внешней среды.

Ежегодно в атмосферу от курильщиков попадают тысячи тонн таких вредных веществ, как угарный газ, никотин, аммиак, синильная кислота и другие; миллионы тонн окурков. Следует отметить крайне негативные последствия пассивного курения.

Причинами курения являются: влияние ближайшего окружения (влияние микросреды); пример старших; отсутствие единого отрицательного отношения к курению в обществе; мифы о возможности сохранения здоровья при курении, о преодолении сложностей с помощью курения; восприятие курения как фактора независимости и престижа.

Меры борьбы с курением. Активную борьбу с курением можно проводить только при условии тесного контакта государственных и

общественных организаций, работников здравоохранения и образования, социальных работников, семьи. О борьбе с курением говорится много, но результаты этой борьбы пока малозаметны. Борьбе с курением мешает установившееся мнение о том, что успеха можно добиться только действуя «сверху», т.е. путем запретительных мер со стороны государства: принятия законов о борьбе с курением, включающих в себя в основном штрафы за курение в общественных местах, запретов на рекламу табачных изделий, предупреждения на каждой пачке сигарет о вреде курения здоровью, повышения цен на табачные изделия и т.д. На самом деле главное — это личная, персональная ответственность человека за свое здоровье и за здоровье окружающих. Борьба с курением — социально-гигиеническая проблема огромной важности, для решения этой проблемы необходима долговременная, поэтапная, общенациональная программа, включающая в себя комплексную систему мер: административных, экономических, воспитательных. Но все это тормозит табачная индустрия, получающая огромные доходы.

5.4. ВИЧ-инфекция

К началу XXI в. удалось полностью ликвидировать или поставить под контроль многие инфекционные заболевания, в том числе и особо опасные инфекции: натуральную оспу, чуму, холеру. Казалось, что проблема инфекций решена и следует уделять основное внимание неэпидемическим заболеваниям (сердечно-сосудистым, онкологическим и т.д.). Однако человечество столкнулось с новой инфекцией, а именно ВИЧ-инфекцией, вирусом иммунного дефицита человека, вызывающим синдром приобретенного иммунного дефицита, т. е. СПИД.

Под термином «иммунный дефицит» следует понимать уменьшение присущих организму способностей противостоять инфекциям, вследствие чего возникает многообразная картина болезней.

В 1980 г. врач из госпиталя в Сан-Франциско (США) описал необычное течение пневмонии у пяти больных. Почти одновременно в Нью-Йорке были опубликованы наблюдения за больными так называемой саркомой Капоши. У этих больных наблюдались ослабления иммунной системы. Поскольку наблюдавшиеся больные были гомосексуалистами, то причину этого иммунного дефицита вначале искали в их образе жизни. Дальнейшие наблюдения позволили предположить, что ослабление иммунитета вызывается переносом особого возбудителя. Вирус СПИДа был открыт в 1983 г. французской исследовательской группой в Институте Пастера в Париже. Весной 1984 г. группе из онкологического исследовательского института в Мериленде (США) удалось этот вирус идентифицировать.

ВИЧ содержится в крови, семенной жидкости и вагинальном секрете, материнском молоке, моче, кале, поте, слюне, слезах, секрете слизистых. Концентрация вируса в этих жидкостях различна: наибольшая концентрация в крови, семенной и вагинальных жидкостях, наименьшая — в моче, кале, поте,

слюне, слезах, секрете слизистых. ВИЧ может переносится лишь в том случае, если жидкости тела с высокой концетрацией вируса проникают прямо в кровяное русло человека, например при микроскопических незаметных трещинах слизистых оболочек или через поврежденную кожу.

ВИЧ-инфекция передается:

при половом контакте, донорстве спермы;

парентеральным путем, т.е. через кровь, через шприцы, при переливании крови, через инструменты, которые могут вызвать повреждение кожи и слизистых;

так называемым вертикальным путем, т. е. от больной матери к ребенку при беременности или при родах.

ВИЧ не может проникнуть через неповрежденную кожу, т.е. не может передаваться при тесном контакте телами, например в спортивной борьбе, не передается через пот, слезы, слюну и даже кровь, если они попали на неповрежденную кожу. ВИЧ-инфекция не передается насекомыми.

Определение наличия ВИЧ в организме. В нашей стране пока существует единственный способ определения вируса — тест крови на наличие специфических антител к ВИЧ с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Но антитела после инфицирования обнаруживаются в крови не сразу: у 90...95 % зараженных в течение 3 мес. после заражения, у 5...9% — через 6 мес. после заражения и у 0,5... 1 % — в более поздние сроки. Наиболее ранние сроки обнаружения антител — через 2 недели от момента заражения. Учитывая возможность ошибочного результата ИФА, анализ проводится еще 2 раза.

Особенности клинического проявления ВИЧ-инфекции. Инкубационный период у СПИДа (т. е. период с момента заражения до первых проявлений болезни) чаще всего составляет 1 — 3 года, хотя, как показали наблюдения, может достигать 10 лет и более, в этом случае речь идет о так называемых ВИЧ-инфицированных, т.е. лицах, не имеющих признаков заболевания, но носящих в своем организме ВИЧ-инфекцию, представляющую опасность для окружающих, так как могут передать этот вирус здоровым с кровью или половым путем.

Клинические проявления ВИЧ-инфекции весьма разнообразны, что затрудняет ее диагностику при отсутствии лабораторного исследования. Чаще всего это увеличение лимфатических узлов, длительное повышение температуры тела, поносы, похудание, герпетические высыпания и т.д. Указанные симптомы быстро проходят (за исключением увеличения лимфатических узлов, которое, как правило, держится долго), наступает длительный скрытый период, когда человек чувствует себя удовлетворительно, но вирус разрушает защитные клетки организма. Чаще всего после скрытого периода у больных развиваются пневмонии, саркомы Капоши (опухоли из лимфатических сосудов, представляющие собой опухолевидные образования малинового или вишневого цвета, выступающие над поверхностью кожи), туберкулез, опухоли мозга, поражения ЦНС, приводящие к слабоумию, маразму и т.д. Важнейшим методом диагностики ВИЧ-инфекции является лабораторный метод, позволяющий обнаружить в крови инфицированного

антитела, которые образуются в крови человека при поступлении в него ВИЧ-инфекции.

СПИД при сегодняшнем уровне медицинских знаний неизлечим и неизбежно приводит к смертельному исходу. Несмотря на многочисленные исследования создать эффективное средство лечения и профилактики СПИДа пока не удалось, а так как между моментом заражения и началом заболевания могут пройти годы, то инфицированные лица, не считая себя больными, могут передавать вирус здоровым. Это приводит к тому, что резко увеличивается число не только больных, но и ВИЧ-инфицированных. Быстрое распространение ВИЧ-инфекции приобрело характер глобальной медико-социальной проблемы человечества. Не даром СПИД называют чумой XX в. Вирус распространяется с катастрофической скоростью. Насчитывается сотни тысяч вирусоносителей и десятки тысяч умерших. Борьба со СПИДом становится даже не общегосударственной, а общечеловеческой задачей.

Медико-социальные и экономические последствия ВИЧ-инфекции следующие: поражение наиболее трудоспособной части населения, а отсюда резкое снижение показателей здоровья населения, экономический ущерб обществу; трудность организации лечения больных из-за многообразия клинических проявлений; большие расходы на лечение (лечение больного СПИДом в течение года измеряется десятками тысяч долларов); возможная дискриминация больных и ВИЧ-инфицированных.

Медико-социальные последствия ВИЧ-инфекции тесно образом связаны с медико-социальными проблемами наркомании.

Группу риска ВИЧ-инфекции составляют: наркоманы; лица, ведущие беспорядочную половую жизнь; проститутки; гомосексуалисты; доноры; больные, которым переливалась кровь, плазма и т.д., которым была произведена пересадка органов и тканей; медицинский персонал лабораторий, осуществляющий обследование населения на ВИЧ-инфекцию, исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека; персонал, занятый непосредственным обследованием, диагностикой, лечением и проведением судебно-медицинской экспертизы ВИЧ-инфицированных.

Ответственность ВИЧ-инфицированных и больных за заведомое заражение. Граждане несут ответственность за заведомое заражение других людей и распространение ВИЧ-инфекции. Гражданин, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, уведомляется работником учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, о его результатах и необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, о гарантиях соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за создание опасности заражения другого лица (предусматривается статьей 122 УК РФ), что наказывается ограничением свободы сроком до 3 лет, арестом на срок от 3 до б мес. либо лишением свободы на срок до 1 года.

Заражение ВИЧ-инфицированным лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, другого лица наказывается лишением свободы сроком до 5 лет. Эти

действия относительно двух или более лиц, а также по отношению к несовершеннолетнему караются лишением свободы сроком до 8 лет.

Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей наказывается лишением свободы сроком до 5 лет с лишением виновного права занимать некоторые должности или заниматься определенной деятельностью на предусмотренный законом срок.

Законодательные акты и нормативно-методические документы в системе отечественного здравоохранения, направленные на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции. С целью предупреждения распространения ВИЧ-инфекции в системе отечественного здравоохранения принят целый ряд законодательных актов и нормативно-методических материалов (см. прил. 1—4). Основным из них является Федеральный закон от 30.03.95 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». В ст. 4 гл. 1 «Гарантии государства» определены следующие гарантии:

эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории РФ;

производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в лечебных и диагностических целях;

доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе и анонимного;

бесплатное предоставление всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным — гражданам РФ, бесплатное получение ими медикаментов при лечении в амбулаторных или стационарных условиях, а также их бесплатный проезд к месту лечения и обратно в пределах РФ;

социально-бытовая помощь ВИЧ-инфицированным — гражданам РФ, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство и т.д.

Особенно важно для социальных работников знание положений гл. 3 «Социальная защита ВИЧ-инфицированных и членов их семей» закона. Так, в ст. 17 данной главы (о запрете на ограничение прав ВИЧ-инфицированных) говорится, что не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу и в образовательные учреждения, в медицинские учреждения ВИЧ-инфицированных и членов их семей. В ст. 18 говорится о правах родителей и законных представителей ВИЧ-инфицированных детей (право на бесплатный проезд с ребенком до 16 лет к месту лечения и обратно, сохранение непрерывного трудового стажа одним из родителей в случае увольнения по уходу за ребенком в возрасте до 18 лет, включении времени ухода за ВИЧ-инфицированным несовершеннолетним в общий трудовой стаж и т.д.). В ст. 19 данной главы говорится о социальной защите ВИЧ-инфицированных, в ст. 20 — о возмещении вреда, причиненного здоровью лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека при оказании им медицинской помощи медицинскими работниками.

Гл. 4 закона посвящена социальной защите лиц, подвергающихся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей (выплате единовременных пособий, установлении групп инвалидности и т.д.).

Большое значение для предупреждения распространения ВИЧ-инфекции на территории РФ имеет и приказ Минздравмедпрома РФ от 16.08.94 № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в РФ», в состав которых входят:

полная обеспеченность учреждений здравоохранения одноразовыми шприцами и одноразовыми инструментами;

более широкое проведение исследований крови на наличие антител к вирусу, в том числе с целью профилактики;

широкое использование защитных средств при половом сношении;

формирование здорового образа жизни, в том числе профилактика беспорядочных половых связей;

соблюдение асептики, антисептики и правил техники безопасности медицинскими работниками;

распространение информации среди населения относительно опасности распространения ВИЧ-инфекции;

обязательное медицинское освидетельствование на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), (см. Федеральный закон от 30.03.95 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»), создание сети учреждений по диагностике, лечению и профилактике ВИЧ-инфекции — республиканских и территориальных клинических центров по профилактике и борьбе со СПИДом, диагностических лабораторий и кабинетов анонимного обследования, кабинетов психосоциального консультирования и добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию (согласно приложению 4 к приказу Минздравмедпрома РФ от 16.08.94 № 170).

Обязательному медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции подлежат:

доноры крови, плазмы, спермы и других биологических жидкостей, тканей и органов при каждом взятии донорского материала (лица, у которых выявлена ВИЧ-инфекция или которые отказались от обязательного медицинского освидетельствования, не могут быть донорами);

работники отдельных профессий, производств и организаций, перечень которых утверждается Правительством РФ в приложении 1 к приказу Минздравмедпрома РФ от 30.10.95 № 295);

больные по показаниям (см. приложение 3 к приказу Минздравмедпрома РФ от 30.10.95 № 295); к ним относятся лихорадящие более 1 мес., имеющие увеличение лимфоузлов двух и более групп в течение свыше 1 мес., с диареей, длящейся свыше 1 мес., с необъяснимой потерей массы на 10% и более, наркоманы и лица, подозреваемые в наркомании, лица с венерическими заболеваниями, больные туберкулезом, беременные и т.д.

Обязательное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-

инфекции проводится бесплатно.

Принудительное обследование на ВИЧ-инфекцию запрещено в соответствии с Федеральным законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Социальные работники наряду с медицинскими в целях профилактики распространения ВИЧ-инфекции должны активно вести санитарно-просветительную работу по профилактике ВИЧ-инфекции, прилагать усилия для формирования у своих клиентов здорового образа жизни.

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое наркотизм?
2. Как классифицируется потребление алкоголя?
3. Расскажите об алкогольных мифах?
4. Назовите причины алкоголизма.
5. Каковы медицинские, социальные, социально-экономические последствия алкоголизма?
6. В чем заключается профилактика алкоголизма?
7. Раскройте понятия наркомании и токсикомании.
8. В чем заключаются особенности наркотического опьянения?
9. Каковы причины наркомании и токсикомании?
10. Назовите медицинские последствия наркомании.
11. Назовите социально-экономические последствия наркомании и токсикомании.
12. Перечислите меры по борьбе с наркоманией и токсикоманией.
13. Что такое никотинизм?
14. В чем заключаются причины курения?
15. Назовите медико-социальные последствия никотинизма.
16. Расскажите о профилактике наркотизма.
17. Как передается ВИЧ-инфекция?
18. В чем состоят особенности проявления ВИЧ-инфекции?
19. Расскажите о медико-социальных последствиях ВИЧ-инфекции.
20. Назовите меры профилактики ВИЧ-инфекции.
21. Перечислите меры ответственности за заведомое распространение ВИЧ-инфекции.

Глава 6 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В СИСТЕМЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Социальные работники в различной степени участвуют в оказании медико-социальной помощи населению. Медико-социальная помощь является частью медико-социальной работы.

6.1. Медико-социальная помощь

Медико-социальная помощь населению — профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая и зубопротезная помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособий по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты.

Гарантиями осуществления медико-социальной помощи являются: оказание гражданам первичной медико-санитарной помощи; скорой медицинской помощи; специализированной медицинской помощи; оказание помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; обеспечение населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами (см. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», прил. 2).

6.2. Медико-социальная работа

Медико-социальная работа — новый вид профессиональной деятельности медицинского, психологического и социально-правового характера, созданный на основе многих дисциплин, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.

Медико-социальная работа как профессиональная деятельность формируется на стыке и здравоохранения, и социальной защиты населения, имеет много общего с деятельностью медицинских работников. При этом медико-социальная работа не должна подменять собой лечебную работу, что делает необходимым четкое разграничение действий социальных и медицинских работников. Поэтому эффективнее всего эту работу может выполнить специалист по социальной работе, получивший соответствующую медицинскую специализацию (высшее образование), но в практике социального работника среднего звена медико-социальная работа занимает

также значительное место.

Цель и объекты медико-социальной работы. Целью медико-социальной работы является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физическими и психическими отклонениями, а также социально неблагополучных.

Объектами медико-социальной работы являются различные лица, неблагополучные по медицинским и социальным показателям: инвалиды, лица пожилого и старческого возраста, дети-сироты, юные матери, многодетные и асоциальные семьи, больные СПИДом, пострадавшие от стихийных бедствий, беженцы, безработные и т.д.

Содержание медико-социальной работы. Медико-социальная работа состоит из многих функций[3]:

К медико-ориентированным функциям относятся: организация медицинской помощи и ухода за больными, оказание медико-социальной помощи семье, медико-социальный патронаж различных групп, оказание медико-социальной помощи хроническим больным, организация паллиативной помощи умирающим, вторичная профилактика, санитарно-гигиеническое просвещение, информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем.

Социально-ориентированные функции включают в себя: обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи; оформление опеки и попечительства; участие в осуществлении реабилитационных программ; информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты; содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем; семейное консультирование и семейная психокоррекция; обеспечение доступа информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания.

Смешанные функции — формирование установки клиентов на здоровый образ жизни; планирование семьи; проведение медико-социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии,

гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины; содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей; социально-правовое консультирование; участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях; обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов.

Медико-социальная работа выполняется в учреждениях здравоохранения,

---

[3] По данным А. В. Мартыненко,

социальной защиты населения и в других учреждениях федерального и муниципального подчинений, а также в учреждениях частной системы здравоохранения.

6.3. Медико-социальный патронаж

Существенной составной частью медико-социальной работы является медико-социальный патронаж.

Патронаж (от франц. patron — покровитель, покровительство) — вид медико-социальной работы профилактической направленности, которая проводится на дому. *Медико-социальный патронаж* — вид деятельности медицинских, социальных и общественных организаций, осуществляемый с целью удовлетворения потребности населения в медико-социальной помощи отдельных лиц, семей, групп населения.

Задачами медико-социального патронажа являются: оценка условий жизни объектов медико-социального патронажа; выявление медико-социальных проблем клиента; установление связи объекта медико-социального патронажа с медицинскими учреждениями, учреждениями социальной защиты, отделением Российского Общества Красного Креста, благотворительными организациями, фондами и т.д.; контроль за выполнением программ реабилитации; повышение уровня санитарно-гигиенических и правовых знаний объектов медико-социального патронажа; динамическое наблюдение за состоянием здоровья объекта медико-социального патронажа; первичная и вторичная профилактика; формирование установки объекта медико-социального патронажа на здоровый образ жизни.

Цели медико-социального патронажа — социальная защита населения при решении проблем медико-социального характера, доступность медико-социальной помощи для населения, осуществление непрерывности наблюдения за здоровьем соответствующего контингента лиц, помощь в осуществлении медико-социальной адаптации.

Медико-социальный патронаж выполняют следующие подразделения: амбулаторно-поликлинические лечебно-профилактические учреждения (участковые, детские поликлиники, женские консультации, поликлинические отделения диспансеров); отделы социальной защиты населения; отделения РОКК; отделения Российского детского фонда; отделения Российского фонда милосердия и здоровья; отделения Всероссийского общества инвалидов; региональные отделения Пенсионного фонда РФ.

Непосредственными исполнителями медико-социального патронажа являются: социальные работники, участковые терапевты, участковые медицинские сестры, работники РОКК, сотрудники различных обществ и фондов (перечислены выше).

Медико-социальный патронаж составляет существенную часть содержания работы учреждений в отечественной системе здравоохранения.

6.4. Задачи и основные принципы отечественной системы здравоохранения

Охрана здоровья населения — это совокупность экономических, правовых, социальных, научно-медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мер, которые направлены на сохранение и укрепление здоровья каждого человека.

Здравоохранение представляет собой важнейшую отрасль социально-культурной деятельности, основной целью которой является осуществление перечисленных выше мер по охране здоровья населения. Здравоохранение представляет собой систему, состоящую из структурных элементов (органы здравоохранения) и функциональных элементов (амбулаторная и стационарная помощь, санитарно-эпидемиологическая служба и т.д.), которые тесно связаны между собой. Отечественная система здравоохранения состоит из государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения (см. прил. 2 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», разд. 2 и 3).

Отечественное здравоохранение строится по следующим принципам:

приоритет профилактики в вопросах охраны здоровья граждан. Социально-экономические меры должны быть прежде всего направлены на предупреждение заболеваний и на устранение причин их возникновения. Органы здравоохранения должны осуществлять контроль за соблюдением гигиенических норм и правил, выполнением санитарного законодательства. Санитарное просвещение и воспитание здорового образа жизни, профилактическое направление основаны на диспансерном методе и участковом принципе работы учреждений здравоохранения;

соблюдение прав человека и граждан в области охраны здоровья — конституционная гарантия всем гражданам на охрану здоровья. Основой законодательства РФ в отношении здравоохранения является Конституция РФ (ст. 41 закрепляет право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь). Исходя из нее приняты Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (см. прил. 2), в которых определены права граждан при оказании медико-социальной помощи, обязанности и права медицинских фармацевтических работников, ответственность за причинение вреда здоровью граждан и т.д., доступность медико-социальной помощи; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья через систему обязательного социального страхования; ответственность органов государственной власти и управления предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также должностных лиц за обеспечение прав граждан по охране их здоровья.

Задачи по охране здоровья граждан, заключаются: в установлении ответственности и компетентности органов государства, субъектов Российской Федерации и местного самоуправления по вопросам охраны здоровья граждан; в правовом регулировании в государственной, муниципальной и частной системах здравоохранения; в определении прав граждан по охране их здоровья;

в установлении гарантий соблюдения этих прав; в определении профессиональных прав, обязанностей, ответственности и социальной защиты медицинских и фармацевтических работников.

Медицинское страхование. Медицинское страхование бывает обязательным (ОМС) и добровольным (ДМС). Целью медицинского страхования является укрепление финансирования здравоохранения. В 1991 г. был принят закон «О медицинском страховании».

ОМС является всеобщим и реализуется согласно правилам и программам, единым для РФ. Добровольное медицинское страхование обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг.

Участниками медицинского страхования являются:

гражданин (застрахованный);

страхователь (тот, кто платит за страховку);

страховая медицинская организация (чаще всего это страховая компания, которая осуществляет страхование, формирует фонды и оплачивает помощь при возникновении страхового случая, т. е. при заболевании гражданина);

медицинское учреждение (оно получает деньги от страховой медицинской компании).

Страхователями при ОМС для неработающего населения (пенсионеров, детей, студентов, инвалидов, безработных) являются: органы государственной власти всех уровней; для работающих — работодатели (предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью). Размер взносов за работающих определяет постановление Правительства РФ в процентах от заработной платы. Страховые взносы отчисляются работодателем из фонда заработанной платы, но не из заработной платы работника.

Размер страховых платежей на ОМС неработающих определяется на уровне субъекта РФ. Для сбора обязательных страховых взносов в системе ОМС созданы Федеральный и территориальный фонды ОМС. Финансовые средства фондов находятся в государственной собственности РФ. Фонды передают средства в руки страховых организаций (компаний), которые имеют разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Именно страховые медицинские организации выплачивают медицинским учреждениям деньги за лечение граждан.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор между работодателем и страховой медицинской организацией, получает страховой полис. Полис находится на руках у застрахованного и имеет силу на всей территории РФ, а также на территории других республик, с которыми РФ имеет соглашение о медицинском страховании граждан. Медицинская помощь оказывается при предъявлении гражданином страхового полиса. Наличие полиса является необязательным при оказании помощи по экстренным показаниям или при угрозе жизни пациента (см. Закон РФ от 12.02.94. «О медицинском страховании граждан в РФ», Закон РСФСР от 26.06 91. «Положение о Фонде социального страхования РФ», «Типовое положение о комиссии (уполномоченном) по социальному страхованию», письмо Фонда

социального страхования РФ).

Перечень видов бесплатной медицинской помощи. Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения. Объем бесплатной медицинской помощи гражданам гарантируется правительством, утвердившим программу гарантий обеспечения бесплатной помощью, которая описывает гарантии в рамках обязательного медицинского страхования и в рамках помощи, предоставляемой за счет средств бюджета. Бесплатно гражданам предоставляются следующие виды медицинской помощи:

скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

амбулаторно-поликлиническая, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому;

при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;

при патологии беременности, родах и абортах;

при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих стационарного режима.

Права граждан при получении медицинской помощи. При обращении за медицинской помощью гражданин в соответствии с законом имеет право:

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

информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства (не дать согласие);

получение квалифицированной медицинской помощи в рамках программы по обязательному медицинскому страхованию;

выбор врача и лечебного учреждения;

уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала;

получение информации о своих правах и состоянии своего здоровья, сохранение врачебной тайны;

проведение по его просьбе консилиума и получение консультаций у других специалистов;

облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) вмешательством, всеми доступными способами;

допуск к себе законного представителя, в том числе адвоката; допуск к себе священнослужителя и отправление религиозных обрядов;

возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью вследствие оказания ненадлежащей медицинской помощи, в том числе и морального.

Бесплатное и льготное обеспечение лекарственными средствами. Закон устанавливает группы населения, которым лекарственные средства

отпускаются бесплатно или со скидкой, а также категории заболеваний, для лечения которых лекарства отпускаются в том же порядке. Бесплатно получают все лекарственные средства:

инвалиды и участники Великой Отечественной войны (ВОВ) и приравненные к ним в правах граждане;

родители и жены военнослужащих, погибших вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при защите страны или при исполнении иных обязанностей военной службы;

граждане, награжденные медалью «За оборону Ленинграда», знаком Ленинградского городского Совета народных депутатов «Жителю блокадного Ленинграда»; Герои Советского Союза, Герои РФ, полные кавалеры ордена Славы;

бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны;

граждане из числа бывших военнослужащих-интернационалистов, принимавших участие в боевых действиях в республике Афганистан и на территории других стран;

дети первых трех лет жизни, а также дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет;

инвалиды первой группы, неработающие инвалиды второй группы;

дети-инвалиды в возрасте до 16 лет;

граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы (получившие и (или) перенесшие лучевую болезнь и другие заболевания, связанные с радиационным воздействием, получившие инвалидность вследствие чернобыльской катастрофы, принимавшие участие в 1986 — 1987 гг. в работе по ликвидации ее последствий, дети и подростки до 18 лет, а также дети первого и последующих поколений граждан, относящихся к большой части категорий граждан, имеющих статус подвергшихся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы), а также вследствие радиационных аварий и их последствий на других атомных объектах гражданского и военного назначения;

ветераны войны и труда, многодетные и малоимущие семьи, беременные женщины, безработные и отдельные другие группы населения по решению органов государственной власти субъектов РФ.

Бесплатно отпускаются все лекарственные средства гражданам, страдающим диабетом, проказой, раком, СПИДом, а также ВИЧ-инфицированным. При отдельных заболеваниях (детский церебральный паралич, болезнь Паркинсона, миопатия, бронхиальная астма, лучевая болезнь) граждане бесплатно получают только те лекарственные средства, которые необходимы для лечения данного заболевания.

С 50%-и скидкой от свободных цен предоставляются лекарственные средства следующим категориям граждан:

пенсионерам, получающим пенсию по старости, инвалидности или по случаю потери кормильца в минимальных размерах;

работающим инвалидам второй группы;

инвалидам третьей группы, признанным в установленном порядке безработными;

участникам ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС в 1988 — 1900 гг. в пределах зоны отчуждения, военнослужащим и военнообязанным, привлекавшимся для выполнения работ, связанных с ликвидацией последствий, независимо от места дислокации и выполнявшихся работ;

реабилитированным лицам и лицам, признанным пострадавшими от политических репрессий, являющимся пенсионерами или инвалидами;

ветеранам войны и труда, многодетным и малоимущим семьям, беременным женщинам, безработным и другим группам населения (по решению органов государственной власти субъектов РФ).

Бесплатные лекарственные средства отпускают только по рецептам врача, выписанным на специальных бланках. Аптеки получают плату за отпущенные бесплатно и по льготным рецептам лекарственные средства из местного бюджета.

6.5. Типы и виды учреждений здравоохранения

К лечебно-профилактическим учреждениям относятся:

амбулаторно-поликлинические (амбулатории, городские поликлиники, здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты), косметологические лечебницы, поликлиники на водном транспорте, поликлиники на железнодорожном транспорте, стоматологические поликлиники, центральные районные поликлиники и т.д.;

больничные (городские больницы, детские больницы, центральные районные больницы, больницы на водном транспорте, больницы на железнодорожном транспорте, специализированные больницы, частные лечебницы);

диспансеры (врачебно-физкультурные, кардиологические, кожно-венерологические, наркологические, онкологические, противотуберкулезные, психоневрологические и т.д.);

охраны материнства и детства (родильные дома, дом ребенка, ясли, молочная кухня);

скорой и неотложной медицинской помощи и переливания крови;

санаторно-курортные (санатории, детские санатории, курортные поликлиники, грязелечебницы, санатории-профилактории).

К санитарно-профилактическим учреждениям относятся: санитарно-эпидемиологические (центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора, дезинфекционные станции, противочумные станции, изоляционно-пропускные пункты на железнодорожном транспорте), санитарного просвещения (центры медицинской профилактики, дома санитарного просвещения и т.д.).

Существуют также учреждения судебно-медицинской экспертизы (бюро судебно-медицинской экспертизы), аптечные (аптеки, аптечные базы, аптечные

киоски, аптечные магазины, аптечные склады, базы и склады медицинской техники, магазины медицинской техники и оптики, контрольно-аналитическая лаборатория).

Ведущее место в структуре учреждений здравоохранения занимают лечебно-профилактические учреждения. Основными принципами их деятельности являются: преемственность в работе различных учреждений и прежде всего поликлиник и стационаров, единство лечения и профилактики, участковый принцип обслуживания, диспансерный метод работы, общедоступность и специализация врачебной помощи.

6.6. Первичная медико-санитарная помощь

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) (по определению ВОЗ) — удовлетворение потребностей населения (каждого лица, семьи и общины) путем предоставления медицинских услуг при первом контакте с системой здравоохранения, комплексное обслуживание, приближенное к месту жительства и работе. ПМСП в настоящее время определяется как «зона первого контакта» населения с медико-санитарными службами, как первый этап охраны здоровья населения. Именно ПМСП определяет осуществление основного принципа отечественного здравоохранения — профилактики, так как является наиболее массовой медицинской службой. Оказание ПМСП является одной из гарантий медико-социальной помощи (см. прил. 2, разд. 8, ст. 38).

ПМСП представляет собой комплекс медико-санитарных, лечебных, профилактических и гигиенических мер: лечение заболеваний и травм, снабжение самыми нужными лекарственными средствами, охрана материнства и детства, иммунизация против основных инфекционных заболеваний, профилактика местных эндемических заболеваний и борьба с ними, планирование семьи, санитарное просвещение, достаточное снабжение безопасной питьевой водой, содействие обеспечению продовольствием и рациональному питанию.

ПМСП включает в себя: все виды амбулаторно-поликлинической помощи, службу скорой и неотложной помощи, родовспоможение, санитарно-противоэпидемические учреждения.

Большой вклад в развитие ПМСП внесла Международная конференция ВОЗ по проблемам ПМСП, проходившая в Алма-Ата в 1978 г. Конференция отметила главную особенность ПМСП на современном этапе: разницу медицинского обслуживания обеспеченных и необеспеченных слоев населения в разных странах и внутри каждой страны. Конференция провозгласила лозунг «Здоровье для всех к 2000 году», что означало достижение равных возможностей в доступности равнозначной медицинской помощи. Главным средством достижения этого конференция признала ПМСП. На конференции было выяснено, что проблемы ПМСП в России стоят не так остро благодаря уникальности отечественной системы *амбулаторно-поликлинической помощи*.

На протяжении многих лет в здравоохранении России делался акцент на

развитие амбулаторно-поликлинической помощи. К концу 1990-х гг. более 80 % обращений населения приходилось на учреждения ПМСП. Но вместе с тем накапливалось все больше проблем, связанных с материально-техническим состоянием учреждений ПМСП, уровнем подготовки кадров, качеством и культурой оказываемой помощи, уровнем подготовки медицинских кадров. Это привело к необходимости реформирования ПМСП.

Предусмотрен переход к организации ПМСП по принципу семейного врача (врача общей практики). Это предполагает значительное расширение функций, выполняемых участковыми терапевтами и педиатрами. Основной функцией семейного врача является оказание населению многопрофильной амбулаторной медицинской помощи. В связи с этим возникает необходимость переориентации деятельности участковых терапевтов и педиатров: значительное расширение объема их деятельности по смежным специальностям, обучение практическим навыкам, выполняемым сейчас узкими специалистами. Объем лечебно-диагностических манипуляций, которые обязан выполнять семейный врач, очень разнообразен: хирургические манипуляции, отоларингологические, офтальмологические, гинекологические и т.д. Следует отметить, что в деятельности семейного врача значительная роль отводится организации медико-социальной помощи (совместно с органами социальной защиты населения, благотворительными организациями, службами милосердия) одиноким престарелым, инвалидам, хроническим больным.

Однако переход к системе семейного врача предусматривает немало проблем: не определены длительность рабочего дня и график работы семейного врача, не разработан механизм социальной и правовой защиты врачей и сестер общей практики и т.д.

С целью совершенствования ПМСП в дополнение к существующим составляющим ПМСП в настоящее время созданы детские реабилитационные центры, центры реабилитации женщин с патологией беременности, кабинеты медико-социальной реабилитации, медико-генетические" консультации и т.д.

6.7. Амбулаторно-поликлиническая помощь населению

Наиболее массовой и общедоступной формой ПМСП в системе отечественного здравоохранения, как уже говорилось, является амбулаторно-поликлиническая помощь населению (от лат. ambulatrius — подвижной). Амбулаторно-поликлинические учреждения предназначены для оказания помощи приходящим больным, а также больным в домашних условиях.

Краткий исторический очерк амбулаторной помощи населению в России. Впервые амбулаторная помощь больным в России стала применяться в XI в. В 1089 г. в Киевской Руси «безвозмездное врачевание» приходящим больным было вменено в обязанность «больницам, находящимся при церквях». Амбулаторный «прием» больных вели также знахари и знахарки, к которым обращался за помощью простой люд. Вплоть до XVI в. медицинское дело не подлежало ведению государства, так как Русь была раздроблена на феодальные

княжества, на территории которых хотя и вводились (под контролем князя или монастыря) санитарные, карантинные меры, приглашались на службу и русские и иностранные доктора, единой организации или службы здравоохранения не было. И только после создания централизованного русского государства под властью Москвы стали возможными организация государственных медицинских учреждений и издание соответствующих установлений по медицинскому делу. Так, указом Ивана Грозного была учреждена так называемая Царева, или Придворная, аптека (1581 г.), выполняющая функции по оказанию медицинской помощи царю, его семье, ближним боярам. Вскоре был учрежден Аптекарский приказ по управлению медицинским делом государства.

В 1620 г. возникают первые «светские» амбулатории, где прием ведут врачи. Организацию амбулаторной помощи ускорили тяжелые эпидемии оспы, чумы, холеры. Петровские реформы дали начало реорганизации всего медицинского дела: вместо боярской приказной системы была создана государственная администрация, в том числе и Медицинская канцелярия вместо Аптекарского приказа. В 1738 г. при главной аптеке Петербурга была учреждена должность врача для бедных, это была первая по всей Европе бесплатная амбулатория. В 1804 г. впервые в истории России поликлиническая практика была введена в программу преподавания на медицинских факультетах университетов. Как правило, амбулаторная помощь в городах оказывалась при больницах. Самостоятельные учреждения этого типа стали развиваться лишь в 80-х гг. XIX в., чему способствовало развитие земской и фабричной медицины. Земская реформа создала систему медицинской помощи, включающую в себя участковое обслуживание, разъездную врачебную помощь, обеспечение фельдшерами.

Усиленное развитие в нашей стране амбулаторно-поликлиническая помощь получила с 20-х гг. XX в., т.е. в годы становления отечественной системы здравоохранения. Так, по соглашению Наркомздрава РСФСР и ВЦСПС на предприятиях начали создаваться пункты медицинской помощи, амбулатории, стационары. В 1929 г. опубликовано постановление ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян», в котором главное внимание уделялось организации медицинской помощи, в том числе и амбулаторной. Важным методом профилактики объявлялась диспансеризация, которая в то время в силу многих объективных причин была сведена к регистрации заболеваний и медицинским осмотрам. Совершенствовалась система охраны материнства и детства, значительно увеличилась сеть детских поликлиник и женских консультаций. Накануне войны несмотря на ошибки и просчеты, репрессии, унесшие тысячи жизней специалистов здравоохранения, была построена государственная система здравоохранения, которая предполагала профилактическую направленность, плановость, доступность и т.д. К 1950 г. несмотря на громадный ущерб, нанесенный народному хозяйству страны в годы войны (было уничтожено 40 000 больниц и поликлиник), число медицинских учреждений не только достигло довоенного уровня, но и возросло. В те годы начинает проводиться диспансеризация сельского

населения, ведется подготовка к диспансеризации в поликлинике. В период с 1961 по 1983 г. в амбулаторно-поликлинической помощи основное внимание уделялось диспансеризации.

Организация работы поликлиники и амбулатории. В настоящее время амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают в широкой сети амбулаторий и поликлиник, входящих в состав больниц, в самостоятельных городских поликлиниках и сельских врачебных амбулаториях, диспансерах, специализированных поликлиниках, женских консультациях, здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах и т.д. В этих учреждениях начинают и заканчивают лечение примерно 80 % всех больных и лишь 20 % больных подлежат госпитализации. Таким образом, амбулаторно-поликлиническая помощь является самым массовым видом лечебно-профилактической помощи населению.

Типы учреждений внебольничной помощи утверждены в 1978 г. Министерством здравоохранения СССР. Ведущими среди них являются поликлиники и амбулатории.

Поликлиника (от греч. polls — город и klinik — искусство врачевания) — многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания медицинской, в том числе специализированной, помощи больным, а при необходимости — для обследования и лечения больных в домашних условиях. В поликлинике прием ведут врачи различного профиля (терапевты, кардиологи, гастроэнтерологи, окулисты, хирурги и т.д.), а также функционируют диагностические кабинеты (рентгеновский, эндоскопический, лаборатория, физиотерапевтический кабинет и т.д.). Основной принцип работы поликлиники — территориально-участковый, когда за участковым врачом-терапевтом и медицинской сестрой закреплен участок с определенным числом жителей. Участковые врач и медицинская сестра несут ответственность за проведение всех лечебных и профилактических мероприятий на территории данного участка. Территориально-участковый принцип соблюдается и в отношении врачей «узких» специальностей при выполнении ими вызовов на дому (по назначению участкового терапевта).

Амбулатория — это лечебно-профилактическое учреждение, которое, так же как и поликлиника, предназначено осуществлять медицинскую помощь приходящим в амбулаторию больным, а также больным в домашних условиях. Принцип работы амбулатории — также территориально-участковый, но амбулатория отличается от поликлиники меньшими объемом работы и возможностями специализированной медицинской помощи. В амбулаториях, располагающихся, как правило, в сельской местности, ведется прием лишь по небольшому числу специальностей (не более пяти): терапия, хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия. Работа медицинской сестры в амбулатории напоминает работу участковой медицинской сестры поликлиники, но только медсестра амбулатории более самостоятельна.

Основными задачами поликлиники являются: оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению в поликлинике и на дому;

организация и проведение диспансеризации населения; организация и проведение профилактических мероприятий среди населения с целью снижения заболеваемости, инвалидности, смертности;

экспертиза временной нетрудоспособности; организация и проведение работы по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, пропаганда здорового образа жизни.

Поликлиники могут быть самостоятельными или объединенными со стационаром, общими или специализированными, например стоматологическими, курортными и т.д.

Основные структурные подразделения городской поликлиники. В состав поликлиники входят следующие подразделения: регистратура; отделение профилактики; лечебные отделения; диагностическое отделение (лаборатория, рентгеновский кабинет, кабинет УЗИ-диагностики и т.д.); статистический кабинет; административные подразделения (главный врач, заместитель главного врача по экспертизе трудоспособности).

Регистратура обеспечивает оформление записи больных на прием к врачу и регистрацию вызовов врача на дом, своевременный подбор и доставку документации в кабинеты врачей, информацию населения о времени приема врачей и о правилах вызова врача на дом, оформление листков и справок о временной нетрудоспособности.

Отделение профилактики включает в себя кабинет доврачебного контроля, смотровой женский кабинет и т. д. В отделение профилактики направляются больные из регистратуры, впервые пришедшие на прием к врачу. В кабинете доврачебного контроля систематизируют больных, выдают различные справки, проводят предварительные осмотры.

В состав лечебных отделений входят участковые терапевты и врачи «узких» специальностей. Возглавляет каждое отделение заведующий отделением. Руководителем поликлиники является главный врач поликлиники (поликлиника является самостоятельным лечебно-профилактическим учреждением) или заместитель главного врача по поликлинике (поликлиника объединена со стационаром).

В статистическом кабинете поликлиники осуществляют обработку и учет документации, анализируют показатели работы структурных подразделений поликлиники.

Организация работы участкового врача городской поликлиники.

Участковый терапевт играет ведущую роль в системе охраны здоровья населения (в дальнейшем это будет семейный врач). В сложной работе участкового врача соединены медицинская и организационная деятельность (организация профилактики, лечения, диспансеризации, реабилитации, санитарно-просветительной работы). Участковый врач по сути является организатором здравоохранения передового звена.

Именно деятельность участкового врача-терапевта и участковой медицинской сестры наиболее близко соприкасается с работой органов социальной защиты и во многом является медико-социальной. Участковый врач и участковая медсестра оказывают решающее влияние на решение медико-

социальных проблем клиента в профессиональной деятельности социального работника. Именно к участковому врачу должен в случае необходимости обращаться социальный работник.

Работа участкового врача-терапевта обычно организована таким образом, что каждый день он принимает больных в поликлинике (примерно 4 ч) и выполняет вызовы к больным на дому (примерно 3 ч). Врач не только выполняет те вызовы, которые сделаны самим больным или его близкими, но и сам при необходимости (без вызова) навещает больного на дому. Такие вызовы называются активными. Больных-хроников, одиноких престарелых, инвалидов участковый врач должен посещать не реже одного раза в месяц независимо от того, вызывал врача больной или нет. Выполняя вызов, врач не только лечит больного, но и выполняет элементы социальной работы: выясняет социально-бытовые условия больного, контактирует в случае необходимости с органами социальной защиты, отделением РОКК, аптечными учреждениями и т.д.

Медицинская сестра также принимает непосредственное участие в приеме больных (подготавливает необходимую на приеме документацию, выписывает по указанию врача рецепты на лекарственные средства, заполняет бланки направлений на обследование, измеряет артериальное давление, температуру тела и т.д.) и выполняет назначения врача на участке (делает инъекции, ставит горчичники, клизмы, проверяет выполнение больными назначенного режима и т.д.). В случае необходимости деятельность врача и медицинской сестры на участке может быть организована по типу стационара, когда врач посещает больного на дому ежедневно, а медицинская сестра выполняет на дому врачебные назначения.

Диспансеризация. Диспансеризация является основным средством профилактики в отечественной системе здравоохранения.

Диспансеризация — это активное, систематическое наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных), взятие групп населения на учет с целью раннего выявления заболеваний, периодического наблюдения и комплексного лечения заболевших, оздоровления труда и быта, для предупреждения развития болезни, восстановления трудоспособности и продления периода активной жизнедеятельности. Диспансеризация предполагает обследование и лечение больных вне обострения заболевания (т. е. когда больной вынужден сам обратиться к врачу); при лечении по вызову врач активно назначает обследование и лечение больному.

Диспансеризация (или диспансерный метод) состоит из нескольких этапов. На регистрирующем этапе — выявляют больных (по результатам медицинских осмотров или по обращаемости), обследуют больного, оценивают состояние его здоровья, изучают условия труда и быта, составляют план профилактических и лечебных мероприятий, оформляют документацию. Активно и систематически наблюдают за больным, проводят индивидуальное профилактическое лечение, оздоровительные мероприятия на этапе исполнения. Санитарно-просветительную работу, формирование здорового образа жизни, государственные и общественные мероприятия по борьбе с

факторами риска для здоровья осуществляют на заключительном этапе (профилактические мероприятия).

6.8. Стационарная медицинская помощь

В стационарах (от лат. *stationrius* — неподвижный) или больничных учреждениях медицинская помощь оказывается в основном при наиболее тяжелых заболеваниях. В больничные учреждения госпитализируют больных, которые нуждаются в экстренной медицинской помощи, а также больных, за которыми необходимо постоянное наблюдение (оценка состояния, повторные исследования крови, мочи, ЭКГ и т.д.) или применение таких методов исследования, как операции, частые внутривенные, внутримышечные или подкожные инъекции, переливание крови и т.п., которые невозможны или затруднены в амбулаторных условиях — дома или в поликлинике.

Краткий исторический очерк стационарной медицинской помощи в России. В развитии больничной (стационарной) помощи в России различают несколько периодов.

Первый период начинается практически сразу после крещения Руси. В этот период больницы возникали при монастырях и находились под призрением духовенства. Такие больницы существовали очень долго, даже наряду с гражданскими.

Второй период может быть отнесен к XVI в., когда при Иване Грозном появилось первое законодательство о больничной помощи. В законодательном сборнике того времени «Стоглав» среди других вопросов были изложены правила устройства больниц и содержания в них больных. В 1632 г. создана первая гражданская больница в Москве. В тот же период развиваются и временные военные госпитали для размещения раненых воинов. Следует отметить, что войны стимулировали развитие стационарных учреждений и при монастырях.

Третий период относится к XVIII в. В это время появляются указы Петра I о строительстве больниц. В 1706 —1708 гг. в Москве построен госпиталь за рекой Яузой, который был самым крупным лечебным учреждением в России того времени.

Четвертый период — земский, когда вследствие земской реформы в России впервые в мире были организованы больницы. В это время возникла и начала развиваться фабричная медицина. Постановление от 1866 г. обязывало владельцев промышленных предприятий за свой счет организовывать и содержать больницы и лечебницы из расчета одна койка на 100 работающих. Изменилась и система организации городской медицины — управление медицинскими и богоугодными учреждениями из приказа общественного призрения было передано органам городского самоуправления (думам и др.). Несмотря на развитие земской и фабрично-заводской медицины обеспеченность населения больничной помощью была крайне низкой. Так, в 1913 г. на 10 000 чел. населения приходилось лишь 13 коек (т.е. мест в

больнице).

Следующий период в истории стационаров (после 1917 г.) неразрывно связан с формированием отечественной системы здравоохранения.

В системе отечественного здравоохранения стационары (больницы) различаются по типам, профилю категориям. В зависимости от административно-территориального положения больницы делятся на республиканские, краевые, областные, городские, районные, участковые. В зависимости от профиля больницы бывают специализированными, предназначенными для лечения больных каким-либо одним заболеванием (например, туберкулезом), и многопрофильными, в состав которых входят различные отделения (например, терапевтическое, хирургическое, неврологическое и т.д.). В зависимости от коечной мощности больницы делятся на категории.

Организация работы стационара. Любая больница имеет четыре подразделения: управление (главный врач и его заместители, канцелярия, бухгалтерия и т.д.), стационар (приемное отделение, лечебные отделения, операционный блок и т.д.), административно-хозяйственная часть (пищеблок, склады, прачечная, дезинфекционный отдел и т.д.), поликлиника (как правило). Кроме того, должны быть лечебно-диагностическое отделение (лаборатории, кабинет-ЭКГ, рентгеновский, физиотерапевтический и т.д.), аптека, патолого-анатомическое отделение.

Городские больницы предназначены для оказания высококвалифицированной специализированной помощи населению города или района. Больницы осуществляют связь и преемственность в лечении больных между поликлиникой и стационаром, реабилитацию больных, профилактику заболеваний, повышают уровень подготовки медицинских кадров.

Если больница является базой для обучения студентов, то она называется клинической. Подобные лечебные учреждения имеют особый статус: пациентов при госпитализации в клиническую больницу обычно просят, чтобы они с пониманием относились к повторным визитам студентов, отвечали на вопросы студентов, разрешали проводить осмотры и необходимые манипуляции. Пациент вправе отказаться от общения со студентами независимо от самочувствия.

Согласно рекомендациям ВОЗ функциями современной больницы являются: диагностика и лечение заболеваний; неотложная помощь; реабилитация больных; профилактика; научно-исследовательская и учебная деятельность (подготовка медицинского персонала).

Поступление больного в стационар. Больной может поступить в стационар в плановом порядке (по направлению лечащего врача городской, районной, консультационной поликлиники, поликлиники диспансера); может быть доставлен в стационар «скорой помощью». Также больной может сам обратиться в приемное отделение стационара по поводу неотложного состояния, и, в случае необходимости, его госпитализируют.

Одна из распространенных форм организации стационара в системе

отечественного здравоохранения — дневной стационар, который предусматривает нахождение больного в лечебном отделении стационара во время обхода лечащего врача, прохождение лечебных и диагностических процедур. На ночь больной уходит домой. Эта форма работы стационара удобна для больных и экономична. В целях создания лечебно-охранительного режима (что является непременным условием лечения больных), в каждой больнице есть определенный внутренний распорядок, который позволяет оптимально организовать работу всех подразделений стационара. Наиболее значимо в практике социальной помощи — участие социального работника из персонала стационара (лечащий врач клиента, постовая медицинская сестра, заведующий отделением).

6.9. Специализированная медицинская помощь населению

Специализированная медицинская помощь является неотъемлемой частью организации лечебно-профилактической помощи населению. От уровня специализации, форм и методов организации специализированных видов медицинской помощи зависит качество профилактики, диагностики и лечения различных заболеваний (см. прил. 2, разд. 8, ст. 40) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»).

Специализированную лечебно-профилактическую помощь оказывают:

в территориальных учреждениях (поликлиниках, амбулаториях, женских консультациях и т.д.);

поликлинических отделениях диспансеров или консультационных специализированных поликлиниках;

стационарных отделениях диспансеров или специализированных стационарных отделениях;

специализированных центрах, как правило, на базе НИИ и клиник, где предоставляется уникальная высококвалифицированная консультативная и лечебная помощь.

В системе организации специализированной медицинской помощи населению главная роль принадлежит диспансерам.

Диспансер — самостоятельное специализированное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания лечебно-профилактической помощи определенным группам больных. В системе отечественного здравоохранения действуют следующие типы диспансеров: кардиологический, противотуберкулезный, онкологический, кожно-венерологический, врачебно-физкультурный, психоневрологический, наркологический, противозобный, трахоматозный.

Диспансер рассчитан на обслуживание населения области, края или района города. Диспансер состоит из поликлиники и стационара. Организация, содержание и характер работы диспансера зависят от его профиля. Основные принципы работы любого диспансера: активное раннее выявление больных, патронаж (систематическое наблюдение за выявленными больными), проведение общественной и индивидуальной профилактики.

Больных выявляют по результатам медицинских осмотров, при обращении больных в поликлинику и амбулаторию, при обследовании семей больных и людей, контактировавших с ними.

Общественная профилактика в работе диспансеров предполагает проведение предупредительных мероприятий, направленных на здоровый образ жизни, улучшение условий труда и быта, массовые оздоровительные мероприятия.

Работа диспансеров строится по участково-территориальному принципу. Сотрудники диспансера активно выявляют среди населения больных, регистрируют их, проводят систематическое активное наблюдение за выявленными больными, оказывают специализированную лечебную помощь, изучают заболеваемость, причины и условия возникновения и распространения заболеваний, ведут санитарно-просветительскую работу. Наряду с диагностикой, лечением и профилактикой, важнейшей составляющей работы диспансеров является реабилитация. Особое значение реабилитация приобретает в системе специализированной медицинской помощи кардиологической, онкологической, неврологической, травматологической и ортопедической служб.

6.10. Медико-социальная помощь больным сердечно - сосудистыми заболеваниями

Учитывая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, наибольший эффект лечения их на ранних стадиях, врачи на приеме в поликлинике и на дому независимо от причины обращения измеряют артериальное давление и обследуют у больных состояние сердечно-сосудистой системы. В зависимости от характера заболевания и состояния больного проводится лечение в поликлинике, стационаре, санаторно-курортное и т.д.

В поликлиниках (территориальных и цеховых) ведут приемы кардиологи, основными задачами которых являются оказание квалифицированной лечебно-профилактической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, диспансерное наблюдение больных с ишемической болезнью сердца с частыми приступами стенокардии, с нарушениями сердечного ритма, гипертонической болезнью, перенесших острый инфаркт миокарда и т.д. На должность врача-кардиолога поликлиники назначается квалифицированный терапевт, прошедший специальную подготовку по кардиологии. В случае необходимости кардиолог поликлиники направляет больного в кардиологический диспансер.

Основным специализированным лечебно-профилактическим центром по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в городе, области, крае, республике является кардиологический диспансер. Вопрос о госпитализации больного в стационар кардиологического диспансера (в плановом порядке) решается кардиологом поликлиники или кардиологического диспансера.

Оказание специализированной медицинской помощи больным ревматизмом возложено на ревматологическую службу. Главную роль в этой

службе играет ревматолог участковой поликлиники, который занимается не только лечением больных, но и вторичной профилактикой ревматизма, а также организует раннее выявление ревматизма. На каждые 50 тыс. чел. взрослого населения установлена 1 должность врача-ревматолога.

Специализированную стационарную помощь больным с ревматологическими заболеваниями оказывают ревматологические отделения, являющиеся структурными подразделениями многопрофильных больниц. Ревматологический центр организуют в областных, краевых и столичных городах.

6.11. Медико-социальная помощь больным онкологическими заболеваниями

Борьба с онкологическими новообразованиями предполагает прежде всего раннее их выявление. Поэтому профилактические осмотры населения с целью выявления злокачественных новообразований и предопухолевых заболеваний являются наиболее возможными в работе всех лечебно-профилактических учреждений.

Основными центрами специализированной лечебно-профилактической помощи больным с онкологическими заболеваниями являются онкологические диспансеры, имеющие в своем составе поликлинику и стационар, а также пансионат для приезжих больных. Под наблюдением специалистов диспансера находятся больные с новообразованиями, с подозрением на злокачественные опухоли и больные с предопухолевыми заболеваниями. Диспансеры являются не только центрами лечения (хирургического, лучевого, терапевтического, комбинированного), но и центрами повышения квалификации врачей общей лечебной сети. У медиков всех специальностей должна быть так называемая онкологическая настороженность, так как онкологические заболевания на ранних стадиях протекают бессимптомно.

Диспансерный метод в онкологии предусматривает пожизненное наблюдение за больными даже в случаях, когда многие годы у них не наблюдается изменений состояния.

В системе отечественного здравоохранения с 1939 г. введена регистрация больных со злокачественными заболеваниями (онкологический диспансер получает информацию о каждом случае заболевания от лечащих врачей).

6.12. Медико-социальная помощь травматологическим больным

Травматизм является важной медико-социальной проблемой, решение которой неразрывно связано с улучшением состояния здоровья населения, со снижением инвалидности, смертности, увеличением средней продолжительности предстоящей жизни. Кроме большого личного несчастья травматизм приносит огромный общественный и экономический ущерб.

Особенностью современного общества являются урбанизация, технический прогресс, резкое усиление миграционных процессов, что представляет серьезную угрозу для здоровья и жизни человека. Перенаселенность городов, загрязнение внешней среды, ускорение общего ритма жизни, увеличение транспортных средств и повышение скорости их передвижения, распространение новых технологических процессов на производстве и в сельском хозяйстве, использование техники в быту вызывают большие физические и психические перегрузки, которые могут привести к переутомлению, ослаблению внимания и контроля. В результате во всем мире наблюдается резкое увеличение числа несчастных случаев. Можно говорить о современной новой «эпидемии».

Травмы можно классифицировать: по обстоятельствам несчастных случаев (производственные, бытовые, транспортные, спортивные, травмы, полученные на войне, и т.д.); контингентам населения (по возрасту, полу, профессии, уровню образования и т.д.); локализации (голова, рука, нога, туловище и т.д.); последствиям (без потери трудоспособности, с временной потерей трудоспособности, инвалидность, причина смерти) и т.д.

Производственный травматизм. Случаи производственных травм, особенно с тяжелыми исходами, заканчивающиеся инвалидностью, являются чрезвычайным событием на предприятии. Все случаи производственных травм расследуются и оформляются актом установленной формы комиссией, созданной администрацией предприятия. Производственными считаются травмы:

на территории предприятия в течение рабочего времени (включая установленные перерывы);

вне территории предприятия при выполнении пострадавшим трудовых обязанностей;

при следовании на работу или с работы на транспорте предприятия;

при острых отравлениях, тепловых ударах, поражении молнией, обморожениях, происшедших на производстве;

при несчастных случаях, происшедших с рабочими (учащимися, студентами), направленными в установленном порядке на другое предприятие и выполнявшими там работу под руководством его персонала;

в состоянии алкогольного опьянения, если основной технической или организационной причиной явилось нарушение правил и норм охраны труда.

Кроме того, к несчастным случаям на производстве приравнивается утрата трудоспособности при выполнении: донорских функций; государственных или общественных обязанностей, а также выполнении специальных заданий государственных, профсоюзных или иных общественных организаций, даже если эти задания не были связаны с основной работой; долга гражданина по спасению человеческой жизни, по охране государственной собственности и правопорядка.

Различают следующие причины производственного травматизма:

технические (неисправности оборудования и инструментария, отсутствие ограждений, несовершенство конструкции машин и т.д.);

организационные (недостатки в организации и содержании рабочего места, применение опасных методов работы, неисправность или отсутствие индивидуальных средств защиты и т.д.); наиболее распространены;

санитарно-гигиенические (нарушение температурного режима, неисправность полов, запыленность рабочих помещений, захламленность проходов, недостаточность освещения и т.д.);

личные (утомление, нераспознанное заболевание, недостаточная техническая подготовка и т.д.).

Каждая травма влечет за собой различные виды материального ущерба, связанного с расходами по оказанию медицинской помощи, по линии социального страхования, а также экономического ущерба вследствие недовыпущенной продукции из-за нетрудоспособности пострадавших.

Транспортный травматизм. Транспортный травматизм характеризуется преобладанием сложных комбинированных травм, треть которых приходится на тяжелые травмы головы. Основными причинами транспортного травматизма являются грубые нарушения правил дорожного движения водителями автотранспорта и пешеходами (нередко в состоянии алкогольного опьянения). Имеет значение также недостаточный врачебный контроль при отборе лиц для обучения вождению автомобиля. Уменьшение тяжести последствий транспортных происшествий зависит от своевременности оказания медицинской помощи на месте происшествия, характера этой помощи и способа доставки пострадавшего в стационар.

Детский травматизм. Значительной медико-социальной проблемой является детский травматизм. Несчастные случаи с детьми — это не только горе для всей семьи, но и большой ущерб обществу. Различают следующие виды детского травматизма: бытовой (самый распространенный), транспортный (второй по частоте), спортивный, школьный. Частота травм у мальчиков в 2... 3 раза выше, чем у девочек. Причинами спортивного травматизма у детей чаще всего являются недостаточная проверка подготовки спортивных снарядов, неблагоустроенность спортивных залов, недостаточная квалификация преподавателей физкультуры, отсутствие надзора со стороны взрослых при занятиях спортом вне школьных занятий. Для профилактики детского травматизма необходимы совместные усилия медиков, педагогов, органов милиции, широкой общественности.

Этапы травматологической помощи. Медицинская помощь пострадавшим оказывается поэтапно: на месте происшествия (чаще всего бригадой скорой помощи, хотя возможна и само- и взаимопомощь); в пути следования до лечебного учреждения (чаще всего бригадой скорой помощи); в лечебном учреждении (травматологическом пункте или травматологическом отделении стационара).

Первую неотложную помощь должны уметь оказывать сами люди, что достигается обучением методам оказания само- и взаимопомощи. Обучением охватываются, в первую очередь, активисты Красного Креста и Красного Полумесяца, санитарных постов, санитарных дружин. Доврачебную помощь оказывают также средние медицинские работники. Первую врачебную помощь

оказывают врачи-хирурги в хирургических кабинетах поликлиник или хирургических отделениях больниц, а также травматологи-ортопеды в травматологических пунктах и травматологических отделениях.

Профилактика травматизма. Травматизм занимает третье место в структуре инвалидности. В целях профилактики травматизма в нашей стране действуют законодательные материалы об охране труда и внедрении современных безопасных методов работы. Каждый случай серьезной травмы на предприятии рассматривается на заседании специальной комиссией. Одновременно в профилактических мероприятиях на производстве участвуют представители администрации, профсоюзов, работники здравоохранения и представители органов охраны труда.

Профилактика производственного травматизма включает в себя: совершенствование техники безопасности и технологии производственного процесса, санитарно-просветительную работу, организацию санитарных постов на производстве и т.д.

Профилактика непроизводственного травматизма очень сложна в организации. Большую часть непроизводственного травматизма составляют травмы в быту (в связи с использованием средств бытовой техники, систем отопления и т.д.). Чаще всего это травмы верхних конечностей: ушибы и растяжения (примерно 50%), переломы и вывихи, реже ожоги. В профилактике непроизводственного травматизма главную роль играет санитарно-просветительная работа среди населения.

Профилактика транспортного травматизма заключается в основном в обучении правилам дорожного движения (в детских садах, школах), в ужесточении мер по штрафованию нарушителей правил дорожного движения как среди водителей, так и среди пешеходов.

6.13. Медико-социальная помощь больным туберкулезом

Туберкулез — одно из самых тяжелых неэпидемических инфекционных заболеваний, относящихся к социально значимым заболеваниям.

Среди клиентов социального работника большое место будут занимать больные туберкулезом, так как чаще всего туберкулезом заболевают именно социально-дезадаптированные лица.

Туберкулез является одним из древнейших заболеваний человечества. Из десяти скелетов египетских мумий XXVII в. до н. э. У четырех позвоночник поражен туберкулезом. В XVIII — XIX вв. от чахотки погибал каждый седьмой европеец. В середине XX в. в большинстве стран мира туберкулез носил характер пандемии, т. е. был распространен повсеместно. Туберкулез считается одной из страшнейших угроз здоровью человечества на ближайшие годы. Это подтвердила Всемирная конференция по здоровью легких (Бостон, США, 1995 г.).

Пути передачи туберкулеза. Проявления туберкулеза. Возбудителем туберкулеза является бацилла — палочка Коха, чаще всего передающаяся

воздушно-капельным путем (с капельками мокроты, выделяющимися при кашле) от больных с открытыми формами туберкулеза. Вместе с мокротой возбудитель туберкулеза оседает на поверхности различных предметов, почве и т.д. Капельки мокроты высыхают, становятся мельчайшими пылинками, зараженными бактериями, и вновь поднимаются в воздух, с которым и проникают затем в дыхательные пути здоровых людей. Кроме того, заразиться туберкулезом можно и так называемым алиментарным путем, т.е. через пищеварительный тракт, употребляя в пищу зараженные продукты питания (в основном молоко и молочные продукты от больных коров). Возможно также заражение контактным путем — при пользовании общей с больным посудой, зубной щеткой, полотенцем, постельным бельем.

Возникновению этого заболевания способствуют неблагоприятные условия внешней среды и, в первую очередь, среды социальной. Зависимость заболеваемости туберкулезом от условий жизни доказана многочисленными исследованиями и наблюдениями. Предрасполагающими факторами являются плохие материально-бытовые условия, недостаточное питание, вредные производственные факторы, физические и умственные перегрузки, стрессы, т.е. все то, что снижает сопротивляемость организма инфекции. В значительной степени росту заболеваемости туберкулезом в нашей стране способствует увеличение числа социально-дезадаптированных лиц (вследствие миграции населения, увеличения числа жителей без определенного места жительства), неудовлетворительное состояние мест заключения (пенитенциарных учреждений), ставших в нашей стране рассадниками туберкулезной инфекции.

Среди вторичных факторов риска заболеваемости туберкулезом следует отметить такие хронические заболевания, как сахарный диабет, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронические бронхиты, психические заболевания, алкоголизм, наркоманию.

Туберкулезная инфекция поражает не только органы дыхания, но и костную ткань, кожные покровы, глаза и внутренние органы. Туберкулез и его последствия часто являются причинами длительной временной нетрудоспособности и инвалидности.

Проявления туберкулезной инфекции очень разнообразны. Часто туберкулез начинается исподволь с признаков общего недомогания. Отмечаются слабость, потливость, раздражительность, ухудшение аппетита и сна, небольшое повышение температуры тела по вечерам (до 37...37,8). У некоторых больных может появиться кашель (иногда с примесью крови). Неотчетливость начальных признаков туберкулеза служит причиной того, что туберкулез нередко принимают за другую болезнь (острое респираторное заболевание, грипп, пневмонию и т.д.). Очень часто диагноз туберкулеза ставят не сразу, а запоздалая диагностика опасна и для самого больного, и для окружающих. В целях раннего выявления туберкулеза необходимо флюорографическое обследование легких, а в некоторых случаях и постановка пробы Манту (внутрикожная проба с туберкулином, позволяющая выявить инфицированность туберкулезом).

Медико-социальная помощь профилактической направленности при

туберкулезе предполагает вакцинацию БЦЖ и ревакцинацию против туберкулеза, которые защищают от развития этой болезни на 85%, профилактическое медикаментозное лечение контактных людей (близких больного), раннее выявление заболевания и диспансерное наблюдение за больными, диспансерное наблюдение за близкими больного. Особое значение в профилактике туберкулеза имеют меры по устранению контакта больных со здоровыми людьми: предоставление семьям, где имеется больной с открытой формой туберкулеза, отдельной квартиры, а в ней — изолированной комнаты для больного; строгий медицинский контроль за персоналом, работающим в детских учреждениях, торговле и пищевой промышленности, коммунальном хозяйстве. Перечислены так называемые меры общественной профилактики.

Индивидуальная профилактика туберкулеза предполагает, прежде всего, установку на здоровый образ жизни: отсутствие вредных привычек, рациональное питание, соблюдение правил личной гигиены, высокую медицинскую активность (своевременное обращение за медицинской помощью, прохождение медицинских осмотров, адекватное лечение простудных заболеваний, сахарного диабета, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, хронических неспецифических заболеваний легких, регулярное флюорографическое обследование легких и т.д.).

Организация работы противотуберкулезного диспансера. Для медицинского обслуживания больных туберкулезом в системе отечественного здравоохранения создана сеть специализированных лечебно-профилактических учреждений, основным из которых является противотуберкулезный диспансер. В состав диспансера входят поликлиника и стационар. Принцип работы диспансера участковый. Диспансеры работают в тесном контакте с поликлиниками, медико-санитарными частями, центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Именно в поликлиниках чаще всего впервые выявляется туберкулез. Большое значение для выявления ранних форм туберкулеза имеют целевые медицинские осмотры, флюорографическое обследование, которое ежегодно проходят десятки миллионов человек. На терапевтических участках поликлиник общей лечебной сети проводится отбор лиц с высокой вероятностью заболевания туберкулезом (социально-медицинские группы риска) для последующего их обследования в ближайшие 13 мес.

С целью профилактики туберкулеза необходимо обследование лиц из окружения новорожденного в течение 3 мес. до рождения ребенка. Главная роль в лечении и профилактике туберкулеза принадлежит именно противотуберкулезному диспансеру. Медико-социальный патронаж является неотъемлемой частью диспансерного метода, причем объектами медико-социального патронажа являются не только больные, но и контактные лица, состоящие также под диспансерным наблюдением и получающие профилактическое лечение. Санитарно-просветительная работа противотуберкулезного диспансера направлена прежде всего на формирование установки на здоровый образ жизни, повышение санитарно-гигиенической культуры населения.

Чаще всего больной попадает на обследование и лечение в диспансер по направлению врача поликлиники, но больной может обратиться в диспансер и по собственной инициативе.

Работа социального работника при решении медико-социальных проблем, как правило, осуществляется в контакте с фтизиатром противотуберкулезного диспансера и участковой медицинской сестрой диспансера.

С целью совершенствования противотуберкулезной работы принят ряд нормативно-методических документов, наиболее важными из которых являются:

приказ МЗМП РФ от 22.11.95 №324 «О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению»;

приказ Минздрава РФ от 15.04.97 № 116 «О мерах по предупреждению распространения туберкулеза в Российской Федерации»;

приказ Минздрава РФ от 04.08.98 №233 «О мерах по реализации Федеральной целевой программы "Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998 — 2004 гг."».

6.14. Психиатрическая помощь

В настоящее время вопросы психического здоровья приобрели исключительное значение. Нервно-психические заболевания являются одной из самых серьезных социальных, медицинских и экономических проблем. Определяющими в этих заболеваниях, в первую очередь, являются факторы окружающей социальной среды. Психические заболевания редко становятся непосредственной причиной смерти. Умирают больные, как правило, от сопутствующих заболеваний, а также от самоубийств и несчастных случаев. Поэтому большое социальное значение приобретает инвалидность при психических заболеваниях, имеющая свои особенности: чаще всего больные являются инвалидами первой и второй групп, реже — третьей; инвалидность является наиболее «молодой». Так как смертность среди данной категории больных низкая, то психические больные существуют в обществе; как правило эти люди не трудоустроены, что создает значительную медико-социальную проблему.

Обеспечить права граждан при оказании психиатрической помощи очень сложно, так как люди негативно относятся к психическим больным, а большинство таких больных, приспосабливаясь к окружающей действительности, больше всего боятся, что на работе узнают об их заболевании. Кроме того, психически больные традиционно ограничивались в правах и это издавна было основанием для злоупотреблений именно в психиатрии. В связи с этим возникает необходимость социальной реабилитации инвалидов по психиатрическим заболеваниям, восстановления их трудоспособности, возвращения их в жизнь общества. С этой целью социальные работники входят в штат психиатрической больницы.

В нашей стране принят «Закон РФ «О психиатрической помощи и

гарантиях прав граждан при ее оказании» (прил. 3), который должен знать социальный работник.

Учреждения психоневрологической помощи. К специализированным учреждениям психоневрологической помощи относятся: диспансеры, дневные и ночные стационары, дома инвалидов для психоневрологических больных, специализированные детские сады и ясли, санатории. Основное учреждение — психоневрологический диспансер.

Задачами диспансера являются:

выявление среди населения больных с нервно-психическими нарушениями, взятие их на учет, динамическое наблюдение и лечение;

медико-социальный патронаж;

социальная помощь больным;

трудовое обучение и трудоустройство больных с остаточной трудоспособностью (совместно с органами социальной защиты);

судебно-психиатрическая, трудовая, военная и другие виды экспертиз;

профилактическая работа;

консультативная помощь врачам общей сети.

В состав диспансера входят следующие подразделения: поликлиническое отделение (кабинеты участковых психиатров, невропатологов, детского психоневролога, логопеда, процедурный

кабинет, лаборатория); стационарное отделение; отделение трудовой терапии; дневной стационар; ночной санаторий-профилакторий; организационно-методический отдел; канцелярия.

Оказание психоневрологической помощи населению строится по территориально-участковому принципу, что обеспечивает постоянную связь диспансера с другими лечебно-профилактическими учреждениями. В сельской местности за больными с нервно-психическими заболеваниями наблюдает сельский участковый врач под контролем районного психоневролога. В областном психоневрологическом диспансере к каждому психиатру прикреплены определенные районы области для предоставления консультативной помощи, т. е. вновь соблюдается участковый принцип обслуживания.

Психиатрическое освидетельствование. Освидетельствование (или профилактический осмотр) проводится с согласия обследуемого (родителей ребенка или законного представителя обследуемого). Целью освидетельствования является определение наличия психического расстройства и необходимости лечения. Врач, проводящий освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его представителю как психиатр (исключением являются случаи, когда освидетельствуемый представляет непосредственную опасность для себя или окружающих). Данные освидетельствования, заключение о состоянии психического здоровья, причины обращения к психиатру, медицинские рекомендации должны быть зафиксированы в медицинской документации.

Освидетельствование без согласия освидетельствуемого или его представителя допустимо, если освидетельствуемый совершает действия,

дающие основание предполагать у него наличие тяжелого психического расстройства, которое обусловливает его непосредственную опасность для себя или окружающих; и существует вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

При отсутствии непосредственной опасности психиатр действует на основании заявления о необходимости освидетельствования. Заявление должно быть письменным и содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость освидетельствования, и указание об отказе лица или его законного представителя от обращения к психиатру. Психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для решения. Установив отсутствие оснований для освидетельствования, врач письменно отказывает в нем. Если же заявление обосновано, то психиатр обращается в суд по месту жительства больного с письменным мотивированным заключением о необходимости освидетельствования, и прилагает к заявлению другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок. Действия судьи могут быть обжалованы в установленном порядке.

Лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, находящиеся под диспансерным наблюдением, могут быть освидетельствованы без их согласия. В этом случае освидетельствование не требует соблюдения описанной предварительной процедуры.

Порядок направления больного на лечение в психоневрологический диспансер. Поставить диагноз психического заболевания, т.е. назвать человека психически больным, может только врач-психиатр. Мнения других врачей могут быть только предварительными: направить больного на консультацию к врачу-психиатру может врач любой специальности (чаще всего врач-терапевт).

Необходимость диспансерного наблюдения определяет комиссия врачей-психиатров, специально назначенная органом здравоохранения или специализированного амбулаторного учреждения (поликлиники, диспансера). Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Прекращают диспансерное наблюдение при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния наблюдаемого лица. После прекращения диспансерного наблюдения психиатрическая помощь такому лицу оказывается при обращении к врачу. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено по решению комиссии врачей-психиатров.

Госпитализация в психиатрический стационар. Основанием для госпитализации может служить: наличие у человека психического расстройства и решение психиатра о проведении обследования или лечения в стационаре при согласии самого пациента, постановление суда, необходимость проведения психиатрической экспертизы (в законном порядке).

Согласие на госпитализацию оформляется подписью в медицинской

документации самого больного или его представителя (в случае больного в возрасте до 15 лет или недееспособного — родителями или законным представителем).

Стационарная помощь должна оказываться при минимальных ограничениях для больного и при соблюдении персоналом его прав и интересов. Меры физического стеснения и изоляции (фиксация в кровати, ограничение движения) должны применяться только в тех случаях, когда по мнению психиатра иными действиями невозможно предотвратить действия больного, представляющие непосредственную опасность для него самого, персонала и других больных. О формах стеснения и времени его применения должна быть сделана запись в медицинской документации.

Выписывают пациентов, находящихся на лечении в добровольном порядке, на основании их заявления (заявления законного представителя) или решения лечащего врача в случае выздоровления (улучшения), при котором больше не требуется стационарного лечения, при завершении обследования и экспертизы. Но даже если пациент помещен в психиатрический стационар добровольно, в выписке ему может быть отказано, если комиссия врачей-психиатров установит основания для госпитализации в недобровольном порядке.

Права пациента в психиатрическом стационаре. Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе: обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных законом; подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату; встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине; исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе и пост, по согласованию с администрацией иметь религиозную атрибутику и литературу; выписывать газеты и журналы (индивидуальная подписка осуществляется за счет пациента); получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет; получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством. Кроме того, пациенты имеют следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача в интересах здоровья или безопасности пациентов или других лиц: вести переписку без цензуры; получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы; пользоваться телефоном; принимать посетителей; иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

Администрация больницы обязана: обеспечивать доступ пациентов к тексту закона о психиатрической помощи (см. прил. 3), адресам и телефонам государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов; обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и

заявлений; информировать родственников, законного представителя пациента или иного лица по его указанию об изменениях в состоянии его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним; обеспечивать безопасность пациентов, контролировать содержание посылок и передач; содействовать соблюдению права на свободу совести, устанавливать и разъяснять верующим пациентам правила, соблюдение которых при исполнении религиозных обрядов необходимо в интересах других пациентов.

Принудительное лечение. Лечение без согласия пациента может быть назначено только комиссией врачей-психиатров, кроме неотложных случаев (например, в случае острого психоза).

Больной человек может быть принудительно госпитализирован в психиатрический стационар без его согласия или согласия его представителя до постановления суда, если его обследование и лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое состояние больного обусловливает перечисленные выше основания.

Лица, госпитализированные принудительно, подлежат обязательному освидетельствованию комиссией психиатров в течение 48 ч для решения вопроса обоснованности госпитализации. При отсутствии оснований для госпитализации и нежелании больного остаться в стационаре он немедленно должен быть выписан из психиатрического стационара.

Если же оснований для госпитализации достаточно, то заключение комиссии психиатров в течение 24 ч направляется в суд по месту нахождения психиатрической больницы (в этом заключении-заявлении должно содержаться не только обоснование госпитализации, но и обоснование удержания лица в больнице на время рассмотрения дела в суде). Судья обязан рассмотреть дело в течение 5 дней с момента принятия заявления (в помещении суда или больницы, если больной по состоянию здоровья не может быть в суде). Постановление судьи об удержании больного в больнице может быть обжаловано в 10-дневный срок самим лицом или его представителем.

Наркологическая помощь. Наркологическая служба в системе отечественного здравоохранения создана в 1976 г. Наркологическую помощь населению оказывают наркологические диспансеры, наркологические кабинеты, наркологические реабилитационные центры.

Принципами наркологической помощи являются:

добровольность обращения за помощью (так как всякое принуждение к лечению, особенно связанное с административными репрессиями, приводит к отчуждению между больными и медиками). Добровольность обращения за наркологической помощью предусматривает возможность получить ее анонимно;

уравнивание в правах больных наркоманией и алкоголизмом с больными другими хроническими заболеваниями (учет этих лиц должен вестись только для решения медицинских проблем);

многовариантность организации наркологической помощи — сочетание общедоступной бесплатной и платной (чаще всего анонимной) помощи населению;

комплексность — сочетание социальной, лечебной и реабилитационной помощи.

Главным лечебно-профилактическим учреждением по оказанию помощи населению является наркологический диспансер. В оказании медико-социальной помощи населению ведущая роль принадлежит наркологическим реабилитационным центрам (см. приказ Минздрава РФ от 18.03.97 №76 «О наркологических реабилитационных центрах»).

Перечислим этапы наркологической помощи:

амбулаторно-консультативно-лечебный — первичная диагностика, консультативная помощь, определение необходимого объема помощи в поликлиническом отделении наркологического диспансера, в наркологических кабинетах;

стационарный лечебный — помощь оказывается в полном объеме, помощь интенсивная, а именно: купирование абстиненции, ослабление патологического влечения, формирование позитивной мотивации на дальнейшее лечение, социально-психологическая помощь в стационарных отделениях наркологического диспансера или психиатрическом стационаре;

реабилитационный — социально-психологическая помощь, реабилитация, социальная адаптация (помощь оказывается в наркологических реабилитационных центрах).

Весьма важным в наркологической службе на всех этапах является наркологическое просвещение населения, в том числе и оказание помощи различным учреждениям по проведению антинаркотической работы.

Больным наркоманией считается человек, которому по результатам медицинского освидетельствования поставлен диагноз «наркомания». Лицо, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что он (она) болен наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения или употребил наркотическое средство без назначения врача (что считается незаконным), может быть направлено на медицинское освидетельствование (но перечень достаточных оснований для этого действующим законодательством не определен). Обычно такие основания определяются сугубо субъективно, например милиционером.

Освидетельствование должно проводиться в специально определенных для этого управлением здравоохранения лечебно-профилактических учреждениях по направлению прокуратуры, органов дознания, следователя, судьи и т.д. Для направления на такое освидетельствование выносится специальное постановление (решение о направлении на медицинское освидетельствование может быть обжаловано в суде или опротестовано прокурором).

Наркологическая помощь больным наркоманией оказывается по их просьбе или с согласия их родителей (законных представителей), за исключением случаев принудительного лечения. Лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании по решению суда, назначаются принудительные меры медицинского характера (то же касается и тех больных наркоманией, которые, находясь под медицинским

наблюдением, продолжают употреблять наркотики или уклоняются от лечения).

Существуют следующие виды принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, употребляющих наркотики:

амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра наркоманов и вменяемых преступников-наркоманов (основанием для применения лечения служит решение суда, основанное на рекомендации судебно-психиатрической экспертной комиссии); принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа преступников-наркоманов, признанных невменяемыми;

принудительное лечение в психиатрическом стационаре специального типа; принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Отмена как амбулаторного, так и стационарного принудительного лечения осуществляется только по решению суда.

6.15. Стоматологическая помощь населению

В настоящее время стоматологическая помощь включает в себя терапевтическую, ортопедическую и хирургическую стоматологию и относится к наиболее массовой медицинской помощи.

К стоматологическим учреждениям относятся: стоматологические поликлиники; детские стоматологические поликлиники; стоматологические отделения в больницах, поликлиниках, женских консультациях, здравпунктах; стоматологические стационарные отделения; частные стоматологические кабинеты и лечебницы.

Наиболее важной в стоматологии является профилактика, включающая в себя профилактические осмотры, диспансеризацию (санация полости рта, динамическое наблюдение, лечение), организацию фторирования воды, санитарно-просветительную работу.

Все виды стоматологической помощи в полном объеме бесплатно гарантированы лицам до 18 лет (учащимся и студентам очных форм обучения); инвалидам и пенсионерам, беременным и женщинам, имеющим детей в возрасте до 3 лет. По показаниям обеспечивается комплекс неотложной стоматологической помощи всем гражданам, независимо от того, кем они застрахованы.

Наиболее массовой формой обслуживания в стоматологии является амбулаторно-поликлиническая служба. В стоматологических кабинетах (государственных или муниципальных) бесплатно лечат осложненные и неосложненные формы кариеса, заболевания слизистой оболочки полости рта, опухоли и врожденную патологию челюстно-лицевой области и т.д. Таким образом, основной объем стоматологической помощи предоставляется бесплатно. Но методы лечения зубов, в частности кариеса, за последние годы существенно изменились. Появились новые дорогостоящие пломбировочные

материалы. Поэтому наряду с бесплатной помощью по желанию пациента ему могут быть выполнены и определенные платные стоматологические услуги (обезболивание более эффективными препаратами, использование дорогих пломбировочных материалов и т.д.).

Зубное протезирование. Бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (за исключением протезов из драгоценных металлов) положено следующим категориям граждан:

подвергшимся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы, получившим и (или) перенесшим лучевую болезнь и другие заболевания, связанные с радиационным воздействием, получившим инвалидность вследствие чернобыльской катастрофы (для принимавших в 1986—1987 гг. участие в ликвидации последствий скидка 50% от стоимости изготовления и ремонта протезов);

лицам из числа военнослужащих и вольнонаемного состава Вооруженных Сил, войск и органов ФСБ, внутренних войск, железнодорожных войск и других воинских формирований, лицам начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, отнесенных к гражданам из подразделений особого риска;

непосредственным участникам испытаний ядерного оружия, боевых радиоактивных веществ, учений с применением такого оружия до даты фактического прекращения таких испытаний и учений;

лицам, получившим или перенесшим лучевую болезнь или ставшим инвалидами вследствие радиоактивных аварий и их последствий на других (кроме Чернобыльской АЭС) атомных объектах гражданского и военного назначения;

всем инвалидам Великой Отечественной войны с ранениями в челюстно-лицевую область;

инвалидам ВОВ 1-й и 2-й групп;

пенсионерам по старости;

инвалидам детства 1-й и 2-й групп;

бывшим несовершеннолетним узникам фашизма, являющимся инвалидами;

награжденным медалью «За оборону Ленинграда», знаком Ленинградского городского Совета народных депутатов «Жителю блокадного Ленинграда», Героям Советского Союза, Героям России, полным кавалерам ордена Славы.

Все остальные граждане изготовляют и ремонтируют зубные протезы за свой счет.

6.16. Медико-социальная помощь рабочим промышленных предприятий

Медицинская помощь рабочим промышленных предприятий оказывается лечебно-профилактическими учреждениями в районе проживания специальными учреждениями — медико-санитарными частями и

здравпунктами (врачебными и фельдшерскими), расположенными или на территории самих предприятий или в непосредственной близости от них.

Медико-санитарная часть. Медико-санитарная часть организуется на крупных предприятиях, это комплексное лечебно-профилактическое учреждение, в состав которого входят поликлиника, стационар, цеховые здравпункты. Медико-санитарные части предназначены для медицинского обслуживания рабочих и служащих промышленных предприятий и других организаций. Структура медико-санитарных частей может быть различной. Во многих медико-санитарных частях имеются ночные профилактории. Медико-санитарная часть может быть представлена поликлиникой без стационара. Медико-санитарные части могут быть открытого (обслуживают рабочих предприятия, членов их семей и часть населения, проживающего в районе расположения данной медсанчасти) и закрытого (обслуживают только рабочих данного предприятия) типов.

Медико-санитарная часть осуществляет:

квалифицированную и специализированную лечебно-профилактическую помощь в поликлинике и стационаре;

диспансерное наблюдение за определенными группами работающих;

проведение предварительных осмотров при поступлении на работу;

экспертизу временной нетрудоспособности;

анализ причин заболеваемости, травматизма, случаев профзаболеваний; проведение реабилитации больных (совместно с администрацией) ;

медицинский отбор нуждающихся в санаторно-курортном лечении;

совместно с администрацией и профкомом разработку комплексного плана санитарно-оздоровительных мероприятий;

подготовку санитарного актива.

Особое внимание уделяется диспансеризации: систематически проводятся профилактические осмотры работников предприятия для выявления лиц, страдающих теми или иными хроническими заболеваниями; изучаются условия труда непосредственно на рабочем месте для выявления профессиональных вредностей.

Здравпункт обычно входит в состав поликлиники или медико-санитарной части предприятия и не является самостоятельным лечебно-профилактическим учреждением. Здравпункты организуются непосредственно в крупных цехах, вблизи рабочего или строительного участка и т.д. Здравпункты бывают врачебные и фельдшерские. Медицинский персонал здравпункта оказывает доврачебную и первую врачебную помощь при травмах, отравлениях, внезапных заболеваниях; проводит необходимые процедуры, назначенные врачом поликлиники или медико-санитарной части (инъекции, перевязки и т.д.), измеряет температуру тела и артериальное давление; обеспечивает явку рабочих и служащих предприятия на диспансерный осмотр; осуществляет прививки; проводит санитарно-просветительную работу.

Медицинское обслуживание рабочих и служащих в медико-санитарных частях осуществляется по цеховому (участковому) принципу: к цеху прикрепляется врач-терапевт (цеховой врач), обслуживающий рабочих данного

цеха.

Цеховой врач должен знать особенности технологических процессов производства в обслуживаемом цехе. В зависимости от характера производства и особенностей заболеваемости цеховой врач определенное число часов в неделю проводит в цехе, где знакомится с условиями труда рабочих. Проводит диспансерное наблюдение, медицинские осмотры, отбор на лечение в профилакторий, ведет санитарно-просветительную работу и т. д. Цеховые врачи принимают участие в разработке комплекса профилактических мероприятий, направленных на улучшение условий труда и быта работников предприятия.

Медико-социальная помощь рабочим промышленных предприятий предусматривает также широкое использование профилакториев (в том числе и ночных), санаториев-профилакториев, домов отдыха и т.д.

6.17. Медико-социальная помощь сельскому населению

Организация медико-социальной помощи в сельской местности строится на тех же принципах, что и в городах. Но существуют различия, обусловленные рассеянностью населения по территории, сезонностью сельскохозяйственных работ, большим радиусом обслуживания и т.д.

Сельское население получает медицинскую помощь в сельском врачебном участке, в состав которых входит сельская участковая больница (или амбулатория) и ФАП; районных медицинских учреждениях, ведущим из которых является центральная районная больница (на этом этапе больные получают специализированную медицинскую помощь по основным ее видам); областной больнице, где больные получают высококвалифицированную **специализированную медицинскую помощь.**

Врачебный участок. Средняя численность населения на врачебном участке 5... 7 тыс. жителей при радиусе обслуживания 7... 10 км. Основным медицинским учреждением на сельском врачебном участке является участковая больница (или врачебная амбулатория). Объем медицинской помощи в участковой больнице зависит от наличия врачей-специалистов и оснащения больницы. Участковые больницы играют важную роль в оказании медицинской помощи сельскому населению, в том числе и в оказании ПМСП.

В последние годы наблюдается тенденция к укрупнению участковых больниц. Основными задачами участковой больницы являются: оказание квалифицированной врачебной помощи (амбулаторной и стационарной); профилактика заболеваний и травм; руководство и контроль за деятельностью фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) и других учреждений, входящих в состав врачебного участка.

Врачи сельского участка ведут прием взрослых и детей, выполняют вызовы на дом, оказывают неотложную помощь. Обычно врачебный штат участковой больницы состоит из терапевта, хирурга, педиатра, акушера-гинеколога, стоматолога.

Организация работы ФАПа. Фельдшерско-акушерские пункты организуют в населенных пунктах с населением от 700 чел. и более на расстоянии до ближайшего медицинского учреждения свыше 2 км, а также в населенных пунктах и с меньшим числом жителей, если расстояние до ближайшего медицинского учреждения превышает 4 км. В фельдшерско-акушерских пунктах обеспечивают: доврачебную медицинскую помощь, назначения врача, патронаж детей и беременных, профилактические мероприятия, диспансеризацию населения, санитарно-просветительную работу формирования у населения здорового образа жизни.

Деятельность фельдшерско-акушерского пункта осуществляется по единому комплексному плану под руководством участковой больницы. В последнее время в системе лечебно-профилактической помощи сельскому населению имеют место следующие тенденции: сокращается число участковых больниц, чаще всего участковые больницы реорганизуют в сельские амбулатории, повышается обеспеченность сельских лечебно-профилактических учреждений санитарным транспортом, увеличивается число станций скорой помощи. Тем не менее остается много нерешенных проблем: недоукомплектованность кадрами, отставание развития сети лечебно-профилактических учреждений от потребностей населения.

Центральная районная и областная больница. *Центральная районная больница* — основное лечебно-профилактическое учреждение оказания медицинской помощи сельским жителям. В ее состав входят поликлиника, стационар, отделение скорой и неотложной медицинской помощи. Задачи центральной районной больницы: оказание населению квалифицированной специализированной стационарной и поликлинической медицинской помощи, руководство и контроль деятельности всех учреждений здравоохранения района. Руководит центральной районной больницей главный врач (он же главный врач района). Основную роль в оказании амбулаторно-поликлинической помощи населению играет поликлиническое отделение. В поликлиниках работают: участковые терапевты, хирурги, участковые педиатры, невропатолога, офтальмологи, отоларингологи, стоматологи, кардиологи, ревматологи. В штат также могут входить дерматолог, психиатр, фтизиатр. Именно врачи центральной районной больницы дают при необходимости направление в областную консультационную поликлинику при областной больнице на прием областного врача-специалиста, а также направление для решения вопроса о госпитализации в областную больницу.

Областная больница — наиболее крупное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, в котором в полном объеме оказывают высококвалифицированную специализированную помощь населению области.

Задачами областной больницы являются не только лечение и обследование больных, но и консультации больных, поступающих из области (поликлиническое отделение больницы является консультативным). Вопрос о госпитализации больного из области решается именно в консультационной поликлинике врачом-специалистом.

6.18. Скорая медицинская помощь

Скорая медицинская помощь является одной из гарантий осуществления медико-социальной помощи гражданам (см. прил. 2, разд. 8, ст. 39 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»).

Понятие скорой и неотложной медицинской помощи. *Скорая медицинская помощь* — экстренная медицинская помощь больным и пострадавшим при угрожающих жизни и здоровью человека состояниях и травмах, которая оказывается на месте происшествия (на улице, в общественных местах, учреждениях, дома и в пути следования заболевшего в больницу).

Скорая помощь оказывается в случаях острых заболеваний, при массовых катастрофах, стихийных бедствиях, несчастных случаях, родах и нарушении нормального течения беременности, в местах общественного пользования, на улице и на дому.

Неотложная помощь оказывается больным на дому при обострении хронических заболеваний.

В нашей стране создана общегосударственная система организации скорой медицинской помощи, в которую входят: станции скорой и неотложной помощи, больницы скорой помощи (или отделения экстренной госпитализации общей сети больничных учреждений), санитарная авиация.

Организация работы станции скорой медицинской помощи. Для оказания скорой медицинской помощи предназначены станции скорой и неотложной помощи. Станции скорой медицинской помощи не занимаются систематическим лечением, они предназначены для оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе (см. приказ Минздрава РФ № 100 от 26.03.2000). На станциях скорой помощи не выдают больничных листов, справок и других письменных документов больным или их родственникам.

Госпитализацией больных занимаются больницы скорой помощи и отделения экстренной госпитализации общей сети больничных учреждений.

Станции скорой помощи оснащены специализированным санитарным транспортом, оборудованным аппаратурой для проведения срочной диагностики и лечения состояний, угрожаемых жизни. Работа станций скорой помощи организована побригадно. Различают бригады линейные (врач и фельдшер), специализированные (врач и два фельдшера), линейные фельдшерские (обычно используются для целенаправленной перевозки больных). В крупных городах обычно действуют следующие специализированные бригады: реанимационная, неврологическая, инфекционная, педиатрическая реанимационная, психиатрическая и т.д. Вся работа бригад документируется, врачом бригады заполняются карты вызова, которые после дежурства сдаются для контроля старшему врачу смены, а затем на хранение и статистическую обработку в организационно-методический отдел. При необходимости (по просьбе врачей общей сети, следственных органов и т.д.) всегда можно найти карту вызова и выяснить обстоятельства

вызова. Если больной госпитализирован, то врач или фельдшер заполняет сопроводительный лист, который остается в истории болезни до выписки больного из стационара или до смерти больного. Отрывной талон сопроводительного листа больница возвращает на станцию, что позволяет вести учет ошибок бригады скорой помощи, улучшая тем самым качество работы бригад скорой помощи.

На месте вызова бригадой скорой помощи проводится необходимое лечение в максимально доступном объеме (а также в пути при транспортировке больного). В оказании помощи больным и пострадавшим основная ответственность возлагается на врача бригады, который руководит действиями бригады. В сложных случаях врач консультируется со старшим врачом смены по телефону. Чаще всего старший врач смены по просьбе врача линейной бригады, направляет к месту вызова специализированную бригаду. Больных, нуждающихся в экстренной помощи, транспортируют на большие расстояния самолетами санитарной авиации, вертолетами.

6.19. Санитарно-эпидемиологическая служба

Санитарно-эпидемиологическая служба принимает активное участие в осуществлении мер профилактики заболеваний.

Основными принципами отечественной санитарно-эпидемиологической службы являются: государственный характер отечественной системы санитарных и противоэпидемических мероприятий; единство санитарных и противоэпидемических мероприятий, предупредительного и текущего санитарного надзоров; санитарно-противоэпидемических мероприятий в городе и сельской местности; участие всех медицинских организаций в проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Основным учреждением санитарно-эпидемиологической службы является Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора (далее — Центр). Центры могут быть краевыми, областными, городскими, районными. В состав Центра входят отделы: санитарно-гигиенический (состоит из лабораторий гигиены труда, коммунальной гигиены, гигиены питания, гигиены детей и подростков), эпидемиологический, дезинфекционный.

Основными функциями Центра являются: предупреждение загрязнения внешней среды; изучение состояния здоровья населения, общей заболеваемости, состояния отдельных групп населения; оздоровление условий труда, обучения и быта, питания и отдыха населения; планирование оздоровительных, санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий с целью снижения заболеваемости; работа с активом обществ Красного Креста и Красного Полумесяца.

Санитарный надзор. Центр осуществляет государственный санитарный надзор — предупредительный и текущий.

Предупредительный санитарный надзор включает в себя: учет всех проектируемых и строящихся сооружений; согласование отвода земельного

участка под строительство; проведение систематического санитарного контроля за ходом строительства; прием построенного сооружения; учет всех предприятий, загрязняющих атмосферный воздух, водоисточники и почву; систематический лабораторный контроль за санитарным состоянием атмосферного воздуха, воды, почвы.

Предупредительный санитарный надзор устанавливает санитарно-гигиенические нормы и правила, требования государственных стандартов на все промышленные изделия, продукты питания, ткани, мыло, детскую мебель и т.д. Предупредительному санитарному надзору подлежат все медицинские биологические препараты (вакцины, сыворотки, анатоксины и т.д.).

Текущий санитарный надзор предусматривает: изучение заболеваемости и травматизма у рабочих, детей, подростков и т.д.; контроль за соблюдением гигиенических условий обучения; контроль за состоянием окружающей среды; санитарную охрану границ; изучение условий для нормального физического развития детей и подростков; организацию мероприятий по повышению санитарной культуры работы предприятий.

О случаях грубых нарушений санитарного законодательства и особых ситуациях, угрожающих состоянию здоровья населения, Центр информирует административные органы.

В процессе осуществления государственного санитарного надзора органы и учреждения санитарно-эпидемиологической службы работают в тесном контакте с органами других министерств.

Лечебно-профилактическая помощь инфекционным больным постоянно связана с деятельностью органов и учреждений санитарно-эпидемиологической службы. Эта помощь осуществляется в поликлиниках врачами-инфекционистами (консультативная помощь, лечебно-диагностическая, профилактическая), а также в стационарах — инфекционных больницах или инфекционных отделениях многопрофильных стационаров.

6.20. Санитарное просвещение

Одним из основных направлений профилактической медицины является санитарное просвещение. Санитарное просвещение пропагандирует здоровый образ жизни, физическую и медицинскую активность и т.д. Распространение медицинских знаний зависит от методов санитарного просвещения.

Методы санитарного просвещения. Методы санитарного просвещения подразделяются по виду передачи информации на методы индивидуального воздействия, воздействия на группу лиц, массового воздействия. По видам используемой пропаганды различают методы устной (беседы, доклады, дискуссии), печатной (плакаты, брошюры, листовки, лозунги) и изобразительной (выставки, санитарные бюллетени и т.д.) пропаганды.

Метод индивидуального воздействия заключается в санитарно-просветительном воздействии на индивидуума (больного или его родственника). Групповой метод заключается в воздействии на различные возрастные, половые и профессиональные группы населения. Этот метод

достаточно эффективен, так как группа однородна по интересам — есть обратная связь. Метод массового воздействия позволяет воздействовать одновременно на большое число людей.

Рассмотрим принципы санитарного просвещения в системе отечественного здравоохранения. Санитарное просвещение носит государственный характер и является обязанностью всех медицинских работников, оно должно быть планомерным и организованным, соответствовать современному состоянию науки. Санитарное просвещение должно быть дифференцировано в методическом отношении в зависимости от аудитории. Работа по санитарному просвещению проводится совместно с немедицинскими ведомствами, обществами Красного Креста и Красного Полумесяца, обществом «Знание» и т.д.

Целью санитарного просвещения является формирование санитарной культуры населения, соответствующей современным гигиеническим требованиям и рекомендациям. Санитарная культура — это осведомленность населения в вопросах гигиены и в области охраны здоровья. Но важно не только обладать достаточной суммой гигиенических знаний, но и реализовать эти знания в своем поведении. Санитарное просвещение направлено на то, чтобы полученные населением гигиенические знания нашли свое практическое применение.

Учреждения санитарного просвещения. Основными учреждениями службы санитарного просвещения являются центры профилактики (ранее дома санитарного просвещения), кабинеты профилактики в поликлиниках. В поликлиниках и центрах государственного надзора предусмотрена должность инструктора по санитарному просвещению. Заметную роль в развитии санитарного просвещения играют общества Красного Креста и Красного Полумесяца, Общество борьбы за трезвость, теле- и радиопередачи, программы, посвященные вопросам здоровья.

Научно-методическим центром санитарного просвещения является Центральный научно-исследовательский институт медицинских проблем пропаганды здорового образа жизни. Научные исследования в институте ведутся по следующим направлениям: медико-социальные аспекты пропаганды здорового образа жизни, совершенствование системы санитарного просвещения, санитарное просвещение в деле охраны здоровья женщин, детей и подростков и т.д.

Санитарное просвещение — обязательное мероприятие деятельности каждого лечебно-профилактического учреждения, профессиональная обязанность каждого медицинского работника. В настоящее время во всех лечебно-профилактических учреждениях предусмотрена работа по санитарно-гигиеническому воспитанию населения. Ведь именно поведение человека, так называемый личностный фактор, играет главную роль в профилактике заболеваний и предупреждении осложнений.

К сожалению, очень часто санитарно-просветительная работа ведется формально. Это происходит из-за недооценки медицинскими работниками значения просветительной работы, из-за отсутствия знаний об организации и

методических подходах к этой работе, что приводит к нарушению основного принципа санитарного просвещения — дифференцированное™ и целенаправленности пропаганды. Основными направлениями санитарного просвещения в поликлинике являются привлечение населения на медицинские профилактические осмотры и санитарное просвещение больных и здоровых, находящихся под диспансерным наблюдением. Санитарное просвещение среди здоровых людей предполагает прежде всего пропаганду здорового образа жизни: гигиенические советы относительно труда, отдыха, питания, занятий физкультурой и спортом, борьбы с вредными привычками и т.д. Для этой цели используются лекции, индивидуальные беседы, санитарные бюллетени и т.д. Особенно важна коррекция гигиенического поведения здоровых людей, имеющих определенный риск заболеваний, так как это важнейший момент первичной профилактики, формирование установки на здоровый образ жизни.

Санитарное просвещение в стационаре дает информацию о правильном гигиеническом поведении во время пребывания в больнице, поведении после выписки из стационара, а также по общегигиеническим вопросам, особенно при наличии у больного повышенного интереса к этой теме. В стационаре проводят лекции, беседы, дискуссии.

Санитарное просвещение в эпидемических очагах предусматривает убеждение больного и его родственников в необходимости госпитализации, инструктаж лиц, имеющих контакт с больным.

Курсовым гигиеническим обучением охватываются работники парикмахерских, бань, прачечных, сотрудники отвечающие за жилищный фонд, работники водопроводных станций и т.д. Обучением охватываются все лица, принимаемые на работу. Повторно кадры обучаются каждые 2 года. Программы обучения зависят от специфики работы, но общими для всех программ являются гигиенические требования, направленные на охрану окружающей среды и общественного здоровья (охрана атмосферного воздуха, водоемов, благоустройство территории, удаление пищевых и промышленных отходов и нечистот, профилактика грибковых и других заболеваний и т.д.) и на охрану здоровья самих работников (использование средств защиты, соблюдение правил хранения и применения химических средств, соблюдение правил личной и профессиональной гигиены и т.д.).

Санитарное просвещение формирует не только знания и взгляды человека в отношении здоровья, но и его образ жизни. Формирование здорового образа жизни является обязанностью и социальных работников. При этом они могут использовать те же методы и средства санитарного просвещения, что и медицинские работники. Необходим тесный контакт медицинских и социальных работников, сотрудников санитарно-просветительных учреждений, объединение их совместных усилий в деле формирования высокой санитарной культуры населения и сознательного гигиенического поведения граждан.

6.21. Охрана материнства и детства

Охрана материнства и детства — система государственных и общественных мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка. Медико-социальное значение системы охраны материнства и детства заключается в сохранении здоровья женщины, снижении материнской и детской смертности, в воспитании здорового молодого поколения (см. прил. 2 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», разд. 5, ст. 23).

В системе охраны материнства и детства различают следующие этапы оказания медико-социальной помощи:

оказание помощи женщине вне беременности, подготовка ее к материнству. На этом этапе большую роль играют женские консультации, центры планирования семьи, медико-генетические консультации;

лечебно-профилактическая помощь беременным в целях сохранения здоровья плода и беременной женщины. На этом этапе важна роль женских консультаций, отделений патологии беременности акушерских стационаров, санаториев для беременных;

лечебно-профилактическая помощь при родах в целях охраны здоровья плода и женщины. Весь объем этой помощи оказывается в акушерских отделениях родильных домов;

охрана здоровья новорожденного (контроль за правильным вскармливанием, наблюдение за физиологическим развитием, уход за новорожденным, оказание лечебной помощи в отделениях новорожденных родильных домов и патологии новорожденных детских больниц);

охрана здоровья ребенка в дошкольный период (контроль за физическим развитием, рациональным питанием, иммунологическим статусом ребенка);

охрана здоровья ребенка в период школьного возраста (контроль за физическим развитием, коррекция отклонений в состоянии здоровья детей).

Охрана материнства и детства предусматривает акушерско-гинекологическую помощь и лечебно-профилактическую помощь детям.

Организация акушерско-гинекологической помощи. Акушерско-гинекологическая помощь оказывается в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет средств целевых фондов.

Основными учреждениями амбулаторной помощи женщинам являются женские консультации (самостоятельные или входящие в состав родильных домов, поликлиник, медико-санитарных частей). В сельской местности этот вид помощи оказывается ФАПами, гинекологическими кабинетами или женскими консультациями районных, центральных районных и областных больниц. Основными задачами женских консультаций являются: профилактика осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний, формирование у женщин здорового образа жизни; оказание лечебной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории; профилактика абортов; диагностика и лечение патологии беременности, заболеваний рожениц и гинекологических болезней; проведение

санитарно-просветительной работы.

Женская консультация работает с использованием диспансерного метода по участковому принципу. Кроме лечебно-профилактической помощи в консультации осуществляются также медико-социальный патронаж и лечебная помощь на дому. Назначенные на приеме лечебные процедуры, диагностические исследования могут быть проведены в самой консультации или территориальной поликлинике. При необходимости средний медицинский персонал выполняет назначения на дому.

Наиболее важной в работе женской консультации является профилактика осложнений беременности и перинатальной патологии, заключающаяся в диспансерном наблюдении за беременной. Эффективность проводимых мероприятий связана со сроками взятия беременной под диспансерное наблюдение: чем раньше взята под наблюдение беременная, тем эффективнее диспансеризация. Своевременное обращение беременной в женскую консультацию позволяет женщине в полном объеме провести обязательные исследования. Установлена прямая зависимость между регулярностью посещений беременной консультации и уровнем перинатальной смертности. Постановка на диспансерный учет до 3 мес. беременности (12 недель) считается ранней.

Главным принципом диспансеризации беременных является их дифференцированное обслуживание, включающее медицинское наблюдение за состоянием здоровья, течением беременности, развитием плода и оказание профилактической и лечебной помощи матери и плоду. За время нормально протекающей беременности женщина должна посетить консультацию 14...15 раз (при патологии частота осмотров возрастает), пройти лабораторное обследование; она должна быть осмотрена терапевтом, стоматологом (по показаниям и другими специалистами). Необходимо выявить факторы риска перинатальной патологии у плода, т. е. неблагоприятные факторы со стороны матери или заболеваний самого плода, или аномалий его развития. В случае выявления этих факторов беременная направляется на обследование и консультации специалистов для решения вопроса о возможности сохранения беременности. При положительном решении вопроса о сохранении беременности необходимо наблюдать не только за здоровьем женщины, но и за состоянием плода. В подобных случаях возможна дородовая госпитализация беременных в терапевтические стационары (срок беременности до 20 недель) или в отделение патологии беременности родильного дома. Своевременная госпитализация беременных позволяет значительно уменьшить риск перинатальной смертности.

В женской консультации продолжается наблюдение за женщинами и после родов. Женщине рекомендуется посетить женскую консультацию после выписки из родильного дома на 10... 12-й день, о чем женщину следует предупредить до родов и при выписке из родильного дома. Если женщина не явилась в срок в консультацию, то она подлежит патронажу акушеркой. Повторно женщина посещает врача перед окончанием декретного отпуска.

Организация гинекологической помощи. Гинекологические

заболевания выявляются при обращении женщин в консультацию, проведении профилактических осмотров, осмотров женщин на дому, осмотров женщин другими специалистами. Основная группа гинекологических больных лечится в амбулаторных условиях, значительная их часть нуждается в диспансерном наблюдении. В случае необходимости женщина направляется в стационар.

Важное значение для выявления гинекологических заболеваний имеют профилактические осмотры, особенно для женщин, проживающих в сельской местности. В результате осмотра может быть сделано одно из следующих заключений: здорова (отсутствуют жалобы и гинекологические заболевания); практически здорова (в анамнезе имеются гинекологические заболевания, нарушения менструальной функции или аборты; жалоб нет, могут быть выявлены анатомические изменения без нарушения репродуктивной функции женщины и без нарушения трудоспособности); больна (гинекологические заболевания в анамнезе, жалобы могут быть или отсутствовать, при объективном обследовании выявлено гинекологическое заболевание).

Социальная защита женщин в период беременности и после. Кроме бесплатного предоставления необходимой помощи женщины в период беременности и после родов социально защищены. Запрещается применение труда всех женщин на тяжелых работах, перенос и передвижение женщинами тяжестей; не допускается привлечение к работам в ночное время, к работам в выходные дни и направление в командировку беременных и женщин, имеющих детей в возрасте до 3 лет. Беременным женщинам снижаются нормы выработки. Существуют и другие льготы в системе социального страхования и социального обеспечения. Эти льготы разнообразны и специфичны для отдельных производств. Важно, что применение этих льгот не должно сопровождаться снижением оплаты труда.

Законом установлена продолжительность отпуска 70 календарных дней до родов (в случае многоплодной беременности — 84 дня) и 70 дней после родов. В случае осложненных родов послеродовой отпуск предоставляется на 86 дней, при рождении двух и более детей — на 110 дней. Отпуск по беременности и родам исчисляют суммарно и предоставляют полностью независимо от дней, фактически использованных до родов.

Если женщина обратится в женскую консультацию в ранние сроки беременности (до 12 недель) и будет взята своевременно на диспансерный учет, то она может получить единовременное пособие в размере минимальной зарплаты (дополнительно к пособию по беременности и родам). При прохождении обязательного диспансерного обследования беременной сохраняется средний заработок.

Предприятие с вредными условиями труда может создавать отдельные цехи и участки для предоставления женщинам более легкой и безвредной работы. Ответственность за здоровье беременных и матерей несут органы государственного здравоохранения (для них профилактические и лечебные мероприятия бесплатны). Однако средства на проведение обязательных и периодических осмотров работников в случаях и порядке, предусмотренных

законом, должны выделять работодатели.

Кормящие матери пользуются защитой закона (см. прил. 2 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», разд. 5, ст. 23).

В заключении (тюрьме, лагере) беременные, рожающие и родившие женщины имеют право на специализированную помощь специалиста-акушера, в том числе и в родильных домах. В лагерях предусматриваются ясли с квалифицированным персоналом, поскольку существуют лагеря, где дети содержатся вместе с матерями.

Организация медико-социальной помощи детям. Медико-социальная помощь детям в системе отечественного здравоохранения — это государственная система непрерывного квалифицированного медицинского наблюдения за ребенком начиная с момента его рождения и до окончания школы.

Основой в системе охраны здоровья детей является амбулаторно-поликлиническая служба. Детская поликлиника обеспечивает медицинскую помощь детям до 14 лет включительно. Предусмотрено оказание помощи не только в поликлинике и на дому, но и в дошкольных учреждениях и школах. Главное направление в деятельности поликлиники — обеспечение необходимых условий для развития и воспитания здорового ребенка путем проведения профилактики заболеваний, оказания лечебной помощи детям, проведения лечебно-оздоровительной работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. Принцип работы детской поликлиники — участковый, метод работы — диспансерный.

Медико-социальный патронаж в системе охраны материнства и детства. Медико-социальный патронаж в системе охраны материнства и детства подразделяется на несколько периодов:

антенатальный, т.е. дородовой, когда с целью сохранения преемственности и в целях профилактики применяют помимо школы молодой матери дородовой патронаж в 28, 32...36 недель беременности. Патронаж, как правило, выполняет участковая медицинская сестра женской консультации. При патронаже будущая мать должна получить необходимые сведения по уходу за ребенком;

динамическое наблюдение за новорожденным, которое проводит участковый педиатр совместно с медицинской сестрой на 1—2-е сут. после выписки ребенка из родильного дома. Главное при этом — выявить факторы риска у ребенка;

ежемесячное динамическое наблюдение за ребенком на протяжении первого года жизни. Физическое и нервно-психическое развитие ребенка к концу первого года жизни позволяет участковому педиатру сделать заключение о состоянии здоровья ребенка;

динамическое наблюдение за ребенком в возрасте от 1 года до 7 лет. Особенно важно проведение осмотра детей в возрасте 3 и 5 лет и перед поступлением в школу.

Группы здоровья детей. Особенно важно оценить состояние здоровья ребенка именно перед поступлением в школу. По результатам комплексной

оценки здоровья дети разделяются на 5 групп. К 1 -й группе относят здоровых детей; ко 2-й группе — здоровых, но с наличием риска возникновения патологии; к 3-й, 4-й и 5-й группам — больных детей.

Дети 1-й группы здоровья должны наблюдаться в обычные сроки, установленные для профилактических осмотров здоровых детей. Для детей этой группы проводят профилактические и общеоздоровительные мероприятия. Дети 2-й группы здоровья нуждаются в особом внимании педиатра, который устанавливает за ними диспансерное наблюдение, поскольку профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия дают наибольший эффект по предупреждению хронических заболеваний. Дети 3-й, 4-й и 5-й групп находятся под диспансерным наблюдением педиатра и других специалистов, получая необходимое лечение.

Организация медицинской помощи детям в детских дошкольных учреждениях и работы детского стационара. Воспитание детей в дошкольных учреждениях предусматривает и укрепление здоровья ребенка. Врачи и медицинские сестры, работающие в дошкольных учреждениях, относятся к детским поликлиникам. Задачами медицинского персонала детских дошкольных учреждений являются: обследование детей, поступающих в детское дошкольное учреждение; медицинский контроль за санитарно-гигиеническими условиями, соблюдением режима дня, особенно за питанием, физическим воспитанием и закаливанием.

Особенностью организации работы детских стационаров является необходимость проведения мероприятий по предупреждению распространения инфекций: разделение каждого отделения на секции, которые при необходимости могут функционировать самостоятельно; боксирование палат (боксы должны быть строго профилизированы); своевременное выявление бактерионосителей и их санирование (предметы ухода также должны быть индивидуальными) и др.

Организатором и руководителем всей работы в стационаре является заведующий отделением. Именно он ведет основную работу с родителями больных детей.

6.22. Санаторно-курортная помощь

Санаторно-курортная помощь занимает основное место в системе лечебно-профилактических мер, в первую очередь в реабилитации больных.

Курортным стационарным лечебно-профилактическим учреждением является санаторий. Большинство санаториев организуют в курортных местностях с целью максимального использования природных особенностей данной местности.

Типы курортов и санаториев. *Курорт* — местность, природные особенности которой позволяют эффективно заниматься лечением и профилактикой болезней. По характеру этих особенностей курорты делятся на три группы: бальнеологические (воды минеральных источников), грязевые (лечебная грязь) и климатические (приморские, горные, равнинные, лесные и

степные). Для курортов установлены три зоны санитарной охраны, в пределах которых запрещается загрязнение окружающей среды. Важная роль отводится местным курортам, предназначенным чаще всего для больных, которым после лечения по состоянию здоровья противопоказана смена климата.

Санатории предназначены для лечения больных преимущественно естественными лечебными средствами в сочетании с физиотерапией, лечебной физкультурой, рациональным и лечебным питанием в условиях активного отдыха и специально организованного режима. Медикаментозное лечение и постельный режим не характерны для санатория, хотя и могут назначаться. В санаториях проходят лечение больные с самыми различными заболеваниями. В связи с этим бывают санатории с заболеваниями органов кровообращения, органов пищеварения, с гинекологическими заболеваниями и т.д. В зависимости от возраста больных санатории делятся на детские, подростковые и взрослые.

Основой санаторно-курортного лечения является санаторный режим, который обеспечивает наиболее благоприятные условия лечения и отдыха. Больные обеспечиваются лечением в грязелечебницах, соляриях, бассейнах и т.д. На большинстве курортов наряду с санаторным проводят и амбулаторное лечение больных, приезжающих по курсовым путевкам.

Широко используются и санатории-профилактории — организованные при промышленных предприятиях лечебно-профилактические учреждения, содержащиеся за счет средств государственного страхования. Рабочие этого предприятия по рекомендации лечащего врача получают возможность без отрыва от производства в течение 24 дней после работы проходить лечение в профилактории, куда их доставляют специальным транспортом. Кроме того, к санаторным учреждениям относятся курортные поликлиники, водолечебницы, грязелечебницы и т.д.

Порядок направления больных на санаторно-курортное лечение.

Эффективность санаторно-курортного лечения зависит от правильного направления больных на курорт и в санаторий.

Для возможности санаторно-курортного лечения необходимо обратиться к врачу поликлиники по месту жительства. Врач дает направление на санаторно-отборочную комиссию (СОК), которая определяет необходимость санаторно-курортного лечения, профиль санатория и время года для лечения. После получения заключения СОК необходимо написать заявление о предоставлении путевки на имя председателя комиссии (уполномоченного) по социальному страхованию по месту работы. Пенсионеры обращаются в органы социального обеспечения (районные отделения социальной защиты населения) по месту жительства. Комиссия по социальному страхованию должна рассмотреть заявление и принять решение в 10-дневный срок. В случае несогласия с решением комиссии можно обжаловать ее решение через отделение (филиал отделения) учреждения социальной защиты. Кроме решения вопроса о выделении путевки комиссия по социальному страхованию имеет право решить вопрос об оплате 50% стоимости проезда в санаторий и обратно в

зависимости от заработка пациента и семейного положения. Путевки выдаются только на период отпуска работающего. Участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним лица имеют право на получение путевки бесплатно.

По прибытии в санаторий больной сдает санаторно-курортную карту, которая заполняется в поликлинике по месту жительства: клинический анализ крови и мочи не более месячного срока давности, ЭКГ не более месячного срока давности, рентгенологическое обследование (ФЛГ или рентгеноскопия органов грудной клетки) не более чем шестимесячной давности, для женщин заключение гинеколога независимо от диагноза заболевания, заключения других специалистов в зависимости от профиля заболевания. Оформление и выдача медицинских документов и путевок осуществляется за 15...20 дней до начала срока путевки. Путевка должна быть должным образом оформлена и заверена печатью учреждения, выдавшего ее. Кроме путевки и санаторно-курортной карты при поступлении в санаторий необходимо иметь паспорт, детям до 16 лет свидетельство о рождении или его копию. Военнослужащие предъявляют удостоверение личности, а военные пенсионеры — пенсионное удостоверение, где в разделе для особых отметок должно быть указано, что пенсионер пользуется правом на санаторно-курортное лечение в санаториях Министерства обороны РФ.

В санаторной книжке, выдаваемой больному на руки, врач санатория отмечает изменение самочувствия больного, проведенное лечение и исследования, а по окончании срока путевки — результаты лечения и рекомендации о режиме труда и лечебных мероприятиях. По возвращении из санатория больной предъявляет санаторную книжку лечащему врачу, который все необходимые сведения переносит в амбулаторную карту для разработки дальнейших лечебно-профилактических мероприятий.

Об эффективности санаторно-курортного лечения свидетельствуют длительное отсутствие обострений основного заболевания, стойкое восстановление трудоспособности, улучшение общего состояния здоровья и самочувствия больного.

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте понятие медико-социальной помощи.
2. Расскажите об основных аспектах медико-социальной работы.
3. Что входит в понятие и как осуществляется медико-социальный патронаж?
4. В чем заключается охрана здоровья населения (понятие, принципы, задачи)?
5. Расскажите о государственной, муниципальной и частной системах здравоохранения.
6. Какие виды бесплатной медицинской помощи существуют в системе обязательного медицинского страхования в РФ?
7. Какие группы населения имеют право на льготное обеспечение

лекарственными средствами?

8. Какие типы учреждений здравоохранения вы знаете?

9. Расскажите о ПМСП.

10. В чем заключается амбулаторно-поликлиническая помощь?

11. Расскажите об организации работы участковой поликлиники.

12. Как организована работа участкового врача и участковой медицинской сестры?

13. Что входит в понятие и как организована стационарная помощь?

14. В чем заключается специализированная медицинская помощь (понятие, учреждения, этапы)?

15. Каковы задачи, организация работы диспансеров?

16. Как организована медико-социальная помощь больным с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы?

17. Как организована медико-социальная помощь больным онкологическими заболеваниями?

18. Расскажите об организации медико-социальной помощи травматологическим больным (виды травм, производственные травмы, детские травмы, дорожно-транспортные травмы, профилактика травматизм, этапы травматологической помощи).

19. Как организована медико-социальная помощь больным туберкулезом?

20. Расскажите о профилактике туберкулеза (индивидуальной и общественной).

21. Как организована психиатрическая помощь (задачи и организация работы психоневрологического диспансера)?

22. Каков порядок психиатрического освидетельствования?

123

23. Расскажите о госпитализации в психиатрический стационар.

24. Перечислите права пациента в психиатрическом стационаре.

25. Что вы знаете о принудительном лечении психиатрического больного?

26. Как организована стоматологическая помощь (стоматологические учреждения, бесплатная стоматологическая помощь)?

27. Кто имеет право на бесплатное зубное протезирование?

28. Расскажите об организации медико-социальной помощи рабочим промышленных предприятий (работа медико-санитарной части, цеховая участковость).

29. Как организована работа цехового терапевта?

30. В чем заключаются и чем продиктованы особенности организации медико-социальной помощи сельскому населению?

31. Как организована скорая медицинская помощь (понятие скорой и неотложной медицинской помощи, работа станции скорой медицинской помощи)?

32. Расскажите о санитарно-эпидемиологической службе (основные принципы, Центр санитарно-эпидемиологического надзора, санитарный надзор).

33. В чем заключается санитарное просвещение (методы, принципы, цели, учреждения, значение в практике социального работника)?

34. Расскажите об охране материнства и детства (этапы медико-социальной помощи женщинам и детям, акушерско-гинекологическая помощь, социальная защита женщин в период беременности и родов, медико-социальная помощь детям).

35. Кто и когда выполняет медико-социальный патронаж в системе охраны материнства и детства?

36. Какие группы здоровья детей вы знаете?

37. Расскажите о санаторно-курортной помощи (типы курортов, санаториев, порядок направления больных на санаторно-курортное лечение).

Глава 7 ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

7.1. Экспертиза трудоспособности

В своей практической деятельности врачам всех специальностей часто приходится решать вопрос о том, имеет ли место потеря трудоспособности вообще или только профессиональной; определять степень и длительность нетрудоспособности, наступившей у человека вследствие заболевания, несчастного случая или других причин.

Экспертиза трудоспособности — это медицинское исследование трудоспособности человека, проводимое с целью определения степени и длительности его трудоспособности.

Главной задачей органов экспертизы является не установление факта нетрудоспособности, а скорейшее восстановление здоровья и трудоспособности, наиболее рациональное и полное использование труда лиц с ограниченной трудоспособностью без ущерба для их здоровья и с максимальной пользой для трудящихся и производства (так как нетрудоспособность приводит к значительному экономическому ущербу).

Установление нетрудоспособности дает право на освобождение от работы и выплату пособий за счет социального страхования, бесплатное лечение и трудоустройство. Следовательно, установление нетрудоспособности имеет медико-биологическое, социальное и юридическое значения.

7.2. Причины и виды нетрудоспособности

Причины. Наиболее частыми причинами нетрудоспособности являются заболевания и травмы. Кроме заболеваний и травм существуют и другие причины, ведущие к потере трудоспособности (до- и послеродовой период, карантин, уход за больными и др.).

Виды. Различают временную и стойкую нетрудоспособность (инвалидность), которые отличаются прогнозом болезни или травмы, т.е. предсказанием течения и исходом болезни или последствиями травм, сроками возможного восстановления трудоспособности.

В зависимости от степени потери трудоспособности наблюдается полная или частичная нетрудоспособность. При полной нетрудоспособности человек не может и не должен выполнять никакой работы и нуждается в специальном лечебном режиме. Частичной нетрудоспособность считается тогда, когда человек без ущерба для здоровья может выполнять прежнюю или иную работу, но в других условиях или не в полном объеме.

7.3. Экспертиза временной и стойкой (инвалидной) нетрудоспособности

Временная нетрудоспособность — это невозможность выполнять работу вообще или по своей профессии. Такая нетрудоспособность носит относительно кратковременный, преходящий характер (см. прил. 2 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», разд. 9, ст. 49).

Экспертиза временной нетрудоспособности — вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Организация экспертизы временной нетрудоспособности. Экспертиза временной нетрудоспособности осуществляется врачами лечебно-профилактических учреждений. В отдельных случаях (в труднодоступных сельских районах, в районах Крайнего Севера и т.д.) по решению органа управления здравоохранением проведение экспертизы временной нетрудоспособности разрешается среднему медицинскому работнику. При проведении экспертизы врач должен определить: имеется ли утрата трудоспособности, ее причину; длительность и степень нетрудоспособности; трудовые функции, доступные больному; необходимое лечение и режим дня больного. В случае установления факта временной нетрудоспособности врач выдает больному листок нетрудоспособности (больничный лист) или другой документ, удостоверяющий факт нетрудоспособности (например, справку). Листок нетрудоспособности и справка имеют юридическое и статистическое значения, так как удостоверяют временную нетрудоспособность и оправдывают невыход на работу, а также служат для учета и анализа нетрудоспособности. Листок нетрудоспособности является также и финансовым документом, дающим право на получение денежного пособия по государственному социальному страхованию.

Врач может единовременно выдать больничный лист (или другой документ) первый раз сроком до 10 дней, далее единолично может освободить от работы на срок до 30 дней. Выдача листка нетрудоспособности или другого документа осуществляется на основании записи врача в амбулаторной карте, фиксирующей жалобы больного, данные объективного обследования и диагноз заболевания. Лист нетрудоспособности выдают в день обращения, освобождая от работы или со дня обращения или со следующего дня, но ни в коем случае его не выдают задним числом (за исключением стационара). При нарушении назначенного лечебно-охранительного режима (в том числе при алкогольном опьянении) врач делает соответствующую запись в листке нетрудоспособности с указанием даты и вида нарушения режима.

Если лечение затягивается более чем на 30 дней, то срок нетрудоспособности может быть продлен по представлению врача клинико-экспертной комиссией.

Организация работы клинико-экспертной комиссии. Клинико-

экспертная комиссия (КЭК) назначается главным врачом. В ее состав входят заместитель главного врача поликлиники (или поликлинического отделения) по клинико-экспертной работе, заведующий отделением, лечащий врач. Помимо экспертизы трудоспособности КЭК контролирует качество лечения, проводимого врачом; выдает заключения о желательном переводе трудоспособного пациента на другую работу в случае, если он по состоянию здоровья нуждается в облегченных или измененных условиях труда; направляет больного на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК); предоставляет отпуска для санаторно-курортного лечения. КЭК лечебных учреждений обязаны выдавать следующие справки (заключения): о необходимости по состоянию здоровья предоставления академического отпуска или перевода на другой факультет студентов и учащихся; о возможности проживания в природно-климатических условиях нового места жительства членов семей, выезжающих к новому месту работы; о медицинских показаниях для прерывания беременности; о наличии права на предоставление дополнительной или отдельной жилой площади по медицинским показаниям; об оформлении пособия на ребенка-инвалида с детства до 16 лет и др.

Временная нетрудоспособность по уходу за членами семьи. Временная нетрудоспособность часто связана с необходимостью ухода за больным членом семьи. В этом случае листок нетрудоспособности выдается: при возникновении угрозы для жизни и здоровья заболевшего при отсутствии ухода родственников; при невозможности поместить пациента в больницу в случае наличия показаний к этому; при отсутствии среди членов семьи других неработающих лиц, которые могли бы ухаживать за больным.

Длительность оплачиваемой временной нетрудоспособности зависит от возраста пациента и категории лиц, осуществляющих уход за больным. Выдача листка нетрудоспособности по уходу разрешается в следующих случаях: по уходу за хроническими больными; при отказе больного или его родственников от госпитализации; по уходу за здоровыми детьми при болезни матери или установлении карантина в детском учреждении, если мать находится в очередном отпуске или в отпуске без сохранения содержания. Листок нетрудоспособности может быть выдан любому работающему члену семьи по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет или ребенком-инвалидом в возрасте до 16 лет, если мать больна и не может ухаживать за ребенком.

Временная нетрудоспособность при инфекционных заболеваниях. Листок нетрудоспособности выдается не только самим инфекционным больным, но и лицам, имевшим контакт с инфекционными больными, если они представляют опасность для окружающих. Срок, на который выдается в таком случае листок нетрудоспособности, устанавливается в каждом конкретном случае. Временно отстраняются от работы с выдачей листа нетрудоспособности и так называемые бактерионосители, т.е. лица, которые сами не болеют, но являются источником инфекции. Они получают лист нетрудоспособности на время лечения.

К особым случаям выдачи листка нетрудоспособности относятся:

косметическая операция, если она выполнена по медицинским

показаниям. Если такая операция выполнена только по желанию пациента, то лист нетрудоспособности не выдается. Но если такая операция привела к осложнениям, то лист нетрудоспособности выдается на весь период лечения осложнения;

протезирование в стационарных условиях (в стационаре протезно-ортопедических организаций Министерства труда и социального развития). В графе «вид нетрудоспособности» должно быть записано: «протезирование» или «медико-социальная экспертиза»;

травма или заболевание, явившиеся следствием алкогольного опьянения. В листе нетрудоспособности делается об этом отметка (следовательно, пациент не получит оплаты за дни болезни);

увольнение с работы и невыход на новую, заболевание с временной утратой трудоспособности. После увольнения прошло не более 1 мес. и продолжительность нетрудоспособности менее 1 мес. (если увольнение было связано с сокращением рабочих мест, реорганизацией, закрытием предприятия, заболеванием);

лечение от алкоголизма и наркомании. Листок нетрудоспособности выдается лишь в том случае, если пациент лечится в специализированном отделении или больнице и полностью проходит курс лечения (при анонимном лечении лист нетрудоспособности не выдается, не выдается лист нетрудоспособности и в случае прерванного курса лечения).

Экспертиза стойкой нетрудоспособности (инвалидности). *Стойкая нетрудоспособность, или инвалидность,* — это длительная или постоянная потеря трудоспособности, возникшая вследствие хронического заболевания или травмы, приведших к значительному нарушению функций организма. Принятый в ноябре 1995 г. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определил новую концепцию инвалидности, определив такие основополагающие понятия, как «инвалид», «ограничение жизнедеятельности», «медико-социальная экспертиза».

В современном понятии инвалидом следует считать лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности — отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением или отсутствием способности выполнять определенную деятельность, в том числе осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность. Социальные последствия ограничения жизнедеятельности, обусловленного заболеваниями, последствиями травм, дефектами, выражаются в нарушении связей между человеком и обществом и приводят к необходимости социальной защиты.

Медико-социальная экспертиза устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан; определяет виды,

объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты; дает рекомендации по трудовому устройству граждан (см. прил. 2 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», разд. 9).

Инвалидность может характеризоваться полной потерей трудоспособности, если всякий труд вследствие выраженного нарушения функций организма больному недоступен или противопоказан; труд для инвалида доступен в специально созданных условиях; доступна работа в обычных условиях профессионального труда, но более низкой квалификации или меньшего объема по сравнению с той, которую больной выполнял до инвалидности.

Инвалидность устанавливается на 1 год (при 1-й группе — на 2 года, отдельным категориям граждан, например ликвидаторам аварии на Чернобыльской АЭС, — на 5 лет). В некоторых случаях (мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет, а также инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами) инвалидность устанавливается бессрочно.

Понятие «инвалидность» является не медицинским, а юридическим, так как инвалид приобретает определенные права. Понятие «инвалидность» является также динамическим, так как состояние здоровья может улучшаться или ухудшаться.

Группы и причины инвалидности. В зависимости от тяжести заболевания, степени нарушения функций организма клинического и трудового прогноза различают три группы инвалидности.

Первая группа инвалидности устанавливается больным, которые не могут себя обслуживать и нуждаются в постоянной посторонней помощи, уходе или надзоре.

Вторая группа устанавливается при выраженных нарушениях функций организма, не вызывающих полной беспомощности. К этой группе относятся лица, у которых наступила постоянная или длительная полная нетрудоспособность, но которые не нуждаются в постороннем уходе. Все виды труда им противопоказаны на длительный период, так как течение заболевания вследствие трудовой деятельности может ухудшиться.

Третья группа инвалидности устанавливается при значительном снижении трудоспособности, когда по состоянию здоровья необходим перевод на работу по другой спецдальности, более низкой квалификации; необходимы значительные изменения условий работы по своей профессии, приводящие к значительному сокращению объема производственной деятельности; значительно ограничены возможности трудоустройства вследствие выраженных функциональных нарушений у лиц с низкой квалификацией или ранее не работавших.

В каждом случае установления инвалидности обязательно указывается ее причина. Предусмотрены следующие формулировки причин инвалидности: общее заболевание; профессиональное заболевание; трудовое увечье (производственная травма); инвалидность с детства; инвалидность до начала трудовой деятельности; ранение (контузия, увечье), полученное при защите нашей страны или при исполнении иных обязанностей военной службы. От

причин инвалидности зависят назначаемая пенсия и другие льготы, предусмотренные для различных категорий инвалидности.

Медико-социальная экспертиза. С целью установления группы инвалидности проводится медико-социальная экспертиза (МСЭ). К учреждениям государственной службы медико-социальной экспертизы относятся бюро медико-социальной экспертизы и Главное бюро медико-социальной экспертизы. Кроме определения группы инвалидности задачами бюро являются: разработка индивидуальных программ по реабилитации инвалидов, содействие в реализации мероприятий по социальной защите инвалидов и оценка эффективности этих мероприятий; учет инвалидности; участие в разработке комплексных программ в области профилактики инвалидности, реабилитации и социальной защиты инвалидов.

Показанием для направления на медико-социальную экспертизу является заключение КЭК о наличии у больного данных для определения инвалидности. На медико-социальную экспертизу направляются граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите: при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе независимо от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4 мес. при благоприятном трудовом прогнозе в случае продолжающейся нетрудоспособности до 10 мес. (в отдельных случаях: травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез — до 12 мес.); при решении вопроса о продолжении лечения или установлении группы инвалидности; работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического и трудового прогноза.

Для проведения медико-социальной экспертизы необходимы кроме письменного заявления больного данные результатов его клинического обследования, подписанные лечащим врачом, заместителем главного врача по медико-социальной экспертизе и заверенные печатью лечебно-профилактического учреждения.

Бюро медико-социальной экспертизы. В состав бюро медико-социальной экспертизы в соответствии с Примерным положением об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы входят три врача различных специальностей, специалист по реабилитации, специалист по социальной работе, психолог. Штатным расписанием предусмотрены должности старшей медицинской сестры, медицинского регистратора, шофера. В состав Главного бюро входят четыре врача-специалиста и несколько специалистов по реабилитации и социальной работе.

В случае признания лица инвалидом специалистами бюро в месячный срок разрабатывается индивидуальная программа реабилитации. Лицу, признанному в установленном порядке инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, и индивидуальная программа реабилитации. В случае несогласия больного с экспертным решением бюро медико-социальной экспертизы, проводившего освидетельствование, можно обжаловать это решение, подав письменное заявление в бюро медико-социальной экспертизы проводившее

освидетельствование, в Главное бюро медико-социальной экспертизы или в соответствующий орган социальной защиты населения. Бюро, проводившее освидетельствование, в трехдневный срок со дня получения заявления направляет его со всеми имеющимися документами в Главное бюро медико-социальной экспертизы. Главное бюро медико-социальной экспертизы не позднее 1 мес. со дня получения заявления проводит медико-социальную экспертизу и на основании полученных результатов выносит решение. Решение Главного бюро медико-социальной экспертизы может быть обжаловано в месячный срок в органе социальной защиты населения субъекта Российской Федерации.

7.4. Медико-социальная реабилитация

Понятие реабилитации. *Реабилитация* — система государственных социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических и психологических мероприятий, направленных на предупреждение патологических процессов, ведущих к временной и стойкой утрате трудоспособности и на возвращение больных и инвалидов к общественно полезному труду (резолюция Совещания министров здравоохранения и социального обеспечения по вопросам реабилитации в 1987 г., Прага). Термин «реабилитация» (восстановление) принят ВОЗ в 1969 г.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определяет понятие реабилитации как «системы медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Государственная политика в области реабилитации в нашей стране основывается на следующих принципах: государственный характер гарантий соблюдения прав инвалидов в области реабилитации; приоритет интересов инвалидов при проведении реабилитационных мероприятий; доступность мероприятий, проводимых в соответствии с индивидуальной программой реабилитации; своевременность реабилитации; последовательность этапов реабилитационных мероприятий; многообразие форм и методов реабилитации.

Основой реализации государственной политики является программа «Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов», утвержденная Постановлением Правительства РФ от 16.01.95 № 59. В этой программе разработаны методические, организационные и научные аспекты проблемы реабилитации инвалидов.

Реабилитационные мероприятия направлены на восстановление целости поврежденных тканей и органов (регенерацию), восстановление их деятельности и воздействие на процессы, связанные с замещением или восполнением утраченных функций организма. Конечная цель этих мероприятий состоит в восстановлении нарушенных вследствие инвалидности связей между инвалидом и обществом.

Реабилитация тесно связана с восстановительным лечением и адаптацией.

Адаптация — это приспособление организма к окружающим условиям с использованием резервов организма. Реабилитация есть восстановление. Лечение направлено на устранение болезненных процессов, а реабилитация воздействует на остаточные, способные на восстановление функции.

Виды реабилитации. Реабилитация является наиболее эффективным направлением социальной защиты инвалидов, так как именно она позволяет восстановить и компенсировать нарушенные или утраченные способности инвалидов к выполнению профессиональной, общественной и бытовой деятельности в соответствии с индивидуальными интересами и возможностями. Различают реабилитацию: медицинскую, социально-средовую, профессионально-трудовую, психолого-педагогическую.

Медицинская реабилитация — это комплекс медицинских мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных функций организма. Медицинские меры включают в себя восстановительное и санаторно-курортное лечение, профилактику осложнений и прогрессирования заболевания.

Социально-средовая реабилитация предполагает создание оптимальной среды жизнедеятельности инвалидов, которая включает в себя условия проживания, условия передвижения, доступ к социально значимым объектам жизнедеятельности и осуществляется в двух направлениях:

приспособление объектов окружающей среды к потребностям инвалидов (специально оборудованные для инвалидов квартиры, специальные жилые дома с комплексом социально-бытовых услуг, оборудованные тротуары, подземные переходы, пандусы, широкие лифты, поручни настенные в жилых помещениях, обеспечение инвалидов протезно-ортопедической помощью, слуховыми протезами, средствами для труда и быта, обучения, досуга, физкультуры и спорта и т.д.);

приспособление инвалида к окружающей среде, развитие навыков, позволяющих обслужить себя. Для этого используются специальные устройства для чтения, поднятия предметов с пола, для настенной фиксации приборов личного пользования (электробритв, зубных щеток, расчесок и т.д.), для фиксации посуды на столе и т.д.

Профессионально-трудовая реабилитация представляет собой комплекс мер, направленных на восстановление профессиональной трудоспособности инвалидов в доступных для него условиях труда, на достижение инвалидом материальной независимости. Профессиональная реабилитация включает в себя экспертизу возможных профессиональных способностей, профессиональную ориентацию и отбор, профессиональное обучение и переобучение. Основой профессионально-трудовой реабилитации инвалидов является обучение в специальных техникумах и учреждениях профессионального обучения, учебно-производственных предприятиях обществ инвалидов (для обучения на рабочих местах).

Психолого-педагогическая реабилитация предполагает восстановление престижа в собственных глазах и в глазах окружающих, коррекцию внутренней

картины болезни, коррекцию отношения к семье, друзьям, обществу в целом.

Реабилитация инвалидов в настоящее время является одним из актуальных и приоритетных направлений государственной политики в социальной сфере, тем более, что Россия стала членом Совета Европы, что подразумевает проведение государственной политики на принципах, которые лежат в основе деятельности этого Совета, в частности тех рекомендаций и резолюций, которые касаются реабилитации инвалидов.

Эксперты Совета Европы считают, что для проведения в жизнь этой политики государство должно принять следующие меры:

содействие осуществлению права инвалида на независимую жизнь и, вместе с тем, права на полную интеграцию в обществе;

признание необходимости возможно раннего начала реабилитационных мероприятий;

разработка реабилитационных программ и обеспечение доступа к ним всех нуждающихся в них инвалидов;

осуществление по возможности реабилитации в учреждениях общего типа и лишь в случае необходимости в специализированных учреждениях и службах.

Основными принципами реабилитации являются: комплексный медико-социальный подход; максимально раннее начало проведения реабилитации; непрерывность, преемственность, поэтапность.

Реабилитационные учреждения. Неотъемлемой составной частью государственной службы реабилитации инвалидов являются реабилитационные учреждения различных организационно-правовых форм, типов и видов. К реабилитационным учреждениям относятся научно-производственные комплексы (как правило, федерального значения), региональные центры реабилитации инвалидов, реабилитационные отделения и кабинеты (на местном уровне). Реабилитация инвалидов и лиц пожилого возраста осуществляется в домах-интернатах. Дома-интернаты, как правило, профилированы: дома-интернаты общего типа для пожилых людей и инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата и внутренних органов, психоневрологические интернаты для инвалидов с хроническими психическими заболеваниями и глубокой умственной отсталостью, детские дома-интернаты для умственно отсталых и для детей с физическими недостатками.

Материально-технической базой реабилитации инвалидов, находящихся в домах-интернатах, являются лечебно-трудовые мастерские, подсобные хозяйства, специальные цехи. Лечебно-трудовые мастерские могут быть швейные, картонажные, сборочные и т. д. В подсобных хозяйствах можно заниматься огородничеством, садоводством, животноводством, цветоводством и т.д. Программа «Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов» предусматривает создание восьми центров медико-социальной реабилитации инвалидов и четырех реабилитационных учреждений и оснащение их реабилитационным оборудованием. Разработано Примерное положение о

реабилитационном учреждении, которое регулирует деятельность реабилитационных учреждений, входящих в государственную службу реабилитации инвалидов.

Основные задачи реабилитационных учреждений заключаются в реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, разработке планов и программ проведения реабилитации в конкретном учреждении, в осуществлении мероприятий по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов. Учреждения реабилитации осуществляют свою деятельность во взаимодействии с органами государственной власти и учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы и общественными объединениями инвалидов.

Учреждения государственной службы реабилитации инвалидов создаются, реорганизуются и ликвидируются по решению учредителя — органа исполнительной власти, входящего в состав государственной службы реабилитации инвалидов.

Создание и содержание учреждений федерального уровня осуществляется за счет средств федерального бюджета, регионального уровня — за счет бюджета Российской Федерации. Деятельность учреждений реабилитации должна быть лицензирована.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида. Медико-социальная экспертиза предполагает составление и контроль за выполнением индивидуальной программы реабилитации инвалида.

Индивидуальная программа реабилитации — это комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мер, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, в конечном итоге — на интеграцию инвалида в жизнь общества.

В индивидуальной программе отражены все виды реабилитации: медицинская, социально-средовая и профессионально-трудовая, психолого-педагогическая. В каждой из них указываются способы реализации программы. Так, например, в медицинской реабилитации используются медикаментозное лечение, диспансерное наблюдение, санаторно-курортное лечение и т.д. Социально-средовая реабилитация предполагает обучение навыкам самообслуживания, специальное оборудование жилья и т.д. Профессионально-трудовая реабилитация включает в себя профориентацию, профобучение и трудоустройство. В каждом виде реабилитации выбирается соответствующее средство, при этом возможны различные варианты.

Сроки проведения реабилитационных мероприятий также индивидуальны. В конце реабилитационного периода необходимо заключение об эффективности той или иной формы реабилитации.

В случае необходимости программа реабилитации может быть откорректирована. Социальный работник в процессе социальной работы по реализации программы реабилитации должен составить наиболее рациональные планы работы по реабилитации.

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте понятие экспертизы нетрудоспособности.
2. Назовите причины и виды нетрудоспособности?
3. Что такое экспертиза временной нетрудоспособности?
4. Какие вы знаете документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность?
5. Расскажите о временной нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.
6. Какие особые случаи выдачи листка нетрудоспособности вы знаете?
7. Раскройте понятия стойкой нетрудоспособности.
8. Что входит в понятия «инвалид», «группы инвалидности»?
9. Что такое ограничение жизнедеятельности?
10. Что такое медико-социальная экспертиза?
11. Какие существуют показания для направления на медико-социальную экспертизу?
12. Что такое бюро медико-социальной экспертизы?
13. Расскажите о медико-социальной реабилитации (понятие, принципы, виды, учреждения, индивидуальные программы реабилитации инвалидов).
14. Какие реабилитационные учреждения вы знаете? В чем заключается их деятельность? Какие документы регламентируют их деятельность?

Глава 8 ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА И ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

8.1. Международный Красный Крест и общества Красного Полумесяца

Общества Красного Креста существуют уже более 130 лет. У большинства людей они ассоциируются с гуманной помощью попавшим в беду — пострадавшим при вооруженных конфликтах, стихийных бедствиях, эпидемиях и т. д.

Основная цель Международного Красного Креста заключается в следующем: способствовать предотвращению и облегчению страданий людей, защите жизни, здоровья и достоинства человека, особенно во время стихийных бедствий, вооруженных конфликтов и иных чрезвычайных ситуаций, содействовать повышению социального благополучия, добровольному объединению индивидуальных и общественных усилий на оказание милосердной, благотворительной и иной гуманной помощи всем, кто в ней нуждается.

В достижение этой цели следует руководствоваться определенными принципами.

Основополагающие принципы существования Международного Красного Креста. Провозглашаются следующие принципы: гуманность (оказание одинаковой помощи всем раненым на поле боя, защита жизни и здоровья человека, обеспечение уважения личности. Движение содействует развитию взаимопонимания, дружбы и сотрудничества, укреплению мира между народами); беспристрастность (нет национальных, расовых, классовых, религиозных и политических различий между людьми). Международный Красный Крест стремится облегчать страдания людей, руководствуясь только их нуждами и оказывая помощь в первую очередь тем, кому она наиболее необходима; нейтральность (всеобщее доверие, нейтральность во время вооруженных конфликтов, в спорах политического, религиозного, расового или идеологического характера); независимость (национальные общества, помогая своим правительствам в их гуманитарной деятельности и соблюдая законы своих стран, должны всегда сохранять самостоятельность, чтобы иметь возможность действовать в соответствии с основополагающими принципами); добровольность (Международный Красный Крест в своей деятельности по оказанию помощи ни в коей мере не руководствуется стремлением к получению материальной выгоды); единство (в каждой стране может быть только одно национальное общество Красного Креста или Красного Полумесяца. Оно должно быть открытым для всех граждан и осуществлять

свою гуманитарную деятельность на всей территории страны); универсальность (деятельность Международного Красного Креста имеет всемирный характер. Все общества, входящие в него, равны и несут равные обязанности по оказанию помощи друг другу).

Эти принципы были приняты в 1965 г. на XX Международной конференции Красного Креста в Вене. Они явились результатом длительного и сложного процесса исторического развития Международного Красного Креста, оставаясь по сути неизменными, хотя их содержание и изменялось в зависимости от общественных потребностей.

Краткий исторический очерк развития обществ Красного Креста. В середине XIX в. почти одновременно в разных странах возникают организации, состоящие в основном из военных медиков, ставившие своей целью оказание помощи раненым и больным воинам. Членами этих организаций были выдающийся русский хирург и общественный деятель Н. И. Пирогов, возглавивший в начале 50-х гг. XIX в. деятельность сестер милосердия Крестовоздвиженской общины в ходе военных действий в Крыму, французский медицинский инспектор Люсьен Воден, неаполитанский хирург Фердинандо Паласчиано и др. Они настойчиво указывали на необходимость реорганизации помощи раненым на поле боя, высказывались за распространение на раненых до их излечения принципа нейтралитета воюющих сторон, за установление специального отличительного знака для персонала, оказывающего помощь раненым.

Создание общества Красного Креста связано с именем швейцарского врача Анри Дюнана. 25 июня 1859 г. вблизи селения Сольферино в Ломбардии (Северная Италия) произошло кровопролитное франко-итало-австрийское сражение, в результате которого погибло 6 тыс. чел. и было ранено 42 тыс. чел., оставленных без всякой помощи. На одного врача в этом сражении приходилось до 500 раненых. А.Дюнан стал свидетелем гибели тысяч людей, оставленных без медицинской помощи, пищи и воды. Вместе с добровольцами из окрестных сел А.Дюнан пришел на помощь раненым, не обращая внимание на их национальность. Потрясенный увиденным, А.Дюнан написал книгу «Воспоминание о Сольферино», которая была издана в 1862 г. в Женеве. В этой книге А. Дюнан высказал мысль о необходимости создания во всех европейских странах обществ по оказанию помощи раненым в военное время, причем эти общества должны действовать на добровольных началах, обеспечивая уход за ранеными независимо от их национальности.

Густав Муанье, председатель Женевского общества народной пользы, предложил А.Дюнану обсудить его предложения на собрании этого общества, которое состоялось 9 февраля 1863 г. На этом заседании идеи А. Дюнана были поддержаны еще тремя членами общества: Луи Аппиа, Теодором Монуаром и Гийомом-Анри Дюфура. Было решено учредить комитет из этих пяти членов («Комитет пяти») для подготовки соответствующих предложений. Первое заседание комитета состоялось 17 февраля 1863 г.

В октябре 1863 г. в Женеве состоялась международная конференция, в которой приняли участие 19 делегатов стран Европы (Австрии,

Великобритании, Швеции, Франции и др.). Представители России участвовали в этой конференции в качестве частных лиц. В итоге были приняты решения, выраженные в десяти статьях, определивших основные принципы организации национальных комитетов помощи раненым и больным воинам во время войны. Такие комитеты предполагалось создать в каждой стране, их обязанность — содействие в военное время военно-медицинским службам армий. Все контакты между комитетами разных стран должны осуществляться через Женевский комитет, который стал называться Международным комитетом Красного Креста (МККК). Одним из главных решений Женевской конференции было провозглашение политической нейтральности (неприкосновенности) санитарных отрядов и военных госпиталей, а для отличия медицинской службы приняты единый отличительный знак и единый флаг для всех полевых лазаретов и госпиталей. Эмблемой медицинской службы принят красный крест (характер ее рассматривался как нейтральный, не связанный ни с религией, ни с политикой). Флагом медицинской службы принят белый флаг с красным крестом.

22 августа 1864 г. представители правительств Бельгии, Бадена, Дании, Испании, Франции, Италии, Нидерландов, Португалии, Пруссии, Швейцарии, Вюртемберга подписали Женевскую конвенцию об улучшении участи раненых и больных в действующих армиях. Впервые в истории человечества провозглашена обязательность оказания помощи всем раненым и больным независимо от принадлежности к какой-либо из сторон, а также неприкосновенность госпиталей и лазаретов и санитарного персонала. Россия присоединилась к Женевской конвенции в период реформ Александра II в 1867 г. В том же году создано Российское Общество попечения о раненых и больных воинах, «Комитет пяти» преобразован в Международный комитет Красного Креста. В европейских странах созданы общества Красного Креста, а в мусульманских странах — общества Красного Полумесяца.

8.2. Российское Общество Красного Креста

В создании Российского Общества Красного Креста (1879 г.) приняли активное участие известные деятели отечественной медицины: Н.И.Пирогов, С.П.Боткин и др. В 1870 г. 30 русских врачей оказывали помощь раненым обеих сторон в районе боевых действий франко-прусской войны. В ходе русско-японской войны помимо оказания помощи пострадавшим на полях битвы были сформированы десять специализированных отрядов для борьбы с инфекционными заболеваниями, открыты бани и прачечные, впервые организовано лечение душевнобольных. В ходе первой мировой войны Российское Общество Красного Креста также приняло активное участие. К концу 1914 г. работало 100 тыс. чел. в лазаретах и других учреждениях Красного Креста. Следует отметить, что в первое время существования Красного Креста основные усилия были сосредоточены на оказании помощи раненым только в военное время, но оказывать помощь населению необходимо

и в мирное время в случае чрезвычайных ситуаций, и в повседневной жизни. Так, Российский Красный Крест собрал огромную сумму пожертвований во время голода 1891— 1892 гг., охватившего 22 губернии. В то же время Красный Крест принял участие в борьбе с эпидемиями тифа, холеры, дифтерии и проказы в южных губерниях, оказывал помощь пострадавшим от землетрясения на Кавказе.

Дореволюционное общество Российского Красного Креста было одним из самых крупных и активных в Европе: к 1917 г. в его штате насчитывалось 2,5 тыс. врачей, 20 тыс. сестер милосердия, 50 тыс. санитаров, было развернуто на фронтах 685 тыс. коек, 492 тыс. коек — в тылу.

После Октябрьского переворота в соответствии с декретом Совета Народных Комиссаров от 6 января 1918 г. работой общества занялся Пролетарский Красный Крест, который начал свою работу в тяжелых условиях эпидемий и разрухи. Несмотря на то, что значительная часть имущества Красного Креста была реквизирована и уничтожена, все же удалось сформировать и отправить на фронты 439 лечебных и профилактических бригад врачей, организовать сбор средств внутри страны и за рубежом для оказания помощи голодающему населению в Поволжье.

Развивалось движение Красного Креста на Украине, в Грузии, Армении, Азербайджане. В 1923 г. после подписания Декларации об объединении республик, был образован Союз Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР.

После окончания гражданской войны деятельность этого Союза была направлена на восстановление медицинских учреждений, на ликвидацию очагов инфекционных заболеваний, подготовку сестринских кадров.

В 1933 г. при участии этого Союза организована служба санитарной авиации, что сыграло важную роль в развитии экстренной медицинской помощи населению в труднодоступных районах. Создавались новые лечебно-профилактические учреждения для детей и взрослых: «красные юрты» в районах Крайнего Севера, санитарные поезда и амбулатории, больницы, диспансеры и санатории, пионерские лагеря (в том числе и знаменитый Артек), пункты первой помощи в колхозах, на заводах. С 1937 г. началось формирование донорских кадров. Сложная внешнеполитическая ситуация требовала массового военно-санитарного обучения: возросло число кружков первой помощи, разработаны специальные учебные программы «Готов к санитарной обороне» (ГСО) для взрослого населения и для учащихся старших классов, «Будь готов к санитарной обороне» (БГСО) для учеников 5 — 6 классов школ. Курс предусматривал обучение приемам оказания первой помощи при травмах и отравлениях, получение навыков ухода за больными и ранеными, транспортировку пострадавших, изучение вопросов профилактики инфекционных заболеваний.

Особенно очевидной стала роль Союза Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца в годы Великой Отечественной войны, когда общество организовывало подготовку санитарных и сестринских кадров, обучение населения, помощь раненым в госпиталях, донорство, помощь эвакуированным

и беженцам, борьбу с эпидемиями. На курсах ускоренной подготовки продолжительностью 5,5 мес. были подготовлены тысячи медицинских сестер. Миллионы добровольцев, получивших подготовку по программам ГСО и БГСО, ухаживали за ранеными в госпиталях. Добровольные доноры спасли жизнь тысячам раненых. В 1944 г. утвержден нагрудный знак «Почетный донор СССР». Подготовленные в течение 2,5 мес. сандружинницы оказывали первую помощь раненым и выносили их с поля боя. На освобожденную от врага территорию направлялись представители Красного Креста, организовывавшие доставку одежды и питания для населения. Организовывались противоэпидемические отряды, которые обследовали и дезинфицировали жилища, строили бани и колодцы, следили за качеством питьевой воды.

После окончания войны при комитетах РОКК созданы шефские комиссии, которые взяли под свою опеку интернаты для инвалидов и детские дома, оказав помощь тысячам инвалидов и сирот. Принял Красный Крест и активное участие в массовом общественном движении по благоустройству населенных пунктов, профилактике заболеваний, повышению уровня санитарной культуры. РОКК вел активную работу совместно с Институтом санитарного просвещения Минздрава СССР по изданию, плакатов, таблиц, посвященных профилактике заболеваний. В ответ на увеличившуюся потребность общества в медико-социальной помощи инвалидам и нетрудоспособным Красный Крест создает патронажную службу сестер милосердия, переименованную в 1988 г. в Службу милосердия РОКК.

В настоящее время общество переживает нелегкие времена: распался Союз Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, затруднено финансирование РОКК, снизилось число его штатных сотрудников, появилась масса новых проблем. Эти проблемы, как правило, трудно разрешимы: вооруженные конфликты, рост числа беженцев и переселенцев, старение населения, увеличение числа инвалидов, беспризорных, снижение уровня жизни и т.д. Ухудшилась эпидемическая обстановка: растет заболеваемость туберкулезом, дифтерией, ВИЧ-инфекцией. Растет число наркоманов и алкоголиков. Участились случаи аварий и катастроф. В 1990 г. РОКК создало свою Спасательную службу при ЦК РОКК, краевых комитетах РОКК. Отряды Спасательной службы оказывают первую медицинскую помощь в горячих точках, при чрезвычайных ситуациях.

Большое значение имеет деятельность центра розыска и информации РОКК, который за последние годы получил сотни тысяч заявлений от российских и иностранных граждан с просьбой о розыске родственников, пропавших во время военных действий, межнациональных конфликтов и стихийных бедствий. С 1994 г. РОКК выплачивает компенсацию бывшим узникам концлагерей из средств, выделенных правительством Германии.

На территориях, подверженных радиоактивному заражению в результате аварии на Чернобыльской АЭС, РОКК организовало передвижные дозиметрические лаборатории, которые обследовали десятки тысяч пострадавших.

Важнейшим направлением деятельности РОКК является оказание

медико-социальной помощи слабо защищенным слоям населения. Оказание повседневной медико-социальной помощи на дому одиноким престарелым гражданам является по-прежнему главным в деятельности РОКК. Помимо этого вида обслуживания все большее значение приобретает создание центров медико-социальной помощи. В этих центрах пожилые люди, сохраняя привычный образ жизни, могут пройти простейшие медицинские процедуры, получить консультацию врача, юриста, социального работника, взять бесплатно напрокат предметы ухода за больным. В некоторых районах на базе городских и областных больниц организованы палаты (отделения), в которых проходят реабилитацию престарелые и инвалиды.

Еще одним аспектом деятельности РОКК является помощь беженцам и вынужденным переселенцам (в 1992 г. Центральный комитет РОКК разработал и утвердил Программу помощи беженцам и вынужденным переселенцам). Поддержка осуществляется в виде доставки одежды, обуви, продуктов питания и т.д.

Большое внимание РОКК уделяет санитарному просвещению населения. С этой целью организованы учебно-методические центры РОКК по преподаванию основ ухода за больными на дому и оказанию первой помощи. РОКК принимал активное участие в разработке Закона РФ «О донорстве крови и ее компонентов», вступившего в силу 01.09.93. В настоящее время значительное внимание РОКК уделяет развитию безвозмездного донорства.

К сожалению, следует отметить, что в настоящее время недостаточно скоординировано взаимодействие учреждений РОКК и органов социальной защиты.

8.3. Всемирная организация здравоохранения

Стремление к международному сотрудничеству в области здравоохранения присуще человечеству издавна. Особенно оно заметно в те периоды, когда государствам и народам угрожало резкое ухудшение здоровья населения, как правило в связи с войнами, эпидемиями и т.д.

Первым опытом международного сотрудничества в области здравоохранения явилось создание в 1838 г. Константинопольского высшего совета здравоохранения, состоявшего из чиновников турецкого правительства и делегатов нескольких европейских морских государств: Великобритании, Франции, Греции, России и др. Основными задачами совета были санитарный контроль иностранных судов в турецких портах, проведение карантинных мероприятий, информация о случаях эпидемических заболеваний. Впоследствии подобные советы были учреждены и в других странах Средиземноморья.

В 1851 г. в Париже состоялась первая Международная санитарная конференция, в которой приняли участие 12 государств, в том числе и Россия. Итогом работы этой конференции явилась Международная санитарная конвенция, определившая порядок морского карантина в районе Средиземноморья.

В начале XX в. были основаны две постоянные межправительственные организации здравоохранения: Панамериканское санитарное бюро (ПАСБ, 1902 г.) и Международное бюро общественной гигиены (МБОГ, 1907 г.). Главной задачей этих организаций было распространение информации по вопросам здравоохранения, особенно об инфекционных заболеваниях.

После первой мировой войны во многих странах начала работу Организация здравоохранения Лиги Наций (1923 г.), одновременно продолжали свою деятельность МБОГ и ПАСБ. При Организации здравоохранения Лиги Наций был создан ряд комиссий, в том числе и комиссия по борьбе с малярией.

В 1945 г. на конференции ООН в Сан-Франциско делегации ряда стран высказались за создание новой международной организации по здравоохранению. В 1946 г. в Нью-Йорке по решению Экономического и Социального совета при ООН была созвана международная конференция по здравоохранению, которая обсудила Устав Всемирной организации здравоохранения, который вступил в силу 7 апреля 1948 г. В ознаменование этого события 7 апреля объявлено Всемирным днем здоровья.

ВОЗ — одно из наиболее больших по составу специализированных учреждений ООН, наряду с ЮНЕСКО (Организацией ООН по вопросам образования, науки и культуры), ЮНИСЕФ (Фондом ООН помощи детям), ФАО (Организация ООН по вопросам продовольствия и сельского хозяйства) и др.

Деятельность ВОЗ определяется ее Уставом. Главной уставной целью ВОЗ является достижение всеми народами наивысшего возможного уровня здоровья.

Основными задачами ВОЗ являются: координация международной деятельности в области здравоохранения; предоставление государствам соответствующей информации; оказание помощи в вопросах здравоохранения; поощрение и развитие работы по борьбе с эпидемическими, эндемическими и другими болезнями, а также по охране психического здоровья; проведение совместных исследований в области здравоохранения; содействие в подготовке медицинских кадров и др.

Структура ВОЗ. По уставу высшим органом ВОЗ является Всемирная ассамблея здравоохранения, ежегодные сессии которой проводятся, как правило, в Женеве. Между сессиями ассамблеи высшим органом ВОЗ является Исполнительный комитет, состоящий из представителей 30 государств — членов ВОЗ, избираемых на 3 года. Сессии Исполнительного комитета проходят 2 раза в год. Текущую организационную работу ведет Секретариат ВОЗ, возглавляемый Генеральным директором.

Соответственно шести регионам ВОЗ имеет шесть региональных бюро: в Копенгагене — для стран Европы, в Вашингтоне — для стран Америки, в Браззавиле — для стран Африки, в Александрии — для стран Восточного Средиземноморья, в Маниле — для стран западной части Тихого океана, в Дели — для стран Юго-Восточной Азии. В региональных бюро работает примерно 4 тыс. чел. Следует отметить, что региональные бюро в последние десятилетия

получают все большую самостоятельность в своей работе.

Штаб-квартира ВОЗ расположена в Женеве. В ней работает более 1,4 тыс. сотрудников. Штаб-квартира является определяющим и координирующим звеном всей системы ВОЗ.

Программная деятельность ВОЗ. Наиболее важной для государств, входящих в ВОЗ, является программная деятельность ВОЗ по национальным и международным проблемам здравоохранения. В настоящее время ВОЗ осуществляет большое число различных программ и проектов. В так называемых Общих программах ВОЗ (на 1978 — 1983 гг. и на 1984 — 1989 гг.) отражены главные направления деятельности организации в целом: укрепление служб и систем здравоохранения, предупреждение заболеваний и борьба против них, охрана и оздоровление окружающей среды, совершенствование служб здравоохранения, подготовка кадров здравоохранения и т.д. Программы, осуществляемые ВОЗ, направлены на решение самых разнообразных проблем: борьбу с инфекционными заболеваниями, голодом, ликвидацию оспы, болезней тропиков, координацию медико-биологических исследований, проведение иммунизации и т.д.

Проблеме равнодоступности медицинской помощи была посвящена международная конференция ВОЗ под лозунгом «Здоровье для всех к 2000 году», состоявшаяся в 1978 г. в Алма-Ата. Данный лозунг означал, что главной социальной целью правительств и ВОЗ должно было стать достижение к 2000 г. такого уровня здоровья, которое позволит им вести полноценный образ жизни. Главная роль при этом отводилась совершенствованию ПМСП. Алма-Атинская конференция расширила понятие о первичной медико-социальной помощи. Декларация этой конференции легла в основу деятельности ВОЗ в области оказания ПМСП населению мира. Планированию и управлению в области лекарственных средств уделяет особое внимание ВОЗ. Вопросы эффективности и доступности основных лекарственных средств составляют одну из программных задач.

ВОЗ координирует работу научно-исследовательских центров, управляя научными исследованиями, проводимыми в рамках программной деятельности ВОЗ. Усилия ВОЗ направлены на координацию исследований, анализ, обобщение полученных данных и внедрение их результатов в практику здравоохранения.

Для подготовки медицинских кадров предложены следующие мероприятия: направление преподавателей в учебные заведения развивающихся стран с целью организации или улучшения преподавания той или иной дисциплины, помощь в организации новых учебных заведений, проведение курсов и семинаров, обеспечение поставок учебных материалов и оборудования и т.д.

Программа по психическому здоровью ставит своей целью создание более совершенных форм профилактики и лечения наиболее распространенных психических и неврологических заболеваний.

Проблемы окружающей среды обусловливают программную деятельность ВОЗ по таким вопросам, как коммунальное водоснабжение,

контроль за опасными физическими и химическими факторами окружающей среды, безопасность пищевых продуктов и т. д.

Экспертная деятельность ВОЗ. Для обеспечения высокого научного уровня деятельности ВОЗ и применения ее в практике последних достижений медицины большое значение имеют создаваемые ВОЗ экспертно-консультативные советы, комитеты экспертов и исследовательские группы.

Экспертно-консультативный совет — это группа видных специалистов из разных стран по какой-либо широкой дисциплине. Эти специалисты назначаются Генеральным директором по предложению государств — членов ВОЗ. Существует примерно 50 таких советов по самым различным проблемам: сердечно-сосудистым заболеваниям, радиации, иммунологии, загрязнению атмосферного воздуха, санитарной статистике и т.д.

Из состава совета могут быть созданы комитеты и исследовательские группы по более узким вопросам. Комитеты экспертов и исследовательские группы собираются на периодические сессии.

Издательская деятельность ВОЗ. Значительное место в деятельности ВОЗ занимает работа по выпуску специальной литературы по различным проблемам медицины и общественного здравоохранения. Основное периодическое издание — «Бюллетень ВОЗ». В нем освещаются актуальные вопросы медицины и здравоохранения. Кроме того, ВОЗ выпускает Серию технических докладов, в которой публикуются доклады экспертов ВОЗ, исследовательских и консультативных групп, объединенных комитетов ВОЗ и других учреждений. ВОЗ также выпускает следующие издания: «Хроника ВОЗ» — ежемесячное издание, которое содержит общие сведения о деятельности ВОЗ; иллюстрированный журнал «Здоровье мира», рассчитанный на широкого читателя; «Ежегодник мировой санитарной статистики», содержащий данные о заболеваемости и смертности населения; «Тетради общественного здравоохранения» с результатами индивидуальных и коллективных исследований. Кроме того, под общим названием «Официальные документы Всемирной организации здравоохранения» издаются отчеты о сессиях ассамблеи, Исполнительного комитета и региональных комитетов ВОЗ и другие официальные документы.

Контрольные вопросы и задания

1. Какова миссия обществ Красного Креста и Красного Полумесяца?
2. Расскажите о принципах деятельности Красного Креста.
3. В чем заключается деятельность РОКК на современном этапе?
4. Каковы составляющие деятельности ВОЗ?

Глава 9 НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ. РЕАНИМАЦИЯ

9.1. Понятие ухода за больными и виды ухода

Уход за больными является неотъемлемой составной частью лечения. В повседневной жизни под уходом понимают оказание больному помощи в удовлетворении им различных потребностей, к которым относится еда, питье, движение, смена белья, гигиенические процедуры, отправление естественных потребностей.

В медицине понятие «уход за больным» трактуется более широко. Под уходом понимают целый комплекс лечебных, профилактических, гигиенических и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на облегчение страданий больного, скорейшее его выздоровление и предупреждение осложнений заболевания: выполнение назначений врача (прием лекарственных средств, выполнение различных процедур и т.д.), диагностические манипуляции (сбор мочи, мокроты и кала для анализа и т.д.), подготовка к определенным исследованиям, наблюдение за состоянием больного, оказание первой доврачебной помощи, поддержание должной чистоты больного и окружающей его среды, предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и т.д.

Уход за больными подразделяется на общий и специальный.

Общий уход включает в себя мероприятия, в которых нуждается любой больной независимо от характера заболевания. Всем больным необходимы лекарственные средства, смена белья и т.д.

Специальный уход включает в себя мероприятия, которые применяются только по отношению к определенной категории больных (например, промывание мочевого пузыря больному с заболеваниями мочеполовых органов).

9.2. Организация ухода за больными

Организация ухода зависит от того, где находится больной (дома или в стационаре). В организации ухода за больным должны активно участвовать все медицинские работники, а также родственники и близкие больного (особенно если больной находится дома). Организует уход за больным врач независимо от того, где находится больной (в стационаре это лечащий врач, на дому — врач участковый). Именно врач дает указания относительно режима физической активности больного, питания, делает назначения лекарственных средств и т.д. Врач наблюдает за состоянием больного, за ходом и результатами лечения, постоянно контролируя правильность и своевременность выполнения необходимых лечебных и диагностических процедур.

Решающая роль в обеспечении ухода за больным принадлежит среднему

и младшему медицинскому персоналу. Медицинская сестра выполняет назначения врача (инъекции, перевязки, горчичники и т.д.) независимо от того, находится больной дома или в стационаре. Отдельные манипуляции общего ухода за больным в стационаре выполняет младший медицинский персонал, т.е. санитарки (уборка помещений, подача больному судна или мочеприемника и т.д.).

Особенности общего ухода за больными в стационаре. Особенностью стационарного лечения является постоянное нахождение большой группы людей круглосуточно в одном помещении. Это требует соблюдения больными и их близкими внутреннего распорядка стационара, санитарно-эпидемиологического режима, лечебно-охранительного режима.

Выполнение правил режима начинается с приемного отделения стационара, где при необходимости проводят санитарную обработку больного и переодевают его в больничную одежду (пижаму, халат). В приемном отделении больной и его близкие могут ознакомиться с правилами внутреннего распорядка стационара: часы сна у больных, подъема, завтрака, обхода врача, посещения родственников и т.д. Родственники больного могут ознакомиться со списком продуктов, разрешенных к передаче больным.

Одной из важнейших задач общего ухода за больным является создание и обеспечение в стационаре лечебно-охранительного режима.

Лечебно-охранительным режимом называют меры, которые направлены на обеспечение максимального физического и психического покоя больных. Лечебно-охранительный режим обеспечивается внутренним распорядком стационара, соблюдением назначенного режима физической активности, бережным отношением к личности больного.

Санитарно-гигиенический режим — комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекции внутри стационара. К этим мероприятиям относится санитарная обработка больных при поступлении в стационар, регулярная смена нательного и постельного белья, измерение температуры тела больным при поступлении и ежедневно во время пребывания больного в стационаре, дезинфекция, стерилизация.

Особенности общего ухода за больным на дому. Организация ухода за больным на дому имеет свои особенности, поскольку рядом с больным в течение суток большую часть времени проводят не медицинские работники, а близкие больного. Особенно важно правильно организовать уход за длительно болеющим дома.

Руководит организацией ухода обычно участковый терапевт. Манипуляции по уходу выполняет участковая медицинская сестра, родственники и близкие больного под руководством участкового врача и участковой медицинской сестры. Врач так же, как и в стационаре, назначает больному режим, диету, лекарственные средства.

Желательно, чтобы больной находился в отдельной комнате. Если это невозможно, то необходимо ширмой отделить часть комнаты, где находится больной. Кровать больного должна находиться вблизи окна, но не на сквозняке,

поскольку комнату надо несколько раз в день проветривать. Желательно, чтобы больной видел дверь. В комнате не должно быть лишних вещей, но в ней должно быть уютно. Необходимо проводить в комнате влажную уборку ежедневно. Не менее двух раз в день необходимо проветривать комнату, где находится больной. Если на время проветривания больного нельзя вывести из комнаты, то необходимо больного укрыть.

Существенным моментом ухода является правильное приготовление постели. Сначала на кровать стелится матрас в клеенчатом наматраснике, затем фланелевая подстилка, поверх нее простыня. На простыню кладется клеенка, а поверх клеенки стелятся по мере надобности сменяющиеся пеленки. Подушка и одеяло укладываются сверху.

Около кровати желательно постелить небольшой коврик. Под кроватью на подставке должно находиться (если больному назначен постельный режим) судно и мочеприемник.

Родственники и близкие больного должны обучиться приемам ухода за больным (или пригласить обученную сиделку).

Особенности ухода за больными пожилого и старческого возраста. С возрастом постепенно развиваются изменения во всех органах и системах живого организма: снижается острота зрения, слуха, снижается эластичность кожи и т.д. Течение болезней у пожилых людей также имеет свои особенности. Чаще всего у лиц пожилого и старческого возраста развиваются такие заболевания как атеросклероз, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания опорно-двигательного аппарата и т. д. Очень часто у таких больных наблюдается сочетание нескольких заболеваний. Многие заболевания протекают у пожилых и престарелых больных скрыто, без четких симптомов, со склонностью к осложнениям. Например, у этих больных инфекционные заболевания протекают без выраженной температурной реакции, что обусловлено снижением реактивности организма. «Стертые» симптомы наблюдаются и при острых хирургических заболеваниях (например, аппендиците), которые требуют немедленного оперативного вмешательства.

Лекарственные препараты действуют на пожилых медленнее. эффективность их ниже. Медикаментозная терапия требует большой осторожности. Пожилым людям нельзя сразу давать лекарственные средства на весь день. Не следует сложно объяснять действие лекарственных средств, так как больной может это забыть. Ухаживающий сам должен дать больному лекарство в определенное время. Пожилые и престарелые пациенты часто могут быть дезориентированы в пространстве и во времени (например, пациенту кажется, что он не дома, а на улице и ему надо идти в магазин). В такие моменты не следует противодействовать ему, а, наоборот, постараться «подыграть» ему, пойти с ним в «магазин» и через некоторое время он забудет о своей идее.

Для пожилых и престарелых больных большое значение имеет лечебно-охранительный режим. Поэтому для таких больных очень важно соблюдать режим сна и бодрствования, не нарушать их покой громкими звуками и т.д. Очень часто причиной нарушения ночного сна является не только бессонница,

но частое мочеиспускание именно ночью из-за возрастных особенностей функционирования почек. Поэтому необходимо, чтобы судно было под рукой у пациента именно ночью.

Большое значение для пожилых и престарелых больных приобретает уход за кожными покровами. Сухие участки кожи надо смазывать специальными кремами, своевременно удалять мозоли и т. д.

Особенное значение приобретает уход за кожными покровами при сахарном диабете, так как одним из его осложнений является так называемая диабетическая стопа, когда нарушение процессов микроциркуляции крови вследствие изменения сосудов при сахарном диабете может привести к гангрене нижних конечностей. Необходимо ежедневно осматривать кожные покровы стоп таких больных (если больному это затруднительно сделать самому из-за нарушения подвижности конечностей, то больной может осмотреть стопы, используя зеркало).

В тщательном уходе нуждаются пациенты с недержанием мочи. поскольку у них быстро появляются пролежни и опрелости. Для их предупреждения необходимо чаще подмывать больного, насухо протирать кожу промежности и смазывать кожу кремом (лучше детским).

Часто у пожилых и престарелых больных нарушается функция кишечника (из-за ослабления двигательной активности желудочно-кишечного тракта у больных наблюдаются запоры). В таких случаях лучше отказаться от клизм, поскольку они раздражают слизистую оболочку кишечника. Целесообразнее регулировать стул с помощью рациона: необходимо употреблять в пищу больше фруктов (яблок, чернослива и т.п.), овощей (свеклы), настоев таких лекарственных средств, как кора крушины или сенны, т. е. слабительных (настои этих трав пьют по 1/4 стакана в день за 30 мин до еды). Можно с послабляющей целью натощак ежедневно выпивать стакан холодной воды.

Иногда из-за геморроя акт дефекации становится болезненным. Для предотвращения этого необходимо до начала дефекации ввести в задний проход свечи с глицерином или с красавкой, а после дефекации подмыть область заднего прохода с мылом.

Часто у пожилых наблюдаются возрастные изменения в полости рта: развиваются различные заболевания слизистой оболочки полости рта, кариес зубов и т.д. Поэтому при уходе за пожилыми особое внимание следует обратить на уход за полостью рта. Им следует использовать солевые зубные пасты, чередуя их с пастами, содержащими фтор. Хорошо использовать при полоскании полости рта отвары лекарственных трав: шалфея, ромашки, каланхоэ и т.д. Для удаления остатков пищи из зубных промежутков можно использовать нити или одноразовые деревянные зубочистки. Особенно тщательно следует ухаживать за полостью рта при пользовании зубными протезами. С целью профилактики и своевременного лечения больному необходимо не реже 2... 3 раз в год консультироваться у стоматолога.

Отрицательно на самочувствии и состоянии здоровья сказывается гиподинамия. Поэтому уход за лицами пожилого и престарелого возраста

обязательно должен содержать комплекс физических упражнений, по возможности пребывание на свежем воздухе в течение 1,5...2 ч (или хотя бы частое проветривание комнаты, где находится больной).

Особенностями питания пожилых и престарелых является уменьшение энергетической ценности суточного рациона до 70...80% суточного рациона лиц возрастной группы 20... 30 лет за счет уменьшения количества углеводов (хлеб, сахар, кондитерские изделия, картофель). Пожилые должны ограничить потребление животных жиров, соли (жидкость ограничивается только при отеках).

9.3. Личная гигиена больного

Меры личной гигиены больного во многом зависят от положения больного — активного, пассивного, вынужденного. При активном положении больной может произвольно и самостоятельно изменять положение тела, при пассивном положении без посторонней помощи больной не может изменить положение тела. Вынужденное положение больной принимает для улучшения своего самочувствия, облегчения своих страданий. Пассивное положение больного в значительной мере усложняет уход за больным.

Смена нательного и постельного белья. Смена белья необходима не реже 1 раза в неделю, а также по мере загрязнения. Смена постельного белья зависит от режима физической активности, который назначил больному врач. Этот режим может быть общим (больному разрешается ходить и подниматься по лестнице), полупостельным (больному разрешается в сопровождении ходить в туалет, находящийся в палате), постельный (когда больному разрешается сидеть в постели и поворачиваться в постели) и строгий постельный (когда больному нельзя даже поворачиваться в постели). Методика смены белья (простыни) заключается в скатывании грязной простыни в рулон и в последующем расстилании чистой простыни, также предварительно скатанной в рулон. Больным со строгим постельным режимом смену белья производят в поперечном направлении, от головы, осторожно приподнимая верхнюю часть тела. Если режим постельный, то смену простыни проводят в продольном направлении, последовательно скатывая грязную, одновременно расправляя чистую простыню вдоль тела больного, переворачивая его на бок (рис. 9.1).

Снимают нательное белье (рубашку) после скатывания ее до затылка, освобождая вначале голову, затем руки. Надевают чистую рубашку в обратном направлении (рис. 9.2).

Уход за кожей, волосами, ногтями. Чтобы кожа могла нормально функционировать, она должна быть чистой. Для этого необходимо проводить ее утренний и вечерний туалет. Кожа загрязняется выделениями сальных и потовых желез, ороговением кожного эпителия и т.д. Загрязняется кожа и выделениями из мочеполовых органов и кишечника.

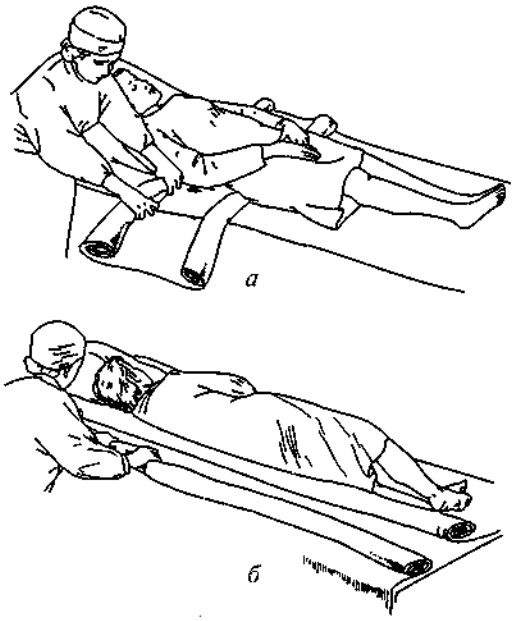

Рис. 9.1. Смена постельного белья у тяжелобольного: а — скатывание простыни в длину; б — скатывание простыни в ширину

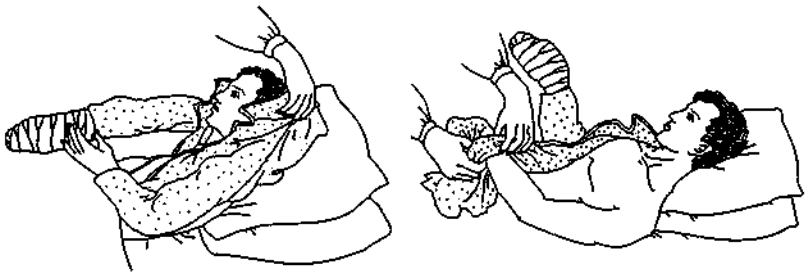

Рис. 9.2. Последовательное снятие рубашки с тяжелобольного

Больного следует мыть в ванне или под душем не реже 1 раза в неделю. Ежедневно больного необходимо умывать, мыть руки, подмывать. Если ванна и душ противопоказаны, то кроме ежедневного умывания, подмывания, мытья рук перед каждым приемом пищи и после туалета необходимо ежедневно обтирать больного ватным тампоном, смоченным водой, теплым камфорным спиртом или раствором уксуса (1 — 2 столовых ложки на 0,5 л воды). После обтирания следует насухо вытереть кожу.

Кожу промежности необходимо ежедневно обмывать. Тяжелобольных следует подмывать после каждого мочеиспускания (рис. 9.3). Для подмывания следует приготовить теплый (30...35°С) слабый раствор калия перманганата или воду, клеенку, судно, салфетку, пинцет или зажим.

Последовательность действий при этом такова:

уложите больного на спину, ноги должны быть согнуты в коленях и разведены;

постелите клеенку и поставьте на нее судно;

встаньте справа от больного и, держа кувшин с водой в левой руке, а зажим с салфеткой в правой, лейте воду на половые органы, а салфеткой производите движения от половых органов к заднему проходу, т. е. сверху

вниз;

сухой салфеткой осушите кожу промежности в том же направлении;

уберите судно и клеенку.

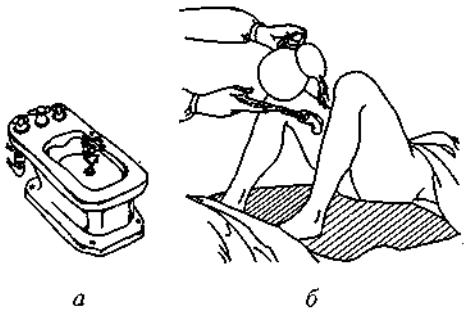

Рис. 9.3. Приспособления и способы ухода за промежностью: а — биде; б — способ подмывания больной

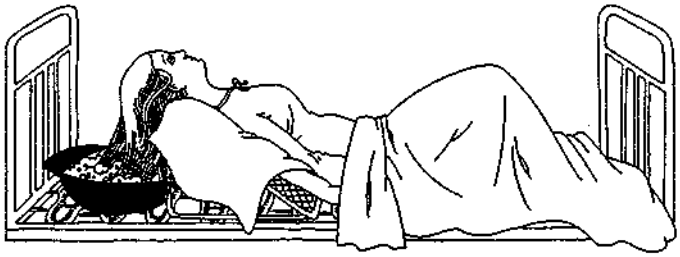

Рис. 9.4. Способ мытья головы тяжелобольного

Волосы больного необходимо ежедневно причесывать, а 1 раз в неделю мыть голову. При необходимости можно вымыть больному голову в постели (рис. 9.4).

Ногти на руках и ногах необходимо регулярно стричь, лучше это делать после гигиенической ванны или душа, мытья ног. При необходимости ноги можно вымыть в постели (рис. 9.5). После мытья ноги необходимо вытереть насухо, особенно кожу между пальцами. Ногти, особенно на ногах (они чаще бывают утолщенными), следует подрезать особенно осторожно, не закругляя в уголках, а срезая ноготь по прямой линии (во избежание врастания ногтя).

Уход за полостью рта, зубами, ушами, носом, глазами. Уход за полостью рта заключается в том, что больному необходимо после каждого приема пищи полоскать полость рта и чистить зубы не реже двух раз в день. Тяжелобольным необходимо 2 раза в день протирать полость рта и зубы антисептическим раствором (рис. 9.6). Для этого необходимо приготовить: ватные шарики, пинцет, 2%-и раствор соды или слабый раствор перманганата калия, или теплую кипяченую воду.

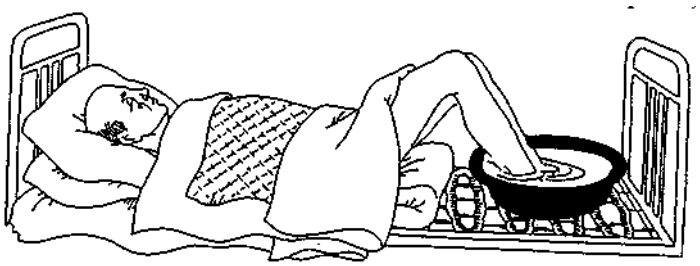

Рис. 9.5. Способ мытья ног тяжелобольного

Последовательность действий такова:

оберните язык салфеткой и левой рукой осторожно вытяните его изо рта;

смочите ватный шарик раствором соды и, снимая налет, протрите язык;

если больной может, то пусть прополощет рот теплой водой. Если больной самостоятельно прополоскать рот не может, то необходимо провести

Рис. 9.6. Туалет зубов и языка

орошение (промывание) полости рта, для чего наберите в резиновый баллон раствор соды или другого антисептика; голову больного поверните набок, шею и грудь прикройте клеенкой, под подбородок подставьте лоток; оттяните угол рта шпателем (вместо шпателя можно использовать ручку чисто вымытой столовой ложки), введите наконечник баллона в угол рта и струей жидкости промойте рот; промойте поочередно левое и правое защечное пространство;

перед обработкой полости рта съемные протезы следует снять. На ночь протезы нужно снимать и тщательно промывать под струей проточной воды с мылом. Хранят протезы в сухом стакане, а утром перед их надеванием снова промывают.

Уши необходимо регулярно мыть теплой водой с мылом. Серу, скапливающуюся в наружном слуховом проходе, следует осторожно удалить ватным тампоном, предварительно закапав в наружный слуховой проход 2...3 капли 3%-го раствора перекиси водорода. Чтобы закапать капли в ухо, голову больного нужно наклонить в противоположную сторону, а ушную раковину оттянуть назад и вверх. После закапывания капель больной должен оставаться в этом положении 1...2 минуты.

Выделения из носа следует удалить ватными жгутиками, вводя их в нос легкими вращательными движениями. Образовавшиеся корочки в носу можно удалить ватными жгутиками, смоченными растительным или вазелиновым маслом.

Для закапывания капель в нос надо наклонить голову больного в

противоположную сторону и слегка запрокинуть ее назад. Закапав капли в правый носовой ход, через I ...2 мин можно закапать их в левый носовой ход.

Выделения из глаз необходимо протереть или промыть раствором фурацилина или 1...2%-м раствором соды. Последовательность действий при протирании глаз такова:

тщательно вымойте руки;

смочив в растворе антисептика стерильный ватный тампон и, слегка отжав его, протрите им ресницы и веки по направлению от наружного угла глаза к внутреннему одним движением, после чего тампон надо выбросить;

возьмите другой тампон и повторите протирание 1 ...2 раза;

промокните остатки раствора сухим тампоном.

Последовательность действий при промывании глаз такова:

налейте в специальный стаканчик (для промывания глаз) назначенный врачом раствор и поставьте его на стол перед больным;

попросите больного взять правой рукой стаканчик за ножку и наклонить лицо так, чтобы веки оказались в стаканчике, прижать его к коже и поднять голову, при этом жидкость не должна вытекать;

больной должен часто поморгать в течение 1 мин; больной должен поставить стаканчик на стол, не отнимая его от лица;

налить в стаканчик свежий раствор, попросить больного повторить процедуру.

Закладывание глазной мази производится с помощью стеклянной палочки в положении больного сидя. Последовательность действий при закладывании мази из тюбика в глаз такова:

оттянуть нижнее веко больного вниз;

держать тюбик у внутреннего угла глаза и продвигать его, чтобы мазь, выдавливаясь, располагалась вдоль всего века на внутренней его стороне (рис. 9.7, а);

отпустить нижнее веко, чтобы мазь прижалась к глазному яблоку.

При закладывании мази в глаз из флакона с помощью стеклянной палочки (см. рис. 9.7,-а) необходимо: набрать мазь из флакона на стерильную стеклянную палочку, оттянуть нижнее веко больного, заложить палочку с мазью за оттянутое нижнее веко, отпустить нижнее веко, после чего больной должен сомкнуть веки.

При закапывании капель в глаз следует проверить соответствие капель назначению врача; набрать нужное количество капель в пипетку (2...3 капли

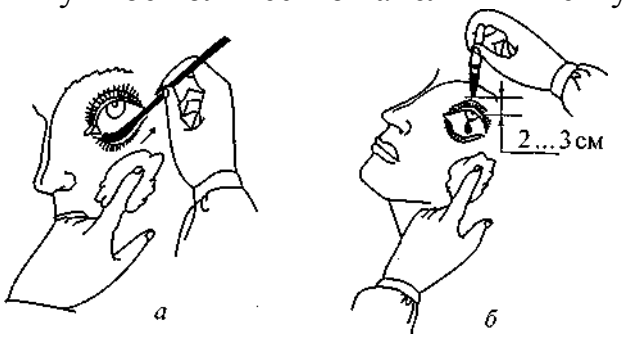

Рис. 9.7. Закладывание глазной мази (а) и закапывание глазных капель (б)

для каждого глаза);больной должен запрокинуть голову и посмотреть вверх; оттянуть нижнее веко и, не касаясь ресниц, закапать капли за нижнее веко (при этом следует помнить, что нельзя подносить пипетку к глазу ближе, чем на 1,5 см) (рис. 9.7, б).

Профилактика пролежней. Пролежни — омертвение кожи и мягких тканей в результате их длительного сдавливания между костями больного и поверхностью, на которой он лежит. Пролежни возникают у больных, долго находящихся в одном положении. В положении больного на спине чаще всего пролежни образуются в области лопаток, крестца, локтей, пяток, затылка. В положении больного на боку пролежни могут образоваться в области тазобедренного сустава. Пролежни представляют собой серьезную проблему для больного, его близких и медицинского персонала. Наличие пролежней доставляет больному не только физические страдания, но и оказывает на больного психологически неблагоприятное воздействие, так как чаще всего больные воспринимают наличие пролежней как свидетельство тяжести и безнадежности их состояния.

Лечение глубоких и инфицированных пролежней — процесс, который затягивается на несколько месяцев. Поэтому легче предупредить возникновение пролежней. Возникновению пролежней способствует также ряд других причин: травмирование кожи, даже самое незначительное (крошки на постели, рубцы и складки на белье, лейкопластырь); мокрое белье; скудное питание (приводящее к нарушению трофики кожных покровов); сахарный диабет; ожирение; заболевания щитовидной железы и т.д. Вредные привычки (курение и алкоголь) увеличивают вероятность развития пролежней. К пролежням очень быстро присоединяется инфекция. Пролежни развиваются в несколько стадий: белого пятна, красного пятна, пузыря, омертвения (некроза).

Профилактика пролежней подразумевает: смену положения больного каждые 2 ч; тщательное приготовление постели без складок, рубцов и крошек; проверку состояния кожных покровов при каждой смене положения больного; немедленную смену мокрого или загрязненного белья; соблюдение личной гигиены больного (ежедневное обмывание кожных покровов в местах наиболее вероятного появления пролежней теплой водой с последующими массирующими движениями, обработка кожных покровов растворами антисептика — 10%-м раствором камфорного спирта или 0,5%-м раствором нашатырного спирта, или 1 %-м раствором салицилового спирта, разведенного уксусом; подмывание после каждого мочеиспускания и дефекации); применение специальных противопролежневых матрацев; сбалансированное питание больного с повышенным содержанием углеводов и жиров для обеспечения максимальной мобилизации белков.

Применение судна и мочеприемника. Больным, которые находятся на строгом постельном режиме, для опорожнения кишечника в постель подают судно, а для опорожнения мочевого пузыря — мочеприемник (женщинам и при мочеиспускании подают судно). Судно может быть эмалированным или резиновым. У тяжело больных судно обычно находится постоянно под кроватью.

При подаче судна в постель следует:

подложить под таз больного клеенку;

ополоснуть судно теплой водой, оставив в нем немного воды;

левую руку подвести под крестец больного, помогая ему приподнять таз (ноги больного должны быть согнуты в коленях);

правой рукой подвести судно под ягодицы больного, чтобы промежность оказалась над отверстием судна;

прикрыть больного одеялом и оставить его одного;

вылить содержимое в унитаз, ополоснуть судно горячей водой (можно добавить в судно порошок типа «Пемоксоль»);

подмыть больного, тщательно осушить промежность, убрать клеенку;

продезинфицировать судно дезинфицирующим раствором (например, хлорамином).

При использовании резинового судна не следует его туго надувать, так как оно может оказывать на крестец значительное давление.

Перед подачей мочеприемника его следует ополоснуть теплой водой. Для удаления запаха мочевины мочеприемник можно ополоснуть чистящим средством «Санитарный-2».

9.4. Питание больных в стационаре

Питание больного является важнейшей составляющей ухода за ним. Лечебное питание — диетотерапия — неотъемлемая часть лечения при всех заболеваниях. Диетотерапия предполагает определенный качественный состав пищи, кулинарную обработку пищи и определенный режим питания. Наряду с режимом физической активности лечащий врач в стационаре (или дома) назначает соответствующую диету (лечебный стол). Номер диеты (стола) врач записывает в листе назначений (предусмотрено 15 лечебных диет). Палатная медицинская сестра, ежедневно проверяя лист назначений, передает эти сведения старшей сестре отделения, которая передает их на кухню стационара врачу-диетологу или диет-сестре, составляющей меню-раскладку.

Рассмотрим характеристику некоторых лечебных диет (столов).

Диета № 1 (1а, 16, 1в). Применяется при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, остром гастрите, обострении хронического гастрита (первые дни). Основная характеристика — максимальное механическое, химическое и термическое щажение. Вся пища в полужидком и пюреобразном виде.

Диета № 2. Применяется при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью, острых гастритах, заболеваниях кишечника (энтеритах и колитах). Диета механически щадящая, но способствующая повышению желудочной секреции. Пища вареная, запеченная, обжаренная без панировки.

Диета № 3. Применяется при хронических заболеваниях кишечника с преобладанием запоров. Основная характеристика- увеличение продуктов, богатых клетчаткой и усиливающих моторную функцию кишечника.

Диета № 4. Применяется при заболеваниях кишечника,

сопровождающихся поносами. Диета, механически, химически и термически щадящая кишечник. Блюда готовят на пару, в протертом виде.

Диета № 5 (5а). Применяется при заболеваниях печени и желчного пузыря. Основная характеристика — ограничение животных жиров и экстрактивных веществ. Повышенное содержание углеводов. Пища не измельчается. Жарение не допускается.

Диета № 7 (7а, 76). Применяется при заболеваниях почек. Основная характеристика — строгое ограничение жидкости, соли. Продукты в протертом виде, вареные или паровые.

Диета № 8. Применяется при ожирении. Основная характеристика — ограничение энергетической ценности рациона в основном за счет углеводов и жиров, ограничение соли до 3...5 г, жидкости до 1 л, экстрактивных веществ, пряностей и приправ. Увеличенное содержание растительной клетчатки.

Диета № 9. Применяется при сахарном диабете. Основная характеристика — ограничение или отсутствие легкоусвояемых углеводов, ограничение жиров животного происхождения. Пища в отварном или запеченном виде.

Диета № 10 (10а). Применяется при заболеваниях сердечнососудистой системы. Основная характеристика — ограничение поваренной соли, жидкости, животных жиров. Пища в отварном или запеченном виде.

Диета № 11. Применяется при туберкулезе и общем истощении. Основная характеристика — повышенная энергетическая ценность с большим количеством белков, жиров, углеводов, витаминов и солей (особенно солей кальция).

Диета № 13. Применяется при лихорадящих состояниях (острых и инфекционных заболеваниях). Диета содержит разнообразную, преимущественно жидкую, пищу с ограничением грубой клетчатки, молока, пряностей. Прием пищи малыми порциями до 8 раз в сутки.

Диета № 15. Применяется при всех заболеваниях при отсутствии показаний к назначению специальной диеты. Физиологическая полноценная диета с удвоенным количеством витаминов и исключением жирных мясных блюд.

Диета № 0. Применяется в первые дни после операций на желудке и кишечнике. Основная характеристика — химическое и механическое щажение. Прием пищи каждые 2 ч. Пища в жидком и желеобразном виде.

Чаще всего в стационаре применяется централизованное приготовление пищи, т.е. когда в одном помещении готовят пищу для всех отделений стационара, а затем доставляют пищу в каждое отделение. В каждом отделении имеется буфетная (раздаточная), где пищу подогревают. Если больному назначен общий режим, то больной принимает пищу в столовой. Если же режим больного постельный, то его кормят в палате.

Перед раздачей пищи необходимо проветрить палату, вымыть больному руки. Если состояние больного позволяет, то необходимо приподнять изголовье постели. Можно использовать надкроватные столики. Шею и грудь больного следует накрыть салфеткой. Для жидкой пищи можно использовать

специальный поильник (рис. 9.8, а), а полужидкую пищу можно давать ложкой (рис. 9.8, б). Во время кормления больному запретить разговаривать, так как пища может попасть в дыхательные пути.

Иногда питание больного через рот затруднено или невозможно. В таких случаях используют искусственное питание через зонд, введенный через рот, нос или гастростому.

В некоторых случаях питательные растворы вводят внутривенно капельно.

Больные в стационаре хранят продукты в прикроватной тумбочке и холодильнике. Продукты, хранящиеся в холодильнике, должны быть в целлофановых пакетах и подписаны (фамилия больного, номер палаты, дата помещения продуктов в холодильник). Медицинская сестра должна проверять содержимое тумбочек и холодильника с целью контроля срока годности продуктов.

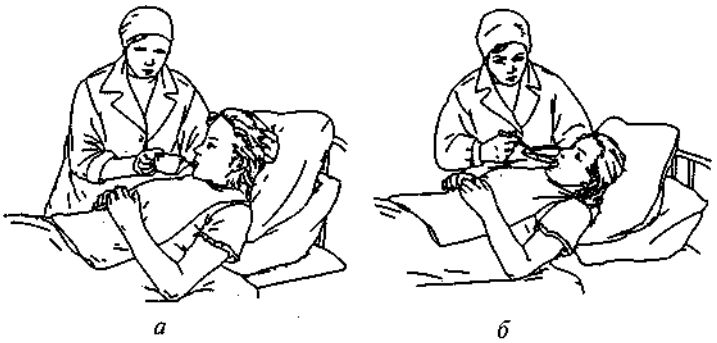

Рис. 9.8. Кормление тяжелобольных с использованием поильника (а) и ложки (б)

9.5. Термометрия. Уход за лихорадящими больными

У здорового человека температура тела в течение суток колеблется в очень небольших пределах и не превышает 37°С. Такое постоянство температуры обеспечивается сложной регуляцией процессов теплообмена в организме. Нарушение процесса теплопродукции в результате внешних и внутренних причин может привести к снижению или к повышению температуры тела. Повышение температуры тела называется лихорадкой. Чаще всего повышение температуры тела свидетельствует о наличии инфекционного (воспалительного) процесса в организме. Поэтому всем больным, находящимся на лечении в стационаре (независимо от профиля стационара), измеряют температуру тела не менее 2 раз в сутки.

Измерение температуры тела. Температуру тела обычно измеряют максимальным медицинским термометром. Максимальным его называют потому, что он показывает максимальную высоту подъема столбика ртути. Самостоятельно ртуть опуститься не может, так как этому препятствует резкое сужение капилляра в нижней его части. Возвратить ртуть в резервуар можно встряхиванием. Шкала термометра рассчитана на определение температуры тела с точностью до 0,1 °С. Медицинским термометром можно измерить температуру тела человека от 34 до 42° С.

При измерении температуры: встряхните термометр, чтобы ртуть опустилась в резервуар до самых низких показателей (ниже 35 °С). Протрите насухо подмышечную впадину больного, так как влажная кожа искажает показания термометра. Поместите термометр в подмышечную впадину так, чтобы резервуар термометра полностью соприкасался с кожей (больной должен прижать плечо к грудной клетке). Через 10 мин извлеките термометр и определите его показания.

Уход за лихорадящими больными. По степени подъема температуры различают лихорадку: субфебрильную (когда температура тела не выше 38°С), умеренную (38...39°С), высокую (39...41°С), чрезмерную (выше 41 °С).

В развитии лихорадки различают периоды подъема температуры, относительного постоянства температуры, снижения температуры. Период подъема температуры продолжается от нескольких часов до нескольких дней. Больной жалуется на озноб, недомогание, чувство ломоты в костях и мышцах, головную боль и т. д. В этот период необходимо тепло укрыть больного, положить к ногам теплые грелки, напоить чаем. Период относительного постоянства температуры может продолжаться от нескольких часов до нескольких недель и более. В этот период больному жарко, его беспокоит слабость, сухость во рту, снижение аппетита, головная боль и т.д. Не следует больного тепло укрывать. Необходимо давать больному как можно больше пить (чай, соки, морсы, минеральную воду). Кормить больного следует небольшими порциями, жидкой или полужидкой пищей. При выраженной сухости слизистых оболочек полости рта и губ следует их смачивать водой. Чрезмерная лихорадка у больного может вызвать бред и галлюцинации. Около такого больного следует находиться неотлучно, так как в таком состоянии больной может травмировать себя. Если состояние больного ухудшилось (участилось дыхание, пульс, снизилось артериальное давление и т.д.), то необходимо срочно сообщить об этом врачу. В этом периоде для снижения температуры тела можно обтереть кожные покровы водой с уксусом, водой со спиртом или водкой (чтобы усилить теплоотдачу), на голову положить пузырь со льдом, холодный компресс. В течение всего периода высокой температуры больной должен соблюдать строгий постельный режим, так как в любую минуту может начаться резкое снижение температуры тела.

В период снижения температуры резко усиливается теплоотдача. Снижение температуры может быть постепенным (так называемое лирическое падение температуры). Такое снижение переносится больным удовлетворительно. Резкое, в течение 1 ч, снижение температуры тела называется критическим и переносится больным крайне тяжело: падает артериальное давление, пульс становится нитевидным, больной испытывает значительную слабость. Кожные покровы становятся влажными, липкими, конечности холодеют. Такое состояние требует экстренной помощи. Необходимо приподнять ножной конец кровати на 30...40 см, убрать подушку из-под головы, вызвать врача (скорую помощь), обложить больного грелками, тепло укрыть его, дать крепкий сладкий чай, при улучшении состояния вытереть больного насухо, сменить нательное и постельное белье.

9.6. Простейшая физиотерапия

Простейшей физиотерапией называют воздействие на организм человека с лечебной целью различных природных факторов: воды, тепла, холода, света, и т.д.

Горчичники представляют собой листки плотной бумаги, покрытые тонким слоем порошка горчицы. На каждом десятом горчичнике указан срок годности всей партии. Хранить горчичники следует в сухом темном месте.

Показаниями к применению горчичников являются воспалительные заболевания верхних дыхательных путей (трахеит, бронхит, пневмония), гипертонический криз, стенокардия).

Нельзя применять горчичники при заболеваниях кожи, лихорадке, легочном кровотечении, опухолевых (онкологических) заболеваниях.

Перед использованием проверьте срок годности горчичников (горчица не должна осыпаться с бумаги). Налейте в емкость воду температурой 40...45°С, уложите больного; поочередно погружайте горчичники в воду и прикладывайте их к коже стороной, покрытой горчицей, укройте больного. Через несколько минут больной должен почувствовать теплоту и легкое жжение. Через несколько минут проверьте действие горчичников, поскольку иногда может быть повышенная чувствительность к их действию, выражающаяся в чрезмерном покраснении кожи и чувстве интенсивного жжения. Через 5... 10 мин снимите горчичники (кожа должна слегка покраснеть); оботрите кожу салфеткой, смоченной теплой водой, вытрите полотенцем и снова укройте больного.

Грелка используется с целью местного согревания отдельных участков и всего тела, для рассасывания хронических воспалительных очагов и т.д. Нельзя применять грелку при болях в животе, в первые сутки после ушиба, при кровотечениях, новообразованиях, повреждениях кожи.

Заполните грелку на 2/3 объема, вытесните из нее воздух. Завинтите пробку и проверьте грелку на герметичность (перевернув горловиной вниз). Перед подачей грелки больному оберните ее полотенцем. Через 5 мин проверьте, нет ли перегревания (в этом случае появится значительное покраснение кожных покровов). Чтобы не было ожога, при длительном применении грелки на кожу наносят вазелин или детский крем. Особую осторожность следует соблюдать, используя грелку для ослабленных и тяжелых больных, так как у них грелка может вызвать ожог.

Пузырь со льдом применяется при кровотечениях, высокой лихорадке, острых воспалительных процессах в брюшной полости, в первые сутки после ушиба и т.д. Пузырь наполняют только мелко наколотыми кусочками льда (ни в коем случае нельзя применять пузырь, наполненный цельным куском льда), плотно завинчивают крышку (предварительно удалив из пузыря воздух) и, обернув полотенцем, подают больному. Каждые 15...20 мин следует пузырь снимать на 5... 10 мин во избежание охлаждения больного.

Компресс — это лечебная многослойная повязка. Компрессы бывают

сухие и влажные, общие и местные. Влажные компрессы могут быть холодными, согревающими, горячими, лекарственными.

Холодный компресс вызывает охлаждение кожи и сужение кровеносных сосудов. Этот компресс применяют в первые часы после ушиба, при носовом кровотечении, при лихорадке. Для компресса необходимо смочить в холодной воде сложенную в несколько слоев мягкую ткань или марлю, отжать ее и приложить к соответствующему участку тела (на место ушиба, переносицу или лоб больного). Через каждые 2... 3 мин следует менять компресс, так как он быстро нагревается. Продолжительность всей процедуры от 5 до 60 мин.

Согревающий компресс вызывает рассасывающий и болеутоляющий эффект. Показаниями для применения согревающего компресса являются воспаления суставов, среднего уха, ушибы. Противопоказания для постановки согревающего компресса — повышение температуры тела, аллергические и гнойничковые высыпания на коже.

При постановке согревающего компресса следует смочить сложенную в 8 раз марлю водой комнатной температуры и отжать ее. Приложить марлю к больному участку тела, поверх марли положить компрессную бумагу большего размера (бумага должна полностью покрывать марлю), поверх бумаги положить слой ваты (должен полностью покрывать два предыдущих слоя). Закрепить слой ваты бинтом, чтобы компресс плотно прилегал к телу. Компресс оставляют на 8... 10 ч (лучше на ночь). Если компресс был наложен правильно, то кожа после снятия компресса должна быть теплой и влажной. Сняв компресс, его следует заменить сухой теплой повязкой.

Выраженным рассасывающим и болеутоляющим действием обладает горячий компресс. Его накладывают так же, как и согревающий, только салфетку смачивают горячей водой (60...70°С); сменяют его через 10 мин.

Иногда (по назначению врача) для смачивания марли используют различные лекарственные средства. В таком случае компресс будет лекарственным. Лекарственные средства, применяемые для компресса, могут вызвать раздражение, поэтому перед наложением компресса кожу необходимо смазать детским кремом или вазелиновым маслом. Если в качестве лекарственного средства используется спирт, то такой компресс следует менять чаще, через 4...6 ч, так как спиртовые компрессы высыхают быстрее.

9.7. Лекарственные средства

В зависимости от механизма действия лекарственных средств, пути введения лекарственных средств могут быть различными: через пищеварительный тракт, инъекции, местно и т.д.

При употреблении больным лекарственных средств следует помнить ряд правил. Лекарственные средства принимают только по назначению врача.

Чтобы принять таблетку, больной должен поместить ее на корень языка и запить водой (иногда рекомендуется перед употреблением таблетку разжевать). Порошки перед приемом надо высыпать на корень языка и запить водой или развести порошок перед приемом в воде. Драже, капсулы и пилюли принимают

в неизменном виде. Спиртовые настойки назначают в каплях, а капли отсчитывают или с помощью специальной капельницы в крышке флакона, или с помощью обычной пипетки.

Мази применяют различными способами, но всегда перед втиранием мази кожные покровы должны быть вымыты.

Средства, назначенные до еды, должны быть приняты больным за 15 мин до приема пищи. Средства, назначенные после еды, должны быть приняты через 15 мин после приема пищи. Средства, назначенные больному «натощак», должны быть приняты утром за 20...60 мин до завтрака.

Снотворные должны быть приняты больным за 30 мин до сна.

Нельзя без назначения врача отменять или заменять одни лекарственные средства другими.

Хранить лекарственные средства следует в местах, не доступных для детей. Нельзя хранить лекарственные вещества без этикеток или с истекшим сроком использования (такие лекарственные средства необходимо выбрасывать). Нельзя менять упаковку лекарственных средств, заменять и исправлять этикетки на лекарственных средствах.

Хранить лекарственные средства надо так, чтобы можно было быстро найти нужный препарат. Скоропортящиеся лекарственные средства надо хранить в холодильнике на отдельной от продуктов полке. Порошки и таблетки, изменившие свой цвет, непригодны к употреблению.

В стационаре оптимальным способом раздачи лекарственных средств является раздача лекарственных средств непосредственно у постели больного согласно листу назначений, причем больной должен принять лекарственное средство в присутствии медицинской сестры.

Различают следующие пути введения лекарственных веществ в организм:

энтеральные (т.е. через желудочно-кишечный тракт) — через рот, под язык, через прямую кишку. Чтобы принять лекарственное средство, надо поместить таблетку или порошок на корень языка и запить небольшим количеством воды (можно предварительно таблетку разжевать; драже, капсулы и пилюли принимают в неизмененном виде). В прямую кишку вводят лекарственные средства в виде клизм, свечей, наружного применения в виде компрессов, примочек, присыпок, мазей, эмульсий, болтушек и т.д. (наносить все эти средства на поверхность кожи нужно чистыми руками);

парэнтеральные (т.е. минуя пищеварительный тракт) различные инъекции (подкожные, внутримышечные, внутривенные), а также внутривенные капельные вливания.

Возможно введение лекарственных средств и в виде ингаляций (обычно при лечении заболеваний верхних дыхательных путей).

9.8. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов дыхания

К органам дыхания относятся легкие и дыхательные пути: носовая и ротовая полости, гортань, трахея, бронхи, легкие (левое и правое), которые делятся на доли и сегменты. В правом легком различают 3 доли и 10 сегментов

(3 в верхней доле, 2 в средней, 5 в нижней доле). В левом легком имеется 2 доли и 8 сегментов (4 в верхней доле и 4 в нижней). Дыхательные пути разделяются на верхние (нос, носоглотка, верхняя часть гортани) и нижние (нижняя часть гортани, трахея, бронхи).

Основной функцией органов дыхания является обеспечение организма кислородом, который необходим для нормальной жизнедеятельности всех органов и систем. В легких постоянно происходит газообмен, в результате чего кровь насыщается кислородом и освобождается от углекислого газа. Дыхание регулируется дыхательным центром и корой головного мозга. Раздражение дыхательного центра и усиление интенсивности дыхания возможны при повышении в крови концентрации углекислого газа и уменьшении концентрации в крови кислорода. Это наблюдается при физической нагрузке, эмоциональном напряжении, при различных заболеваниях органов дыхания.

Наблюдая за дыханием, следует определить частоту дыхания. ритм дыхания, глубину и тип дыхания. В норме дыхательные движения ритмичные. Частота дыхательных движений у взрослого в покое составляет 16... 20 в 1 мин. У спортсменов частота дыхательных движений может уменьшаться до 6...8 в 1 мин.

Поверхностное дыхание чаще наблюдается в покое, а при физической нагрузке дыхание становится более глубоким.

Типы дыхания различаются в зависимости от преимущественного участия в дыхательных движениях грудной клетки или живота. Соответственно различают грудной тип дыхания (чаще у женщин), брюшной (чаще у мужчин) и смешанный.

Чтобы определить частоту дыхательных движений, нужно взять больного за руку как при исследовании пульса (чтобы отвлечь внимание больного, так как больной может произвольно изменить частоту, ритм и глубину дыхания), а другую руку положить на грудь или верхнюю часть живота (в зависимости от типа дыхания больного) и подсчитать число вдохов за 1 мин.

При заболеваниях органов дыхания больные могут жаловаться на кашель (сухой или с мокротой), кровохарканье, одышку, удушье, боль в грудной клетке (как правило, усиливающуюся при кашле и глубоком дыхании).

Кашель — сложный рефлекторный акт, направленный на выведение из бронхов мокроты или инородных тел. Мокрота образуется в результате воспалительных процессов в бронхах или легких. По своему характеру мокрота может быть слизистой, гнойной, с кровью. Выделение крови или мокроты с кровью во время кашля называется кровохарканьем. Кровь в мокроте может быть в виде прожилок, сгустков или равномерно окрашивать мокроту. Иногда может выделяться алая пенистая кровь, что свидетельствует о легочном кровотечении. Кровохарканье и легочное кровотечение сопутствуют таким серьезным заболеваниям, как туберкулез легких, рак легких, абсцесс легких и т. д. Легочное кровотечение является состоянием, угрожающим жизни, и требует неотложной помощи. Больного необходимо усадить, немедленно вызвать врача (скорую помощь), положить на грудь пузырь со льдом, дать выпить стакан холодной соленой воды.

Одышка — увеличение частоты дыхания и изменение продолжительности вдоха и выдоха (при заболеваниях органов дыхания чаще всего затруднен именно выдох). Затрудненный вдох чаще наблюдается при наличии инородных тел в дыхательных путях.

Удушье — затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха. Внезапно развившийся приступ удушья называется астмой. Различают астму бронхиальную и сердечную. Приступ астмы любого происхождения требует оказания неотложной помощи. Во время приступа бронхиальной астмы больной отмечает затруднение выдоха. Обычно в процессе приступа бронхиальной астмы больной принимает вынужденное положение: сидит на кровати, наклонившись вперед и опираясь руками о край кровати. Дыхание больного свистящее, слышное на расстоянии, глубокое, редкое.

При приступе бронхиальной астмы необходимо вызвать врача (скорую помощь). Если больной пользуется ингалятором для купирования приступа удушья, то следует помочь ему воспользоваться ингалятором:

снять с баллончика защитный колпачок и повернуть баллончик вверх дном;

встряхнуть баллончик с аэрозолем;

на вдохе больного нажать на дно баллончика (больной должен охватить губами мундштук баллончика);

после вдыхания содержимого баллончика больной должен задержать дыхание на несколько секунд.

Количество доз аэрозоля определяется врачом.

При заболеваниях органов дыхания часто назначается общий анализ мокроты. Мокроту собирают утром, натощак. Предварительно больному необходимо прополоскать рот водой. Мокроту для общего анализа собирают в чистую посуду (лучше всего в стеклянную, с достаточно широким горлом).

При назначении бактериологического анализа мокроты больному выдается стерильная плевательница. Мокроту для этого исследования собирают также чаще натощак, причем при сборе мокроты больной не должен касаться краев плевательницы руками и ртом, а после откашливания следует сразу же закрыть плевательницу крышкой.

При заболеваниях органов дыхания часто больному назначается вдыхание кислородно-воздушной смеси, чтобы уменьшить кислородное голодание. Лечение кислородом называется оксигенотерапией. В стационаре для оксигенотерапии используется сжатый кислород, хранящийся в металлических баллонах. В крупных лечебных учреждениях используется централизованная подача кислорода, когда кислородные баллоны находятся в специальном изолированном помещении, откуда кислород поступает к дозиметрам, где он увлажняется и подается больному через узкую резиновую трубку (катетер). Если в лечебном учреждении нет централизованной подачи кислорода, то оксигенотерапия проводится непосредственно из баштана через катетер, а увлажняется кислород при этом в аппарате Боброва. В домашних условиях кислород подается больному из кислородной подушки, также обязательно увлажненным. Для увлажнения кислорода из подушки необходимо

обернуть мундштук 2... 3 слоями влажной марлевой салфетки. Затем мундштук прижимают ко рту больного и открывают кран подушки. Вдох больной делает ртом, а выдох носом.

9.9. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения

Сердечно-сосудистая система состоит из сердца и сосудов. Сердце обеспечивает перекачивание крови, притекающей к нему из вен, в артерии. Движение крови в сосудах обусловлено работой сердца. Главную массу сердца составляет мышца — миокард. Миокард есть средняя, наиболее массивная оболочка сердца. Помимо миокарда в сердце различают еще две оболочки: внутреннюю — эндокард и наружную — перикард. Эндокард выстилает камеры сердца — предсердия и желудочки, образуя две пары клапанов сердца.

Различают большой и малый круги кровообращения. Большой круг кровообращения начинается от левого желудочка аортой, в которую поступает кровь, выбрасываемая левым желудочком. Из аорты через систему артерий и капилляров кровь попадает в мелкие вены, которые, сливаясь, становятся все крупнее и образуют два крупных венозных ствола — верхнюю и нижнюю полые вены, впадающие двумя отдельными отверстиями в правое предсердие.

Заболевания органов кровообращения наиболее распространены. При заболеваниях органов кровообращения больные могут жаловаться на боли в сердце, сердцебиение, «перебои» в работе сердца, одышку и удушье (затруднен вдох или вдох и выдох), отеки на ногах, синюшное окрашивание кожи конечностей, ушных раковин, кончика носа, губ, головные боли.

При заболеваниях органов кровообращения необходимо исследовать пульс, измерить артериальное давление, подсчитать число дыхательных движений.

Пульс — ритмичные колебания стенок артерий, которые возникают при работе сердца, когда при его сокращении кровь поступает в аорту, а из нее в другие артерии.

1

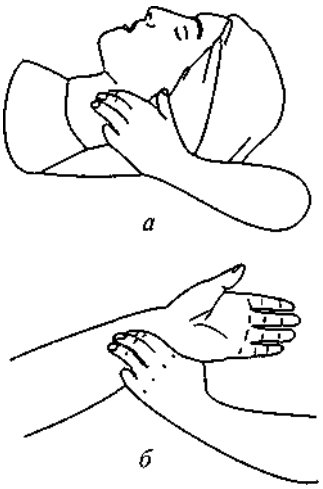

Рис. 9.9. Определение пульса: на шее (а) и запястье (б)

Наблюдение за больными. При исследовании пульса определяют его ритм, частоту, наполнение, напряжение, величину. Исследуют обычно пульс на сонной или лучевой артериях (рис. 9.9, аи б). Для исследования пульса необходимо, чтобы больной в течение 10... 12 мин находился в покое. При подсчете пульса больной должен сидеть или лежать. При исследовании пульса на лучевой артерии пульс нащупывают у основания большого пальца с внутренней стороны запястья вторым, третьим и четвертым, пальцами.

Если пульс ритмичный (т. е. удары следуют через равные промежутки времени), — то пульс можно подсчитать за 0,5 мин и затем результат умножить на 2, чтобы узнать частоту пульса за 1 мин. Если же пульс неритмичный, то необходимо подсчитать число ударов за 1 мин (нормальным считается пульс от 60 до 80 ударов в 1 мин).

Если колебания стенки лучевой артерии возникают через равные промежутки времени, то пульс можно назвать ритмичным. Напряжение пульса определяют по той силе, с которой надо прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратилось ее пульсовое колебание. Пульс может быть умеренного напряжения, напряженным (твердым), мягким.

Наполнение пульса определяется наполнением артерии кровью и зависит от количества крови, выбрасываемой в артериальную систему. По наполнению различают полный и пустой пульс.

Интенсивность пульса зависит от напряжения и наполнения пульса. Твердый и полный пульс будет большим, а мягкий и пустой — малым. Самый малый пульс называется нитевидным.

Артериальное давление отражает изменение силы давления крови на стенку сосудов (артерий) в зависимости от фаз сердечной деятельности. Артериальное давление измеряют с помощью специального аппарата (различных типов). Перед измерением артериального давления больной в течение 5... 10 мин должен находиться в покое. Больной должен находиться в положении лежа или сидя. Манжетку необходимо наложить на нижнюю треть плеча с такой силой, чтобы между манжеткой и поверхностью плеча проходил только один палец. Руку больного надо расположить в разогнутом положении. Соединить манометр с манжеткой, стрелка манометра должна находиться на нулевой отметке. Нащупать пульс на плечевой артерии в области локтевой ямки и поставить на это место фонендоскоп. Закрыть вентиль на груше и накачать в манжетку воздух до тех пор, пока показания манометра не достигнут уровня, превышающего на 30 мм тот уровень, при котором перестает определяться пульсация лучевой артерии. Открыть вентиль и медленно, со скоростью не более 20 мм в 1 с, выпускать воздух из манжетки, одновременно выслушивая тоны на плечевой артерии. При появлении первых звуков над плечевой артерией отметить уровень систолического (верхнего) давления. Диастолическое (нижнее) давление соответствует моменту прекращения тонов над лучевой артерией. Данные измерения артериального давления записываются в виде дроби: в числителе — систолическое давление, в знаменателе — диастолическое (например, 120/80 мм рт. ст.).

Измеряют обычно давление 2... 3 раза с промежутками в 1... 2 мин.

Артериальное давление повышается при физической нагрузке, эмоциональном возбуждении. Наблюдаются также и суточные колебания артериального давления: утром давление ниже, вечером — выше, а во время сна давление наиболее низкое.

Повышение артериального давления называется гипертензией, понижение — гипотензией.

Одной из самых распространенных жалоб при заболеваниях органов кровообращения являются жалобы на боли в сердце. Особенную опасность представляют коронарные боли, которые возникают при острой коронарной недостаточности. Такие боли носят приступообразный характер, причем возникают при однотипных условиях (быстрая ходьба, подъем на лестницу и т.д.). Боли сжимающие или давящие локализуются за грудиной, справа или слева от грудины, у конца грудины, иррадиируют (отдают) в левое плечо или лопатку, подбородок, шею, боли прекращаются или ослабевают после приема нитроглицерина через 1... 3 мин (максимум через 5 мин).

Первая помощь при неотложных состояниях. При возникновении у больного коронарных болей необходимо оказать больному первую помощь: придать больному полусидячее положение; дать больному под язык нитроглицерин (у некоторых больных прием нитроглицерина вызывает головную боль, что не является противопоказанием для приема нитроглицерина); на область сердца поставить горчичник. Если боли не проходят, то необходимо повторить прием нитроглицерина. Если после этого в течение 5 мин боли не проходят, необходимо вызвать скорую помощь.

Одышка, сердцебиение, отеки на ногах, акроцианоз являются проявлениями хронической недостаточности кровообращения. При данном состоянии необходимо приподнять верхнюю половину туловища больного, так как в этом положении уменьшаются одышка и удушье. Больным с недостаточностью кровообращения врач может назначить определение водного баланса — соотношение выпитой и выделенной жидкости. При этом учитывается не только вода, чай, молоко, но и супы, овощи и фрукты.

У больных с хронической недостаточностью кровообращения очень часто имеют место трофические изменения кожных покровов, особенно в местах отеков. Поэтому для этих больных особенно важна профилактика пролежней.

Диета больных с хронической недостаточностью кровообращения (стол № 10) предусматривает ограничение соли до 3... 5 г в сутки и жидкости до 800... 1000 мл в сутки, а также ограничение животных жиров.

Головная боль у больных с заболеваниями органов сердечнососудистой системы очень часто может быть проявлением гипертонического криза — резкого повышения артериального давления у больных гипертонической болезнью, сопровождающегося кроме головной боли головокружением, тошнотой, шумом в ушах, мельканием «мушек» перед глазами и т.д. В этих случаях необходимо измерить артериальное давление, вызвать врача (скорую помощь), уложить больного в постель с приподнятым головным концом, поставить горчичники к затылку и на икры; можно дать больному под язык таблетку нитроглицерина.

Одним из осложнений гипертонической болезни может быть острое нарушение мозгового кровообращения (по типу геморрагического инсульта). Обычно больной внезапно теряет сознание. Лицо чаще гиперимировано, носогубные складки асимметричны, дыхание «парусное» (больной дышит, «оттопыривая» одну щеку). В этом случае если больной лежит на полу, то трогать его не следует, под голову надо осторожно подложить невысокую подушку, голову осторожно повернуть на бок, так как у больного может быть рвота; необходимо срочно вызвать бригаду скорой помощи.

Основным признаком сердечной астмы является приступ удушья (затруднен вдох или вдох и выдох). Приступ удушья развивается, как правило, ночью, внезапно. Больной беспокоен, дыхание поверхностное, частое, до 40...50 в 1 мин. Больной принимает вынужденное положение: стоит или сидит, откинувшись и опустив ноги с кровати. Сердечная астма является проявлением острой сердечной недостаточности, которая, в свою очередь, может иметь место при самых различных заболеваниях органов сердечно-сосудистой системы: гипертонической болезни, пороков сердца, острого инфаркта миокарда и т.д.

При сердечной астме необходимо: вызвать скорую помощь, измерить артериальное давление, придать больному полусидячее (если артериальное давление понижено) или сидячее (если артериальное давление повышено) положение. Если систолическое артериальное давление не ниже 100 мм рт. ст., следует дать больному нитроглицерин под язык.

Обморок — это кратковременная потеря сознания, обусловленная остро возникшей недостаточностью кровообращения головного мозга вследствие спазма сосудов головного мозга. Обморок может возникнуть при эмоциональном волнении, испуге, резком болевом раздражении, виде крови и т.п., чаще у лиц молодого возраста, эмоционально лабильных. Перед потерей сознания больной чувствует головокружение, слабость, потемнение в глазах. Обморок длится 20...40 с, после чего сознание восстанавливается. Больного необходимо уложить, приподняв ноги, освободить от стесняющей одежды, обеспечить доступ свежего воздуха, дать понюхать нашатырный спирт, обрызгать лицо и грудь холодной водой, похлопать по щекам, растереть виски и грудь больного. Если после этого пострадавший не приходит в сознание, то необходимо вызвать врача. До прихода врача следует положить больного на бок (рис. 9.10, цифры обозначают последовательность действий). Если его оставить лежать на спине, то по мере углубления бессознательного состояния из-за расслабленности мышц пострадавший начнет задыхаться. Чтобы этого не произошло, необходимо:

стать на колени около лежащего на спине больного;

приподнять его ягодицы с той стороны, где вы находитесь, и подложить ближайшую к себе руку пострадавшего вниз под его ягодицу;

повернуть тело больного на себя, равномерно и одновременно притягивая его на противоположное плечо и бедро;

запрокинуть голову пострадавшего и освободить его руку, лежащую внизу, согнуть ногу, находящуюся сверху, в колене;

проверить, свободно ли больной дышит в этом положении, если дыхание больного становится затрудненным, в сознание он

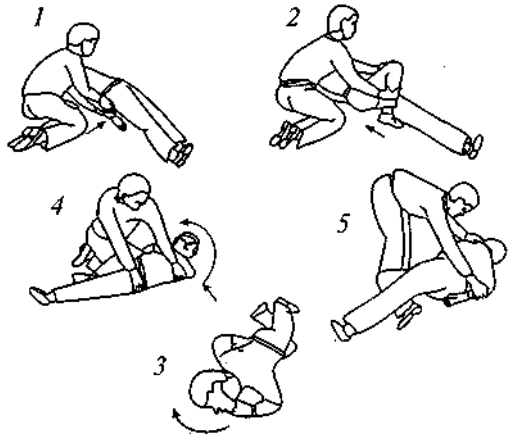

Рис. 9.10. Этапы поворота тела больного на бок: 1...5 — последовательность действий

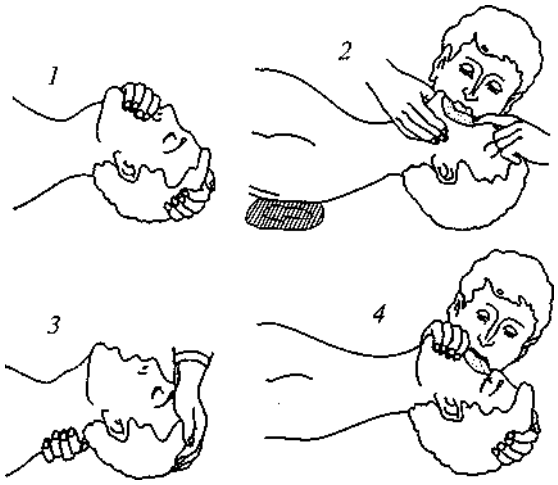

Рис. 9.11. Проведение искусственного дыхания больного:
1... 4 — последовательность действий

не приходит, то приступить к искусственному дыханию (рис. 9.11, 1... 4 — последовательность действий).

Коллапс — это более тяжелое, чем обморок, проявление острой сосудистой недостаточности. Коллапс может быть при острой кровопотере, гриппе и других инфекционных заболеваниях, остром инфаркте миокарда и т.д.

Чаще всего коллапс развивается остро: появляется выраженная слабость, головокружение, шум в ушах. Сознание больного сохранено, но больной заторможен, безучастен к окружающему, почти не реагирует на внешние раздражители. Больной бледен, кожные покровы влажные, черты лица заострены, взгляд безразличный, зрачки широкие. Артериальное давление резко снижено: систолическое давление часто ниже 80 мм рт. ст., пульс частый, слабого наполнения и напряжения (нитевидный). В этом случае следует немедленно вызвать врача (скорую помощь), уложить больного с

приподнятыми ногами, укрыть, к ногам положить грелки, обеспечить доступ свежего воздуха.

9.10. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов пищеварения

К органам пищеварения относятся полость рта, глотка, пищевод, желудок, кишечник. В процессе пищеварения участвует также поджелудочная железа и печень (наряду с другими своими функциями).

Процесс пищеварения начинается в полости рта под воздействием слюны. По пищеводу пища, благодаря работе мускулатуры, поступает в желудок. В желудке пища подвергается воздействию желудочного сока, содержащего соляную кислоту и пищеварительные ферменты, главным из которых является пепсин, переваривающий белки. Из желудка пища поступает в 12-перст-ную кишку, где подвергается воздействию панкреатического сока, поступающего в 12-перстную кишку из поджелудочной железы. В 12-перстную кишку поступает также и желчь из желчного пузыря, влияющая на переваривание жиров (наряду с панкреатическим соком). Желчь поступает в желчный пузырь из печени, где она вырабатывается.

Основными симптомами заболеваний органов пищеварения являются боли в животе, изжога, отрыжка, тошнота, рвота, нарушение аппетита, расстройство стула и т.д.

Как правило, боли в животе при заболеваниях органов пищеварения связаны с приемом пищи. В случае возникновения болей в животе нельзя ставить больному грелку, давать какие-либо лекарственные средства, ставить клизму и давать слабительное, так как это может привести к тяжелым осложнениям. В случае возникновения приступообразных болей необходимо вызвать врача (скорую помощь).

Изжога — ощущение жжения в верхней части живота и за грудиной, возникающее в результате заброса кислого желудочного содержимого в пищевод. Обычно изжога уменьшается или полностью исчезает после приема питьевой соды или молока.

Отрыжка — поступление в полость рта воздуха, газа или небольшой порции желудочного содержимого. Чаще всего отрыжка возникает при повышенном газообразовании в желудке вследствие нарушения пищеварения в нем.

Рвота — это сложный рефлекторный акт, при котором содержимое желудка выбрасывается наружу через рот (иногда через нос). Рвоте может предшествовать тошнота и слюнотечение. Обычно рвота желудочного происхождения приносит больному облегчение. Причиной рвоты могут быть не только заболевания органов пищеварения, но и заболевания, приводящие к нарушению мозгового кровообращения (гипертоническая болезнь, инсульт, опухоль мозга и т.д.), так называемая рвота центрального происхождения. Как правило, рвота при этих заболеваниях наступает внезапно, без предшествующей тошноты; упорна и облегчения не приносит. При рвоте любого происхождения больной нуждается в помощи.

Если позволяет состояние больного, то его необходимо усадить, надев на него клеенчатый фартук, подставить к ногам ведро или таз, при рвоте голову больного придерживать, встав сзади и справа от него и положив ладонь на лоб больного). После рвоты необходимо прополоскать больному рот и обтереть лицо полотенцем.

Рвотные массы оставляют до прихода врача, врач даст указание, отправлять или нет рвотные массы на анализ (в случае отравления неизвестным ядом рвотные массы направляют в судебно-медицинскую лабораторию на экспертизу).

Если больной настолько ослаблен, что не в состоянии при рвоте принять сидячее положение или находится без сознания, то следует повернуть голову больного на бок (или, если это возможно, повернуть на бок самого больного) во избежание попадания рвотных масс в дыхательные пути, шею и грудь больного накрыть полотенцем, подставить ко рту больного емкость для рвотных масс. После каждого рвотного движения прополоскать рот водой или раствором питьевой соды (1 чайную ложку на стакан воды).

Необходимо внимательно осмотреть рвотные массы. Если в рвотных массах появилась алая кровь или они имеют вид кофейной гущи, то это свидетельствует о кровотечении (соответственно из пищевода или из желудка), что является состоянием, требующим неотложной помощи.

При желудочном кровотечении необходимо уложить больного с приподнятыми ногами, вызвать врача (скорую помощь), положить на живот пузырь со льдом, больному нельзя давать пить и есть.

Кроме желудочного кровотечения при некоторых заболеваниях органов пищеварения может быть кишечное кровотечение. В зависимости от локализации патологического процесса кишечное кровотечение проявляется появлением у больного дегтеобразного стула (при кровотечении из верхних отделов пищеварительного тракта) или появлением в стуле алой крови (при заболеваниях нижележащих отделов пищеварительного тракта (рак прямой кишки, геморрой и т.д.). В случае появления у больного перечисленных выше симптомов его необходимо уложить с приподнятыми ногами, положив холод на живот, и вызвать врача (скорую помощь).

9.11. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями почек и мочевыводящих систем

К органам мочевыделения относятся почки, мочеточники, мочевой пузырь, уретра. С мочой выводятся продукты обмена веществ в организме, вода и соли. Моча образуется в почках. Оттуда моча по тонким эластичным трубкам-мочеточникам поступает в мочевой пузырь и выделяется наружу через мочеиспускательный канал (уретру).

Наблюдение за больным. У здорового человека за сутки выделяется 1200... 1500 мл мочи. Мочеиспускание должно быть 4... 5 раз в сутки. Количество выделенной мочи зависит от количества употребленной жидкости.

Наиболее частыми симптомами заболеваний почек и мочевыводящих путей являются боли, расстройство мочеиспускания, отеки, повышение

температуры тела, повышение артериального давления.

Боли при заболеваниях почек и мочевыводящих путей могут быть различного характера (тупыми, постоянными или острыми, приступообразными), локализуясь, как правило, в области поясницы, над лобком, по ходу мочеточников.

Расстройство мочеиспускания может проявляться учащением или затруднением мочеиспускания. При заболеваниях почек и мочевыводящих путей может быть задержка мочеиспускания (острая и хроническая).

Первая помощь при неотложных состояниях. Острая задержка мочи — отсутствие мочеиспускания в течение 8 ч и более. Острая задержка мочеиспускания часто наблюдается после операций или после родов и обусловлена в этих случаях чаще всего отсутствием привычки мочиться в горизонтальном положении или присутствием посторонних. При задержке мочеиспускания необходимо оставить больного одного или придать больному вертикальное положение, чтобы он помочился; попытаться вызвать рефлекс на мочеиспускание звуком вытекающей из крана воды или орошением наружных половых органов теплой водой.

При хронической задержке мочи для осуществления акта мочеиспускания больные вынуждены в течение нескольких минут тужиться, чтобы помочиться: Моча при этом выделяется тонкой струей, иногда по каплям. Позывы на мочеиспускание частые и нередко бесплодные. В таких случаях опорожнение мочевого пузыря невозможно, хотя он переполнен. У больного появляются ложные позывы на мочеиспускание и сильные боли в области мочевого пузыря.

При заболеваниях почек и мочевыводящих путей возможно непроизвольное выделение мочи. Различают недержание мочи (когда моча выделяется непроизвольно без позыва на мочеиспускание) и неудержание мочи (когда моча выделяется непроизвольно при неудержимом позыве на мочеиспускание). Если больной, страдающий недержанием мочи, находится на постельном режиме, то у такого больного особенно легко образуются пролежни. Поэтому таким больным особенно тщательно надо проводить профилактику пролежней. Как правило, в этих случаях пользуются мочеприемниками.

При заболеваниях почек и мочевыводящих путей может развиться почечная колика — неотложное состояние, требующее немедленного оказания помощи больному. Проявляется почечная колика интенсивными приступообразными болями в пояснице, которые отдают в пах, внутреннюю поверхность бедра, часто сопровождаются рвотой, учащенным болезненным мочеиспусканием, повышением температуры тела.

В этих случаях нужно уложить и успокоить больного, вызвать врача (скорую помощь), на поясницу положить грелку.

9.12. Наблюдение и уход за больными при заболеваниях органов эндокринной системы

Эндокринная система включает в себя железы внутренней секреции, т. е.

органы, которые выделяют свой секрет не в просвет полых органов (как, например, пищеварительные железы), а в кровь. К эндокринным органам относятся гипофиз, щитовидная железа, поджелудочная железа (которая одновременно является железой внешней и внутренней секреции), надпочечники, половые железы (также являющиеся железами со смешанной секрецией), вил очковая железа, паращитовидная железа.

Железа — это орган, вырабатывающий особые вещества, называемые гормонами, которые являются жизненно необходимыми, осуществляя регуляцию всех органов и систем организма.

Гипофиз является придатком головного мозга. Эта железа внутренней секреции располагается на основании костей черепа. Несмотря на свои очень небольшие размеры гипофиз оказывает огромное влияние на деятельность всех желез внутренней секреции. Гипофиз состоит из двух долей: передней и задней. Передняя доля гипофиза вырабатывает гормон роста, при чрезмерной деятельности передней доли гипофиза развивается гигантизм (когда рост человека становится гигантским). При понижении деятельности передней доли гипофиза развивается гипофизарная карликовость (рост человека замедляется и прекращается). Задняя доля гипофиза вырабатывает гормоны, регулирующие деятельность других желез внутренней секреции: щитовидной железы, надпочечников, половых желез и т.д.

Щитовидная железа вырабатывает гормон тироксин, для чего необходим йод (содержащийся в воде и пищевых продуктах). Тироксин оказывает влияние на интенсивность обменных процессов в организме. При нарушении функции щитовидной железы нарушается выработка тироксина, а следовательно, и обмен веществ (повышение или понижение его). Очень часто причиной нарушения функции щитовидной железы является недостаток в воде и почве йода, который участвует в образовании гормона щитовидной железы — тироксина.

Нарушение выработки поджелудочной железой ее гормона инсулина является одной из причин развития такого тяжелого заболевания эндокринной системы, как сахарный диабет. Сахарный диабет является вторичным фактором риска многочисленных заболеваний, в первую очередь заболеваний органов сердечно-сосудистой системы. При сахарном диабете нарушается, главным образом, углеводный обмен, что выражается изменением показателей сахара в крови и моче. Одними из проявлений сахарного диабета, представляющими серьезную опасность для жизни больного, являются коматозные состояния (т.е. потеря сознания), диабетическая и гипогликемическая комы. Особенную опасность представляет гипогликемическая кома (развивается вследствие резкого снижения сахара крови, когда нарушается питание, в первую очередь, клеток коры головного мозга), которая в отличие от диабетической комы развивается очень быстро, за несколько минут. Перед тем как потерять сознание в предкоматозном состоянии больные могут жаловаться на дрожь в теле, потливость, подергивание мышц вокруг рта, двоение в глазах, повышенную агрессивность, чувство голода и т.д.

Первая помощь при гипогликемии заключается в том, что больному

немедленно надо дать съесть или выпить что-нибудь сладкое: стакан сладкого чая, кусок сахара, конфету, кусок булки. В случае потери сознания немедленно вызвать скорую помощь.

Признаками гипергликемии, т.е. нарастания уровня сахара в крови, является ухудшение самочувствия больного: нарастает сухость во рту, усиливается кожный зуд, появляется слабость. При появлении таких признаков больному следует пойти в поликлинику на прием к врачу-эндокринологу или вызвать врача на дом. Если не принимать мер, то состояние больного будет ухудшаться и может развиться диабетическая кома, т. е. больной впадет в бессознательное состояние.

9.13. Первая помощь при некоторых неотложных состояниях и травмах

Первая помощь включает в себя все те меры, которые необходимо предпринять на месте несчастного случая. Первая помощь оказывается до прибытия квалифицированных специалистов; она может быть оказана на месте происшествия самим пострадавшим (самопомощь), его товарищем по несчастью (взаимопомощь), окружающими и т.д.

К первой помощи относятся: временная остановка кровотечения, наложение стерильной повязки на рану, восстановление работоспособности сердца и легких (реанимация), транспортная иммобилизация и т.д. Первая помощь должна быть оказана в максимально ранние сроки после происшествия во избежание осложнений и гибели пострадавшего.

Первоочередные меры первой помощи включают в себя осмотр места происшествия, эвакуацию из опасной зоны, реанимацию, остановку кровотечений и т.д.

Приступая к оказанию первой помощи, надо определить последовательность (порядок) ее приемов, что зависит от конкретной ситуации. Сначала выполняют те приемы, от которых зависит сохранение жизни пораженного, или те, без которых невозможно выполнить последующие приемы первой помощи.

Все приемы первой помощи должны быть щадящими, так как грубые вмешательства могут ухудшить состояние больного.

При многих несчастных случаях спасатель сам может оказаться пострадавшим, поэтому при оказании первой помощи следует позаботиться о собственной безопасности (например, поражение электрическим током).

Первая помощь при кровотечениях. Кровотечения являются наиболее опасными состояниями, угрожающими жизни. Под кровотечением понимается выхождение крови из поврежденных кровеносных сосудов. В зависимости от характера поврежденного сосуда различают кровотечения: артериальные (наиболее опасные для жизни пострадавшего, так как за короткий срок может вытечь большое количество крови; кровь при этом ярко-алой окраски, изливается пульсирующей струей); венозные (кровь темная, течет непрерывно без пульсации); капиллярные (кровоточит вся поверхность раны);

паренхиматозные (возникает при повреждении внутренних органов — печени, селезенки, легких, почек; всегда опасны для жизни).

Кровотечения могут быть наружными и внутренними. При наружном кровотечении кровь вытекает через рану кожных покровов и видимых слизистых (носовое кровотечение) или из полостей (маточное кровотечение). При внутреннем кровотечении кровь изливается в ткани, орган или полости.

В зависимости от вида кровотечения и имеющихся при оказании первой помощи средств осуществляют временную или окончательную остановку крови.

При наиболее опасном для жизни артериальном кровотечении временная остановка кровотечения достигается наложением жгута, наложением закрутки, фиксированием конечности в положении максимального сгибания, прижатием артерии выше места ее повреждения (сонная артерия прижимается ниже раны).

Самый доступный и быстрый способ временной остановки артериального кровотечения — пальцевое прижатие. Артерии прижимают в местах, где они проходят вблизи кости или над ней (рис. 9.12).

Выполнив пальцевое прижатие сосуда, надо быстро наложить, где это возможно, жгут или закрутку и стерильную повязку на рану. Жгут (закрутку) накладывают на бедро, голень, плечо (рис. 9.13) и предплечье выше места кровотечения, ближе к ране, на одежду или мягкую подкладку, чтобы не повредить кожу.

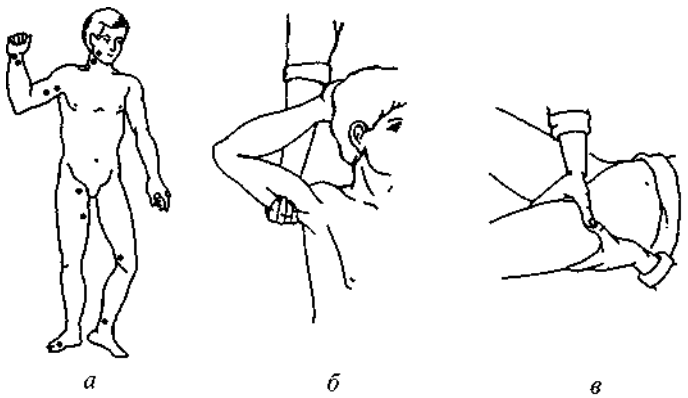

Рис. 9.12. Места и способы прижатия артерий к костям для временной остановки кровотечения:

а — места прижатия; б — пальцевое прижатие плечевой артерии; в — пальцевое прижатие бедренной артерии

Его накладывают с такой силой, чтобы остановить кровотечение. При слишком сильном сдавливании тканей могут повредиться нервные стволы. Правильность наложения жгута контролируется отсутствием пульса на нижележащем участке артерии. Под жгут обязательно надо подложить записку с указанием даты и времени наложения жгута (с точностью до 1 мин). Конечность, перетянутую жгутом, тепло укрывают (особенно зимой, но не обкладывают грелками). Жгут нельзя держать более 1,5... 2 ч во избежание омертвения конечности ниже места наложения жгута (не более 2 ч в теплое время года и не более 1 ч зимой). Если с момента наложения жгута прошло 2 ч,

а кровотечение не остановлено, то после пальцевого прижатия артерии медленно, под контролем пульса, надо ослабить жгут на 5... 10 мин и затем снова наложить его немного выше предыдущего места. Такое временное снятие жгута повторяют каждый час, пока пораженному не окажут хирургическую помощь, при этом каждый раз делают отметку в записке.

При отсутствии жгута артериальное кровотечение может быть остановлено с помощью закрутки или путем максимального сгибания конечности и ее фиксации в этом положении. Для остановки кровотечения с помощью закрутки используют веревку, скрученный платок, полоску ткани (рис. 9.14).

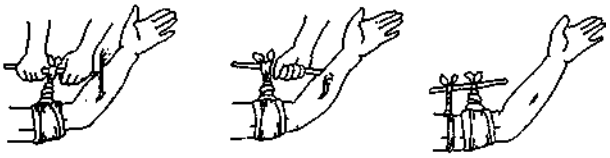

Рис. 9.13. Этапы наложения жгута-закрутки на плечо

Временная остановка наружного венозного и капиллярного кровотечения проводится наложением давящей стерильной повязки на рану и приданием поврежденной части тела приподнятого положения по отношению к туловищу. В некоторых случаях временная остановка этих видов кровотечений может быть окончательной.

При внутренних кровотечениях на предполагаемую область кровотечения необходимо положить холодный компресс, а пострадавшего немедленно отправить в лечебное учреждение.

Первая помощь при поражении электрическим током и молнией. Тяжесть поражения электрическим током зависит от вида тока (постоянный, переменный), силы тока, напряжения, влажности кожи, электропроводности одежды (сухая, мокрая) и от индивидуальной реакции организма. На месте контакта с проводником электротока возникают электроожоги в виде «меток» или «знаков» — черные или белые струпы с ободком из мелких пузырьков, наполненных прозрачной жидкостью.

Общие поражения электрическим током могут привести к остановке дыхания и сердца. Оказывая первую помощь необходимо: прекратить действие тока на пострадавшего, т. е. выключить источник тока (вынуть вилку из розетки, погасить свет, выключить рубильник), отбросить провод от пострадавшего сухой палкой, стоя на сухом месте (рис. 9.15). Если невозможно отбросить провод, то нужно перерубить его, воспользовавшись предметом с изолированной ручкой и стоя при этом на изолирующей поверхности (куске резины, сухой доске, свертке одежды и т.д.).

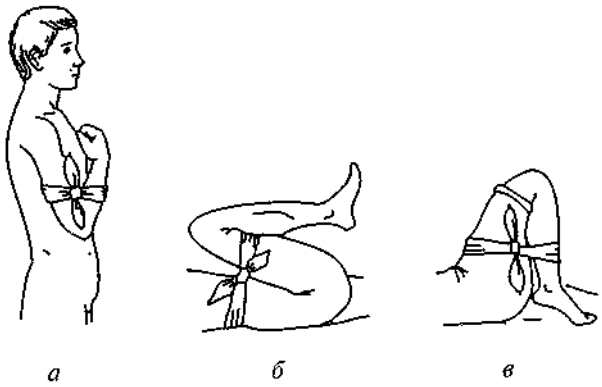

Рис. 9.14. Фиксация конечностей в положении предельного сгибания

для временной остановки кровотечения: а — в локтевом сутаве; б — в коленном суставе; в — в тазобедренном суставе

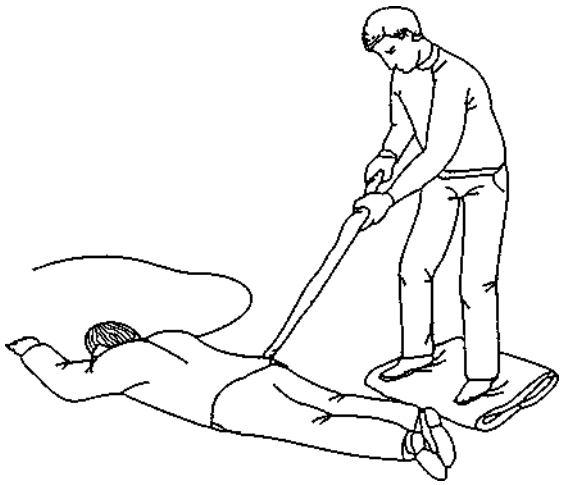

Рис. 9.15. Отодвигание провода сухой палкой от пострадавшего

Далее следует оттащить пострадавшего от источника тока, используя сухие предметы и изолирующую поверхность, помня при этом, что нельзя касаться голыми руками обнаженных частей тела пострадавшего, находящегося под током.

Если пульс и дыхание сохранены, но нет сознания, надо проверить, не западает ли язык, и предотвратить удушение, после чего надо вызвать скорую помощь и до ее приезда внимательно следить за дыханием и пульсом, если они прекратятся — приступать к реанимации. На «метки» тока надо наложить стерильную повязку.

При поражении молнией первая помощь аналогична описанной выше. Категорически недопустимо пораженных молнией закапывать в землю.

Первая помощь при утоплении. Тяжесть состояния утонувшего зависит от того, был ли он здоров до того, как попал под воду, а также от температуры воды, от того, морская или пресная вода. Различают три типа людей, извлеченных из воды без признаков жизни:

«белый» утонувший — кожа бледная, так как пострадавший в воде не дышал и вода не успела попасть в легкие (клиническая смерть наступила из-за

инфаркта, от рефлекторной остановки сердца и т.д.); именно эта категория пострадавших наиболее легко поддается реанимации;

«синий» утонувший — кожные покровы синюшные, шейные вены не вздуты, воды в легких не очень много, так как клиническая смерть наступила из-за спазма голосовой щели;

«синий» утонувший — со вздутыми шейными венами, в легких много воды (вода даже проникла в кровь); реанимировать такого пострадавшего труднее всего.

Если извлеченный из воды в сознании, надо его успокоить, снять мокрую одежду, согреть, переодеть в сухую одежду, укутать, напоить горячим чаем или кофе, после чего отправить в больницу, так как одним из осложнений утопления является пневмония.

Если у пострадавшего отсутствуют дыхание и сердцебиение, то приступают к реанимационным мероприятиям, но в зависимости от типа утонувшего с различиями в порядке действий. У «белых», утонувших нужно проверить проходимость верхних дыхательных путей, очистить рот и нос от тины, песка и т.п., после чего проводить непрямой массаж сердца и искусственное дыхание по обычной методике. У «синих» утонувших после очищения носоглотки необходимо до начала реанимации удалить воду из верхних дыхательных путей. Для этого спасатель кладет пострадавшего грудью на бедро своей согнутой в колене правой ноги, надавливая на спину пострадавшего левой рукой, чтобы удалить воду из верхних дыхательных путей (в течение не более 20... 30 с). При этом не следует пытаться удалить всю воду, так как это неосуществимо. После выхода воды из верхних дыхательных путей (примерно около 1 л), нужно сразу же приступить к искусственному дыханию и непрямому массажу сердца, которые надо продолжать до приезда бригады скорой помощи.

Первая помощь при тепловом и солнечном ударах. Тепловой удар возникает тогда, когда теплоотдача затруднена (из-за высокой температуры окружающего воздуха и влажности, слишком теплой одежды и т.п.), а теплопродукция увеличена (например, при физической нагрузке). Разновидностью теплового удара является солнечный удар, обусловленный прямым воздействием солнечных лучей на незащищенного человека.

При легкой форме теплового и солнечного ударов отмечаются вялость, головная боль, тошнота и рвота, учащенные дыхание и пульс, чуть расширенные зрачки, незначительное повышение температуры тела.

Среднетяжелая форма характеризуется вялостью, сильной головной болью, рвотой, периодическими обмороками. Движения пострадавшего неуверенные. Пульс и дыхание учащены, кожные покровы красные, потные. Температура тела выше 39...40°С.

Тяжелая форма может возникнуть внезапно, она характеризуется стойкой потерей сознания, судорогами, возбуждением. Иногда появляется бред. Дыхание поверхностное, частое, неритмичное, пульс частый, слабый. Лицо вначале красное, потом бледно-синюшное. Кожа сухая, горячая, иногда покрыта липким потом, температура тела достигает 41 ...42°С.

При оказании первой помощи пострадавшего надо срочно удалить из тепловой зоны в место, защищенное от солнечных лучей и открытое для ветра, освободить от одежды, лучше раздеть до пояса, смочить лицо холодной водой, на голову и шею положить холодные компрессы, дать выпить обильное питье (воду, негорячий чай, кофе.

Пострадавшего с тяжелой формой теплового или солнечного удара после удаления из тепловой зоны надо срочно доставить в больницу. Поскольку у потерявшего сознание возможно западение языка, то транспортировать больного без сознания нужно в положении на боку, лицом вниз.

Первая помощь при ранениях, ушибах, вывихах и переломах. Раной называется повреждение целостности кожных покровов, слизистых оболочек и глубоких тканей, рана причиняет боль пострадавшему, сопровождается кровотечением.

Раны могут быть огнестрельными, резаными, рублеными, колотыми, ушибленными, размозженными, рваными, укушенными. Все раны, кроме операционных, считаются первично инфицированными, так как микробы попадают в рану вместе с ранящим предметом, землей, частями одежды, воздухом, при касании раны руками и т.д.

Микробы, попавшие в рану, могут вызвать ее нагноение, рожистое воспаление, анаэробную инфекцию (газовую гангрену). Наиболее опасным осложнением ран является их заражение возбудителями столбняка. С целью его профилактики при всех ранениях, сопровождающихся загрязнением, особенно землей, а также при размозжении тканей пострадавшему вводят противостолбнячный анатоксин. С профилактической целью население подвергают вакцинации против столбняка в плановом порядке.

Для профилактики заражения необходимо как можно раньше наложить на рану асептическую повязку, которая предупредит дальнейшее поступление в рану микробов и остановит кровотечение.

Асептика — предупреждение попадания микробов в рану. Асептика достигается строгим соблюдением правила: все, что соприкасается с раной, должно быть стерильным. Нельзя руками трогать рану, удалять из нее осколки, обрывки одежды, использовать для закрытия раны нестерильный материал. Антисептикой называются мероприятия, направленные на уменьшение количества микробов или их уничтожение в ране. В процессе оказания первой помощи при ранениях широко применяют настойку йода, этиловый спирт, растворы перманганата калия, бриллиантовой зелени и т.д.

Наложение повязки на рану называется перевязкой. Повязка состоит из двух частей: внутренней, которая соприкасается с раной, и наружной. Внутренняя сторона повязки должна быть стерильной. Перед наложением повязки надо обнажить рану, не загрязняя ее и не причиняя боли пораженному. Перед наложением повязки кожные покровы вокруг раны надо обработать настойкой йода. Верхнюю одежду (в зависимости от характера раны, погодных и местных условий) снимают или разрезают. Сначала снимают одежду со здоровой стороны, затем — с пораженной. В холодное время года во избежание охлаждения, а также в экстренных случаях у пораженных в тяжелом состоянии

одежду разрезают в области раны. Нельзя отрывать от раны прилипшую одежду, ее надо осторожно обрезать и затем наложить повязку.

При наложении повязок необходимо стараться не причинять излишней боли. Бинт следует держать в правой руке, а левой удерживать повязку и разглаживать ходы (туры) бинта. Бинт раскатывают, не отрывая от повязки, слева направо, каждым последующим ходом перекрывая предыдущий ход наполовину. Повязка накладывается не очень туго (кроме тех случаев, когда требуется давящая повязка), чтобы не нарушить кровообращение, но и не очень слабо, чтобы она не спадала с раны.

В качестве перевязочного материала используют вату, марлю, косынки и т.д. Из марли изготавливают табельные перевязочные средства: пакеты перевязочные медицинские, бинты стерильные и нестерильные, стерильные большие и малые повязки и т.д. Существует множество различных типов наложения повязок на раны (в зависимости от места ранения и типов ран).

Ушиб — механическое повреждение мягких тканей без нарушения их целостности. Основными признаками ушибов являются боль, припухлость, изменение цвета кожи.

Первая помощь при ушибах заключается в наложении давящей повязки и применении холода (пузыря со льдом, бутылки с холодной водой и т.д.). Пострадавшие с ушибами головы нуждаются в медицинском обследовании, чтобы исключить переломы костей черепа и сотрясение мозга.

Вывих — нарушение положения суставных поверхностей внутри сустава. Вывихи чаще происходят в шаровидных суставах (плечевом, тазобедренном). Признаками вывиха являются изменение внешнего вида сустава, болезненность и ограничение движений в суставе, изменение длины конечности. При попытке произвести движение в суставе оказывающий помощь ощущает пружинистое сопротивление, а пострадавший испытывает боль. Нельзя пытаться вправить вывих без участия специалиста-медика, поскольку это может привести к серьезным осложнениям!

Первая помощь при вывихе заключается в фиксации руки на косынке, а ноги с помощью транспортной шины, охлаждении сустава и отправке пострадавшего в травматологический пункт или больницу.

Перелом — нарушение целостности костей. Переломы возникают при падениях с высоты, ударах, резких движениях. Различают переломы позвоночника, костей черепа, таза, конечностей. Наиболее частый вид переломов в быту — переломы конечностей (у лиц престарелого возраста, особенно у женщин, чаще всего бывает перелом шейки бедра).

Различают переломы без смещения и со смещением костных отломков. Признаки перелома конечностей — боль при движении, припухлость на месте перелома, укорочение или искривление конечности, неправильное положение периферической части конечности, подвижность отломков. Различают переломы закрытые и открытые (когда кости прорывают кожу и возникает кровотечение, образуется рана). Перелом опасен прежде всего тем, что при движении отломков у пострадавшего может быть болевой шок и кровотечение.

При переломе нельзя: исправлять необычное положение конечности;

вправлять отломки костей при открытом переломе; снимать одежду или обувь, если это не вызвано необходимостью перевязать рану или остановить кровотечение; переносить пострадавшего куда-либо без фиксации (иммобилизации) отломков.

Основное правило оказания первой помощи при переломах — выполнение в первую очередь тех приемов, от которых зависит сохранение жизни пострадавшего: остановка артериального кровотечения, оказание помощи при травматическом шоке, а затем наложение стерильной повязки на рану и проведение иммобилизации подручными средствами (рис. 9.16). Основная цель иммобилизации — достижение неподвижности костей в месте перелома. При этом уменьшается боль, что способствует предупреждению травматического шока. Иммобилизация выполняется с помощью шин (специальных или сделанных из подручных средств). Приемы иммобилизации должны быть щадящими. При иммобилизации необходимо фиксировать два ближайших сустава (выше и ниже места перелома). Такая иммобилизация называется транспортной.

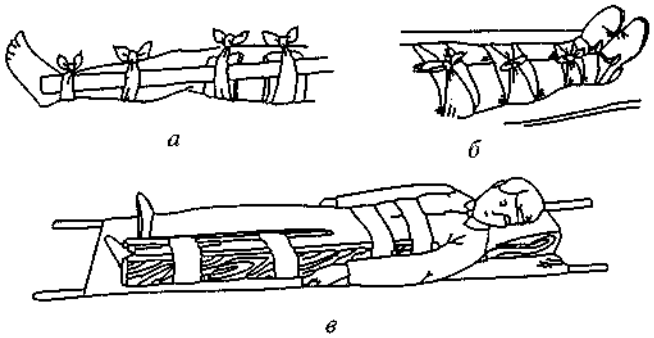

Рис. 9.16. Приемы иммобилизации:

а — фиксация перелома голени с помощью подручных средств; б — способ создания неподвижности сломанной конечности по методу «нога к ноге»; в — иммобилизация при переломе бедра с помощью подручных средств

Нельзя накладывать шину на голое тело; шину крепят на одежду или покрывают мягким материалом. Нельзя также допускать, чтобы концы шины врезались в кожу. Неправильно наложенная шина может навредить пострадавшему! Фиксировать шину лучше не узкими полосками ткани или ремнями, а бинтами, плотно прибинтовывая шины к руке или ноге. Но, фиксируя шину, нельзя очень сильно перетягивать конечность, поскольку это может нарушить нормальное кровообращение. В зимнее время иммобилизованную конечность надо утеплить.

При открытом переломе необходимо: остановить кровотечение, кожу вокруг раны смазать спиртовым раствором йода, наложить повязку (используя индивидуальный пакет, бинт или просто чистую ткань), провести иммобилизацию и транспортировать пострадавшего.

Первая помощь при судорогах. Судороги — непроизвольные сокращения мышц. Причинами возникновения судорог могут быть: эпилепсия, опухоли головного мозга, острые нарушения мозгового кровообращения, эклампсия беременных и т.д.

Первая помощь при судорогах заключается в том, чтобы до приезда бригады скорой помощи предупредить травмы, в том числе и прикусывание языка, для чего в угол рта больного между зубами следует вставить свернутую ткань, например угол полотенца, но не твердый предмет. Удерживать больного от ушибов следует осторожно, без грубых усилий. Не следует также будить больного, он должен проснуться самостоятельно (при приступе эпилепсии).

9.14. Реанимация

Состояние, когда отсутствует дыхание и кровообращение и не обеспечивается потребность организма в кислороде, называется терминальным (процесс угасания функций организма или умирание). Терминальное состояние может развиться при остром инфаркте миокарда, массивной кровопотере, удушении, утоплении, поражении электрическим током и т.д.

Установлено, что организм человека продолжает жить некоторое время после остановки дыхания и прекращения сердечной деятельности, несмотря на то что прекращается поступление в организм кислорода, без которого невозможно существование живого организма. Наиболее чувствительна к кислородному голоданию организма человека кора головного мозга. При отсутствии поступления кислорода в организм кора головного мозга погибает в течение нескольких минут.

В терминальном состоянии выделяют три фазы: предагональное состояние, агонию, клиническую смерть.

В предагональном состоянии сознание больного сохраняется, но оно «спутано», артериальное давление снижается ниже 60 мм рт. ст., пульс резко учащается и становится нитевидным, дыхание учащается и углубляется, кожные покровы бледнеют.

В стадии агонии больной находится в бессознательном состоянии, пульс и артериальное давление не определяются. Зрачки расширены, температура тела снижается на 1...2°С, возникают судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация (из-за паралича сфинктеров). Продолжительность этого периода различна: от нескольких минут до нескольких часов.

Клиническая смерть — состояние «между жизнью и смертью», когда прекратились функции жизненно важных органов (дыхания и кровообращения), но при этом в тканях не произошли необратимые изменения. Пульс на периферических артериях отсутствует, артериальное давление равно нулю, дыхание отсутствует, зрачки широкие и не реагируют на свет. В обычных условиях в течение 4... 6 мин организм остается жизнеспособным. В этот короткий период еще возможно восстановление жизненно важных функций организма с помощью реанимации. В более поздние сроки наступают необратимые изменения в тканях и клиническая смерть переходит в биологическую. В состоянии биологической смерти отсутствуют дыхание и сердечная деятельность, роговица помутневшая, наступает трупное окоченение, появляются трупные пятна.

При отсутствии дыхания и сердечной деятельности, в состоянии клинической смерти, необходимо срочно приступить к реанимационным мероприятиям.

Реанимация — это оживление организма. Реанимационные мероприятия направлены на восстановление жизненно важных функций организма, в первую очередь дыхания и кровообращения. Реанимационные мероприятия включают в себя массаж сердца и искусственное дыхание. Чем раньше будут начаты реанимационные мероприятия, тем вероятнее благоприятный исход. Основными элементами реанимации являются искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.

Прежде чем приступить к реанимационным мероприятиям, необходимо определить у больного или пострадавшего наличие дыхания и кровообращения.

Установить наличие дыхания можно следующим образом: увидеть колебания грудной клетки при вдохе и выдохе, услышать шум дыхания, почувствовать (движение воздуха при выдохе чувствуется щекой).

При остановке дыхания больной находится без сознания, пульс прощупывается, усиливается посинение кожи. Во избежание кислородного голодания головного мозга, прекращения сердечной деятельности необходимо немедленно приступить к искусственному дыханию.

Рис. 9.17. Методы искусственного дыхания: а — «изо рта в рот»; б— «изо рта в нос»

Последовательность действий при искусственном дыхании. Искусственное дыхание осуществляется путем вдыхания воздуха в легкие больного по принципу «изо рта в нос» или «изо рта в рот» (рис. 9.17). Для осуществления искусственное дыхание «изо рта в рот» необходимо выполнить следующие мероприятия: положить больного на спину на жесткую поверхность, подложив под плечи больного валик (чтобы голова больного запрокинулась); очистить полость рта от слюны, слизи, рвотных масс и т. п. пальцем, салфеткой, платком; встать справа от больного, подложить под шею правую руку и приподнять шею (при этом голова больного запрокидывается и его дыхательные пути, закрытые до этого запавшим языком, открываются (рис. 9.18); большим и указательным пальцами левой руки зажать нос больного; убрать правую руку из-под шеи и, надавив ею на подбородок, открыть рот больному; положить на рот больного салфетку; глубоко вдохнув, плотно прижать

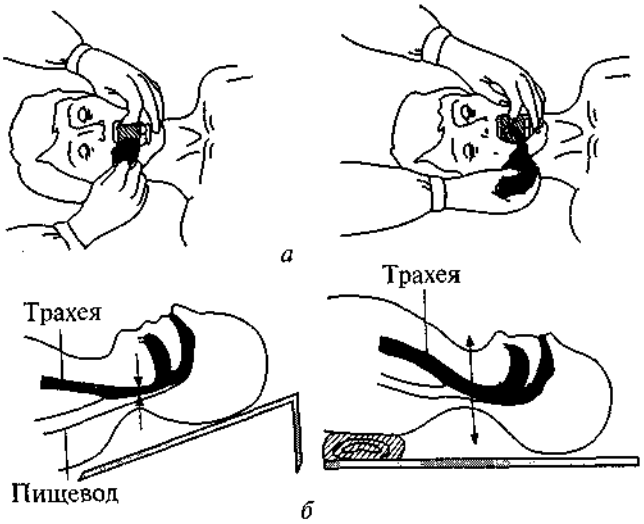

Рис. 9.18. Очищение полости рта (а) и расположение дыхательных путей пострадавшего (б)

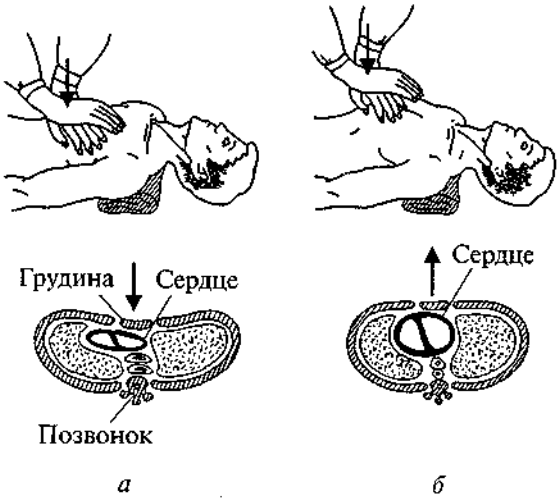

Рис. 9.19. Непрямой массаж сердца: а — «систола»; б—«диастола»

свой рот ко рту больного (через салфетку), с усилием выдохнуть в рот больного, смещая при этом его нижнюю челюсть кверху для предупреждения западения языка. Вдувать воздух 14 ... 18 раз в течение 1 мин.

При проведении искусственного дыхания способом «изо рта в нос» рот больного должен быть закрыт, а нижняя челюсть смещена кверху.

Искусственное дыхание проводится до тех пор, пока пострадавший не начнет самостоятельно дышать или до оказания квалифицированной помощи. Проводя искусственное дыхание у пострадавшего с остановкой дыхания, надо ежеминутно проверять наличие кровообращения. Если признаки кровообращения исчезли, то нужно выполнить совместно искусственное дыхание с непрямым массажем сердца.

Наличие кровообращения можно установить и наблюдать, определяя пульс. Пульс обычно измеряют на запястье и на шее. При терминальном

состоянии пульс определяют обычно на шее (сонной артерии), так как при этом состоянии пульс на запястье уже не определяется. Для этого необходимо установить пальцы на шее больного в области гортани («адамова яблока»), а затем сместить пальцы по шее.

При отсутствии сердечной деятельности необходимо приступить к непрямому массажу сердца.

Непрямой массаж сердца. Для проведения непрямого массажа сердца необходимо расположиться сбоку от больного, лучше справа (рис. 9.19). Больной должен находиться на твердой поверхности и на таком уровне по отношению к спасающему, чтобы спасающий мог надавливать на грудину руками, выпрямленными в локтевых суставах. Как правило, это возможно лишь при положении больного на земле или на полу. Если же больной находится на кровати, то спасателю приходится подниматься на дополнительное возвышение (стул, ящик и т.д.). Необходимо расстегнуть все стягивающие грудь и живот части одежды. Далее следует пальцем нащупать мечевидный отросток (для этого проводят пальцем по ребрам), установить два пальца руки в направлении шеи, положить левую ладонь рядом в направлении шеи, положить ладонь правой руки поверх тыла левой ладони, при этом пальцы обеих рук «смотрят вверх», выпрямить руки, за счет тяжести своего тела надавить на грудину с такой силой, чтобы прогнуть ее к позвоночнику на 45 см. На грудину следует нажимать с частотой 60...70 раз в 1 мин, при этом важно соблюдать равномерность усилий и ритмичность.

Непрямой массаж сердца требует значительных усилий. Обычно сочетают искусственное дыхание и непрямой массаж сердца. Начинают, как правило, с искусственного дыхания.

Искусственное дыхание и непрямой массаж сердца. При отсутствии сознания, дыхания и сердечной деятельности приступают к сердечно-легочной реанимации. Больного укладывают на ровную, твердую поверхность, как сказано, дважды пытаются ввести воздух в легкие, проверив после этого наличие пульса. Если пульс не прощупывается, то равномерно чередуют по 15 раз непрямой массаж сердца с двумя сильными вдохами по способу «изо рта в рот» или «изо рта в нос». После четырех таких циклов еще раз проверяют пульс на сонных артериях. Если пульса нет, то сердечно-легочную реанимацию продолжают. Кроме появления пульса об эффективности реанимационных мероприятий свидетельствует постепенное сужение зрачков, порозовение кожных покровов, появление признаков сознания.

Если в реанимации принимают участие два человека, то после каждых пяти нажатий на грудину производят один «вдох» по методу «изо рта в рот» или «изо рта в нос».

Непрямой массаж сердца при сердечно-легочной реанимации заканчивают только тогда, когда пульс на сонной артерии (рис. 9.20) прощупывается без массажа сердца. Если при этом дыхание не восстановилось, то искусственное дыхание необходимо продолжать. Как правило, только врач дает разрешение на прекращение реанимационных мероприятий.

Рис. 9.20. Определение пульса по сонной артерии

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое уход за больными?
2. Какие виды ухода за больными вы знаете?
3. Какой уход за больными называется общим?
4. Что такое специальный уход за больными?
5. Что такое режим физической активности?
6. Что такое лечебно-охранительный и санитарно-гигиенический режимы?
7. Как сменить больному нательное белье?
8. Как приготовить больному постель и как сменить больному постельное белье?
9. Как вымыть больному голову в постели?
10. Как промыть больному полость рта?
11. Как промыть больному глаза?
12. Как закапать капли в глаза, уши и нос?
13. Как заложить мазь в глаза?
14. Что такое пролежни?
15. В чем состоит профилактика пролежней?
16. Как подать больному в постель судно, мочеприемник?
17. Как измерить больному температуру тела?
18. Как проявляется подъем температуры тела?
19. В чем состоит уход за больным в период повышенной температуры?
20. Как ухаживать за больным в период стойкого повышения температуры тела?
21. Что такое критическое падение температуры?
22. В чем заключается неотложная помощь при падении температуры?
23. Что такое простейшая физиотерапия?
24. Как приготовить больному грелку, пузырь со льдом?
25. Как поставить больному согревающий компресс?
26. Как приготовить холодный компресс?
27. Что такое лечебное питание?
28. Как организовано лечебное питание в стационаре?
29. Как накормить больного в постели?
30. Как правильно давать лекарственные средства больному?
31. Что означает: принять лекарственное средство до еды, после еды, до сна?

32. Какие органы дыхания вы знаете?

33. Какие типы дыхания вы знаете?

34. Как подсчитать число дыхательных движений?

35. Какие жалобы могут предъявлять больные с заболеваниями органов дыхания?

36. Как проявляется приступ бронхиальной астмы?

37. Как оказать первую помощь при приступе бронхиальной астмы?

38. Как можно дать больному кислород?

39. Какие органы относятся к системе органов кровообращения?

40. Как проявляется острая коронарная недостаточность (приступ стенокардии и острый инфаркт миокарда)?

41. Как оказать первую помощь при приступе стенокардии и при подозрении на острый инфаркт миокарда?

42. Как проявляется гипертонический криз?

43. В чем заключается первая помощь при гипертоническом кризе?

44. Как проявляется обморок?

45. Как вы окажете первую помощь при обмороке?

46. Ваши действия при подозрении на острое нарушение мозгового кровообращения?

47. Какие органы пищеварения вы знаете?

48. На что жалуются больные при заболеваниях органов пищеварения?

49. Как вы окажете помощь больному при рвоте?

50. Каковы ваши действия при внезапно возникших приступообразных болях в животе вашего клиента?

51. Как вы окажете помощь больному при изжоге?

52. Что может означать рвота «кофейной гущей» и каковы ваши действия в этом случае?

53. Какие органы относятся к системе мочевыделения?

54. На что могут жаловаться больные при заболеваниях органов мочевыделения?

55. Что такое острая задержка мочи?

56. В чем состоит первая помощь при острой задержке мочи?

57. Как проявляется почечная колика?

58. Как вы окажете первую помощь при почечной колике?

59. Какие органы относятся к эндокринной системе?

60. Какие жалобы могут предъявлять больные с заболеваниями органов эндокринной системы?

61. Что вы знаете о сахарном диабете?

62. Как проявляется гипогликемия?

63. Как оказать первую помощь при гипогликемии?

64. Как проявляется гипергликемия и каковы ваши действия в этом случае?

65. Какое состояние называется терминальным?

66. Что означает понятие «клиническая смерть»?

67. Что означает понятие «биологическая смерть»?

68. Какие мероприятия относятся к реанимационным?
69. Как определить наличие дыхания?
70. Как определить наличие кровообращения?
71. Что делать при отсутствии дыхания у больного?
72. Как провести непрямой массаж сердца?
73. Как оказать первую помощь пострадавшему при поражении электрическим током?
74. Как оказать первую помощь пострадавшему при утоплении?
75. Как оказать первую помощь пострадавшему при удушении?
76. Что делать при судорогах?
77. Что такое раны?
78. Какие раны вы знаете?
79. В чем заключается первая помощь при ранениях?
80. Какие виды кровотечений вы знаете?
81. Какие способы остановки кровотечений вы знаете?
82. Что такое ушиб?
83. В чем заключается первая помощь при ушибе?
84. Что такое вывих?
85. В чем заключается первая помощь при вывихе?
86. Что такое перелом, и какие виды переломов вы знаете?
87. Как оказать первую помощь при переломах?

Глава 10 МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ. БИОЭТИКА, БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОСТИ

10.1. Медицинская этика и деонтология

Философская дисциплина, изучающая мораль и нравственность, называется *этикой* (от греч. ethos — обычай, нрав). Почти такое же значение имеет и другой термин — мораль. Потому эти термины часто применяются вместе. Этикой чаще всего называют науку, учение о морали и нравственности.

Профессиональная этика — это принципы поведения в процессе профессиональной деятельности.

Медицинская этика — часть общей и один из видов профессиональной этики. Это наука о нравственных началах в деятельности медиков. Предметом ее исследования является психоэмоциональная сторона деятельности медиков. Медицинская этика в отличие от права формировалась и существовала как свод неписаных правил. Понятия о врачебной этике складывались с древних времен.

В разные исторические эпохи у народов мира существовали свои представления о медицинской этике, связанные с укладом жизни, национальными, религиозными, культурными и другими особенностями. К числу сохранившихся древних источников медицинской этики относятся законы Древнего Вавилона (XVIII в. до н.э., «Законы Хаммураппи», которые гласят: «Если врач произведет какую-либо серьезную операцию и причинит больному смерть, то он наказывается отсечением руки»). Гиппократ, «отец медицины», великий врач Древней Греции, неоднократно подчеркивал важность для медика не только способности к лечению, но и неукоснительного следования требованиям этических норм. Принято считать, что именно Гиппократ сформулировал основные принципы медицинской этики («Клятва», «Закон», «О врачах» и т.д.).

Большое влияние на развитие медицинской этики оказали взгляды таджикского ученого X—XI в. врача Ибн Синны (Авиценны). Основные идеи его учения содержатся в энциклопедическом труде «Канон врачебной науки» и сочинении «Этика».

Известную роль в развитии современных принципов медицинской этики сыграла Салернская медицинская школа, возникшая на юге Италии в IX в. и вошедшая в 1213 г. в состав Салернского университета на правах факультета. Представители этой школы проводили в жизнь гуманные принципы античной медицины.

Большой вклад в развитие медицинской этики внесли русские клиницисты М.Я.Мудров, С.Г.Забелин, Д.С.Самойлович и др.

Впервые понятие «деонтология» появилось в XVIII в. Этот термин предложил английский философ и правовед, священник И.Бентам в своей книге «Деонтология или наука о морали», который вложил в это понятие религиозно-

нравственное содержание, рассматривая деонтологию как учение о должном поведении для достижения своей цели каждого человека.

Слово «деонтология» происходит от двух греческих слов: deon означает должное и logos — учение. В отечественную медицину термин «деонтология» (учение о должном поведении медиков, способствующем созданию наиболее благоприятной обстановки для выздоровления больного) ввел выдающийся хирург Н.Н.Петров, распространив принципы деонтологии на деятельность медицинских сестер.

Следовательно, медицинская деонтология — есть часть медицинской этики, совокупность необходимых этических норм и предписаний для медицинских работников в осуществлении профессиональной деятельности. Деонтология изучает нравственное содержание действий и поступков медицинского персонала в конкретной ситуации. Теоретической основой деонтологии является медицинская этика, а деонтология, проявляясь в поступках медицинского персонала, представляет собой практическое применение медико-этических принципов.

Аспектами медицинской деонтологии являются: взаимоотношения медиков с больным, родственниками больного и медиков между собой.

Основой взаимоотношений является слово, что было известно еще в древности: «Лечить надо словом, травами и ножом», — считали древние целители. Умным, тактичным словом можно поднять настроение больного, вселить в него бодрость и надежду на выздоровление и в то же время неосторожным словом можно глубоко ранить больного, вызвать резкое ухудшение его здоровья. Важно не только, что говорить, но и как, зачем, где говорить, как отреагирует тот, к кому обращается медицинский работник: пациент, его родственники, коллеги и т.д.

Одну и ту же мысль можно высказать по-разному. Одно и то же слово люди могут понять по-разному, в зависимости от своего интеллекта, личностных качеств и т.д. Не только слова, но и интонация, выражение лица, жесты имеют большое значение во взаимоотношениях с больным, его родственниками, коллегами. Медик должен обладать особой «чувствительностью к человеку», владеть эмпатией — способностью сострадать, ставить себя на место больного. Он должен уметь понять больного и его близких, уметь слушать «душу» больного, успокоить и убедить. Это своего рода искусство, причем нелегкое. В разговоре с больным недопустимы равнодушие, пассивность, вялость. Больной должен чувствовать, что его правильно понимают, что медицинский работник относится к нему с искренним интересом.

Медик должен владеть культурой речи. Чтобы хорошо говорить, надо прежде всего правильно думать. Врач или медсестра, которые «спотыкаются» на каждом слове, употребляют жаргонные слова и выражения, вызывают недоверие и неприязнь. Деонтологические требования к культуре слова заключаются в том, что медицинский работник должен уметь: рассказать больному о болезни и ее лечении; успокоить и ободрить больного, даже находящегося в самом тяжелом положении; использовать слово как важный

фактор психотерапии; употреблять слово так, чтобы оно явилось свидетельством общей и медицинской культуры; убедить больного в необходимости того или иного лечения; терпеливо молчать, когда этого требуют интересы больного; не лишать больного надежды на выздоровление; владеть собой во всех ситуациях.

В общении с больным не следует забывать о следующих коммуникативных приемах: всегда внимательно выслушивать пациента; задав вопрос, обязательно дождаться ответа; излагать свои мысли просто, ясно, доходчиво, не злоупотреблять научными терминами; уважать собеседника, не допускать презрительных мимики и жестов; не перебивать пациента; поощрять стремление задавать вопросы, отвечая на них, демонстрировать заинтересованность в мнении пациента; сохранять хладнокровие, быть терпеливым и терпимым.

Современные модели взаимоотношений врача и пациента. В настоящее время существуют следующие типы моделей взаимоотношений врача и пациента:

информационная (научная, инженерная, потребительская). Врач выступает в качестве компетентного эксперта-профессионала, собирая и предоставляя информацию о болезни самому пациенту. При этом пациент обладает полной автономией, имея право на всю информацию и самостоятельно выбирая вид медицинской помощи. Пациент может быть необъективным, поэтому задача врача — разъяснить и подвести больного к выбору верного решения;

интерпретационная. Врач выступает в роли консультанта и советчика. Он должен выяснить требования больного и оказать помощь в выборе лечения. Для этого врач должен интерпретировать, т.е. истолковать информацию о состоянии здоровья, обследовании и лечении, чтобы больной смог принять единственно правильное решение. Врач не должен осуждать требования больного. Цель врача — уточнить требования больного и помочь сделать правильный выбор. Эта модель похожа на информационную, но предполагает более тесный контакт врача и пациента, а не просто снабжение пациента информацией. Требуется терпеливая работа с пациентом. Автономия пациента при этой модели велика;

совещательная. Врач хорошо знает больного. Все решается на основе доверия и взаимного согласия. Врач при этой модели выступает в роли друга и учителя. Автономия пациента при этом соблюдается, но она основана на необходимости именно данного лечения;

патерналистская (от лат. pater — отец). Врач выступает в роли опекуна, но при этом ставит интересы больного выше собственных. Врач настойчиво рекомендует больному выбранное им лечение. Если больной не согласен, то последнее слово остается за врачом. Автономия пациента при этой модели минимальна (в системе отечественного здравоохранения чаще всего используется именно эта модель).

Долг медика, как основная этическая категория. К основным этическим категориям медика относится понятие «долг» — определенный круг

профессиональных и общественных обязательств при исполнении своих обязанностей, сложившийся в процессе профессиональных отношений.

Долг предусматривает квалифицированное и честное выполнение каждым медицинским работником своих профессиональных обязанностей. Выполнение долга неразрывно связано с моральными качествами личности.

Долг медицинского работника — проявлять гуманизм и всегда оказывать помощь больному, никогда не участвовать в действиях, направленных против физического и психического здоровья людей, не ускорять наступления смерти.

Внутренняя картина болезни. Поведение медика с больным зависит от особенностей психики больного, которая во многом определяет так называемую внутреннюю картину болезни.

Внутренняя картина болезни — это осознание больным его заболевания, целостное представление больного о своем заболевании, его психологическая оценка субъективных проявлений болезни. На внутреннюю картину болезни влияют особенности личности больного (темперамент, тип высшей нервной деятельности, характер, интеллект и др.). Во внутренней картине болезни различают: чувственный уровень, подразумевающий болезненные ощущения больного; эмоциональный — реагирование больного на свои ощущения; интеллектуальный — знания о болезни и ее оценку, степень осознания тяжести и последствий заболевания; отношение к болезни, мотивация к возвращению здоровья.

Выделение этих уровней весьма условно, но они позволяют медикам более осознанно выработать тактику деонтологического поведения с больным.

Чувственный уровень очень значим при сборе информации (анамнеза) о проявлениях болезни, ощущениях больного, что позволяет точнее поставить диагноз заболевания.

Эмоциональный уровень отражает переживания больным своего заболевания. Естественно, что эти эмоции отрицательны. Медик не должен быть равнодушным к переживаниям больного, должен проявлять сочувствие, уметь поднять настроение больного, вселить надежду на благоприятный исход заболевания.

Интеллектуальный уровень зависит от общего культурного развития больного, его интеллекта. При этом следует учитывать, что больные-хроники знают о своем заболевании достаточно много (популярная и специальная литература, беседы с врачами, лекции и т.д.). Это во многом позволяет медикам строить свои взаимоотношения с больным на принципах партнерства, не отвергая просьбы и сведения, которыми располагает больной.

У больных с острыми заболеваниями интеллектуальный уровень внутренней картины болезни ниже. О своем остро возникшем заболевании больные, как правило, знают очень немного, и эти знания носят весьма поверхностный характер. Задача медицинского работника в отношении такого больного состоит в том, чтобы в пределах необходимого и с учетом состояния больного восполнить дефицит знаний о болезни, объяснить сущность заболевания, рассказать о предстоящем обследовании и лечении, т. е. привлечь больного к совместной борьбе с болезнью, нацелить его на выздоровление.

Знание интеллектуального уровня внутренней картины болезни позволяет правильно выбрать тактику лечения, психотерапию и т.д.

Поэтому четкие представления об интеллектуальном уровне внутренней картины болезни надо получить с первых минут общения с больным.

Характер отношения к болезни играет очень большую роль. Об этом знали еще врачи древности: «Нас трое — ты, болезнь и я. Если ты будешь с болезнью, вас будет двое, а я останусь один — вы меня одолеете. Если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна, мы одолеем ее» (Абуль Фараджа, сирийский врач, XIII в.). Эта древняя мудрость показывает, что в борьбе с болезнью многое зависит от самого больного, от его оценки собственной болезни, умения медиков привлечь больного на свою сторону. Отношение больного к болезни бывает адекватным и неадекватным. Адекватное отношение к болезни отличается осознанием своего заболевания и признанием необходимости принятия мер к восстановлению здоровья. Такой больной проявляет активное партнерское участие в проведении лечения, что способствует скорейшему выздоровлению.

Неадекватное отношение к болезни чаще проявляется несколькими типами: тревожный — непрерывное беспокойство и мнительность; ипохондрический — сосредоточенный на субъективных ощущениях; меланхоличный — удрученность, неверие в выздоровление; неврастенический — реакция по типу раздражительной слабости; агрессивно-фобический — мнительность, основанная на маловероятных опасениях; сенситивный —- озабоченность впечатлением, которое больной производит на окружающих; эгоцентрический — «уход» в болезнь; эйфорический — наигранное настроение; анозогностический — отбрасывание мыслей о болезни; эргопатический — уход от болезни в работу; параноический — уверенность, что болезнь — есть чей-то злой умысел; пренебрежительный — недооценка своего состояния и соответственное поведение (нарушение предписанного режима, физическое и психическое перенапряжение, игнорирование назначенного лечения и т.д.); утилитарный — стремление извлечь из болезни материальные и моральные выгоды (без серьезных оснований добиваются освобождения от военной службы, смягчения наказания за совершенное преступление и т.д.).

Знание внутренней картины болезни помогает в установлении деонтологически грамотного общения с больным, в формировании адекватного отношения больного к своему заболеванию, что повышает эффективность проводимого лечения.

Основные этические принципы в медицине. Главным этическим принципом в медицине является принцип «не навреди». Этому принципу следовали еще медики Древнего мира. Так, Гиппократ в труде «Клятва» прямо указывает: «Я направлю режим больных к их выгоде, сообразно моим силам, воздержусь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла».

Непричинение вреда, ущерба здоровью пациента — есть первейшая

обязанность каждого медицинского работника. Пренебрежение этой обязанностью в зависимости от степени ущерба здоровью больного может стать основанием для привлечения медицинского работника к судебной ответственности. Этот принцип обязателен, но он допускает определенную степень риска. Некоторые виды лечения рискованны для здоровья больного, но этот вред не наносится умышленно и его оправдывает надежда на успех в борьбе с болезнью, особенно смертельной.

У всех народов всегда огромное значение имел и имеет принцип сохранения медицинской тайны. Под врачебной тайной понимают не подлежащие огласке сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного, полученные от него самого или выявленные в процессе его обследования и лечения. Не подлежат огласке также сведения о физических недостатках, вредных привычках, имущественном положении, круге знакомств и т.д. В «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» правовому обеспечению врачебной тайны посвящена отдельная статья. (см. прил. 2, разд. 10, ст. 61). Об этом говорится и в «Клятве» Гиппократа: «Чтобы я не увидел и не услышал касательно жизни людской, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной...». В дореволюционной России врачи, оканчивающие медицинский факультет, произносили так называемое «Факультетское обещание», в котором говорилось: «Помогая страждущим, обещаю свято хранить вверяемые семейные тайны и не употреблять во зло оказываемое мне доверие». Целью сохранения врачебной тайны является предотвращение возможного причинения больному морального или материального ущерба.

Врачебная тайна должна быть сохранена не только врачами, но и другими медицинскими работниками. Медицинский работник должен сохранить в тайне от третьих лиц доверенную ему или ставшую известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента, даже после того, как пациент умрет.

Медицинский работник вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте только с согласия самого пациента. За разглашение профессиональной тайны медик несет личную моральную, а иногда и юридическую ответственность. В ст. 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» перечислены случаи, в которых допускается предоставление сведений, представляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя (социальный работник в целях соблюдения интересов своего клиента обязан знать их):

в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

по запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства;

в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

при наличии оснований, позволяющих предполагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Сохранение врачебной тайны есть не только важнейшее проявление морального долга, но и первая обязанность медицинского работника.

Не менее важным принципом в современном здравоохранении является принцип информированного согласия (см. прил. 2 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», разд. 6, ст. 30, 31). Этот принцип означает, что любой медицинский работник должен максимально полно информировать больного, дать ему оптимальные советы. Только после этого больной может сам выбрать свои действия. При этом может случиться, что его решение будет идти вразрез с мнением медиков. Однако принудительное лечение может осуществляться только по решению суда.

В нашей стране закон дает право пациенту получать всю информацию. Предоставление неполной информации является обманом. Ограничения налагаются только на получение информации о других лицах. Пациент имеет право не просто выслушать рассказ врача, но и ознакомиться с результатами обследования, получить любые выписки и копии документов. Эту информацию пациент может использовать для получения консультаций у других специалистов. Информация необходима для того, чтобы на ее основе пациент мог решить, например, соглашаться ему на операцию или предпочесть консервативное лечение и т. д.

Принцип уважения автономии пациента (близок к принципу информированного согласия) означает, что пациент сам, независимо от медиков, должен принимать решение относительно лечения, обследования и т. д. При этом у пациента нет права требовать от врачей принять решение за него (если только пациент не в бессознательном состоянии), чтобы потом не привлекать врачей к ответственности за неправильное лечение.

В современных условиях особенно важен принцип дистрибутивной справедливости, который означает обязательность предоставления и равнодоступность медицинской помощи. В каждом обществе правила и порядок предоставления медицинской помощи устанавливаются в соответствии с его возможностями. К сожалению, дистрибутивная несправедливость особенно часто возникает при распределении дорогостоящих лекарств, использовании сложных оперативных вмешательств и т. д. При этом наносится огромный моральный ущерб тем больным, которые в силу ряда причин обделены тем или иным видом медицинской помощи.

Клятва Гиппократа. В «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» имеется ст. 60 «Клятва врача». Клятва врача — моральное обязательство, принимаемое перед государством. Во времена Гиппократа врачи клялись перед богами: «Клянусь Апполоном-врачом, Асклепием. Гигией и Панацеей и всеми богами и богинями, призывая их в свидетели». Основные положения клятвы Гиппократа в дальнейшем входили в многочисленные этические кодексы и наставления врачей: запрет на причинение вреда больному, уважение к жизни, уважение к личности больного, соблюдение врачебной тайны, уважение к профессии.

С Клятвой Гиппократа сходны клятвы врачей Древней Индии и средневековые факультетские обещания, «Факультетское обещание» выпускников медицинских факультетов Российской Империи и т. д. Выпускники медицинских вузов Российской Федерации после получения диплома приносят присягу, текст которой содержит приведенные выше этические положения.

Принят этический кодекс медицинской сестры России.

Неблагоприятные воздействия на больного в медицине. Человек, вступивший во взаимоотношения с медициной, часто подвержен влиянию отрицательных факторов — миелогений. Различают следующие виды миелогений:

эгогении — отрицательное влияние больного на самого себя, обусловленное, как правило, восприятием болезненных проявлений самим больным;

эгротогниии — неблагоприятное влияние одного больного на других больных в процессе их общения, когда больной верит другому больному больше, чем врачу (особенно вредно, когда имеет место отрицательная личностная основа у того, кто оказывает влияние);

ятрогении (от греч. yatros — врач и hennao — порождаю) — неблагоприятное воздействие на больного со стороны медицинских работников в процессе обследования и лечения.

Различают следующие виды ятрогении (при этом следует помнить, что могут быть и «немые» ятрогении, которые возникают в результате бездействия): ятропсихогении — психогенные расстройства, возникающие как следствие деонтологических ошибок медицинских работников (неправильных, неосторожных высказываний или действий); ятрофармакогении (или медикаментозные ятрогении) — неблагоприятные воздействия на больного в процессе лечения медикаментами, например побочное действие лекарственных средств, аллергические реакции и т.д.; ятрофизиогении (манипуляционные ятрогении) — неблагоприятные воздействия на больного в процессе обследования (например, перфорация пищевода в ходе фиброгастроскопии) или лечения (например, язвы на коже в результате проведения лучевой терапии) и т.д.; комбинированные ятрогении.

Вопрос о профилактике ятрогении является важным для медицины в целом, и медицинской деонтологии. Для решения этого вопроса необходимо повышать культуру медицинского обслуживания на всех этапах лечебно-профилактической работы, изучать особенности переживания больным своей болезни, совершенствовать профессиональный отбор в медицинских учебных заведениях среднего и высшего звена.

Ответственность медицинских работников и учреждений. В «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» говорится об ответственности за причинение вреда здоровью граждан (см. прил. 2, разд. 12, ст. 66...69).

К сожалению при оказании медицинской помощи пациенту нередки случаи неблагоприятного последствия лечения. Эти случаи подразделяются на

врачебные ошибки, несчастные случаи, профессиональные правонарушения.

Под врачебной ошибкой обычно понимают последствия добросовестного заблуждения врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества. Врачебные ошибки обычно допускаются по объективным причинам. Многие из врачебных ошибок связаны с недостаточным уровнем знаний и малым опытом, некоторые ошибки зависят от несовершенства методов исследования, аппаратуры, необычности проявлений заболевания у данного больного и других причин. Для предотвращения ошибок, включая и случаи ятрогенных заболеваний, необходим постоянный анализ подобных случаев, открытый разбор на различных собраниях, конференциях и т.д. Необходимо найти причину ошибки и принять все меры для того, чтобы не допускать подобного в дальнейшем. Признание ошибок требует добросовестности, личного мужества. «Ошибки являются только ошибками, когда у тебя имеется мужество их обнародовать, но они становятся преступлением, когда гордыня тебя побуждает их скрыть», — писал французский хирург XVIII в. Ж. Л. Пти. Именно эти качества должны быть сформированы в процессе подготовки специалистов в медицинских учебных заведениях. Среди причин врачебных ошибок выделяют следующие:

отсутствие надлежащих условий оказания помощи (врач вынужден работать в условиях, не соответствующих профессии), плохая материально-техническая оснащенность лечебно-профилактического учреждения и т.д.;

несовершенство медицинских методов и знаний (болезнь изучена медицинской наукой неполно, ошибка является следствием неполноты знаний не данного врача, медицины в целом);

недостаточный уровень профессионализма врача без элементов небрежности в его действиях (врач старался сделать все, что мог, но его знания и умения оказались недостаточными для правильных действий).

К негативным последствиям для больного могут привести: чрезвычайная атипичность данного заболевания; исключительность индивидуальных особенностей организма пациента; ненадлежащие действия самого больного, его родственников и других лиц (позднее обращение за медицинской помощью, отказ от госпитализации, нарушение режима лечения, отказ от лечения и т.д.); особенности психофизиологического состояния медицинского работника (болезнь, крайняя степень переутомления и т.д.).

Несчастный случай — неблагоприятный исход врачебного вмешательства. Такой результат нельзя предвидеть и предотвратить из-за объективно складывающихся случайных обстоятельств (хотя врач действует правильно и в полном соответствии с медицинскими правилами и стандартами).

Профессиональные правонарушения (преступления) — небрежные или умышленные действия медицинского работника, повлекшие причинение вреда жизни и здоровью пациента.

Профессиональные нарушения возникают из-за недобросовестности медицинского работника; незаконного врачевания, в том числе применения

несоответствующих методов лечения, врачевания по специальности, по которой врач не имеет сертификата; халатного отношения к профессиональным обязанностям (халатность — невыполнение своих профессиональных, служебных обязанностей или выполнение их ненадлежащим образом, небрежно).

В случае профессиональных правонарушений возможно привлечение медицинских работнике! в к административной, дисциплинарной, уголовной и гражданской (имущественной) ответственности.

Наиболее опасными преступлениями, затрагивающими интересы пациента, являются:

причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей;

причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей;

принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации;

заражение пациента ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей;

незаконное производство аборта;

неоказание помощи больному;

незаконное помещение в психиатрический стационар;

нарушение неприкосновенности частной жизни с использованием своего служебного положения;

незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ;

незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью;

получение взятки;

служебный подлог.

Возмещение морального вреда. Моральный вред выражается в виде физических или нравственных страданий, связанных с неправильным, ошибочным лечением или диагностикой. Часто нравственные страдания приносит разглашение врачебной тайны. Моральный вред подлежит возмещению. Так как ясных критериев морального вреда нет, то его степень определяет суд исходя из аргументов истца и ответчика.

Особенности медицинской деонтологии в зависимости от профиля заболевания больного. Несмотря на то что основополагающие

принципы медицинской деонтологии одинаковы по отношению ко всем больным независимо от профиля их заболеваний, имеются определенные особенности деонтологии в зависимости от профиля заболевания больного.

Особенности медицинской деонтологии в акушерстве и гинекологии обусловлены следующими факторами:

медицинская деятельность в акушерстве и гинекологии неизбежно

связана с вмешательством в интимную сферу жизни пациентки;

для женщины чрезвычайно значимы вопросы здоровья, связанные с деторождением, очень часто они становятся для нее главными (особенно в случаях какой-либо гинекологической или акушерской патологии);

психическое состояние беременной женщины часто неустойчиво, зависимо от многих факторов (отношения к беременности в семье, типа личности беременной, исхода предыдущих беременностей, социальных факторов и т.д.), эта неустойчивость может выражаться повышенной тревожностью перед родами (страх перед предстоящими страданиями, исходом родов и т.д.), нарушением поведения роженицы из-за неадекватной оценки ситуации (у эмоционально неустойчивых женщин с плохой переносимостью боли), большой вероятностью развития в послеродовом периоде депрессии (тревога, сниженное настроение вплоть до самоубийства) и т. д.

Поэтому очень важно, чтобы с первых минут контакта медика и пациентки (особенно беременной) у нее создалось впечатление, что ей хотят помочь. Медицинскому персоналу с первых минут контакта с женщиной необходимо правильно оценить ее эмоциональное состояние. Чтобы снизить эмоциональную напряженность, можно позволить женщине свободно рассказать о своих переживаниях или переключить ее внимание на другие предметы. Медицинским работникам надо быть особенно осторожными в высказываниях относительно прогнозов состояния половой сферы и детородной функции женщины. Часто, особенно со стороны будущих матерей-одиночек, по отношению к медицинскому персоналу может иметь место раздражительность, недовольство, агрессия. Но при этом медицинские работники должны понимать, что эти отрицательные эмоции не направлены именно на них, а являются следствием собственных проблем такой женщины. Главной задачей медиков в любом случае является необходимость избегать конфликтов путем «принятия» этих эмоций, сочувствием и т. п. Если женщина не считает нужным информировать супруга о состоянии своего «женского» здоровья, то врач в таких случаях вмешиваться не должен.

В ходе лечения неизлечимых заболеваний медицинские работники должны всемерно поддерживать у больной уверенность в благополучном исходе заболевания, внушать наметившееся улучшение при малейшем благоприятном симптоме, который отмечает сама больная.

Особенно осторожным и тактичным должен быть медицинский работник в отношении женщин с бесплодием (первичным бесплодием, невынашиванием беременности, патологией в предыдущих родах и т.д.). Следует попытаться внушить пациентке уверенность в эффективности проводимого лечения, в благополучном исходе беременности и родов и т.д.

Особенности деонтологии в педиатрии обусловлены своеобразием детской психики в зависимости от возраста ребенка. В процессе лечения детей медицинским работникам приходится иметь дело не только с детьми, но и с их родителями, что усложняет деонтологические задачи.

Дети более впечатлительны, чем взрослые пациенты, более ранимы. Реакция детей на окружающую обстановку и новых людей более

непосредственна, часто весьма своеобразна. Поэтому медицинский работник обязан научиться понимать особенности детской психики, уметь войти с ребенком в контакт, заслужить его доверие, помочь преодолеть страх и тревогу (ведь одной из основных причин отрицательных эмоциональных реакций ребенка является чувство страха перед болью и непонятными ему медицинскими манипуляциями).

Не меньшее значение имеют и взаимоотношения медицинских работников с родителями больного ребенка, поскольку болезнь ребенка вызывает большую тревогу у всей семьи и особенно у матери. Долг медицинского работника вселить уверенность в том, что ребенку и в отсутствие родителей будет сделано все необходимое, для выздоровления.

Среди медицинских дисциплин психиатрия является наиболее социальной. Диагноз психического расстройства неизбежно влечет за собой различные социальные ограничения жизнедеятельности человека, затрудняет социальную адаптацию, искажает взаимоотношения больного с окружающей социальной средой и т. д.

Отличием психиатрии от других медицинских дисциплин является применение к некоторым категориям больных принуждения и даже насилия без согласия пациента или даже вопреки его желаниям (психиатр при определенных условиях может без согласия пациента провести его освидетельствование, установить обязательное диспансерное наблюдение, поместить в психиатрический стационар и содержать там в изоляции, применить психотропные препараты и т.д.).

Особенностью психиатрии является чрезвычайно разнообразный контингент больных: одни больные из-за тяжелых нарушений психики не только не могут защитить свои интересы, но даже не могут их выразить, другие же (с пограничными психическими расстройствами) по своему интеллектуальному развитию и личностной автономии не уступают врачу-психиатру. Психиатрия призвана защищать интересы общества и больного.

Это определяет следующие особенности медицинской деонтологии в психиатрии:

профессиональная этика в психиатрии требует предельной честности, объективности и ответственности при вынесении заключения о состоянии психического здоровья;

необходимо повышать терпимость общества к лицам с психическими отклонениями, преодолевать предвзятость по отношению к психическим больным, регулировать социальные меры по отношению к этим больным;

ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью, служит гарантией соблюдения прав человека);

психиатрическая этика должна стремиться к достижению баланса интересов больного и общества на основе ценности здоровья, жизни, безопасности и благополучия граждан.

Условием соблюдения этих этических правил являются нормативные акты в области психиатрии: Гавайская декларация, принятая Всемирной

психиатрической ассоциацией в 1977 г. и переработанная в 1983 г., «Принципы медицинской этики и аннотации к их применению в психиатрии», разработанные Американской психиатрической ассоциацией в 1873 г. и пересмотренные в 1981 г., и др.

В нашей стране «Кодекс профессиональной этики психиатра» был впервые принят 19 апреля 1994 г. на пленуме правления Российского общества психиатров. С 1993 г. психиатрическая деятельность в нашей стране регулируется Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (см. прил. 3).

Большинство кожных заболеваний характеризуются длительным, хроническим течением, часто плохо поддающимся лечению. Расположение проявлений этих болезней на открытых частях тела, в том числе и на лице, привлекает внимание окружающих, вызывая у больного душевное страдание. Такие больные стараются избегать встреч со знакомыми, посещений мест общественного пользования и т.д. Кожные заболевания кистей рук нередко служат помехой в работе. Все это может быть причиной развития у больных невротических состояний, привести к формированию психопатической личности, а неврозы способствуют усугублению симптомов дерматологического заболевания, поскольку состояние центральной нервной системы и кожных покровов связано теснейшим образом. Поэтому медицинские работники должны сделать все возможное, чтобы вывести больного из состояния психической подавленности. Для этого необходимо суметь внушить больному веру в выздоровление (или хотя бы в возможность значительного уменьшения выраженности симптомов заболевания), объяснить причины возможных обострений, негативные последствия нерегулярного лечения. Своим поведением необходимо создавать обстановку оптимизма, спокойствия, уверенности в благоприятном исходе заболевания.

Пациент должен быть информирован о сущности заболевания и настроен на необходимость длительного многокурсового лечения с обязательным соблюдением мер профилактики обострений заболевания. Важно убедить больного в безопасности его заболевания для окружающих (если его заболевание не передается контактным путем).

Медицинская сестра или врач, выполняя лечебные процедуры, обрабатывая пораженные болезнью участки кожи больного, не должны проявлять признаков брезгливости, высказывать сомнение в успехе проводимого лечения. Все процедуры по обработке пораженных участков должны выполняться без торопливости и по возможности безболезненно.

При контакте с венерологическими больными медицинские работники должны проявить максимум чуткости, деликатности и такта, так как приходится вмешиваться в интимную жизнь больного. Венерические болезни, особенно в первые дни после заражения, являются для больного большой психической травмой. У больных возникает желание скрыть свое заболевание от членов семьи, часто предпринимаются попытки самолечения. Такие больные нуждаются в щадящей психотерапии на фоне проводимого специфического лечения. Необходимо убедить больного в необходимости прохождения полного

курса лечения (а иногда и нескольких курсов), в необходимости последующего наблюдения у врача кожно-венерологического диспансера и т. д.

Онкологические заболевания относятся к числу наиболее тяжело протекающих. Они, как правило, сопряжены с тяжелейшими физическими страданиями и моральными переживаниями. В онкологии, как ни в какой другой отрасли медицины, требуется соблюдение деонтологических принципов в отношении не только самого больного, но и его близких.

Страх населения перед онкологическим заболеваниями обусловлен во многом тем, что большинство считают эти заболевания неизлечимыми, неизбежно сопряженными с непреодолимыми физическими страданиями.

Поэтому необходимо максимально сократить сроки обследования при подозрении на опухоль, так как больной очень страдает от неизвестности. При обнаружении опухоли следует помнить, что сообщение об этом является тяжелейшей психологической травмой не только для самого больного, но и для его близких.

Об этом необходимо помнить всем медицинским работникам, особенно когда приходится впервые сообщать больному об обнаруженной у него опухоли. При этом следует использовать максимально деликатные выражения и оптимистичные интонации: «Характер вашей опухоли необязательно должен быть злокачественным, опухоль может быть и доброкачественной, а следовательно, излечимой», «Окончательный диагноз будет установлен в ходе операции или даже в дальнейшем, после детального исследования удаленной опухоли и т.д.»

Хотя сейчас и предлагается (в некоторых случаях) сразу сообщать больному об истинном характере онкологического заболевания якобы во благо самого больного (чтобы больной не откладывал операцию и т.д.), но, как показывает опыт, это нередко приводит к тяжелейшей психологической травме (вплоть до самоубийства).

Принцип сохранения врачебной тайны является важнейшим деонтологическим принципом в онкологии, хотя и нельзя исключить случаи необходимости сообщения больному об истинном характере заболевания (но это скорее исключение из правил).

Так как оперативный метод лечения в онкологии остается ведущим, операции, часто калечащие, приводят к значительным косметическим дефектам и нарушению функций органов. Страх перед инвалидизирующей операцией чаще больше, чем страх остаться без лечения. Поэтому важнейшей деонтологической задачей медиков в подобных случаях является необходимость найти единственно верные аргументы и выражения для убеждения больного в необходимости именно оперативного лечения.

Медицинский персонал обязан настроить больного по возможности оптимистически, привести пример полного излечения больных от подобного заболевания, обращая внимание на долгие сроки жизни именно после радикального оперативного лечения.

Важным моментом является хранение историй болезни и другой документации онкологических больных (чтобы эти документы не попали в

руки больных). Если же выдача выписки из истории болезни на руки больному неизбежна, то необходимо, чтобы форма записи не смогла травмировать психику больного.

Рассмотрим особенности медицинской деонтологии в гериатрии.

У пожилых людей часто происходят значительные изменения в нервной системе, вызванные атеросклеротическими процессами в организме, приводящие к психозам, депрессиям, изменениям характера и т.д. Больные становятся обидчивыми, раздражительными, капризными и т.д.

По отношению к пожилым и престарелым следует проявлять терпимое отношение к их физическим и психическим недостаткам.

В беседах с пожилыми пациентами недопустимо напоминание о их возрасте с намеками на близость естественного конца жизненного пути. Обращаться к больным следует только по имени и отчеству, не допуская фамильярности.

У пациентов пожилого возраста часто нарушена память: человек хорошо помнит события многолетней давности, но плохо запоминает происходящее в настоящее время. Поэтому с такими пациентами надо быть особенно тактичными и внимательными, отвечая на много раз повторяемые вопросы. Учитывая больший интерес пожилых пациентов к прошлому, необходимо проявить интерес к их прошлому, расспросить их об их профессии, работе и т.д. Иногда пациенты могут быть дезориентированы в пространстве и времени. В таких случаях лучше не доводить дело до конфликта, а сделать вид, что вы согласны с мнением пациента.

В любом случае следует помнить, что единых рецептов медицинской деонтологии нет и не может быть, что во многом правильное поведение медика с больным зависит от личностных качеств медика, его воспитания, деликатности и способности сострадать, способности поставить себя на место больного, способности найти единственно верные выражения и интонацию в общении с больным и т.д.

10.2. Биоэтика. Биоэтические проблемы современности

Биоэтика. Термин «биоэтика» введен американским биологом Ван Ренселлером Поттером, опубликовавшим в 1969 г. книгу «Биоэтика — мост в будущее», в которой он обозначил биоэтику как соединение биологических знаний и человеческих ценностей. Страссбургский симпозиум по биоэтике (1990 г.) предложил следующее определение: «Биоэтика есть комплексная область знаний, изучающая моральные, юридические и социальные проблемы, возникающие по мере развития медицины и биологии». Международная ассоциация биоэтиков, созданная в 1991 г., дает следующее определение: «Биоэтика — это учение о социальных, правовых и этических последствиях, связанных с применением новых биомедицинских технологий».

Во многих странах как синоним термина «биоэтика» применяется термин «биомедицинская этика». Формирование биоэтики как новой научной дисциплины обусловлено прогрессом медицины, широким внедрением в

медицинскую практику новейших технологий, что вызвало появление большого числа морально-этических и правовых проблем, решить которые в рамках традиционной медицинской этики сложно или невозможно (например, проблема суррогатного материнства, трансплантации, искусственного оплодотворения и т.д.).

Другой причиной развития биоэтики является развитие и утверждение идей об индивидуальных правах и свободах (что привело к новому осмыслению прав пациента: пациент имеет право на участие в принятии решения относительно обследования, лечения и т.д., пациент должен иметь право на информацию и выбор метода медицинского вмешательства — принцип информированного согласия). В основе всех прав больного лежит принцип автономии, т. е. независимость больного от врача и свобода принимать любое решение о своем здоровье,

В системе отечественного здравоохранения узаконены права пациента на полную информацию о своем здоровье; согласие или отказ от лечения; возмещение причиненного ущерба здоровью; помощь адвоката и судебную защиту (см. прил. 2).

Кроме того, на развитие биоэтики влияет и необходимость контроля за экспериментальной деятельностью в медицине и биологии, поскольку при этом могут быть затронуты основополагающие ценности общества и человека.

Основные биоэтические проблемы современности. Проблема трансплантологии привлекает наибольшее внимание в современном обществе и рассматривать ее следует с двух позиций: религия и трансплантология, правовые и социальные вопросы.

Отношение различных религий к трансплантологии не однозначно и находится в процессе формирования. Большинство западных христианских богословов являются сторонниками трансплантологии, римско-католическая церковь считает, что донорство в трансплантологии есть акт милосердия, протестантские богословы признают законность существования человека, получившего орган от другого, однако считают продажу органов аморальной, иудейская религия допускает пересадку органов, если речь идет о спасении человеческой жизни. В Китае согласно конфуцианским традициям человеческое тело считается неприкосновенным, но существуют китайские трасплантологические центры, где можно пользоваться органами преступников, приговоренных к смерти, причем родственники дают свое согласие на использование органов в качестве компенсации за причиненное их близкими зло.

Русская Православная Церковь четко не обозначила свои позиции в проблеме изъятия и пересадки органов, однако в основах православия нет прямого запрета этого. Православная Церковь однозначно считает, что органы человека не могут рассматриваться как объект купли и продажи, что пересадка органов от живого донора может основываться только на добровольном самопожертвовании ради спасения жизни другого человека. Посмертное донорство, по мнению Православной Церкви, возможно также лишь в случае добровольного прижизненного согласия донора (т. е. должна быть известна

соответствующая предсмертная воля умирающего или умершего).

Православие считает «недопустимым использование методов фетальной терапии», в основе которой лежат изъятие и использование тканей и органов человеческих зародышей, абортированных на разных стадиях, для лечения различных заболеваний и «омоложения» организма (материалы конференции «Священный дар жизни», 1 ноября 2000 г.).

Необходима чрезвычайная осторожность и деликатность ученых, хирургов и законодателей, чтобы в процессе развития трансплантологии не нарушить многовековые духовные традиции человечества.

Во многих странах мира приняты специальные законы или разделы в Конституции, регулирующие основные этапы трансплантации (в 1993 г. был принят Закон РФ «О трансплантологии органов и (или) тканей человека»).

Во многих странах существует юридическая форма прижизненного согласия быть донором (но есть расхождение между готовностью людей помочь и реализацией этой готовности). Неприемлемы создание рынка органов и получение прибыли!

В настоящее время разработаны и внедрены новые репродуктивные технологии: искусственная инсеминация женщины спермой мужа или донора, экстракорпоральное оплодотворение яйцеклетки in vitro (т.е. в пробирке) с последующим ее переносом в организм женщины, вынашивание плода «суррогатной» матерью.

Но данные технологии привели к возникновению многих проблем медицинского, биологического, социального и морально-этического характера: статус эмбриона, правомочность манипуляций на половых клетках человека и на эмбрионе с медицинскими и исследовательскими целями, правомочность замораживания эмбрионов человека, этические аспекты донорства половых клеток, правомочность использования «суррогатной» матери, использование донорской спермы и т.д.

Православная Церковь считает допустимым лишь искусственное оплодотворение половыми клетками мужа, так как это не нарушает «целостности брачного союза». Донорство половых клеток, по мнению Церкви, нарушает «целостность личности и исключительность брачных отношений», поскольку допускает при этом вмешательство третьей стороны (из «Основ социальной концепции Русской Православной Церкви»).

Православная Церковь считает «суррогатное» материнство «противоестественным и морально недопустимым (даже если это было сделано на некоммерческой основе), так как «эта методика предполагает разрушение глубокой эмоциональной и духовной близости, устанавливающейся между матерью и младенцем уже во время беременности. «Суррогатное» материнство травмирует вынашивающую плод женщину, материнские чувства которой попираются, и дитя, которое впоследствии может испытывать кризис самопознания» (из «Основ социальной концепции Русской Православной Церкви», принятых юбилейным Архиерейским собором).

Эти проблемы многогранны и сложны, трудно разрешимы на современном этапе и требуют правового регулирования, так как существует

реальная возможность коммерциализации деторождения.

Целью медицинской генетики является диагностика, лечение и профилактика наследственных болезней (т. е. тех, которые полностью или почти полностью зависят от наследственных факторов). Право на генетическую информацию является неотъемлемой частью прав личности.

В нашей стране принят Закон РФ «О государственном регулировании в области генноинженерной деятельности» (в 2000 г. в него внесены изменения).

В документах ВОЗ сформулированы основные принципы осуществления генетической помощи:

цель — помочь людям с генетическими нарушениями жить и иметь нормальное потомство;

свобода выбора, основанная на полной информации;

добровольность, исключение всякого давления со стороны общества, медицинских работников и т.д.;

уважение интеллекта консультирующегося независимо от уровня его знаний;

предупреждение дискриминации при трудоустройстве, обучении или страховании по генетическим признакам;

тесное взаимодействие с организациями, объединяющими больных с генетическими болезнями и членами их семей и т. д.

Общие этические принципы в медицинской генетике (согласно ВОЗ) следующие:

генетическая помощь должна быть доступна в равной степени для каждого члена общества независимо от социального положения и возможности ее оплаты, в первую очередь генетическая помощь должна быть оказана наиболее в ней нуждающимся;

все виды генетической помощи должны быть добровольными;

пациенту должна быть раскрыта вся информация о здоровье человека или плода;

необходимо соблюдать конфиденциальность генетической информации (за исключением ситуаций, когда имеется высокий риск серьезного вреда для членов семьи с генетическим риском и эта информация может предотвратить этот вред);

генетическая информация должна быть защищена от работодателей, страховых агентств, коммерческих и правительственных организаций и школ;

выбор мер, относящихся к генетической службе (контрацепция, аборт, тестирование и т.д.), должен быть доступен и не порицаем;

решение о репродукции принимают те, кто прямо ответственен за рождение и воспитание детей (обычно когда пара не может прийти к согласию, окончательное решение принимает мать).

Православная Церковь, приветствуя усилия медиков, направленные на врачевание наследственных болезней, вместе с тем считает, что «целью генетического вмешательства не должно быть искусственное «усовершенствование» человеческого рода и вторжение в Божий план о человеке. Поэтому генная терапия может осуществляться только с согласия

пациента или его законных представителей и исключительно по медицинским показаниям. Генная терапия половых клеток является крайне опасной, ибо связана с изменением генома (совокупности наследственных особенностей) в ряду поколений, что может повлечь непредсказуемые последствия в виде новых мутаций и дестабилизации равновесия между человеческим сообществом и окружающей средой» (из «Основ социальной концепции Русской Православной Церкви», принятых юбилейным Архиерейским собором).

Эвтаназия — умерщвление врачом больного (как правило, умирающего в муках) по просьбе самого больного. Пока эвтаназия запрещена. Лишь в Голландии эвтаназия практикуется на основании решения суда по специальным правилам. Проблема эвтаназии состоит в том, что врач не должен убивать сам и по своим профессиональным традициям не может помогать людям в самоубийстве, тем более, что религия осуждает грех самоубийства, ибо лишь Бог вправе решать, жить человеку или нет. Православная Церковь категорически отрицает попытки легализации эвтаназии, считая последнюю формой убийства или самоубийства, в зависимости от того, принимает в ней участие сам пациент или нет. Церковь считает, что вину самоубийцы разделяют иногда и окружающие его люди. Врачи же должны лечить и помогать жить, а не умирать.

Клонирование —- получение генетических копий животных — не исключает возможности получения в будущем и генетических копий человека, решением многих проблем трансплантологии могла стать возможность получения «запасных частей» с помощью клонирования.

Церковь крайне отрицательно относится к клонированию, считая его «вызовом самой природе человека, заложенному в нем образу Божию, неотъемлемой частью которого является свобода и уникальность личности. «Тиражирование» людей с заданными параметрами может представляться желательным лишь для приверженцев тоталитарных идеологий» (из «Основ социальной концепции Русской Православной Церкви», принятые юбилейным Архиерейским собором).

Проблема аборта актуальна всегда. Остаются нерешенными вопросы: отношение к эмбриону, кого спасать в критической ситуации — мать или ребенка, не является ли запрещение аборта нарушением прав человека, как относиться к фетальной терапии и т.д. К сожалению, по всем этим вопросам медицина и религия расходятся во взглядах.

Церковь категорично заявляет, что искусственное прерывание беременности является этически недопустимым, ибо «является преднамеренным убийством нерожденного ребенка и прямым нарушением Божественной заповеди «не убий». Что касается отношения к эмбриону, то православное богословие и антропология в полном согласии с научными данными о биологической сущности человека связывают начало человеческой жизни с момента зачатия — «слияния отцовской и материнской половой клетки» (из заявления церковно-общественного совета по медицинской биоэтике, 20 октября 1999 г.).

Врач, производящий аборт, по мнению Церкви, является соучастником преднамеренного преступления. К разновидности преднамеренного убийства относится и евгенический аборт, имеющий целью не допустить рождение больного ребенка.

Когда возникает выбор между жизнью плода и матери, то православная этика ориентирует мать на самопожертвование как высшее проявление любви к ближнему. Поэтому аборты «по медицинским показаниям» Церковь считает неприемлемыми для совести православных людей (исключением является спасение жизни матери при условии неизбежной гибели плода). Недопустимым считает церковь и фетальную терапию, т. е. использование в медицинских целях тканей и органов человеческих зародышей, абортированных на разных стадиях развития, поскольку нельзя найти оправдания использованию уничтоженной жизни для пользы здоровья другого.

Особенности медицинской деонтологии на современном этапе. На современном этапе медицинская деонтология имеет ряд особенностей, которые продиктованы взглядами общественности на права человека (Хельсинская «Декларация прав человека» 1964 г. и «Международная декларация о правах человека» 1981 г.), развитием новых биомедицинских технологий. На современном этапе основной моделью взаимоотношений больного и врача является информационная модель: пациент обладает полной автономией (имеет право на всю информацию, самостоятельно выбирает вид медицинской помощи и полностью контролирует проводимое лечение), а врач выступает в роли компетентного эксперта-профессионала, собирая информацию о болезни и разъясняя ее больному, оставаясь при этом бесстрастным, без эмоций и сочувствия.

На современном этапе принято говорить не о врачебной тайне, а о конфиденциальности (доверительности) отношений врача и больного, поскольку пациент должен быть полностью информирован о своем здоровье (вместе с тем пациент имеет право «не знать», т. е. больному не следует навязывать информацию).

На современном этапе говорят не о том, чтобы не вредить, а о благополучии больного, его безопасности (большинство диагностических, а иногда и лечебных процедур несут большой риск серьезных осложнений), т.е. надо добиваться максимального эффекта от лечения при минимальном риске, а поэтому больной должен получить информацию о предстоящем обследовании и лечении и дать свое согласие с распиской в медицинской документации.

Биоэтика предъявляет к личности врача новые требования. Главное из них — компетентность. При таком подходе требуется «жесткая» доброта и бесстрастность, а также уважение прав пациента.

Вероятно, что правильнее всего следует рассматривать биоэтику как расширение содержания медицинской деонтологии за счет новых проблем, возникших в связи с развитием медицинской науки, но не заменять медицинскую деонтологию биоэтикой. Знание основных деонтологических принципов и биоэтических проблем современности необходимы в работе социального работника для того, чтобы решать медико-социальные проблемы

клиентов в процессе их взаимодействия с медицинскими работниками. Следует отметить, что в нашем обществе в силу ряда причин многие проблемы биоэтики остаются нерешенными, а использование некоторых биоэтических принципов является невозможным.

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое медицинская деонтология?
2. В чем заключаются основные деонтологические принципы?
3. Что означает принцип «не навреди»?
4. Что такое врачебная тайна?
5. Что означает принцип информированного согласия?
6. Что означает принцип дистрибутивной справедливости?
7. Что такое клятва Гиппократа?
8. Что такое внутренняя картина болезни?
9. Какие уровни внутренней картины болезни вы знаете?
10. Какие варианты неадекватного отношения к болезни вы знаете?
11. Каким образом можно сделать отношение к болезни адекватным?
12. Что такое миелогении?
13. Что такое ятрогении и каковы виды ятрогений?
14. Что такое эргогении и эрготогении?
15. В чем заключается профилактика ятрогений?
16. Что такое врачебная ошибка?
17. Что такое несчастный случай в медицине?
18. Что такое профессиональные правонарушения в медицине?
19. Что такое биоэтика?
20. Какие основные биоэтические проблемы современности вы знаете?
21. Перечислите особенности медицинской деонтологии на современном этапе.
22. Перечислите особенности медицинской деонтологии в акушерстве и гинекологии.
23. Назовите особенности медицинской деонтологии в педиатрии.
24. Назовите особенности медицинской деонтологии в психиатрии.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

КОНСТИТУЦИЯ РФ (извлечения)

Глава 2. Права и свободы человека и гражданина

Статья 41.

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

Приложение 2

ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН (1993 г. извлечения)

Этот закон является базовым и определяет взаимоотношения государства, его органов, учреждений и граждан РФ. В законе 12 разделов, каждый раздел состоит из ряда статей.

Раздел 1. Общие положения

Статья 1. Охрана здоровья граждан

Охрана здоровья граждан — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией РФ и иными законодательными актами РФ, Конституциями и иными законодательными актами республик в составе

РФ, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами РФ (см. приложение 2).

Статья 4. Задачи законодательства РФ об охране здоровья граждан

Задачами законодательства РФ об охране здоровья граждан являются:

1) определение ответственности и компетенции РФ, республик в составе РФ, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга по вопросам охраны здоровья граждан в

соответствии с Федеративным договором, а также определение ответственности и компетенции органов местного самоуправления по вопросам охраны здоровья граждан;

2) правовое регулирование в области охраны здоровья граждан, деятельности предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

3) определение прав граждан, отдельных групп населения в области охраны здоровья и установление гарантий их соблюдения;

4) определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, установление гарантий их социальной защиты.

Раздел 2. Компетенция в области охраны здоровья граждан РФ, республик в составе РФ, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы, Санкт-Петербурга и органов местного самоуправления

Статья 8. Компетенция органов местного самоуправления

К ведению органов местного самоуправления в вопросах охраны здоровья граждан относятся:

1) контроль за соблюдением законодательства в области охраны здоровья граждан;

2) защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

3) формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения; развитие сети учреждений муниципальной системы здравоохранения, определение характера и объема их деятельности; создание условий для развития частной системы здравоохранения; организация первичной медико-санитарной, других видов медико-социальной помощи, обеспечение граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на подведомственной территории;

4) формирование собственного бюджета в части расходов на здравоохранение;

5) обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и условий для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на подведомственной территории; выявление факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье граждан, информирование о них населения и проведение мероприятий по их устранению, осуществление профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранных мер;

6) координация и контроль деятельности предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения в пределах своих полномочий, контроль за качеством оказываемой медико-социальной помощи в частной системе здравоохранения;

7) формирование целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; осуществление мер по обязательному медицинскому страхованию граждан;

8) лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности на подведомственной территории по поручению органа государственного управления соответствующего субъекта РФ;

9) охрана окружающей природной среды и обеспечение экологической безопасности; ликвидация последствий катастроф и стихийных бедствий;

10) создание и обеспечение деятельности учреждений для проведения реабилитации инвалидов и лиц, страдающих психическими расстройствами, организация их обучения, профессиональной переподготовки и трудового устройства, создание специализированных предприятий, цехов и иных форм организации производства для этих групп населения, а также специальных учреждений для неизлечимо больных пациентов;

И) регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

12) реализация мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства; санитарно-гигиеническое образование населения.

Раздел 3. Организация охраны здоровья граждан в РФ

Статья 10. Финансирование охраны здоровья граждан

Источниками финансирования охраны здоровья граждан являются:

1) средства бюджетов всех уровней;

2) средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»;

3) средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;

4) средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений;

5) доходы от ценных бумаг;

6) кредиты банков и других кредиторов;

7) безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;

8) иные источники, не запрещенные законодательством РФ.

Статья 12. Государственная система здравоохранения

К государственной системе здравоохранения относится Министерство здравоохранения РФ, министерства здравоохранения республик в составе РФ, органы управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, Российская академия медицинских наук, Государственный комитет санитарно-

эпидемиологического надзора РФ, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики РФ, выполнению программ в области здравоохранения и по развитию медицинской науки. К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

В государственную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, создаваемые министерствами, ведомствами, государственными предприятиями, учреждениями и организациями РФ помимо Министерства здравоохранения РФ, министерств здравоохранения республик в составе РФ.

Предприятия, учреждения и организации государственной системы здравоохранения независимо от их ведомственной подчиненности являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства РФ, республик в составе РФ, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения РФ, министерств здравоохранения республик в составе РФ, органов управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Статья 13. Муниципальная система здравоохранения

К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения, которые являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства РФ, республик в составе РФ, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения РФ, министерств здравоохранения республик в составе РФ и органов местного самоуправления.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на

подведомственной территории. Осуществляют контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Финансирование деятельности предприятий, учреждений и организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

Статья 14. Частная система здравоохранения

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

В частную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

Деятельность учреждений частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства РФ, республик в составе РФ, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения РФ, министерств здравоохранения республик в составе РФ и органов местного самоуправления.

Статья 16. Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан

При органах государственной власти и управления, на предприятиях, в учреждениях, организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения могут создаваться комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан в целях защиты прав человека и отдельных групп населения в этой области для участия в разработке норм медицинской этики и решения вопросов, связанных с их нарушением, в подготовке рекомендаций по приоритетным направлениям практической и научно-исследовательской деятельности, для решения иных вопросов в области охраны здоровья граждан.

В состав комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан входят лица, представляющие интересы общественности, включая специалистов по медицинской этике, юристов, представителей духовенства, деятелей науки и искусства, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов и других общественных объединений.

Раздел 4. Права граждан в области охраны здоровья

Статья 17. Право граждан РФ на охрану здоровья

Граждане РФ обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность.

Гражданам РФ, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами РФ.

Статья 18. Право иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев на охрану здоровья

Иностранным гражданам, находящимся на территории РФ, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами РФ.

Лица без гражданства, постоянно проживающие в РФ, и беженцы пользуются правом на охрану здоровья наравне с гражданами РФ, если иное не предусмотрено международными договорами РФ.

Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам, лицам без гражданства и беженцам определяется Министерством здравоохранения РФ и министерствами здравоохранения республик в составе РФ.

Статья 20. Право граждан на медико-социальную помощь

При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством РФ, республик в составе РФ и правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

Граждане имеют право на дополнительные и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами,

ортопедическими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяется Правительством РФ.

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях в соответствии со статьей 53 настоящих Основ.

Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы санитарно-эпидемиологической службой вследствие заразного заболевания лиц, окружающих их.

Работающие граждане в случае болезни имеют право на три дня неоплачиваемого отпуска в течение года, который предоставляется по личному заявлению гражданина без предъявления медицинского документа, удостоверяющего факт заболевания.

Раздел 5. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья

Статья 22. Права семьи

Государство берет на себя заботу об охране здоровья членов семьи.

Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-гигиенические, другие консультации и обследования в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства.

Семья по договоренности всех ее совместно проживающих совершеннолетних членов имеет право на выбор семейного врача, который обеспечивает ей медицинскую помощь по месту жительства.

Одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка. Лицу, находящемуся вместе с ребенком в больничном учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения, выдается листок нетрудоспособности.

Пособие при карантине, по уходу за больным ребенком в возрасте до семи лет выплачивается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи за весь период карантина, амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в больничном учреждении, а пособие по уходу за ребенком в возрасте старше семи лет выплачивается за период не более 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока.

Статья 23. Права беременных и матерей

Государство обеспечивает беременным женщинам право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья.

Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, а также за счет иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

Женщины во время беременности и в связи с рождением ребенка, а также во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска в установленном порядке.

Статья 24. Права несовершеннолетних

В интересах охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на:

1) диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения РФ, министерствами здравоохранения республик в составе РФ;

2) медико-социальную помощь и питание на льготных условиях, устанавливаемых Правительством РФ, за счет средств бюджетов всех уровней;

3) санитарно-гигиеническое образование, на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;

4) бесплатную медицинскую консультацию за счет средств бюджетов всех уровней при определении профессиональной пригодности;

5) получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для них форме.

Несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него в соответствии со статьями 32, 33, 34 настоящих Основ.

Статья 26. Права граждан пожилого возраста

Граждане пожилого возраста (достигшие возраста, установленного законодательством РФ для назначения пенсии по старости) имеют право на медико-социальную помощь на дому, в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения и на лекарственное обеспечение, в том числе на льготных условиях. Медико-социальная помощь гражданам пожилого возраста, включая одиноких граждан пожилого возраста и членов семей, состоящих из одних пенсионеров, направлена на лечение имеющихся у них заболеваний и уход, поддержание их активного образа жизни и социальную защиту в случае болезни и неспособности удовлетворять свои основные жизненные потребности.

Граждане пожилого возраста на основании медицинского заключения имеют право на санаторно-курортное лечение и реабилитацию бесплатно или на льготных условиях за счет средств социального страхования, органов социальной защиты населения и за счет средств предприятий, учреждений и

организаций при их согласии.

Статья 27. Права инвалидов

Инвалиды, в том числе дети-инвалиды и инвалиды с детства, имеют право на медико-социальную помощь, реабилитацию, обеспечение лекарствами, протезами, протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения на льготных условиях, а также на профессиональную подготовку и переподготовку.

Нетрудоспособные инвалиды имеют право на бесплатную медико-социальную помощь в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, на уход на дому, а в случае неспособности удовлетворять основные жизненные потребности — на содержание в учреждениях системы социальной защиты населения.

Для ухода за детьми-инвалидами и инвалидами с детства до достижения ими возраста 18 лет одному из работающих родителей или лиц, их заменяющих, предоставляется четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц, которые могут быть использованы одним из названных лиц либо разделены ими между собой по своему усмотрению.

Раздел 6. Права граждан при оказании медико-социальной помощи

Статья 30. Права пациента

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

2) выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

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

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

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

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих Основ;

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 настоящих Основ;

8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 настоящих Основ;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ

добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

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

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

В случае нарушения прав пациента он может обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд.

Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличия заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, — их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть представлена гражданину против его воли.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих Основ.

Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном порядке

недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ.

Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих Основ.

Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан

Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством РФ.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей — судом.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводится без их согласия в порядке, установленном Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством РФ.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

Раздел 7. Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека

Статья 35. Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона

Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона.

Искусственное оплодотворение женщины и имплантация эмбриона осуществляются в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, при наличии письменного согласия супругов (одинокой

женщины).

Сведения о проведенных искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона, а также о личности донора составляют врачебную тайну.

Женщина имеет право на информацию о процедуре искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, о медицинских и правовых аспектах ее последствий, о данных медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора, предоставляемую врачом, осуществляющим медицинское вмешательство.

Незаконное проведение искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством РФ.

Статья 36. Искусственное прерывание беременности

Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям — при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины — независимо от срока беременности.

Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, лицами, имеющими специальную подготовку.

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения РФ, а перечень социальных показаний — положением, утвержденным Правительством РФ.

Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством РФ.

Статья 37. Медицинская стерилизация

Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласии гражданина — независимо от возраста и наличия детей.

Перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется Министерством здравоохранения РФ.

Медицинская стерилизация проводится в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

Незаконное проведение медицинской стерилизации влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством РФ.

Раздел 8. Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам

Статья 38. Первичная медико-санитарная помощь

Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и

включает лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Первичная медико-санитарная помощь обеспечивается учреждениями муниципальной системы здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы. В оказании первичной медико-санитарной помощи могут также участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения на основе договора со страховыми медицинскими организациями.

Объем первичной медико-санитарной помощи устанавливается местной администрацией в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования.

Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи устанавливается органами управления муниципальной системы здравоохранения на основании нормативных актов Министерства здравоохранения РФ, Государственного комитета санитарно-эпидемиологического надзора РФ, министерств здравоохранения республик в составе РФ, правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Финансирование первичной медико-санитарной помощи осуществляется за счет средств муниципального бюджета, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

Статья 39. Скорая медицинская помощь

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Скорая медицинская помощь оказывается специальной службой скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном Министерством здравоохранения РФ.

Скорая медицинская помощь гражданам РФ и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно за счет средств бюджетов всех уровней.

При угрозе жизни гражданина медицинские работники имеют право использовать бесплатно любой имеющийся вид транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение. В случае отказа должностного лица или владельца транспортного средства выполнить

законное требование медицинского работника о предоставлении транспорта для перевозки пострадавшего они несут ответственность, установленную законодательством РФ.

Статья 40. Специализированная медицинская помощь

Специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

Специализированная медицинская помощь оказывается за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан и других источников, не запрещенных законодательством РФ. Отдельные виды дорогостоящей специализированной медицинской помощи, перечень которых ежегодно определяется Министерством здравоохранения РФ, финансируются за счет средств государственной системы здравоохранения.

Статья 45. Запрещение эвтаназии

Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии — удовлетворения просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии или осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Статья 46. Определение момента смерти человека

Констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращение реанимационных мероприятий устанавливаются положением, утвержденным Министерством здравоохранения РФ, согласованным с Министерством юстиции РФ, министерствами здравоохранения республик в составе РФ.

Статья 47. Изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации

Допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с законодательством РФ.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок.

Не допускается принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Лица, участвующие в указанных коммерческих сделках, купле и продаже органов и (или) тканей человека, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Статья 48. Проведение патологоанатомических вскрытий

Патологоанатомическое вскрытие проводится врачами в целях получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания.

По религиозным или иным мотивам в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего, высказанного при его жизни, патологоанатомическое вскрытие при отсутствии подозрения на насильственную смерть не производится, если иное не предусмотрено законодательством РФ.

Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается членам семьи, а при их отсутствии — близким родственникам или законному представителю умершего, а также правоохранительным органам по их требованию.

По требованию членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего может быть произведена независимая медицинская экспертиза в порядке, предусмотренном статьей 53 настоящих Основ.

Раздел 9. Медицинская экспертиза

Статья 49. Экспертиза временной нетрудоспособности

Экспертиза временной нетрудоспособности производится лечащими врачами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, которые единолично выдают гражданам листки нетрудоспособности сроком до 30 дней, а на больший срок листки нетрудоспособности выдаются врачебной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения.

При экспертизе временной нетрудоспособности определяются необходимость и сроки временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принимается решение о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности.

Статья 50. Медико-социальная экспертиза

Медико-социальная экспертиза устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан. Медико-социальная экспертиза производится учреждениями медико-социальной экспертизы системы социальной защиты населения.

Рекомендации медико-социальной экспертизы по трудовому устройству граждан являются обязательными для администрации предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности.

Гражданин или его законный представитель имеет право на приглашение по своему заявлению любого специалиста с его согласия для участия в проведении медико-социальной экспертизы.

Заключение учреждения, производившего медико-социальную экспертизу, может быть обжаловано в суде самим гражданином или его законным представителем в порядке, установленном законодательством РФ.

Статья 52. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы

Судебно-медицинская экспертиза производится в медицинских учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения

экспертом бюро судебно-медицинской экспертизы, а при его отсутствии — врачом, привлеченным для производства экспертизы, на основании постановления лица, производящего дознание, следователя, прокурора или определения суда.

Судебно-психиатрическая экспертиза производится в предназначенных для этой цели учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Гражданин или его законный представитель имеет право ходатайствовать перед органом, назначившим судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, о включении в состав экспертной комиссии дополнительного специалиста соответствующего профиля с его согласия.

Заключения учреждений, производивших судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую экспертизы, могут быть обжалованы в суде в порядке, установленном законодательством РФ.

Статья 53. Независимая медицинская экспертиза

При несогласии граждан с заключением медицинской экспертизы по их заявлению производится независимая медицинская экспертиза соответствующего вида, предусмотренная статьями 48, 51 настоящих Основ.

Положение о независимой медицинской экспертизе утверждается Правительством РФ.

При производстве независимой медицинской экспертизы гражданам предоставляется право выбора экспертного учреждения и экспертов.

В конфликтных случаях окончательное решение по заключению медицинской экспертизы выносится судом.

Раздел 10. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников

Статья 54. Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью

Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образования в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а на занятие определенными видами деятельности, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения РФ, — также сертификат специалиста и лицензию.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Статья 55. Порядок и условия выдачи лицам лицензий на определенные виды медицинской и фармацевтической деятельности

Выдачу лицам лицензий на определенные виды медицинской и фармацевтической деятельности осуществляют лицензионные комиссии, создаваемые органом государственного управления субъекта РФ или местной администрацией по поручению соответствующего органа государственного управления субъекта РФ.

Лицензия выдается на определенный вид деятельности на основании сертификата специалиста.

Порядок и условия выдачи лицам лицензий на определенные виды медицинской и фармацевтической деятельности устанавливаются Правительством РФ.

Статья 56. Право на занятие частной медицинской практикой

Частная медицинская практика — это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

Частная медицинская практика осуществляется в соответствии с настоящими Основами и другими актами законодательства РФ, республик в составе РФ.

Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на избранный вид деятельности.

Разрешение на занятие частной медицинской практикой выдается местной администрацией по согласованию с профессиональными медицинскими ассоциациями и действует на подведомственной ей территории.

Запрещение на занятие частной медицинской практикой производится по решению органа, выдавшего разрешение на занятие частной медицинской практикой, или суда.

Статья 57. Право на занятие народной медициной (целительством)

Правом на занятие народной медициной обладают граждане РФ, получившие диплом целителя, выдаваемый министерствами здравоохранения республик в составе РФ, органами управления здравоохранения автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Незаконное занятие народной медициной (целительством) влечет за собой административную ответственность, а в случаях, предусмотренных законодательством РФ, — уголовную ответственность.

Статья 58. Лечащий врач

Лечащий врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения). В случае требования пациента о замене лечащего врача последний должен содействовать выбору другого врача.

Статья 60. Клятва врача

Лица, окончившие высшие медицинские учебные заведения РФ и получившие диплом врача, дают клятву врача.

Врачи за нарушение клятвы несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

Статья 61. Врачебная тайна

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную

или уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ, республик в составе РФ.

Раздел 12. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан

Статья 66. Основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан

В случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленным законодательством РФ.

Статья 67. Возмещение затрат на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий

Средства, затраченные на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий, взыскиваются с предприятий, учреждений, организаций, ответственных за причиненный вред здоровью граждан, в пользу учреждений государственной или муниципальной системы здравоохранения, понесших расходы, либо в пользу учреждений частной системы здравоохранения, если лечение проводилось в учреждениях частной системы здравоохранения.

Статья 68. Ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья

В случае нарушения прав граждан в области охраны здоровья вследствие недобросовестного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью граждан или их смерть, ущерб возмещается в соответствии с частью первой статьи 66 настоящих Основ.

Возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством РФ, республик в составе РФ.

Статья 69. Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья

Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан, определенные настоящими Основами в области охраны здоровья, могут быть обжалованы в вышестоящие государственные органы, вышестоящим должностным лицам или в суде в соответствии с действующим законодательством.

Приложение 3

ЗАКОН РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ» (ПРИНЯТ ВС РФ 1992 Г. № 3185-1) (извлечения)

Раздел 1. Общие положения

Статья 1. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания

Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установленными настоящим Законом и другими законами РФ, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами (1)[4].

Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека (2).

Статья 2. Законодательство РФ о психиатрической помощи (2)

Законодательство РФ о психиатрической помощи состоит из настоящего Закона и других законодательных актов РФ и республик в составе РФ, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга (1).

Статья 3. Применение настоящего Закона

Настоящий Закон распространяется на граждан РФ при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории РФ (1).

Иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории РФ, при оказании им психиатрической помощи пользуются всеми правами, установленными настоящим Законом, наравне с гражданами РФ (2).

Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью

Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом (1).

Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом (2).

Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами

Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией РФ, Конституциями республик в составе РФ. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами РФ (1).

---

[4] В скобках указана часть статьи (здесь и далее).

Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;

получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;

содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;

все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;

оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;

приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;

помощь адвоката, законного представителя или иного лица, установленным законом (2).

Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечении или специального обучения не допускается (3).

Статья 6. Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности, связанной с источником повышенной опасности

Гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суде (1).

Статья 7. Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь

Гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским и гражданским процессуальным законодательством РФ (1).

Защиту прав и законных интересов несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет и лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, при оказании им психиатрической помощи осуществляют их законные представители (родители, усыновители, опекуны), а в случае их отсутствия — администрация психиатрического стационара либо психоневрологического учреждения для социального или специального обучения (2).

Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи может осуществлять адвокат. Порядок приглашения адвоката и оплаты его услуг предусматривается законодательством РФ. Администрация учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, обеспечивает возможность приглашения адвоката, за исключением неотложных случаев, предусмотренных пунктом а) части четвертой статьи 23 и пунктом а) статьи 29 настоящего Закона (3).

Статья 8. Запрещение требований предоставления сведений о состоянии психического здоровья

При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь в случаях, установленных законами РФ.

Статья 9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи

Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

Статья 10. Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами

Для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством, применяются медицинские средства и методы, разрешенные в порядке, установленном законодательством РФ о здравоохранении (2).

Статья 11. Согласие на лечение

Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи (1).

Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации (2).

Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи (3).

Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров (4).

В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускаются (5).

Статья 12. Отказ от лечения

Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи 11 настоящего Закона (1).

Лицу, отказывающемуся от лечения, либо его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра (2).

Статья 13. Принудительные меры медицинского характера

Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным Уголовным кодексом и Уголовно-процессуальным кодексом (1).

Принудительные меры медицинского характера осуществляются в психиатрических учреждениях органов здравоохранения. Лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона. Они признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях (2),

Статья 14. Судебно-психиатрическая экспертиза

Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам производится по основаниям и в порядке, предусмотренным Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР и Гражданским Процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 15. Психиатрическое обследование для решения вопроса о

годности гражданина к службе в качестве военнослужащего

Основания и порядок амбулаторного и стационарного обследования при решении вопроса о годности гражданина по состоянию его психического здоровья к службе в качестве военнослужащего Вооруженных Сил, войск и органов безопасности, внутренних войск, железнодорожных войск и других воинских формирований, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел определяются настоящим Законом и законодательством РФ о военной службе.

Раздел 2. Обеспечение психиатрической помощью и социальная защита лиц, страдающих психическими расстройствами

Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством

Государством гарантируются:

неотложная психиатрическая помощь;

консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;

все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности ;

социально-бытовая помощь -и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

решение вопросов опеки;

консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;

социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;

обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах (1).

Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной защиты государство:

создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;

организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

создает лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;

принимает иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами (2).

Раздел 3. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь. Права и обязанности медицинских работников

и иных специалистов

Статья 18. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь

Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры (1).

Статья 19. Право на деятельность по оказанию психиатрической помощи

Право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством РФ (1).

Раздел 4. Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование

Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи (1).

Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного представителя; в отношении лица, признанного в установленном порядке недееспособным, — по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде (2).

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи (4).

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона (5).

Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации (6).

Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя

В случаях, предусмотренных пунктом а) части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно (1).

В случаях, предусмотренных пунктами б) и в) части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимаются врачом-психиатром с санкции судьи (2).

Статья 25. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя

Решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 23 настоящего Закона, принимаются врачом-психиатром по заявлению, содержащему сведения о наличии оснований для такого освидетельствования, перечисленных в части четвертой статьи 23 настоящего Закона (1).

Заявление может быть подано родственниками лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами (2).

В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации (3).

При отсутствии непосредственной опасности лица для себя или для окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Установив, что в заявлении отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии обстоятельств, предусмотренных пунктами б) и в) части четвертой статьи 23 настоящего Закона, врач-психиатр в письменном виде, мотивированно отказывает в психиатрическом освидетельствовании (4).

Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования, а также заявление об освидетельствовании и другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы в суде в порядке, установленном Гражданским процессуальным

кодексом РСФСР (5).

Статья 26. Виды амбулаторной психиатрической помощи

Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения (1).

Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя (2).

Статья 27. Диспансерное наблюдение

Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения (2).

Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом шестым настоящего закона (3).

Статья 28. Основания для госпитализации в психиатрический стационар

Основанием для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи (1).

Основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами РФ (2).

Помещение в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно — по его просьбе или с его согласия (3).

Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде (4).

Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра (5).

Статья 29. Основание для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым, обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Статья 32. Освидетельствование лиц, помещенных в стационар в недобровольном порядке

Лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в стационаре, он подлежит немедленной выписке (1).

Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем (2).

Статья 33. Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке

Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо.

К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре (2).

Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде (3).

Статья 34. Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке

Заявление о госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке судья рассматривает в течение 5 дней с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении (1).

Статья 35. Постановление суда по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке

Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его (1).

Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре (2).

Постановление судьи в 10-дневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном Гражданском процессуальным кодексом (3).

Статья 36. Продление госпитализации в недобровольном порядке

Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация (1).

Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствование комиссией врачей-психиатров проводится не реже одного раза в шесть месяцев (2).

По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Судья в порядке, предусмотренном статьями 33...35 настоящего Закона, постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается ежегодно (3).

Статья 37. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозную атрибутику и литературу;

встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;

выписывать газеты и журналы;

получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если

пациент не достиг 18 лет;

получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде (2).

Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

пользоваться телефоном;

принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой (3).

Статья 38. Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

Государством создается независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах (1).

Представители этой службы защищают права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения либо направляют представительно в органы исполнительной власти, прокуратуру или суд (2).

Статья 40. Выписка из психиатрического стационара

Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача (2).

Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или по постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации (3).

Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда (4).

Статья 41. Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения

Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, — решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра (1).

Орган опеки и попечительства обязан принимать меры для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в психоневрологические

учреждения для социального обеспечения (2),

Статья 43. Права лиц, проживающих в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, и обязанности администрации этих учреждений

Администрация психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствование лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности (3).

Раздел 5. Контроль и прокурорский надзор за деятельностью по оказанию психиатрической помощи

Статья 46. Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи

Общественные объединения врачей-психиатров, иные общественные объединения в соответствии со своими уставами (положениями) могут осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан по их просьбе или с их согласия при оказании им психиатрической помощи (1).

Раздел 6. Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи

Статья 47. Порядок и сроки обжалования

Законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору (1).

Приложение 4

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

(рекомендации, комментарии, параметры)

Пищевая пирамида

Определение индекса Кетле

Нерациональное питание часто является одной из причин избыточной

массы тела, что в свою очередь является фактором риска многих заболеваний.

Поэтому необходимо определить оптимальную массу, т.е. массу, при которой риск заболеваний минимален. Одним из достаточно точных показателей оптимального веса является индекс Кетле (по имени ученого, предложившего этот индекс):

$$К = \frac{Масса}{Рост}$$

Оптимальные значения индекса Кетле приведены ниже:

Значение	Среднее	Минимальное	Максимальное
Для мужчин	22,0	20,1	25,0
Для женщин	20,3	18,7	23,8

О наличии ожирения свидетельствует индекс Кетле более 30,0 у мужчин и более 28,8 у женщин. ВОЗ считает оптимальным и у мужчин и у женщин индекс 20...30.

Следовательно, энергетическая ценность (число калории) пищи при рациональном питании должна быть таковой, чтобы индекс Кетле не выходил за пределы оптимального.

12-минутный тест Купера

Постарайтесь в течение 12 мин пройти или пробежать как можно большее расстояние и по таблице определите степень своей физической подготовленности (в км).

Таблица

Степень подготовленности	До 30 лет	30-39 лет-	40-49 лет	Старше 50 лет
Для мужчин				
Очень плохо	Меньше 1,6	Меньше 1,5	Меньше 1,3	Меньше 1,2
Плохо	1,6-1,9	1,5-1,84	1,3-1,6	1,2-1,5
Удовлетворительно	2,0-2,4	1,84-2,24	1,7-2,1	1,6-1,9
Хорошо	2,5-2,7	2,25-2,64	2,2-2,4	2,0-2,4
Отлично	2,8 и больше	2,65 и больше	2,5 и больше	2,5 и больше
Для женщин				
Очень плохо	Меньше 1,5	Меньше 1,3	Меньше 1,2	Меньше 1,0
Плохо	1,5-1,84	1,3-1,6	1,2-1,4	1,0-1,3
Удовлетворительно	1,85-2,15	1,7-1,9	1,5-1,84	1,4-1,6
Хорошо	2,166-2,64	2,0-2,4	1,85-2,3	1,7-2,15
Отлично	2,65 и больше	2,5 и больше	2,4 и больше	2,2 и больше

Тест на восстановление пульса

О физическом состоянии организма свидетельствует время, необходимое на восстановление частоты пульса до нормы после нагрузки. Измерьте свой пульс сразу после тренировки, потом последовательно через 1, 2 и 3 мин. Ежедневно записывайте результаты измерений. Чем больше разница между

значениями пульса, тем в лучшей форме вы находитесь. Регулярные тренировки должны улучшить показатели.

Проба Мартине

Количественно оценить реакцию сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку можно с помощью пробы Мартине. Предварительно замеряется частота пульса в покое. Затем выполняется 20 приседаний за 30 с. Повторный замер пульса выполняется спустя 3 мин. Если разность между значениями пульса после нагрузки и в покое не более 5 ударов в 1 мин, то реакция сердечно-сосудистой системы хорошая, от 5 до 10 ударов — удовлетворительная, более 10 ударов — неудовлетворительная.

Приложение 5

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Вы работаете социальным работником. Ваши клиенты, молодожены, обратились к вам с просьбой рассказать, что такое планирование семьи. Ваш ответ?

Задача 2. Вы работаете социальным работником. Ваша клиентка 23 лет беременна, срок беременности около 8 недель. Ваши рекомендации по профилактике патологии беременности и родов?

Задача 3. Вы работаете социальным работником. В семье ваших клиентов ребенок — инвалид детства (врожденное заболевание). Родители ребенка обратились к вам с просьбой рассказать, как избежать патологии в случае последующей беременности. Ваш ответ?

Задача 4. Вы работаете социальным работником. В семье ваших клиентов беременная (18 лет, незамужняя). В семье конфликтная ситуация, не исключена возможность искусственного прерывания беременности. На что вы будете ориентировать клиентку? Ваши аргументы?

Задача 5. Вы работаете социальным работником. Ваши клиенты — молодые супруги. В браке состоят более 1 г., ожидаемая беременность не наступила. К врачу не обращались. Ваши рекомендации?

Задача 6. Вы работаете социальным работником. Ваша клиентка выписывается с ребенком из родильного дома. Кто должен выполнить медико-социальный патронаж к ней в первую очередь?

Задача 7. Вы работаете социальным работником. Ваш клиент, инвалид второй группы, 40 лет, злоупотребляет алкоголем (испытывает непреодолимое влечение к алкоголю, имеет место психическая и физическая зависимость от приема алкоголя и т.д.). Что с клиентом? Перечислите возможные медико-социальные проблемы. Что входит в систему действий по решению этих проблем?

Задача 8. Вы работаете социальным работником. В семье ваших клиентов, престарелых инвалидов, вернулся из заключения сын-инвалид (с диагнозом туберкулез легких). Какие медико-социальные проблемы могут возникнуть? Как решить эти проблемы? Что предпринять?

Задача 9. Вы работаете социальным работником. В семье ваших клиентов (многодетная семья) один из детей (подросток 13 лет) со слов матери периодически становится «странным», в кармане у него мать обнаружила

какие-то таблетки. Что можно предположить? Какие возможны медико-социальные проблемы и действия по решению этих проблем? Перечислите возможные варианты развития данной ситуации.

Задача 10. Вы работаете социальным работником. Ваш клиент обратился к вам с вопросом: «Как уберечься от СПИДа?» Ваш ответ?

Задача 11. Вы работаете социальным работником. Ваш клиент, работающий инвалид третьей группы, обратился в поликлинику по месту жительства по поводу простудного заболевания. Лечение было назначено, но больной был признан трудоспособным, в освобождении от работы было отказано (а клиент на работу не вышел). Каковы медико-социальные проблемы и система действий по их решению?

Задача 12. Вы работаете социальным работником. Ваш клиент — одинокий престарелый, больной-хроник. Как часто должен выполняться медико-социальный патронаж участковым врачом к вашему клиенту?

Задача 13. Вы работаете социальным работником. Ваша клиентка, 75 лет, за несколько минут до вашего прихода упала с кровати. Отмечает резкую боль в области бедра. При осмотре отмечается отведение левой стопы в сторону, укорочение по длине левой ноги. Что с больной? Каковы ваши действия?

Задача 14. Вы работаете социальным работником. В семье ваших клиентов у одного из членов семьи проблемы со здоровьем (мужчина 45 лет): в течение месяца он отмечает приступообразные давящие боли за грудиной при физической нагрузке. К врачу не обращался. Что ему порекомендовать? Перечислите по порядку систему действий специализированной лечебно-профилактической помощи.

Задача 15. Вы работаете социальным работником. Ваш клиент задал вам вопрос: «Наследуется ли туберкулез легких? В чем состоит профилактика туберкулеза?» Ваш ответ?

Задача 16. Вы работаете социальным работником. В семье ваших клиентов один из членов семьи состоит под наблюдением в противотуберкулезном диспансере. Перечислите возможные медико-социальные проблемы в семье и систему действий по их решению.

Задача 17. Вы работаете социальным работником. Вашему клиенту необходимо зубное протезирование. Каковы системы действий по решению данной медико-социальной проблемы?

Задача 18. Вы работаете социальным работником. Ваш клиент нуждается в санаторно-курортном лечении. Каковы ваши действия по решению данной медико-социальной проблемы?

Задача 19. Вы работаете социальным работником. Во время вашего посещения у вашего клиента появились давящие боли за грудиной, чувство нехватки воздуха (впервые в жизни). Какое неотложное состояние у больного? Каковы ваши действия по оказанию первой помощи?

Задача 20. Вы работаете социальным работником. При выполнении вами медико-социального патронажа у вашей клиентки появился приступ удушья (клиентка состоит под наблюдением участкового терапевта с диагнозом бронхиальная астма). Больная сидит, опираясь руками о край кровати, дыхание

свистящее, слышное на расстоянии. Какое неотложное состояние у больной? Каковы ваши действия по оказанию первой помощи?

Задача 21. Вы работаете социальным работником. Ваш клиент, 65 лет, утром не смог встать с постели из-за слабости в левой руке и ноге. При осмотре состояние больного относительно удовлетворительное. Асимметрия носогубных складок, сила в конечностях снижена. Какое неотложное состояние у больного? Каковы ваши действия по оказанию первой помощи?

Задача 22. Вы работаете социальным работником. Во время вашего посещения у вашей клиентки, которая состоит под наблюдением участкового терапевта с диагнозом гипертоническая болезнь, появилась интенсивная головная боль, «мушки» перед глазами, головокружение. Какое неотложное состояние может быть у больной? Каковы ваши действия?

Задача 23. Вы работаете социальным работником. Во время вашего посещения у больного вдруг открылась рвота «кофейной гущей». Что это может означать? Ваши действия по оказанию первой помощи?

Задача 24. Вы работаете социальным работником. За несколько часов до вашего посещения у вашего клиента появился озноб, недомогание, слабость, ломота во всем теле. Что может быть у больного? Что вы должны сделать?

Задача 25. Вы работаете социальным работником. Каковы признаки клинической смерти? Что такое реанимация? Каков порядок действий при выполнении реанимационных мероприятий?

Приложение 6

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. Наиболее значим один из следующих факторов, определяющих здоровье:

а) наследственность;

б) экология;

в) образ жизни;

г) здравоохранение.

2. К «большим» факторам риска здоровью относятся следующие (дополнить):

а) малоподвижный образ жизни;

б) нерациональное питание;

в) избыточная масса тела;

г) стрессы;

д) другие?

3. Какой из перечисленных ниже факторов риска является вторичным/ а) нарушение ритма труда и отдыха;

б)генетический риск;

в) артериальная гипертензия;

г) вредные привычки.

4. Какому из перечисленных ниже понятий соответствует следующее определение: «порядок, регламент общественной жизни, труда, быта, отдыха и пр., в рамках которого проходит жизнедеятельность людей»?

а) качество жизни; б)уровень жизни; в) уклад жизни.

5. К показателям естественного движения населения относится один из следующих показателей:

а) иммиграция населения;

б) физическое развитие;

в) заболеваемость;

г) смертность.

6. Наиболее значим для характеристики здоровья населения один из медико-демографических показателей:

а) рождаемость;

б) младенческая смертность;

в) заболеваемость;

г) смертность.

7. К первичной профилактике нельзя отнести одно из следующего: а)вакцинация;

б) здоровый образ жизни;

в) диспансеризация больных;

г) гигиена труда.

8. Рациональное питание — это:

а) питание, сбалансированное по содержанию белков, жиров, углеводов;

б) питание, сбалансированное только в энергетическом отношении в зависимости от рода деятельности;

в) питание, сбалансированное в энергетическом отношении и по содержанию белков, жиров и углеводов в зависимости от пола, возраста, рода деятельности.

9. Оптимальное соотношение энергетической ценности рациона при четырехразовом питании, %:

а) 20-10-40-30; б)30-15-35-20; в) 10-20-30-20.

10. Средняя суточная потребность в жирах, г:

а) 400...500;

б) 60...80;

в) 80...100.

11. Режим питания — это: а) кратность приемов пищи;

б) распределение пищевого рациона по калорийности, составу и массе пищи на протяжении суток.

12. Выраженные признаки алкоголизма — это:

а) употребление алкоголя социально необъяснимо («за компанию», «без повода» и т.д.), в состоянии алкогольного опьянения поведение нарушено, нечетко выражена психическая зависимость;

б) влечение к алкоголю, утрата контроля за количеством выпитого, повышение толерантности к алкоголю;

в) физическая зависимость от алкоголя, абстинентный синдром, алкогольные психозы и пр.

13. Диспансеризация — это:

а) постоянное наблюдение за больным;

б) регулярные медицинские осмотры;

в) активное, динамическое наблюдение за больным;

14. К амбулаторно-поликлиническим учреждениям не относится одно из следующих:

а) городская поликлиника;

б) ФАП;

в) санаторий-профилакторий.

15. При оказании скорой и неотложной помощи должен соблюдаться главный принцип:

а) этапность;

б) преемственность;

в) последовательность.

16. К учреждениям ПМСП относится:

а) областная клиническая больница;

б) стационарное отделение диспансера;

в) городская поликлиника.

17. Вызвать врача на дом возможно:

а) только лично;

б) по телефону;

в) возможны оба варианта.

18. Вашему клиенту, инвалиду первой группы, требуется стоматологическая помощь на дому. К кому следует обратиться:

а) непосредственно в стоматологическую поликлинику;

б) к участковому врачу;

в) к заведующему отделением участковой поликлиники.

19. Вашему клиенту в плановом порядке назначено лечение в стационаре. Выберите правильный вариант порядка госпитализации:

а) участковый врач — зав. отделением поликлиники — стационар;

б) стационар (приемный покой);

в) «скорая» помощь — стационар.

20. Вашему клиенту назначено лечение в дневном стационаре. Это означает следующее:

а) больной находится в стационаре только до обхода лечащего врача;

б) больной уходит из стационара домой только ночевать;

в) время пребывания больного в стационаре оговаривается с лечащим врачом.

21. Для рабочих промышленных предприятий основным учреждением ПМСП является:

а) цеховая поликлиника;

б) здравпункт;

в) санаторий-профилакторий;

г) стационар МСЧ.

22. В организации стационара на дому главная роль принадлежит:

а) участковой медицинской сестре;

б) участковому терапевту;

в) заведующему терапевтическим отделением.

23. Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности:

а) участковый врач — заведующий отделением;

б) участковый врач — КЭК;

в) только участковый врач.

24. Амбулаторные карты пациента хранятся:

а) только в регистратуре поликлиники;

б) у пациента;

в) приемлемы оба варианта.

25. Медико-социальный патронаж осуществляет:

а) участковый врач;

б) медицинская сестра отделения РОКК;

в) социальный работник;

г) все перечисленные.

26. Психиатрическую помощь оказывают:

а) только государственные психиатрические и психоневрологические учреждения;

б) негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения;

в) возможны оба варианта.

27. Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, должно быть освидетельствовано комиссией врачей-психиатров не позднее:

а) 48 часов;

б) 24 часов;

в) 72 часов.

28. Как часто должен осматриваться врачами-психиатрами пациент, помещенный в психиатрический стационар в недобровольном порядке в течение первых шести месяцев после госпитализации:

а) не реже одного раза в месяц;

б) то же, в 2 мес.;

в) то же, в 3 мес.

29. Основными задачами учреждений медико-социальной экспертизы являются:

а) определение группы инвалидности;

б) разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;

в) изучение состояния инвалидности и факторов, к ней приводящих;

г) все нижеперечисленное.

30. Решение об установлении группы инвалидности принимается:

а) простым большинством голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу;

б) руководителем учреждения медико-социальной экспертизы.

Ответы на тестовые задания:

1 - в 11-6 21-6

2 — вредные привычки 12 — в 22-6 3-в 13-в 23-6 4 - в 14-в 24-в 5-г 15-6 25-г 6-6 16-в 26-в 7-в 17-в 27-а 8-в 18-6 28-а 9-6 19 - в 29 - г 10 - в 20-6 30 - а

Список литературы

Аксельрод А. Ю. Скорее скорой. — М.: Медицина, 1990.

Баранов А. А. Репродуктивно-демографические показатели. — Казань: Заря-ТАИ, 1994.

Биомедицинская этика / В.И.Покровский и др. — М.: Медицина, 1997.

Бондарь Л. П. Особенности наблюдения и ухода за пациентами пожилого и старческого возраста // Медицинская помощь. — 1999. — № 1. — С. 41-44.

ВИЧ-инфекция и СПИД: Сб. норм.-метод. материалов. — М.: Грантъ, 1999.

Герасименко Н. Ф. Основные направления законодательной работы в области охраны здоровья населения // Экономика здравоохранения. — 1999. - № 2. - С. 5; № 3. - С. 6.

Гурских С. Внимание — наркоман. — М.: Медицина, 1988.

Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. — М., 1991.

Духов Л. Г., Варнаков П. М. Биоэтика практического врача // Клиническая медицина. — 1998. — № 8. — С. 46—48.

Ермаков С. Тенденции и приоритетные проблемы здоровья населения России// Врач. — 1996. — № 5. — С. 42-44.

Журавлева И. В. Отношение населения к здоровью. — М., 1993.

Иванов В. В. Наркологическая служба и профилактика наркотизма // Вопросы наркологии. — 1990. — № 2. — С. 44—48.

Иванюшкин А. Я. Медицинская этика или биоэтика // Медико-фармацевтический вестник. — 1997. — № 1. — С. 54-59.

Кричагин В. И. Врачебная тайна // Качество медицинской помощи. — 1997. -№1. -С. 68-74.

Куценко Г. И. Совершенствование системы гигиенического обучения и воспитания декретированных контингентов населения // Гигиена и санитария. — 1999. — № 3. — С. 72-74.

Лебедева Н. В. и др. Состояние здоровья населения как критерий оценки качества жизни // Гигиена и санитария. — 1997. — № 2.

Мартыненко А.В. Концепция медико-социальной работы в условиях России конца 90-х гг. // Вестник РАМН. — 1997. — № 8. — С. 44-49.

Мартыненко А. В. Медико-социальная работа: Теория, технологии, образование. — М.: Наука, 1999.

Мухина С. А., Тарновская И. И. Общий уход за больными. — М.: Медицина, 1984.

Методология социальной работы / Под ред. С.И.Григорьева. — М., 1994.

Основы социальной работы: Учебник/ Отв. ред. П.Д.Павленок. — М.: Медицина, 1996.

Основы социально-медицинской работы: Учеб. пособие — М.: ГАСБУ, 1998 / Отв. ред. акад. АСО, д-р мед. наук, проф. Е.А.Сигуда. — Вып. 1.

Основы медицинских знаний учащихся: Пробный учебник для средних учебных заведений / Под ред. М.М.Гоголева. — М.: Просвещение, 1991.

Покровский В. И., Покровский В. В. СПИД. — М.: Медицина, 1988.

Полесский В. А. Медико-социальные основы сохранения и укрепления здоровья населения РФ в современных условиях // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 1998. — № 1. — С. 13 — 17.

Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю.П.Лисицына: В 2 т. — М.: Медицина, 1982.

Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан РФ / Под ред. проф. Ю.Д.Сергеева. — М.: Простор, 1995.

Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. А.Ф.Серенко, В.В.Ермакова. — М.: Медицина, 1984.

Творогова Н.Д. Медицинская педагогика // Медицинская помощь. — 1998. -№ 5.

Хепфнер К. СПИД (медико-биологические и социальные аспекты болезни). — М.: Педагогика-экспресс, 1992.

Хромченко О.М., Куценко Г. И. Санитарно-эпидемиологическая служба. — М.: Медицина, 1990.

Чайцев В. Г. Практическая валеология: принципы сохранения, укрепления здоровья и долголетия: Пособие для медицинских работников. — Рязань, 1997.

Черкасская Л. И. Основополагающие принципы Международного Движения Красного Креста и Красного Полумесяца. — М.: Институт проблем гуманизма и милосердия, 1993.

Энциклопедический словарь / Гл. ред. Б.А.Введенский: В 2 т. — М.: Сов. энцикл., 1963.

Яровинский М. Я. С чего начинается этика? // Медицинская помощь. — 1998. - № 4. - С. 47-51; № 6. - С. 33-38.

Яровинский М. Я. К проблеме ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников // Медицинская помощь. — 1999.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ **3**

ГЛАВА 1 СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА **5**

1.1. Понятие социальной медицины **5**
1.2. Краткий исторический очерк социальной медицины. **6**

ГЛАВА 2 ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ **15**

2.1. Понятия здоровья и болезни **15**
2.2. Показатели здоровья населения **17**
2.3. Факторы, определяющие здоровье **22**
2.4. Факторы риска здоровью **22**
2.5. Понятие о медицинской профилактике **23**

ГЛАВА 3 ОБРАЗ ЖИЗНИ - ГЛАВНЫЙ ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ .. **25**

3.1. Понятие образа жизни **25**
3.2. Здоровый образ жизни и пути его формирования **26**
3.3. Рациональное питание **27**
3.4. Физическая активность **32**
3.5. Аутотренинг **34**

ГЛАВА 4 РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ **36**

4.1. Физиология репродукции **36**
4.2. Патология репродукции **41**
4.3. Планирование семьи **45**

ГЛАВА 5 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАРКОТИЗМА И ИНФЕКЦИИ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ) **52**

5.1. Алкоголизм **52**
5.2. Наркомания и токсикомания **55**
5.3. Курение (никотинизм) **58**
5.4. ВИЧ-инфекция **60**

ГЛАВА 6 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В СИСТЕМЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ **66**

6.1. Медико-социальная помощь **66**

6.2. Медико-социальная работа 66
6.3. Медико-социальный патронаж 68
6.4. Задачи и основные принципы отечественной системы здравоохранения 69
6.5. Типы и виды учреждений здравоохранения 73
6.6. Первичная медико-санитарная помощь 74
6.7. Амбулаторно-поликлиническая помощь населению 75
6.8. Стационарная медицинская помощь 80
6.9. Специализированная медицинская помощь населению 82
6.10. Медико-социальная помощь больным сердечно - сосудистыми заболеваниями 83
6.11. Медико-социальная помощь больным онкологическими заболеваниями 84
6.12. Медико-социальная помощь травматологическим больным 84
6.13. Медико-социальная помощь больным туберкулезом 87
6.14. Психиатрическая помощь 90
6.15. Стоматологическая помощь населению 96
6.16. Медико-социальная помощь рабочим промышленных предприятий 97
6.17. Медико-социальная помощь сельскому населению 99
6.18. Скорая медицинская помощь 101
6.19. Санитарно-эпидемиологическая служба 102
6.20. Санитарное просвещение 103
6.21. Охрана материнства и детства 106
6.22. Санаторно-курортная помощь 110

ГЛАВА 7 ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ 115

7.1. Экспертиза трудоспособности 115
7.2. Причины и виды нетрудоспособности 115
7.3. Экспертиза временной и стойкой (инвалидной) нетрудоспособности 116
7.4. Медико-социальная реабилитация 121

ГЛАВА 8 ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА И ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 126

8.1. Международный Красный Крест и общества Красного Полумесяца 126
8.2. Российское Общество Красного Креста 128
8.3. Всемирная организация здравоохранения 131

ГЛАВА 9 НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ. РЕАНИМАЦИЯ 135

9.1. Понятие ухода за больными и виды ухода 135
9.2. Организация ухода за больными 135
9.3. Личная гигиена больного 139
9.4. Питание больных в стационаре 145
9.6. Простейшая физиотерапия 149
9.7. Лекарственные средства 150
9.8. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов дыхания 151
9.9. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения 154
9.10. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов пищеварения 159
9.11. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями почек и мочевыводящих систем 160
9.12. Наблюдение и уход за больными при заболеваниях органов эндокринной системы 161
9.13. Первая помощь при некоторых неотложных состояниях и травмах 163
9.14. Реанимация 171

ГЛАВА 10 МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ. БИОЭТИКА, БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОСТИ 178

10.1. Медицинская этика и деонтология 178
10.2. Биоэтика. Биоэтические проблемы современности 192
ПРИЛОЖЕНИЯ 199
Список литературы 236