

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВИДЫ ДИСПАНСЕРОВ. ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ. ЦЕНТРЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВИДЫ, ЗАДАЧИ, СТРУКТУРА

Специализированную медицинскую помощь оказывают врачи-специалисты в специализированных лечебных учреждениях фронта с применением необходимых видов мед. оснащения. Специализированная медпомощь - высший вид квалифицированной медпомощи, предусматривающий наиболее полное и широкое использование последних достижений той или иной области медицинской науки в практике лечения пораженных и больных. В ходе Великой Отечественной войны в СССР была создана стройная, научно обоснованная система специализированной медицинской помощи. В послевоенный период на основе изучения и критического анализа полученного опыта происходит дальнейшее развитие и совершенствование специализированной медицинской помощи. В связи с возможным применением средств массового поражения могут появиться совершенно новые контингента пораженных и больных, нуждающиеся в специализированной медицинской помощи. Оказание специализированной медицинской помощи может осуществляться в полевых подвижных госпиталях (хирургическом, терапевтическом, инфекционном, неврологическом), в госпитале для легкораненых и в эвакуационных госпиталях. В зависимости от количества поступающих пораженных и больных, нуждающихся в том или ином виде специализированной медицинской помощи, и имеющегося в данный момент числа лечебных учреждений могут быть созданы госпитали, целиком специализированные по одному профилю или имеющие в своем составе специализированные отделения. Специализация госпиталей осуществляется как введением в их штаты специалистов и необходимого оснащения, так и путем придания хирургическим и терапевтическим полевым подвижным госпиталям специализированных групп медицинского усиления из отдельного отряда специализированной медицинской помощи. Одним из основных требований, предъявляемых к организации мед. помощи в военно-полевых условиях, являются преемственность и последовательность в проведении лечебно-профилактических мероприятий на основе единых принципов оказания мед. помощи пораженным и больным. Преемственность в лечении достигается прежде всего единым пониманием патологических процессов, происходящих в организме человека при поражениях и заболеваниях, и едиными методами профилактики и лечения поражений и заболеваний военного времени. Вместе с тем преемственность медицинской помощи и лечения может быть осуществлена только в том случае, если на каждом последующем этапе мед. эвакуации будет известно, что сделано на предшествующем этапе, какая медицинская помощь и когда была оказана пораженному или больному. Это достигается четким ведением мед. документации, в частности тщательным заполнением первичной медицинской карточки и ведением историй болезни (см. Лечебно-

эвакуационное обеспечение войск, Этапное лечение). Важным требованием к организации медицинской помощи в военно-полевых условиях является также своевременность ее оказания. Медицинская помощь должна быть оказана в сроки, наиболее благоприятные для последующего восстановления здоровья пораженного или больного. Особое значение имеет своевременное проведение неотложных мероприятий первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи. Своевременность оказания медицинской помощи достигается включением в состав войск действующей армии необходимых штатных сил и средств медслужбы, быстрейшим выносом и вывозом пораженных и больных с поля боя или из очагов массового поражения и их транспортировкой на этапы мед. эвакуации, четкой организацией работы на этапах. Немаловажное значение имеет также рациональная расстановка этапов мед. эвакуации. См. также Медицинская служба гражданской обороны. Учреждения, входящие в систему здравоохранения РФ, оказывают населению различные виды медицинской помощи. Медицинская помощь — совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах, лицами, имеющими высшее и среднее медицинское образование. Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях: 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации); 2) амбулаторно (в том числе на дому при вызове медицинского работника, в дневном стационаре), то есть в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения; 3) стационарно, то есть в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение. Существуют несколько классификаций видов медицинской помощи. Согласно «Основам» выделяют: — первичную медико-санитарную помощь, в том числе доврачебную, врачебную; — специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; — скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь; — паллиативную медицинскую помощь. Наиболее массовым видом медицинской помощи является первичная медико-санитарная помощь. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи гражданам и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний и их медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Первичная медико-санитарная помощь оказывается гражданам в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях. Специализированная медицинская помощь включает в себя лечение заболеваний, требующих специальных методов диагностики и лечения, использования сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в специализированных амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях.

Высокотехнологичная медицинская помощь включает в себя применение новых, сложных и/или уникальных, а также ресурсоемких методов лечения, включая клеточные технологии, роботизированную технику, информационные технологии и методы генной инженерии. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, устанавливаемым Минздравсоцразвития России. Скорая медицинская помощь — круглосуточная экстренная медицинская помощь при внезапных заболеваниях, угрожающих жизни больного, травмах, отравлениях, преднамеренных самоповреждениях, родах вне медицинских учреждений, а также катастрофах и стихийных бедствиях (подробнее см. гл. 15). Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на улучшение качества жизни безнадежно больных граждан и членов их семей, с целью избавления от боли и облегчения других тяжелых проявлений заболевания. Паллиативная медицинская помощь оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по вопросам оказания паллиативной помощи. Другая классификация видов медицинской помощи основывается на номенклатуре учреждений здравоохранения, а также стоящих перед ними задачах: — амбулаторно-поликлиническая (внебольничная) медицинская помощь; — больничная (стационарная) медицинская помощь; — неотложная медицинская помощь; — скорая медицинская помощь; — санаторно-курортная медицинская помощь. По форме оказания медицинская помощь может быть: — плановая — медицинская помощь, оказываемая при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью; — неотложная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи; — экстренная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных, опасных для жизни состояниях, острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, для устранения угрожающих жизни пациента состояний. Кроме того, медицинскую помощь с учетом этапов ее оказания и уровня специализации можно классифицировать следующим образом: — первая медицинская; — доврачебная; — первая врачебная; — специализированная; — высокотехнологичная. Перечень видов медицинской помощи, с одной стороны, во многом зависит от поставленных перед системой здравоохранения задач, с другой — влияет на формирование организационной структуры и номенклатуры самих учреждений здравоохранения. Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного Национального проекта «Здоровье»

4.1.6 Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Общие

принципы оказания неотложной медицинской помощи при отравлениях 5. Оказание первой медицинской помощи при различных отравлениях токсический отравление диагностика помощь При отравлении медикаментами, алкоголем и его суррогатами, различными техническими жидкостями, инсектицидами, грибами, ядами растительного и животного происхождения, прежде всего... Оказание первой медицинской помощи при ожогах 2 Оказание первой медицинской помощи при ожогах Первая помощь — это простейшие срочные меры, необходимые для спасения жизни и здоровья пострадавшего при повреждениях, несчастных случаях... Оказание первой помощи при различных травмах 2 Оказание первой помощи при вывихе Вывихом называется смещение суставных концов костей. Когда суставные поверхности не соприкасаются, говорят о полном вывихе, а когда хотя бы частично соприкасаются — о неполном. При вывихе происходит разрыв суставной сумки и капсулы сустава... 1. Организация специализированной медицинской помощи Оказание неотложной помощи В крупномасштабных войнах с массовыми санитарными потерями определяющим моментом организации анестезиологической и реаниматологической помощи является несоответствие возможностей медицинской службы объему возлагаемой на них работы... Организация помощи в начальный период крупномасштабной войны 2. Оказание помощи на местах На последующих этапах объем реаниматологической помощи возрастает. В медицинском пункте батальона фельдшер имеет возможность провести оксигенотерапию с помощью аппарата КИ-4... Основные концепции здравоохранения в России и мире 2.1 Система организации медицинской помощи населению С первой половины XX века по настоящее время в России реализуется двухуровневый принцип построения системы медицинской помощи населению... Особенности поведения с умирающими больными 3. Оказание помощи при терминальных состояниях Основными реанимационными мероприятиями при клинической смерти является непрямой (закрытый) массаж сердца и искусственное дыхание, которые должны обязательно проводиться одновременно... Спортивные травмы 2. Оказание первой медицинской помощи Первая помощь при переломах конечностей заключается в обездвиживании, поврежденного сегмента с помощью подручных средств (дощечки, палки и других подобных предметов), которые закрепляют бинтом, платком, шарфом, куском ткани и т.п... Тактика фельдшера выездной бригады скорой медицинской помощи при неотложных состояниях при травмах, синдроме длительного сдавливания 1.1 Организация скорой медицинской помощи населению г. Бугуруслан ГБУЗ БГБ «ССНМП» Станция скорой медицинской помощи является лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным для оказания круглосуточной скорой медицинской помощи взрослому и детскому населению, как на месте происшествия... Травмы в спорте 3. Оказание первой помощи Качество и особые условия оказания первой помощи, ее своевременность с учетом специфики травмы отражаются на эффективности дальнейшего лечения... 1.2 Обеспечение качества оказания

медицинской помощи населению в рамках концепции региональной Программы модернизации системы здравоохранения Забайкальского края на 2011-2012 годы Основанием для разработки Программы модернизации здравоохранения Забайкальского края на 2011-2012 годы является Проект Федерального закона (от 25 мая 2010 г.) «Об обязательном медицинском страховании»... Формирование системы обеспечения качества на примере больницы восстановительного лечения в условиях модернизации здравоохранения

2. СИСТЕМА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Формирование системы обеспечения качества на примере больницы восстановительного лечения в условиях модернизации здравоохранения

2.1 Принципы организации системы контроля качества оказания медицинской помощи населению на территории Забайкальского края

В целях обеспечения эффективности функционирования системы здравоохранения Забайкальского края одним из приоритетных направлений его развития должно являться повышение доступности и качества медицинской помощи населению... Функция врачебной должности, методика расчета. Значение этого показателя при планировании потребности в медицинских кадрах

1.6 Объемы медицинской помощи, предоставляемые населению городскими ЛПУ, участвующими в реализации Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью

Наименование видов помощи	Нормативы программы государственных гарантий
Предоставлено за 2007 год	Всего в т. ч. за счет средств ОМС Бюджета
1. Амбулаторно-поликлиническая помощь	1.1... Статья 34.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

1. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.
2. Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.
3. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники. (в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

Специализированная помощь текст в предыдущей) (см. текст в предыдущей) 5 — 7. Утратили силу с 1 января 2017 года. — Часть 8.1 статьи 101 данного Федерального закона (ред. 14.12.2015). (см. текст в предыдущей)

7.1. Порядок формирования перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, включает в

том числе предельные сроки, по истечении которых виды высокотехнологичной медицинской помощи включаются в базовую программу обязательного медицинского страхования. (часть 7.1 введена Федеральным законом от 03.07.2016 N 286-ФЗ) 8. Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. (часть 8 в ред. Федерального закона от 29.07.2017 N 242-ФЗ) (см. текст в предыдущей) **СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ** Время, объем и характер специализированного лечения определяется тяжестью повреждения, выраженностью индивидуальной реакции пострадавшего и прогнозом течения шока. При этом следует использовать объективную методику прогнозирования исходов травматического шока, разработанную С.-Петербургским научно-исследовательским институтом скорой помощи им. И. И. Джанелидзе*. Эта методика позволяет предсказать исход травмы в момент доставки пострадавшего в лечебное учреждение, а также определить длительность шока при благоприятном и продолжительность жизни при неблагоприятном исходе (Цибин Ю. Н. Многофакторная оценка тяжести травматического шока в клинике//Вест. хир., * Осуществляется врачом-реаниматологом или анестезиологом. 1980, № 9, с. 62-67). Кроме того, следует использовать и методические рекомендации Полтавского медицинского стоматологического института (В. Ф. Чистякова и соавт., 1979); в частности - рекомендацию об использовании никотиновой пробы и электрокожных (адреналиновой либо диониновой) проб для диагностики сотрясения мозга, довольно часто не диагностируемого у пострадавших, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. По данным этого института, при черепно-мозговой травме отмечаются отклонения показателей гидрофильной пробы кожи предплечий пострадавшего, минерального состава крови, ее белковых показателей, витаминов группы С, В и т. д. Поэтому только полное комплексное обследование черепно-челюстных пострадавших обеспечивает составление плана полноценного комплексного лечения с благоприятным исходом Специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме можно проводить параллельно или последовательно с хирургическим лечением повреждений других локализаций — первичной хирургической обработкой ран, диагностической или декомпрессивной трепанацией черепа, лапароцентезом, лапаротомией, ампутацией конечностей и внеочаговым остеосинтезом длинных трубчатых костей. Различают экстренное, раннее и отсроченное специализированное лечение повреждений челюстно-лицевой локализации. Вопрос об особенностях деонтологических основ первой встречи больного с любым заболеванием или повреждением челюстно-лицевой области нами достаточно полно освещен в монографии «Врач и больной в стоматологии» (Ю. И. Вернадский, Г. П. Бернадская, 1990). Здесь мы лишь остановимся на

тактике челюстно-лицевого хирурга, работающего в приемном покое (отделении) челюстно-лицевого стационара или же на пункте неотложной помощи при нем, при клинике кафедры челюстно-лицевой хирургии медицинского вуза (факультета), так как там обычно работают сравнительно молодые хирурги. Полагаем, полезно напомнить, что «важность миссии врача составляет отличие его от всех прочих граждан». Эту точку зрения французского писателя А. Моруа можно считать абсолютно бесспорной, особенно в отношении врачей, оказывающих неотложную помощь, а значит, избавляющих людей от тяжких страданий, спасающих их от смерти, инвалидности, обезображенности лица. Если приемный покой лечебного учреждения можно сравнить с «передовым краем линии обороны» в медицине, то пункт неотложной хирургической помощи можно назвать «медсанбатом мирного времени», где дежурных врачей ежеминутно ждут самые непредвиденные и тяжелые случаи: множественный перелом обеих челюстей; перелом скуловой кости; вывих нижней челюсти; окололлоточная флегмона; кровотечение из лицевой или сонной артерии; острый гнойный периостит челюсти; ее острый остеомиелит; флегмона дна полости рта; флегмона языка; одонтогенная флегмона шеи, осложнившаяся медиастинитом; флегмона крыло-небной ямки и клетчатки орбиты; дислокационная асфиксия при переломе нижней челюсти; сочетанные тяжелые травмы мозговой части черепа и т. д. Нередко на пункт неотложной помощи поступают больные с множественными травмами, в состоянии шока или коллапса; они нуждаются также в помощи реаниматолога-анестезиолога, офтальмолога, оториноларинголога, травматолога общего профиля, нейрохирурга и др. В связи с пожилым возрастом больного или наличием сопутствующих соматических заболеваний бывает необходима срочная консультация терапевта-геронтолога, невропатолога, психиатра и т. д. К сожалению, на пунктах неотложной помощи не всегда дежурят достаточно квалифицированные челюстно-лицевые хирурги. Нередко приходится организовывать так называемые факультативные дежурства опытных хирургов (доцентов и ассистентов кафедры, ординаторов), в ряде случаев - обращаться к консультации профессоров разных профилей (главным образом - челюстно-лицевой хирургии). Вот почему дежурянт пункта неотложной помощи должен обладать хорошим багажом теоретических знаний и практических навыков, крепким здоровьем, выдержкой и тактом, способностью глубоко сострадать, уметь быстро принимать решение и быстро его осуществлять (иногда при консультативной помощи и ассистировании врача смежного профиля - офтальмолога, оториноларинголога, нейрохирурга, реаниматолога и т. д.). Говоря о способности сострадать, мы имеем в виду сострадание «истинное, которое требует действий, а не сантиментов; оно знает, чего хочет, и полно решимости, страдая и сострадая, сделать все, что в силах человеческих» (С. Цвейг). Все эти качества особенно необходимы врачу в экстремальных ситуациях. Он должен также учитывать, что разможнение носа, губ, щек, раздробление зубов, переломы или отрывы участков челюстей, скуловых костей, невозможность речевого общения с

окружающими наносит пострадавшему молниеносную психическую травму, из-за которой в дальнейшем может развиваться глубокая депрессия, иппохондрия, «вплоть до мании уродства на относительно реальной почве» (М. А. Нападов и соавт., 1984). Возможны и проявления бурного возбуждения, вплоть до травматических психозов, желания покончить с со-Ю И Вернадский Травматология и восстановительная хирургия бой (требований «Убейте меня! Я не хочу жить!») и даже попыток осуществить самоубийство в приемном покое, так как для человека имеет особое значение эстетическая оценка его тела и лица окружающими. По отношению к человеку, лишившемуся носа или губ, у некоторых людей возникает страх, нездоровый интерес, а иногда желание вслух выразить свое впечатление от вида обезображенного лица («Посмотри, какой ужас!»; «Ну и урод!» и т. п.). Обезображенные люди становятся, как правило, чрезмерно чувствительными, обидчивыми и подозрительными. Они избегают днем выходить на улицу, не любят встречаться со своими знакомыми и даже родственниками. Особенно сильные проявления психической травмы наблюдаются у подростков-мужчин и молодых женщин, у которых вся жизнь — впереди. Эту настроенность больного врач, сестра, санитарка приемного покоя, пункта неотложной помощи должны понять глубоко, всем сердцем и проявить к такому пострадавшему особый такт и бдительность. После репозиции и фиксации отломков, косметического наложения швов на мягкие ткани лица нельзя упускать из поля зрения пострадавшего, имевшего суицидальные попытки. Через сутки-двое, когда возбуждение утихнет, он будет спокойнее относиться к произошедшему. Нередко на пункты неотложной помощи поступают пострадавшие в состоянии алкогольного опьянения. В таких случаях от врача требуются, во-первых, выдержка и такт; во-вторых, правильное планирование своих действий в связи с состоянием опьянения пострадавшего; в-третьих, врач должен учитывать, что опьянение (даже в небольшой степени) может маскировать клиническую картину множественной травмы или обширного воспаления. В частности, врач может не распознать у пострадавшего с повреждением челюстно-лицевой области признаков повреждения органов брюшной полости, переломов ребер, основания черепа; на фоне алкогольной интоксикации могут оказаться нераспознанными гипергликемическая или уремическая кома, отравление техническими спиртовыми растворами. Дежурный врач должен быть предельно внимательным к каждому пострадавшему, так как ошибочное диагностирование алкогольной интоксикации у тяжелого коматозного больного с травмой лица «вдвойне оскорбительно и несправедливо» (Ю. Д. Павлов, П. М. Сапроненков, 1984). Внезапная смерть такого пострадавшего может быть квалифицирована как небрежность в работе врача, повлекшая тяжкое последствие (наказуемая в судебном порядке). Своевременная диагностика степени алкогольной интоксикации и немедленная консультация терапевта могут предупредить роковой исход в случае сочетания травмы лица с комой, инфарктом миокарда и другими острыми заболеваниями. К сожалению, на пункт неотложной медицинской помощи челюстно-лицевым

больным часто доставляются («скорой помощью» или родственниками) и непрофильные больные, например пострадавший с небольшим повреждением мягких тканей лица в сочетании с травмой или переломом плеча (бедра, голени, предплечья), больной гемофилией с кровотечением из лунки удаленного зуба, больной, перенесший операцию на сосудах или сердце и принимающий в большом количестве антикоагулянты, с признаками «гематомы» в челюстно-лицевой области на фоне тотальных кровоизлияний в органах брюшной и грудной полостей, на верхних и нижних конечностях (эти лица, естественно, должны были поступить в общетравматологическое либо гематологическое отделение). И тут начинается дискуссия медиков в присутствии пострадавшего (больного) и сопровождающих его родственников: «Куда Вы его привезли!?!», «Зачем привезли к нам?» и т. п. Начинаются долгие переговоры по телефону с травматологом, гематологом, невропатологом, терапевтом и т. д. Все это слышит и без того страдающий человек. Можно иногда слышать от дежурного челюстно-лицевого хирурга и такое: «Что мне с Вами делать? Куда мне Вас положить? Ведь нет ни одной свободной койки!» В ряде случаев свободных коек действительно нет. Но почему и зачем об этом должен знать больной? Если его плохо лечили в поликлинике, зачем обсуждать этот факт в присутствии больного? При любых условиях врач-дежурant должен найти место нуждающемуся в госпитализации больному. А недостатки в предшествовавшем лечении - тема для обсуждения не в присутствии больного, а на утренней «пятиминутке» и при последующем разговоре с поликлиническим врачом. Короче говоря, некоторые дежуранты плохо представляют себе свои юридические права и обязанности. Они не понимают, что можно говорить больному, а что нужно завтра сказать только своему администратору или коллеге в поликлинике. Все это врач должен знать для того, чтобы оградить больных и их родственников от дополнительных страданий. Не следует забывать, что вышеприведенные жалобы врача на отсутствие мест могут быть восприняты больным и его родственниками еще и как прозрачный намек на необходимость дать взятку их «благодетелю» в белом халате. Такой врач заслуживает осуждения в среде медицинских работников, а в случае повторения таких деонтологических ошибок - изгнания из медицины (даже в условиях рыночных отношений).

Глава 7 Специализированная медицинская помощь пострадавшим с сочетанными повреждениями

Завершая вопрос о первой встрече пострадавшего с врачом больницы или госпиталя, напомним следующее: «Только тот - настоящий хирург, достойный подражания,- пишет академик ф. Г. Углов,- кто к каждому больному относится, как к близкому и родному человеку, и сделает для больного все то, что бы он хотел, чтобы сделали по отношению к нему, окажись он в таком положении. Это основа основ взаимоотношений между врачом и больным, а для хирурга это важнее во много раз» Этим, как нам представляется, должен руководствоваться врач любого профиля, прежде всего хирургического, а травматологического - в особенности. Экстренное специализированное лечение повреждений лица включает остановку кровотечения из магистральных сосудов и

нормализацию внешнего дыхания Раннее специализированное лечение направлено на предупреждение воспалительных осложнений, вправление и надежное закрепление отломков костей Очень важно использовать для закрепления отломков костей простые и надежные ортопедические и хирургические методы, которые не препятствуют подвижности нижней челюсти, проведению реанимационных мероприятий, санации трахеобронхиального дерева, облегчают уход за пострадавшими и не требуют частого контроля со стороны врача Раннее специализированное лечение поврежденных лиц проводят при стабилизации гемодинамических показателей на фоне интенсивной противошоковой терапии. При первой и второй степенях шока, при благоприятном прогнозе и продолжительности предполагаемого периода выведения больного из состояния шока не более 12 ч лечение поврежденных лиц следует проводить в полном объеме При эффективности интенсивной терапии такое лечение возможно спустя 4-7 ч после травмы. При второй степени шока, при благоприятном прогнозе и продолжительности предполагаемого периода выведения больного из шока более 12 ч, также, как и при третьей степени шока с положительным прогнозом, специализированное лечение повреждений лица можно проводить в полном объеме, но отложив его до стойкой стабилизации гемодинамики. Пострадавшим с отрицательным прогнозом производят только экстренные хирургические вмешательства Лечение повреждений лица в таких случаях проводят после устойчивой стабилизации функций систем жизнеобеспечения. Отсроченное специализированное лечение повреждений лица у пострадавших с сочетанной травмой проводят по мере выявления повреждений, нередко спустя 2-14 суток после травмы Оно предусматривает борьбу с возникшими воспалительными осложнениями, вправление и закрепление отломков костей при переломах. Специализированную медицинскую помощь оказывают врачи-специалисты в специализированных лечебных учреждениях фронта с применением необходимых видов мед. оснащения. Специализированная медпомощь - высший вид квалифицированной медпомощи, предусматривающий наиболее полное и широкое использование последних достижений той или иной области медицинской науки в практике лечения пораженных и больных. В ходе Великой Отечественной войны в СССР была создана стройная, научно обоснованная система специализированной медицинской помощи. В послевоенный период на основе изучения и критического анализа полученного опыта происходит дальнейшее развитие и совершенствование специализированной медицинской помощи. В связи с возможным применением средств массового поражения могут появиться совершенно новые контингенты пораженных и больных, нуждающиеся в специализированной медицинской помощи. Оказание специализированной медицинской помощи может осуществляться в полевых подвижных госпиталях (хирургическом, терапевтическом, инфекционном, неврологическом), в госпитале для легкораненых и в эвакуационных госпиталях. В зависимости от количества поступающих пораженных и

больных, нуждающихся в том или ином виде специализированной медицинской помощи, и имеющегося в данный момент числа лечебных учреждений могут быть созданы госпитали, целиком специализированные по одному профилю или имеющие в своем составе специализированные отделения. Специализация госпиталей осуществляется как введением в их штаты специалистов и необходимого оснащения, так и путем придания хирургическим и терапевтическим полевым подвижным госпиталям специализированных групп медицинского усиления из отдельного отряда специализированной медицинской помощи. Одним из основных требований, предъявляемых к организации мед. помощи в военно-полевых условиях, являются преемственность и последовательность в проведении лечебно-профилактических мероприятий на основе единых принципов оказания мед. помощи пораженным и больным. Преемственность в лечении достигается прежде всего единым пониманием патологических процессов, происходящих в организме человека при поражениях и заболеваниях, и едиными методами профилактики и лечения поражений и заболеваний военного времени. Вместе с тем преемственность медицинской помощи и лечения может быть осуществлена только в том случае, если на каждом последующем этапе мед. эвакуации будет известно, что сделано на предшествующем этапе, какая медицинская помощь и когда была оказана пораженному или больному. Это достигается четким ведением мед. документации, в частности тщательным заполнением первичной медицинской карточки и ведением историй болезни (см. Лечебно-эвакуационное обеспечение войск, Этапное лечение). Важным требованием к организации медицинской помощи в военно-полевых условиях является также своевременность ее оказания. Медицинская помощь должна быть оказана в сроки, наиболее благоприятные для последующего восстановления здоровья пораженного или больного. Особое значение имеет своевременное проведение неотложных мероприятий первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи. Своевременность оказания медицинской помощи достигается включением в состав войск действующей армии необходимых штатных сил и средств медслужбы, быстрейшим выносом и вывозом пораженных и больных с поля боя или из очагов массового поражения и их транспортировкой на этапы мед. эвакуации, четкой организацией работы на этапах. Немаловажное значение имеет также рациональная расстановка этапов мед. эвакуации. См. также Медицинская служба гражданской обороны. Здравоохранение. Определение. История развития государственной системы зо Показатели развития зо. Методика вычисления. Современные уровни в рб (все данные за 2012 год!!!) Государственная система зо (Бевериджа, Семашко) Частная и страховая медицина, организационные принципы. Врачебная этика и медицинская деонтология Вклад в развитие медицины ученых Древнего мира и ученых эпохи раннего и развитого Средневековья Организация охраны здоровья населения на территории Беларуси в составе вкл, рп, Российской империи Раздел II Медицинская статистика, разделы, задачи. Роль статистического метода в изучении здоровья населения и деятельности системы

здравоохранения Статистическая совокупность, определение, виды. Выборочная совокупность, требования к ней. Способы формирования выборки. Организация мед исследования, этапы. Хар-ка плана и программы мед исследования Статистическое наблюдение. Методы сбора стат информации. Стат таблицы, виды, требования к составлению Особенности проведения мед исследования Основные ошибки при проведении мед исследования Относительные величины, методика вычисления, использование в зо. Графическое изображение в статистике. Виды диаграмм, правила построения Вариационный ряд, его эл-ты, виды, правила построения Средние величины, виды, методика вычисления. Использование в медицине. Характеристика разнообразия изучаемого признака в выборочной совокупности. Среднее квадратичное отклонение, методика вычисления, использование в деят-ти врача. Оценка достоверности разности относительных и средних величин. Критерий «t». Корреляционная связь, ее признаки, виды. Коэффициент корреляции, определение, свойства, методы вычисления. Метод корреляции рядов Пирсона. Метод корреляции рангов Спирмена. Понятие о непараметрических методах исследования. Критерий соответствия (χ -квадрат), этапы расчета, значение. Понятие о нулевой гипотезе. Динамический ряд, виды, методы выравнивания. Показатели динамического ряда, методика вычисления. Раздел III Общественное здоровье, факторы его определяющие. Показатели, используемые для оценки здоровья населения. Демография как наука, определение, содержание. Важнейшие проблемы народонаселения. Значение демографических данных для здравоохранения. Закон Республики Беларусь «о демографической безопасности». Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011-2015 гг. Цель, задачи. Ожидаемые результаты реализации. Статика населения, методика изучения. Переписи населения. Типы возрастных структур населения. Численность и состав населения Республики Беларусь. Механическое движение населения. Характеристика миграционных процессов, значение для органов здравоохранения. Естественное движение населения, факторы на него влияющие. Показатели, методика вычисления. Основные закономерности естественного движения населения в Республике Беларусь. Рождаемость как медико-социальная проблема. Современное состояние, тенденции в Республике Беларусь. Общий и специальные показатели рождаемости. Методика вычисления, оценка уровня. Типы воспроизводства населения. Характер воспроизводства в Республике Беларусь. Смертность населения как медико-социальная проблема. Современное состояние, тенденции в Республике Беларусь. Общий и специальные показатели смертности. Методика вычисления, оценка уровня. Младенческая смертность, факторы, определяющие ее уровень. Методики вычисления, оценка уровня. Основные причины младенческой смертности в Республике Беларусь. Направления профилактики. Материнская смертность, факторы, определяющие ее уровень. Методика вычисления. Основные причины материнской смертности в Республике Беларусь. Направления профилактики. Международная статистическая

классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, ее роль в статистическом изучении заболеваемости и смертности населения. Заболеваемость населения как медико-социальная проблема. Значение данных о заболеваемости для здравоохранения. Современное состояние заболеваемости в Республике Беларусь. Методы изучения заболеваемости населения, характеристика. Метод изучения заболеваемости по обращаемости в лечебно-профилактические организации, характеристика. Первичная и общая заболеваемость. Учетные и отчетные документы. Показатели. Уровни и структура в Республике Беларусь. Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Учетные и отчетные документы. Показатели. 7) Удельный вес часто и длительно болевших: Изучение острой инфекционной заболеваемости. Учетные и отчетные документы. Показатели. Инфекционными болезнями (на 100 тыс. Населения) Изучение заболеваемости населения важнейшими неэпидемическими болезнями. Учетные и отчетные документы. Показатели. Изучение госпитализированной заболеваемости. Учетные и отчетные документы. Показатели. Метод изучения заболеваемости населения по результатам профилактических медицинских осмотров. Виды осмотров. Группы здоровья. Учетные и отчетные документы. Показатели. 2) Моментная пораженность 3) Распределение осмотренных по группам здоровья: Метод изучения заболеваемости по данным о причинах смерти. Учетные документы, правила заполнения. Показатели. 1) Летальность 2) Смертность

Раздел IV Первичная медико-санитарная помощь населению (пмсп). Задачи. Функции. Направления развития пмсп в Республике Беларусь. Виды медицинской помощи. Организация медицинской помощи населению в амбулаторно - поликлинических условиях, основные направления развития. Номенклатура амбулаторно-поликлинических организаций. Городская поликлиника, структура, задачи. Принципы организации работы городской поликлиники. Виды участков, нормативы численности. Регистратура поликлиники, структура, задачи. Организация записи пациентов на прием к врачу. Правила хранения медицинской документации. Профилактическая работа городской поликлиники. Отделение профилактики, задачи. Организация медицинских осмотров населения. Виды осмотров. Показатели профилактической работы. Разделы работы врача-терапевта участкового, их характеристика. Учетная документация в работе врача-терапевта участкового. Показатели деятельности. Диспансеризация населения. Определение, задачи. Организация и содержание этапов диспансеризации. Учетные документы. Показатели для оценки объема, качества и эффективности диспансерной работы. Кабинет медицинской статистики поликлиники, основные разделы работы. Роль статистической информации в управлении поликлиникой. Основные отчетные формы. Показатели работы поликлиники. Врач общей практики (воп): определение, виды деятельности. Содержание работы врача общей практики. Роль и место воп в системе первичной медико-санитарной помощи. Амбулатория общей практики, штатные нормативы, организация работы. Организация медицинской

помощи населению в условиях стационара, основные направления совершенствования. Номенклатура больничных организаций. Городская больница, структура, задачи, управление, организация работы, учетная и отчетная документация. Организация работы приемного отделения больницы, задачи, порядок поступления. Документация. Виды режимов в стационаре, их характеристика, задачи, основные мероприятия. Показатели стационарной медицинской помощи, методика вычисления, уровни в Республике Беларусь. Показатели деятельности больницы, методика вычисления, оценка. Стационар Женская консультация, задачи, структура, организация работы. Учетная документация. Показатели работы по обслуживанию беременных женщин. Родильный дом, задачи, структура, организация работы. Учетная документация. Показатели деятельности родильного дома. Организация медицинской помощи детям. Номенклатура организаций. Ведущие медико-социальные проблемы здоровья детей. Детская поликлиника, задачи, структура. Особенности организации медицинской помощи детям. Показатели работы детской поликлиники. 2. Обслуживание детей на дому: 3. Профилактическая работа: 4. Наблюдение за новорожденными и детьми первых лет жизни: 5. Показатели диспансеризации: Профилактическая работа детской поликлиники. Патронаж новорожденных. Кабинет здорового ребенка, содержание его работы. Противоэпидемическая работа детской поликлиники. Прививочный кабинет, его задачи, организация работы. Учетная документация. Связь в работе с центром гигиены и эпидемиологии. Детская больница, задачи, структура, организация работы, особенности приема пациентов. Учетная и отчетная документация. Показатели деятельности. 1. Характеристика помощи в условиях стационара, оказываемой населению Сельский врачебный участок (сву). Медицинские организации сву. Сельская участковая больница. Организация и содержание лечебно - профилактической и противоэпидемической работы. Центральная районная больница, структура, функции. Роль в организации медицинской помощи населению, проживающему в сельской местности. Показатели деятельности. Областная больница, структура, функции. Роль в организации медицинской помощи населению, проживающему в сельской местности. Показатели деятельности. Организация специализированной медицинской помощи населению. Центры специализированной медицинской помощи, виды, задачи, структура. Диспансеры. Виды, задачи, структура. Роль диспансеров в повышении качества специализированной медицинской помощи населению. Взаимосвязь в работе с поликлиникой. Организация скорой (неотложной) медицинской помощи населению. Задачи станции скорой (неотложной) медицинской помощи. Больница скорой медицинской помощи: задачи, структура. Врачебно-консультационная комиссия (вкк), состав, функции. Разделы работы вкк. Порядок направления пациентов на вкк, выдача листка нетрудоспособности через вкк. Медико-социальная экспертиза, определение, содержание, основные понятия. Организация медико-социальной экспертизы (экспертизы нарушений жизнедеятельности пациентов). Документы,

регламентирующие порядок проведения медико-социальной экспертизы. Медико-реабилитационные экспертные комиссии (мрэк). Виды, состав и функции мрэк. Порядок направления и освидетельствования пациентов на мрэк, документация, правила ее оформления. Классификация спец мед помощи : 1) общие виды спец мед помощи: терапия, хирургия, акушерство и гинекология, стоматология, педиатрия; 2) основные виды специализации: психиатрия, онкология, офтальмология, гастроэнтерология, дерматовенерология, оториноларингол, фтизиопульмонология; 3) узкая специализация: аллергология, ЧЛХ, нейрохирургия, сосудистая хирургия, мед генетика; 4) сверхузкая специализация: нейроонкология, трансплантология. Центр -организация ЗО, обеспечив концентрацию высоких мед технологий, оказание специализир мед помощи, мед реабилит, организацию методич ф-ций, гигиенич, противозидемич (профилактич) ф-ций. РНПЦ 17 шт : Кардиологии, Неврологии и нейрохирургии, Детской онкологии и гематологии, Онкологии и мед радиологии имени Александрова, Травматологии и ортопедии, Мать и дитя, Радиационной медицины и экологии человека, Патологии слуха, голоса, речи, Пульмонологии и фтизиатрии, Гигиены, Псих здоровья, Эпидемиологии и микробиологии, Мед экспертизы и реабилитации, Трансплантации органов и тканей, Клинический центр пластической хирургии и мед косметологии, Центр мед технологий. Принцип многоуровневого оказания СМП. 1-й уровень – скорая медицинская помощь (40% - специализированные бригады). 2-ой уровень – амбулаторно-поликлиническая помощь - оказывается врачами поликлиник. 3-й уровень – консультативно–диагностические поликлиники и специализированные диспансеры – уточняют или устанавливают точный диагноз; обеспечивают проведение консультаций, диагностических исследований, выдачу заключений о состоянии здоровья и даче рекомендаций, осуществляют диспансеризацию больных. Виды центров СМП : межрайонные, областные, республиканские. Задачи центра СМП: 1) научно-методическое и организационное руководство и оказание высококвалифицированной СМП по данной узкой специализации; 2) систематическая разработка и внедрение в практику современных медицинских технологий и достижений науки в области лечения больных; 3) проведение специализации и усовершенствование кадров по данной узкой специальности; 4) анализ здоровья населения и разработка комплекса мероприятий по профилактике. Возглавляют центры – профессора и доценты, врачи с большим опытом. Центр состоит из : лечебно-проф. учреждения; кафедры усовершенствования; научных подразделений. Диспансеры. Виды, задачи, структура. Роль диспансеров в повышении качества специализированной медицинской помощи населению. Взаимосвязь в работе с поликлиникой. Диспансер-специальное лечебно-профилактическое медицинское учреждение, оказывающее специализированную медицинскую помощь пациентам определенного профиля и осуществляющее систематическое наблюдение за состоянием их здоровья. Классификация : 1) по административно-территориальному признаку: республик, городск, областн, межрайонный; 2) по профилю:

противотб (24), кож-вен (21), психоневрологический (14), онкологич (11), наркологич (12), эндокринологич (5-6), кардиологич (5-6). Задачи : оказание специализир лечебно-диагностич и консультативн помощи профильным пациентам; учет пациентов и создание регистров; организационно-методическое руководство профильной специализированной службой мед организаций; внедрение научных новых методов и технологий; гигиенич воспитание и пропаганда ЗОЖ. Структура : управление (главный врач, заместители), орг-метод отдел, поликлиническое отдел-е, стационар, лаб-диагностич отдел-я, отдел-я вспомогат методов лечения, административно-хозяйственная служба. Врач поликлиники при выявлении заболеваний - туберкулез, сифилис, гонорея, трихофития, микроспория, фавус, чесотка, трахома, лепра, злокачественные новообразования, психические болезни, алкоголизм и наркомания - направляет больных в соответствующие территориальные специализированные диспансеры (противотуберкулезный, кожно-венерологический, онкологический, психоневрологический, наркологический) для уточнения диагноза. На выявленных больных заполняются соответствующие извещения: «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания» (ф. 089/у), «...рака или другого злокачественного новообразования» (ф. 090/у), «...наркомании» (ф. 091/у). На больных микроспорией, трихофитией, фавусом, чесоткой с впервые в жизни установленным диагнозом заполняется также «Экстренное извещение» (ф. 058/у), которое направляется в территориальный ЦГиЭ. Виды медицинской помощи (первая медицинская, доврачебная, врачебная, квалифицированная, специализированная) Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию РФ ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава Кафедра факультетской терапии Специальность - Экономика и управление на предприятии здравоохранения курсовая работа по дисциплине "Современные лечебные технологии" на тему: Виды медицинской помощи (первая медицинская, доврачебная, врачебная, квалифицированная, специализированная) Барнаул - 2011 Введение 1. Первая медицинская помощь 2. Первая доврачебная помощь 3. Первая врачебная помощь 4. Квалифицированная медицинская помощь 5. Специализированная медицинская помощь 6. Развитие медицинской помощи Заключение Список литературы ВВЕДЕНИЕ Общее понятие "медицинская помощь" лицу, находящемуся в опасном для жизни и здоровья состоянии" обозначает лечебные и профилактические мероприятия, проводимые в целях сохранения жизни раненому или больному, а также для быстрейшего восстановления их здоровья. Медицинская помощь- совокупность лечебных и профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, беременности и родах, а также в целях предупреждения заболеваний и травм. Различают следующие уровни оказания медицинской помощи: ·Первая медицинская помощь ·Первая доврачебная помощь ·Первая врачебная помощь · · Первая медицинская помощь осуществляется людьми, не

обязательно имеющими специальное медицинское образование. Уровень первой медицинской помощи не предполагает использования каких-либо специальных медицинских инструментов, лекарств или оборудования. Первая доврачебная помощь оказывается лицами, имеющими специальную подготовку по оказанию медицинской помощи. Это средний медицинский персонал (фельдшер, медицинская сестра) или провизор, фармацевт. Это их уровень знаний и умений. Первая врачебная помощь оказывается врачом, имеющим необходимые инструментарий, лекарственные средства, и объем такой помощи регламентируется условиями ее оказания, т.е. где она оказывается - вне больничных условий или в поликлинике, машине "скорой помощи", в приемном отделении больницы. Квалифицированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами высокой квалификации в условиях многопрофильных больниц или травматологических пунктов; Специализированная медицинская помощь может быть оказана на самом высоком уровне в условиях специализированных клиник, институтов и академий. Особенностью медицинской помощи является сочетание лечения и профилактики, вследствие чего она называется лечебно-профилактической. Такое же название имеют и учреждения, оказывающие населению медицинскую помощь. К лечебно-профилактическим учреждениям относятся больницы, поликлиники и амбулатории, диспансеры, женские консультации и родильные дома, медико-санитарные части и здравпункты, санатории, фельдшерско-акушерские пункты и др. Тема моей работы "Виды медицинской помощи (первая медицинская, доврачебная, врачебная, квалифицированная, специализированная)". В литературе, даже в нормативных документах часто путают понятия первая медицинская помощь, доврачебная помощь, скорая помощь. Это не одно и то же. Это совершенно разные иногда даже юридические понятия. В своей работе я попытаюсь наиболее полно их раскрыть.

1. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Здоровье и жизнь пострадавших и внезапно заболевших не редко зависит от своевременности и качества той помощи, которую оказывают люди, обычно не имеющие отношения к медицине, но они чаще, чем врачи или фельдшера находятся рядом. Это и есть первая медицинская помощь. Она зависит от уровня медицинских знаний, навыков и умений свидетелей и участников происшествия. Первая медицинская помощь - вид медицинской помощи, включающий комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых непосредственно на месте происшествия или вблизи него в порядке само - и взаимопомощи. Первая медицинская помощь - комплекс срочных простейших мероприятий для спасения жизни человека и предупреждения осложнений при несчастном случае или внезапном заболевании, проводимых на месте происшествия самим пострадавшим (самопомощь) или другим лицом, находящимся поблизости (взаимопомощь). Первая медицинская помощь включает в себя мероприятия по прекращению воздействия факторов, способных утяжелить состояние пострадавших (больных) или привести к смертельному исходу, устранение явлений,

непосредственно угрожающих их жизни (кровотечения, асфиксия и др.), проведение мероприятий по предупреждению осложнений и обеспечению эвакуации пострадавших (больных) без существенного ухудшения их состояния. Первая медицинская помощь может быть оказана на месте поражения самим пострадавшим (самопомощь), его товарищем (взаимопомощь), санитарными дружинниками. Мероприятиями первой медицинской помощи являются: временная остановка кровотечения, наложение стерильной повязки на рану и ожоговую поверхность, искусственное дыхание и непрямой массаж сердца, введение антидотов, дача антибиотиков, введение болеутоляющих (при шоке), тушение горячей одежды, транспортная иммобилизация, согревание, укрытие от жары и холода, надевание противогаза, удаление пораженного из зараженного участка, частичная санитарная обработка. Первая помощь направлена на поддержание жизни пострадавшего (больного) и предупреждение развития осложнений. Она включает извлечение пострадавших из очагов пожара, из-под завалов; тушение горячей одежды и попавшей на тело зажигательной смеси; временную остановку кровотечения, наложение стерильной повязки на раневую (ожоговую) поверхность; применение антидотов при поражении отравляющими веществами; устранение асфиксии путем освобождения верхних дыхательных путей от слизи, крови и инородных тел, фиксацию языка при его западении; наложение окклюзионной повязки с использованием прорезиненной оболочки индивидуального перевязочного пакета; введение обезболивающего средства с помощью шприц-тюбика; иммобилизацию с использованием подручных средств; применение антибиотиков и некоторых других лекарственных препаратов; частичную специальную обработку открытых участков тела и прилегающей к ним одежды. Первая медицинская (фельдшерская) помощь включает следующие три группы мероприятий:) Немедленное прекращение воздействия внешних повреждающих факторов (электрический ток, высокая или низкая температура, сдавливание тяжестями), удаление пострадавшего из неблагоприятных условий.) Оказание первой медицинской помощи пострадавшему в зависимости от характера и вида травмы, несчастного случая или внезапного заболевания (остановка кровотечения, наложение повязки на рану, искусственное дыхание, массаж сердца и др.).) Организация скорейшей доставки пострадавшего в лечебное учреждение. Первая помощь включает и при необходимости простейшие меры по оживлению организма (доврачебная реанимация). Известно, что после момента смерти человека различные органы и ткани его организма умирают не сразу, а постепенно, поэтому их функции, включая кровообращение и дыхание, в отдельных случаях удается восстановить. Оживление возможно в короткий промежуток времени после наступления т.н. клинической смерти, т.е. после остановки дыхания и кровообращения: обычно в течение 6-8 минут. Позже наступает биологическая смерть, и вероятность оживления резко уменьшается, а полноценное восстановление жизни, включая психическую деятельность, практически невозможно (за исключением замерзших или утонувших в

холодной воде). Клиническая смерть может быть вызвана травмами, отравлением, переохлаждением, электротравмой, инфарктом миокарда и т.п. Определить факт отсутствия дыхания и сердечной деятельности помогает "безжизненная поза", - т. е. положение тела, не характерное для живого человека; дыхательные движения грудной клетки отсутствуют, зрачки широкие, сердцебиение не слышно. Для восстановления дыхания сначала надо освободить тело от стесняющей одежды и обеспечить проходимость верхних дыхательных путей, чтобы воздух мог свободно проходить в легкие. Искусственное дыхание при отсутствии медицинских инструментов и приборов производится способами "рот в рот" или "рот в нос", т.е. производится вдвухание воздуха в легкие потерпевшего. Требуется ритмичное повторение энергичных вдвуханий с частотой 12-15 раз в минуту. Непрямой массаж сердца проводят при полной остановке сердца и при агональных нарушениях ритма его сокращений. Искусственная вентиляция легких дает вполне достаточное насыщение крови кислородом, поэтому задача массажа сердца - обеспечить продвижение крови по организму, доставить кислород к жизненно важным органам человека и тем самым добиться восстановления самостоятельной сердечной деятельности и дыхания. Непрямой массаж сердца проводят так: резким надавливанием ладони на грудину пострадавшего оказывающий помощь вызывает сдавливание остановившегося сердца между грудиной и позвоночником и уменьшает его в объеме, что ведет к выбросу крови в аорту и легочную артерию. Прекращение надавливания ведет к расправлению грудной клетки, сердце восстанавливает свой объем, вновь наполняется поступающей из сосудов кровью. Таким образом, происходят искусственно вызванные сокращения сердца, обеспечивающие его работу как насоса, и искусственное кровообращение. Следует помнить, что обеспечение искусственного кровообращения и искусственного дыхания, даже если они не приводят к восстановлению самостоятельного сердцебиения и дыхания, продлевает состояние клинической смерти и отдалает биологическую смерть, это может иметь решающее значение для эффективных действий бригады скорой помощи. Оказание первой медицинской помощи в возможно более ранние сроки имеет решающее значение для дальнейшего течения и исхода поражения, а иногда и спасения жизни. При сильном кровотечении, поражении электрическим током, утоплении, прекращении сердечной деятельности и дыхания, и ряде других случаев первая медицинская помощь должна оказаться немедленно. При оказании первой медицинской помощи используются табельные и подручные средства. Табельными средствами оказания первой медицинской помощи являются перевязочный материал - бинты, перевязочные пакеты медицинские, большие и малые стерильные повязки и салфетки, вата и др. Для остановки кровотечения применяют кровоостанавливающие жгуты - ленточные и трубчатые, а для проведения иммобилизации специальные шины - фанерные, лестничные, сетчатые и др. При оказании первой медицинской помощи используют некоторые медикаменты - раствор йода спиртовой 5%-ный в ампулах или в флаконе, 1-

2%-ный спиртовой раствор бриллиантового зеленого во флаконе, валидол в таблетках, настойка валерианы, нашатырный спирт в ампулах, гидрокарбонат натрия (сода пищевая) в таблетках или порошке, вазелин и др. Для личной профилактики поражений радиоактивными, отравляющими веществами и бактериальными средствами в очагах поражения используется аптечка индивидуальная (АИ-2). Общие принципы оказания первой медицинской помощи при травмах и острых заболеваниях заключаются в следующем: прекратить и предотвратить дальнейшее воздействие на пострадавшего повреждающего фактора, обеспечив при этом безопасность спасателя; как можно быстрее и полноценнее принять меры для восстановления и поддержания жизненно важных функций организма пострадавшего. Важно при этом соблюдать постулат Гиппократов - "не навреди". Поэтому необходимо четко освоить не только правильную последовательность действий, но и что категорически нельзя делать при том или ином состоянии. После оказания необходимой медицинской помощи следует быстро доставить пострадавшего в лечебное учреждение или вызвать бригаду скорой помощи на место происшествия. Чем раньше будет оказана врачебная помощь, тем больше шансов спасти пострадавшего. Прежде всего, не спешить действовать, прежде оценить обстановку, определить первоочередные задачи, и тогда действовать. Первое это административные действия. Обеспечить безопасность свою и пострадавших: отогнать собаку, разнять дерущихся, вызвать милицию, пожарных, погасить пламя, обозначить место происшествия на проезжей части, помочь выбраться или вытащить пострадавшего из разбитого авто... Второе, оценить реальную угрозу для жизни пострадавшего (нарушение сознания, затруднение дыхания, слабость сердечной деятельности, кровотечение, болевой шок) и приступить к первоочередным экстренным мероприятиям. Третье, убедившись в том, что пострадавший находится в безопасном месте и его жизни не угрожает потеря крови или нарушение проходимость дыхательных путей, дождитесь приезда бригады скорой, приступить к оказанию первой медицинской помощи. Если жизни человека не угрожает какая-либо реальная опасность, то есть он в сознании, полученные повреждения незначительны, дыхание и пульс легко распознаются. Снять стесняющую одежду, дать успокоительные и обезболивающие препараты, обработать рану, удобно уложить в возвышенном положении конечность с признаками перелома или вывиха, приложить к травмированному участку холод. Не забыть о возможности приема некоторых препаратов "под язык" (сублингвально), так как они действуют и быстрее и с меньшим вредом для желудочно-кишечного тракта (особенно важно при травмах живота). Почитать инструкцию по применению. К таким препаратам можно отнести анальгин и валокордин - они есть в каждой аптечке. Если травма серьезная, активные движения, сознание нечеткие придать пострадавшему безопасное положение. Помочь принять пострадавшему удобное положение, при котором боль наименьшая. Если сознание отсутствует или спутанное, положить пострадавшего на бок, если дыхание затруднено запрокинуть его голову, убедиться в том, что

дыхание свободное. Например, при переломе костей таза и тазобедренных суставов следует принять позу лягушки. Для этого пострадавшего необходимо положить на спину на твердую, ровную поверхность, согнув его ноги в коленях, несколько разведя их в стороны и подложив валик под колени. Остановить кровотечение из раны. Для этого наложить давящую повязку или жгут, если кровь льется пульсирующей струей из раны на ногу или на руку. Давление жгута должно быть достаточным для наблюдаемого вами прекращения кровотечения. Через 2 часа (не позже!) расслабить наложенный жгут, если кровотечение продолжается - затянуть его вновь. При внезапном прекращении сердечной деятельности, признаками которого является отсутствие пульса, сердцебиений, реакции зрачков на свет (зрачки расширены), немедленно приступить к непрямому массажу сердца и искусственной вентиляции легких. При переломах конечностей использовать транспортные шины, которые фиксируют два смежных к сломанному сегменту сустава. Не допускать опоры на "сломанную" ногу, можно использовать импровизированные средства дополнительной опоры (трость, костыль). Четвертое. Если вызов скорой помощи невозможен, продумать способы доставки пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение (своим ходом, на непригодном для санитарных перевозок автомобиле, на носилках, в положении лежа, сидя, стоя ...). Сама по себе транспортировка может привести к еще большим травматическим повреждениям, поэтому соотнести характер травмы и доступные Вам средства эвакуации. Так, например, транспортировка пострадавших с травмой позвоночника должна осуществляться только в положении лежа на жестком щите, а с травмой грудной клетки только сидя. Необходимо следить за жгутом и за повязкой. Нарастающий в первые сутки отек может привести к сдавливанию тканей, повязку нужно разрезать и заменить новой. Периодически через 2 часа (не позже!) после наложения расслаблять жгут, для этого медленно расслабить наложенный жгут, подождать 5 минут, если кровотечение продолжается, и оно имеет явные признаки артериального кровотечения, - затянуть его вновь. При получении пострадавшим травм ему оказывается первая медицинская помощь. Задача первой медицинской помощи состоит в том, чтобы путем проведения простейших мероприятий спасти жизнь пострадавшему, уменьшить его страдания, предупредить развития возможных осложнений, облегчить тяжесть течения травмы или заболевания.

2. ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ

Условно доврачебную помощь можно разделить на помощь, оказываемую средним медперсоналом: фельдшером, акушеркой, медицинской сестрой, и помощь, оказываемую людьми, не имеющими специальной медицинской подготовки, в порядке первой помощи. Первая помощь является началом лечения повреждений, т.к. она предупреждает такие осложнения, как шок, кровотечение, развитие инфекции, дополнительные смещения отломков костей и травмирование крупных нервных стволов и кровеносных сосудов. Следует помнить, что от своевременности и качества оказания первой помощи в значительной степени зависит дальнейшее состояние здоровья пострадавшего и даже его

жизнь. При некоторых незначительных повреждениях медицинская помощь пострадавшему может быть ограничена лишь объемом первой помощи. Однако при более серьезных травмах (переломах, вывихах, кровотечениях, повреждениях внутренних органов и др.) первая помощь является начальным этапом, так как после ее оказания пострадавшего необходимо доставить в лечебное учреждение. Первая помощь очень важна, но никогда не заменит квалифицированной (специализированной) медицинской помощи, если в ней нуждается пострадавший. Первая доврачебная неотложная помощь представляет собой комплекс простейших мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья человека, проводимых до прибытия врача или доставки пострадавшего в больницу. Доврачебная помощь оказывается фельдшером, имеющим табельное медицинское оснащение. Она направлена на борьбу с угрожающими жизни последствиями ранений (заболеваний) и предупреждение тяжелых осложнений. В дополнение к мероприятиям первой помощи она включает: устранение асфиксии путем введения воздуховода, искусственную вентиляцию легких с помощью портативных аппаратов, ингаляцию кислорода, контроль за правильностью наложения жгута, исправление или, по показаниям, наложение жгута вновь; наложение и исправление повязок; повторное введение обезболивающих средств, антидотов, применение антибиотиков, сердечно-сосудистых и других лекарственных средств, имеющихся на оснащении фельдшера; улучшение транспортной иммобилизации с использованием табельных и подручных средств; частичную специальную обработку открытых участков тела и дегазацию прилегающей к ним одежды; по возможности согревание пораженных и больных. Основными задачами доврачебной помощи являются: а) проведение необходимых мероприятий по ликвидации угрозы для жизни пострадавшего; б) предупреждение возможных осложнений; в) обеспечение максимально благоприятных условий для транспортировки пострадавшего. Первая помощь пострадавшему должна оказываться быстро и под руководством одного человека, так как противоречивые советы со стороны, суета, споры и растерянность ведут к потере драгоценного времени. Вместе с тем вызов врача или доставка пострадавшего в медпункт (больницу) должны быть выполнены незамедлительно. Алгоритм действий по спасению жизни и сохранению здоровья пострадавшего должен быть следующим: а) применение средств индивидуальной защиты фельдшером или медицинской сестрой (при необходимости, в зависимости от ситуации); б) устранение причины воздействия угрожающих факторов (вывод пострадавшего из загазованной зоны, освобождение пострадавшего от действия электрического тока, извлечение утопающего из воды и т.д.); в) срочная оценка состояния пострадавшего (визуальный осмотр, справиться о самочувствии, определить наличие признаков жизни); г) позвать на помощь окружающих, а также попросить вызвать "скорую"; д) придание пострадавшему безопасного для каждого конкретного случая положения; е) принять меры по устранению опасных для жизни состояний (проведение реанимационных мероприятий,

остановка кровотечения и т.д.) ж) не оставлять пострадавшего без внимания, постоянно контролировать его состояние, продолжать поддерживать жизненные функции его организма до прибытия медицинских работников. Оказывающий доврачебную помощь должен знать: основы работы в экстремальных условиях; признаки (симптомы) нарушений жизненно важных систем организма; правила, методы, приемы оказания доврачебной помощи применительно к особенностям конкретного человека в зависимости от ситуации; способы транспортировки пострадавших и др. Оказывающий помощь должен уметь: оценивать состояние пострадавшего, диагностировать вид, особенности поражения (травмы), определять вид необходимой первой медицинской помощи, последовательность проведения соответствующих мероприятий; правильно осуществлять весь комплекс экстренной реанимационной помощи, контролировать эффективность и при необходимости корректировать реанимационные мероприятия с учетом состояния пострадавшего; останавливать кровотечение путем наложения жгута, давящих повязок и др.; накладывать повязки, косынки, транспортные шины при переломах костей скелета, вывихах, тяжелых ушибах; оказывать помощь при поражениях электрическим током, в том числе в экстремальных условиях (на опорах ЛЭП и пр.), при утоплениях, тепловом, солнечном ударе, при острых отравлениях; использовать подручные средства при оказании ПДНП, при переносе, погрузке, транспортировке пострадавшего. Медицинскими учреждениями, оказывающими доврачебную помощь являются фельдшерские здравпункты на предприятиях и фельдшерско-акушерские пункты в сельской местности. Решающая роль в оказании доврачебной помощи на промышленных предприятиях принадлежит здравпунктам. Однако не всегда медработник может оказать необходимую помощь вовремя. В связи с этим большое значение имеет само- и взаимопомощь. Доврачебная помощь, оказываемая людьми, не имеющими специальной медицинской подготовки, заключается в проведении простейших мероприятий на месте происшествия (в цехе, на улице, дома) до прибытия медработника. Обучение населения некоторым приемам медпомощи по специальным программам проводится организациями Красного Креста, а также на курсах при предприятиях. Эти программы включают в себя обучение наложению кровоостанавливающего жгута, давящей повязки, прижатию крупных сосудов, наложению простых повязок, приемам искусственного дыхания, наложению шин при переломах. Особое внимание следует уделять практическому показу способов оказания первой помощи. Система организации само- и взаимопомощи включает обучение рабочих правилам оказания первой медпомощи применительно к условиям производства, создание санитарных постов. Санитарные посты для оказания доврачебной помощи в цехах создаются из числа хорошо обученных рабочих; эти посты особенно необходимы на участках цеха, удаленных от здравпункта. Санитарный пост должен быть оснащен необходимыми материалами для оказания первой помощи: носилками, индивидуальными асептическими пакетами, ватно-марлевыми повязками, шинами,

кровоостанавливающими жгутами, спиртовым раствором йода, нашатырным спиртом, настойкой валерианы и др. Важно, чтобы каждый рабочий цеха был осведомлен о местонахождении санитарного поста. Рабочих следует знакомить с правилами техники безопасности. В сельской местности работу по организации и оказанию доврачебной помощи проводит ФАП. В период посевной и уборочной кампаний в каждой бригаде организуются санитарные посты; трактористы и комбайнеры обеспечиваются индивидуальными асептическими пакетами и обучаются пользованию ими. Наряду с обучением сельскохозяйственных рабочих и колхозников правилам оказания само- и взаимопомощи следует знакомить их также с правилами техники безопасности сельскохозяйственного труда и наиболее частыми причинами травм.

3. ПЕРВАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ

Первая врачебная помощь - вид медицинской помощи, включающий комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами (как правило, на этапе медицинской эвакуации) и направленных на устранение последствий поражений (заболевания), непосредственно угрожающих жизни пораженных (больных), а также профилактику осложнений и подготовку пораженных (больных) при необходимости к дальнейшей эвакуации. Первая врачебная помощь оказывается врачом на медпункте и направлена на устранение или ослабление последствий ранений (поражений), заболеваний, угрожающих жизни, предупреждение развития осложнений или уменьшение их тяжести, а также на подготовку пораженных и больных к дальнейшей эвакуации. Она включает такие врачебные мероприятия, как остановку наружного кровотечения путем наложения жжима, устранение острой дыхательной недостаточности, противошоковые мероприятия, транспортную иммобилизацию, мероприятия по профилактике раневой инфекции, пункцию мочевого пузыря, применение симптоматических медикаментозных средств и др.

4. КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Квалифицированная медицинская помощь - вид медицинской помощи, включающий комплекс исчерпывающих лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами-специалистами различного профиля, в специализированных лечебных учреждениях с использованием специального оснащения, основными видами специализированной медицинской помощи, оказываемой при различных чрезвычайных ситуациях, является нейрохирургическая, офтальмологическая, травматологическая, токсикологическая, педиатрическая и др. Квалифицированная помощь осуществляется в отдельных медицинских учреждениях. Она направлена на устранение угрожающих жизни последствий поражений и заболеваний, предупреждение развития осложнений и подготовку нуждающихся к дальнейшей эвакуации и подразделяется на хирургическую и терапевтическую. Квалифицированная хирургическая помощь включает окончательную остановку кровотечения; комплексную терапию острой кровопотери, шока, травматического токсикоза; устранение асфиксии; первичную хирургическую обработку ран; лапаротомию при повреждении органов живота; декомпрессионную трепанацию черепа; ампутацию при

отрывах, разможжениях и ишемическом некрозе конечностей и другие неотложные мероприятия. Квалифицированная терапевтическая помощь включает комплексную терапию сердечно-сосудистой недостаточности, нарушений сердечного ритма, острой дыхательной недостаточности; введение антидотов; применение обезболивающих, десенсибилизирующих, противорвотных, противосудорожных и бронхолитических средств, а также транквилизаторов, нейролептиков и других медикаментозных средств.

5. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Наиболее характерной современной тенденцией в развитии медицинской помощи является специализация. Внебольничная и стационарная медицинская помощь осуществляется не только по основным специальностям: терапии, хирургии, травматологии, педиатрии, невропатологии, офтальмологии, оториноларингологии, стоматологии, акушерству и гинекологии, но и по многим специальностям: кардиологии, ревматологии, гастроэнтерологии, пульмонологии, эндокринологии, онкологии, аллергологии, урологии, нефрологии, проктологии и др. Специализированная медицинская помощь - вид медицинской помощи, включающий комплекс исчерпывающих лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами-специалистами различного профиля в специализированных лечебных учреждениях с использованием специального оснащения больным с определенной патологией. Специализированная помощь, оказываемая врачами-специалистами в специально предназначенных для этого специализированных стационарах, имеющих соответствующее оснащение носит исчерпывающий характер. Основными видами специализированной медицинской помощи являются: хирургическая, в т. ч. нейрохирургическая, офтальмологическая, челюстно-лицевая, оториноларингологическая, торакоабдоминальная, урологическая, помощь обожженным и легкопораженным; терапевтическая, в т. ч. радиологическая, токсикологическая, психоневрологическая, дерматовенерологическая, помощь больным с соматическими заболеваниями и инфекционным больным; помощь больным туберкулезом, легкобольным. Специализация медицинской помощи - результат научно-технического прогресса и исторически обусловленный процесс развития медицинской науки и практики здравоохранения, приведший к выделению отдельных специальностей. Специализированная медпомощь - неотъемлемая составная часть организации лечебно-профилактической помощи и всей системы здравоохранения, во многом определяющая пути его развития. Специализация в медицине ведет к дифференциации врачебных специальностей, научному обоснованию принципов организации медицинской помощи, изменению функций лечебно - профилактических учреждений, их типизации и структуры, укреплению материально-технической и кадровой базы здравоохранения и др. От уровня специализации, форм и методов организации специализированных видов медпомощи зависит качество профилактики, диагностики и лечения различных заболеваний и эффективность реабилитации больных.

Одновременно с дифференциацией научных знаний и практической медицины развивается и процесс интеграции, способствующий комплексности лечебно-диагностического процесса. Специализация и интеграция в практическом здравоохранении во многом определяют совершенствование организационных форм специализированных видов медпомощи. Создание специализированных кабинетов, отделений, учреждений, диагностических центров, внедрение бригадного метода работы, принципов этапности и медицинского районирования, а также других организационных форм и методов являются отражением этих процессов.

6. РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Развитие медицинской помощи на современном этапе характеризуется постоянной тенденцией к специализации как внебольничной, так и стационарной помощи, выражающейся в расширении сети специализированных учреждений, увеличении числа врачей-специалистов различного профиля, поликлинических приемов, отделений и коек в стационарах. В службе скорой медицинской помощи функционируют различные специализированные бригады, что способствует расширению объема и характера помощи, оказываемой врачами на месте и при перевозке больного в лечебно-профилактическое учреждение, а главное - повышению качества медпомощи. Развивается сеть больниц скорой медицинской помощи, основными задачами которых является оказание специализированной экстренной стационарной медпомощи населению. Важное значение придается развитию диагностической и лабораторной службы, где также имеет место специализация, постоянно выделяются новые диагностические направления, создаются новые кабинеты и лаборатории. Тенденции развития специализированной медпомощи на современном этапе характеризуются, прежде всего, строительством крупных многопрофильных и специализированных больниц, специализированных центров, диспансеров и др., что позволяет создавать при них специализированные структурные подразделения, оснащенные современным оборудованием и обеспеченные высококвалифицированными кадрами специалистов. Организация специализированных отделений, центров способствует повышению квалификации медперсонала, качества медпомощи, более рациональному использованию коечного фонда, кадров специалистов и медицинской техники. В современных городских многопрофильных больницах медпомощь населению, оказывается по всем основным специальностям. Происходит развитие и укрепление областных (краевых, республиканских) больниц, где обеспечивается квалифицированная узкоспециализированная медпомощь. Особая роль в оказании некоторых видов специализированной помощи принадлежит диспансерам (кардиологическим, наркологическим, онкологическим, кожно-венерологическим, противотуберкулезным, психоневрологическим, эндокринологическим, врачебно-физкультурным), которые могут осуществлять как внебольничную, так и стационарную медпомощь, а также специализированным больницам - инфекционным, офтальмологическим, психиатрическим, туберкулезным и др. Развитие

внебольничной специализированная медпомощи требует соответствующих условий и организационных форм. Опыт российского и зарубежного здравоохранения показывает, что для обеспечения высококвалифицированной внебольничной специализированной медпомощи необходимо рациональное размещение специализированных кабинетов, отделений, учреждений с учетом этапности в организации и принципа медицинского районирования. При этом следует предусматривать приближение к населению основных и централизацию узкоспециализированных видов медпомощи. На первом этапе во врачебных амбулаториях, территориальных поликлиниках, медико-санитарных частях должен вестись прием по следующим основным врачебным профилям: терапевтическому, хирургическому, акушерско-гинекологическому, педиатрическому, стоматологическому. На втором этапе в поликлиниках центральных районных больниц, крупных городских поликлиниках, диагностических центрах организуются приемы по более узким специальностям (неврологии, травматологии, кардиологии, офтальмологии, оториноларингологии и др.). Третьим этапом являются узкоспециализированные отделения, центры, создаваемые для оказания аллергологической, гастроэнтерологической, нефрологической, пульмонологической, ревматологической, эндокринологической, урологической и других видов медпомощи на базе крупных городских многопрофильных и областных (краевых, республиканских) больниц, к-рые могут выполнять также функции межобластных, межреспубликанских. Четвертый этап - всесоюзные и республиканские специализированные центры, организуемые, как правило, на базе клиник институтов, оказывающие организационно-методическую и консультативную помощь населению союзной республики или всей страны. Особая роль в развитии специализированной медпомощи принадлежит главным специалистам департаментов здравоохранения, областных (краевых, окружных) и городских отделов здравоохранения (терапевтам, хирургам, педиатрам, акушерам-гинекологам и др.). Особенно велико их значение в сельской местности, где главные специалисты центральных районных больниц являются важным звеном системы управления здравоохранением. Они, кроме лечебно-диагностической, выполняют большую работу как организаторы, консультанты и методисты соответствующих специализированных служб. Основные их задачи - разработка и проведение мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, повышение эффективности и качества медпомощи, внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений новейших методов диагностики, лечения и реабилитации больных, рациональное и эффективное использование кадровых и материальных ресурсов здравоохранения. Специализация медпомощи среди прочих выдвинула и проблему подготовки соответствующих кадров специалистов. Изменения, вносившиеся в систему медицинского образования, были обусловлены необходимостью сочетания специализированной подготовки с общемедицинским образованием на

широкой естественнонаучной и социально-гигиенической основе. В России создана стройная система специализации и усовершенствования врачей, которая осуществляется институтами усовершенствования врачей, факультетами усовершенствования при медицинских университетах, базами первичной специализации при крупных республиканских, краевых, областных и городских больницах, а также системой клинической ординатуры. На разных этапах развития здравоохранения в соответствии с его задачами на каждом этапе совершенствовались и улучшались формы и методы лечебно-профилактической помощи, однако принципиальные основы и социалистический характер ее организации оставались неизменными, благодаря чему создана и успешно функционирует современная единая система организации специализированной медпомощи. Огромное внимание дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи уделено в национальном проекте "Здоровье" в котором отмечается, что непременным условием дальнейшего снижения заболеваемости и смертности населения, повышения качества медпомощи является развитие и укрепление ее специализированных видов. Планируется создать сеть межобластных (региональных) центров с отделениями и филиалами по микрохирургии, электрокардиостимуляции, протезированию суставов, пересадке органов и тканей, сердечно-сосудистой хирургии, для лечения больных с хронической почечной недостаточностью и др.; увеличить количество межрайонных специализированных больниц, диспансеров, отделений, с тем, чтобы обеспечить потребность сельского населения в специализированной помощи. В частности, будут развиваться межрайонные офтальмологические отделения, совершенствоваться оказание медпомощи больным с заболеваниями глаз. Модернизируются кардиологические диспансеры во всех краевых и областных центрах, расширено количество кардиологические кабинетов в поликлиниках, отделений в стационарах. Усовершенствуется работа онкологических центров, расширение строительства онкологических диспансеров, радиологических корпусов. С целью повышения уровня хирургической помощи развиваются и укрепляются кардиохирургические, сосудистые, ортопедические, травматологические, нейрохирургические, урологические, проктологические, ожоговые и другие узкоспециализированные отделения хирургического профиля. Поставлена задача коренным образом улучшить оказание стоматологической помощи населению, прежде всего детям, обеспечить полное удовлетворение потребности во всех ее видах. В каждой области, крае должны быть организованы аллергологические кабинеты и иммунологические лаборатории. Планируется осуществить широкие меры по профилактике наиболее распространенных заболеваний нервной системы и психических расстройств: дальнейшая организация и улучшение работы отделений для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, создание в крупных городах центров восстановительного лечения для реабилитации лиц с заболеваниями нервной системы, расширение сети психоневрологических диспансеров, больниц и их отделений в сельской местности. Должно быть

обеспечено коренное улучшение работы по раннему выявлению и эффективному лечению лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Планируется укреплять и развивать пульмонологическую, гастроэнтерологическую, эндокринологическую, гематологическую и др. помощь. фельдшерский врач помощь медицинский Большая роль в оказании специализированной медицинской помощи принадлежит среднему медперсоналу, работающему в специализированных кабинетах, отделениях и учреждениях. Это предъявляет определенные требования к подготовке среднего медперсонала и организации его работы. Так, например, медсестра, работающая в хирургическом отделении, должна пройти соответствующую специализацию по хирургии. Она должна хорошо знать десмургию, владеть техникой подкожных, внутрикожных и внутривенных инъекций, временной остановки кровотечения, уметь правильно осуществлять иммобилизацию, владеть гипсовой техникой, знать способы стерилизации шприцев, материала, инструментов, правила хранения и сроки их годности. Медсестры различных специализированных кабинетов (оториноларингологического, офтальмологического, инфекционных заболеваний и др.) должны владеть определенными методами обследования больных соответствующего профиля и выполнения процедур и т. д.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ Медицинская помощь населению строится по территориально-участковому и производственному принципам. Участковый принцип обеспечивает преемственность в наблюдении больного одним и тем же врачом, активное выявление больных с начальными формами заболевания, комплексное проведение профилактических мероприятий. Ведущим методом работы лечебно-профилактических учреждений является диспансерный. В системе организации квалифицированной бесплатной общедоступной медицинской помощи различают лечебно-профилактическую помощь городскому населению, включая медицинскую помощь, оказываемую в медсанчастях и на здравпунктах; медпомощь сельскому населению; медпомощь детям; акушерско-гинекологическую помощь и др. По своему характеру медицинская помощь может быть внебольничной (включая помощь на дому), стационарной и санаторно-курортной. Одним из важных звеньев внебольничной помощи является скорая и неотложная медпомощь, которая органически связана с поликлиниками и стационарами. Для оказания этого вида медицинской помощи создана широкая сеть специализированных учреждений - станций, подстанций, отделений и больниц. Неотложную медицинскую помощь, кроме того, должно обеспечивать любое лечебно-профилактическое учреждение независимо от ведомственной принадлежности. Стационарная медицинская помощь оказывается в общих, многопрофильных и специализированных больницах, родильных домах, стационарах медсанчастей, диспансеров, научно-исследовательских мединститутах, а также в клиниках медицинских вузов. В общем комплексе лечебно-оздоровительных и профилактических мер большое значение имеет санаторно-курортная помощь. Медпомощь, за исключением случаев само- и взаимопомощи, оказывают только лица, имеющие специальное медицинское

образование, при этом важная роль принадлежит среднему медперсоналу. Высокая квалификация средних медицинских кадров является необходимым условием эффективного функционирования системы организации медицинской помощи.