

# Организационные аспекты неврологической службы на уровне ПМСП. Трудовая экспертиза.

Әбдіғазы Ә.Б.

646 ВОП

- ▶ **Первичная медико-санитарная помощь (ПСМП)** — медико-санитарная помощь, необходимая и доступная как для каждого человека в отдельности, так и для всего населения в целом, предоставляемая на приемлемой для него основе, при его активном участии и при затратах, соответствующих возможностям населения и государства. ПСМП направлена на решение основных проблем охраны здоровья населения, ее назначение – обеспечение всего населения необходимыми видами медицинской помощи.

- ▶ **В систему ПМСП включаются:**
- ▶ - амбулаторно-поликлиническая служба,
- ▶ - скорая и неотложная медицинская помощь,
- ▶ - санитарно-эпидемиологическая служба,
- ▶ - аптечная служба.
- ▶ **В качестве аспектов целесообразности создания и развития ПМСП можно выделить следующие:**
- ▶ - общеэкономический, который связан со снижением заболеваемости, инвалидности и смертности;
- ▶ - снижение доли затрат на дорогое стационарное лечение;
- ▶ - увеличение доли внебюджетного финансирования за счет развития платных услуг и договоров с предприятиями.

# Основные принципы первичной медико-санитарной помощи:

- ▶ **А) профилактическая направленность** — организация широкого спектра социально-профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья обслуживаемого населения, изучение и по возможности внесения корректив в условия его труда и быта
- ▶ **Б) доступность** — обеспечивается путем приближения места работы врача к месту жительства обслуживаемого населения, обеспечения его надежной телефонной связью, автотранспортом, позволяющими оказывать прикрепленному населению первичную медицинскую помощь в любое время суток.

- ▶ **В) непрерывность** — в своей профессиональной деятельности врач не ограничивается рамками отдельного или частного эпизода болезни, а занимается охраной здоровья человека на протяжении значительных периодов его жизни.
- ▶ **Г) всеобщность** — врач оказывает медицинскую помощь пациентам независимо от их возраста, пола, вероисповедания, социального, материального или служебного положения.
- ▶ **Д) комплексность** — врач осуществляет не только лечебную помощь и реабилитацию, но также профилактику болезней и укрепление здоровья обслуживаемого населения.

- ▶ **Е) координация** — в необходимых случаях врач принимает решения о направлении пациента к соответствующему специалисту, организует все виды квалифицированной медицинской помощи и имеет право участвовать в консультациях своих пациентов у специалистов различного профиля.
- ▶ **Ж) конфиденциальность** — врач и все медицинские работники обязаны хранить не только врачебную тайну, но и любые другие сведения из жизни пациентов, что особенно важно в условиях их компактного проживания, а обслуживаемое население должно быть полностью уверено в конфиденциальности своих обращений

# Виды доступности ПСМП:

- ▶ **1. территориальная** – расстояние до медицинского учреждения, средства транспорта, время проезда должны быть приемлемы для населения
- ▶ **2. финансовая** – независимо от системы оплаты за медицинскую помощь расходы на охрану здоровья не должны выходить за пределы возможности населения и страны.
- ▶ **3. культурная** – технические и организационные методы должны соответствовать культурному укладу населения
- ▶ **4. функциональная** – медицинская помощь должна быть предоставлена тем, кто в ней нуждается на постоянной основе и в любое время.

# Виды медицинской помощи

## ▶ А) по качеству оказания помощи:

- ▶ 1. первая медицинская помощь — оказывается на месте происшествия в порядке само — и взаимопомощи с помощью подручных средств.
- ▶ 2. первая доврачебная (фельдшерская) помощь (ФАП)
- ▶ 3. первая врачебная помощь (СВА, СУБ)
- ▶ 5. квалифицированная медицинская помощь — для ее оказания необходимо наличие специалиста, оснащения, условий для реализации помощи
- ▶ 6. специализированная медицинская помощь

## ▶ Б) по объему оказания помощи: район (квалифицированная ± специализированная помощь), область и республика (квалифицированная и все виды специализированной помощи).

## ▶ В) по месту оказания: амбулаторно-поликлиническая и стационарная

# Организационные аспекты неврологической помощи в Республике Казахстан на уровне ПМСП

- ▶ Неврологическое отделение осуществляет комплекс лечебно-диагностических, профилактических, реабилитационных мероприятий для пациентов с хроническими и острыми заболеваниями нервной системы. Весь арсенал комплексных мероприятий направлен на улучшение качества жизни пациентов и снижение инвалидизации населения.

# Основные задачи отделения:

- ▶ 1. Диагностика и лечение заболеваний нервной системы (цереброваскулярных заболеваний, дорсопатий, черепно-мозговых травм и т.д.).
- ▶ 2. Оказание экстренной специализированной помощи населению при неотложных состояниях и экстренная госпитализация в стационар по медицинским показаниям.
- ▶ 3. Осмотр пациентов на дому по показаниям (наличие патологии нервной системы, профильное направление на медико-социальную экспертизу при невозможности по состоянию здоровья подойти на прием к неврологу в поликлинику и т.д.).
- ▶ 4. Участие в проведение профилактических медицинских осмотров для работающего населения с целью выявления заболеваний на ранних этапах и диспансеризации данной группы пациентов.

## Цель отделения

- ▶ 1. Снижение заболеваемости и смертности от цереброваскулярных заболеваний и предупреждения их осложнений (ОНМК, энцефалопатии, парезы, параличи и т.д.).
- ▶ 2. Диспансерное наблюдение и реабилитация трудоспособного населения с неврологическими заболеваниями (последствия ОНМК, последствия спинальных травм, рассеянный склероз, наследственные нервно-мышечные заболевания и прочие).

- ▶ Структура МО, оказывающих медицинскую помощь неврологическим больным на амбулаторно-поликлиническом уровне:
  - 1) кабинет невролога поликлиники (районной, городской);
  - 2) кабинет невролога консультативно-диагностического отделения (поликлиники, консультативно-диагностического центра);
  - 3) городской эпилептологический кабинет (далее - ГЭК) в составе консультативно-диагностического отделения городской поликлиники, консультативно-диагностической поликлиники и (или) консультативно-диагностического центра.

Кабинет невролога создается в структуре организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (далее – АПП) населению на уровне района, города, а также в составе консультативно-диагностической поликлиники (центра).

Основными функциями кабинета невролога являются:

- 1) оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с неврологическими заболеваниями;
- 2) организация и проведение диспансеризации лиц с неврологическими заболеваниями;
- 3) организация и проведение углубленных исследований неврологических больных с помощью лабораторно-диагностических методов при наличии медицинских показаний;
- 4) направление на стационарное лечение больных с неврологическими заболеваниями при наличии медицинских показаний;
- 5) экспертиза временной нетрудоспособности при неврологических заболеваниях и смежной патологии;

- ▶ Врач невролог, для выполнения возложенных на него функций, осуществляет:
  - 1) выявление заболеваний нервной системы;
  - 2) проведение лечебно-диагностических мероприятий в амбулаторных условиях (в том числе на дому);
  - 3) определение медицинских показаний для экстренной и плановой госпитализации пациентов в профильный стационар;
  - 4) при наличии медицинских показаний отбор и направление на консультацию к врачу нейрохирургу и врачам других специальностей;
  - 5) оказание медико-социальной помощи больным с неврологическими заболеваниями;

# Неврологическая помощь включает в себя:

- ▶ **1) на амбулаторно-поликлиническом уровне:**
- ▶ осмотр врачом с целью определения состояния пациента и установления диагноза;
- ▶ лабораторное и инструментальное обследование пациентов с целью верификации диагноза;
- ▶ подбор и назначение лечения в соответствии с выявленной нозологией и утвержденными медицинскими стандартами (клиническими протоколами);
- ▶ отбор и направление на госпитализацию при наличии показаний в неврологическую организацию для предоставления специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи;

- ▶ динамическое наблюдение за неврологическими больными;
- ▶ оформление первичной медицинской документации в соответствии с формами первичной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденными Приказом № 907;
- ▶ установление временной нетрудоспособности;
- ▶ предоставление пациентам с неврологическими заболеваниями рецептов на лекарственные препараты, в том числе по бесплатному лекарственному обеспечению в соответствии с Приказом № 786;
- ▶ оформление заключений на МСЭ;
- ▶ пропаганда здорового образа жизни;

- ▶ Медицинская документация - это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий.
- ▶ Она позволяет обобщать и анализировать данную информацию. Медицинская документация является учетной и отчетной, ее держателем выступают медицинские учреждения, следовательно, врачи медицинских учреждений несут ответственность за неправильное оформление соответствующих документов.

- ▶ Медицинские документы являются важнейшей составной частью лечебно-диагностического процесса, обеспечивая при оказании медицинской помощи больным в амбулаторно-поликлинических условиях взаимодействие медицинских работников и мониторинг за состоянием здоровья пациентов. Только правильно оформленная первичная медицинская документация (в том числе, медицинская карта) позволяет медицинскому персоналу принимать адекватные решения в конкретных клинических ситуациях.
- ▶ Учетная статистическая медицинская документация, на основании которой формируется статистика заболеваемости и смертности, достаточно сложна, поэтому неправильное понимание или небрежность при ее заполнении могут привести к серьезным ошибкам. Данные, отраженные в медицинской карте амбулаторного больного, важны для формирования достоверной государственной статистической отчетности.

- ▶ Основными принципами ведения медицинской карты амбулаторного больного являются:
  - описание состояния пациента, лечебно-диагностических мероприятий, исходов лечения и другой необходимой информации;
  - соблюдение хронологии событий, влияющих на принятие клинических и организационных решений;
  - отражение в медицинской документации социальных, физических, физиологических и других факторов, которые могут оказать влияние на пациента и течение патологического процесса;
  - понимание и соблюдение лечащим врачом юридических аспектов своей деятельности, обязанностей и значимости медицинской документации;

- отражать жалобы больного, анамнез заболевания, результаты объективного обследования, клинический (верифицированный) диагноз, назначенные диагностические и лечебные мероприятия, необходимые консультации, а также всю информацию по наблюдению больного на догоспитальном этапе (профилактические медицинские осмотры, результаты диспансерного наблюдения, обращения на станцию скорой медицинской помощи и др.);
- выявлять и фиксировать факторы риска, которые могут усугублять тяжесть течения заболевания и повлиять на его исход;
- излагать объективную обоснованную информацию для обеспечения “защиты” медицинского персонала от возможности жалобы или судебного иска;
- фиксировать дату каждой записи;
- каждая запись должна быть подписана врачом (с расшифровкой Ф.И. О.).

- ▶ оговаривать любые изменения, дополнения с указанием даты внесения изменений и подписью врача;
- ▶ не допускать записей, не имеющих отношения к оказанию медицинской помощи данному пациенту;
- ▶ записи в амбулаторной карте должны быть последовательными, логичными и продуманными;
- ▶ своевременно направлять больного на заседание врачебной комиссии и медико-социальную экспертизу;
- ▶ уделять особое внимание записям при оказании экстренной медицинской помощи и в сложных диагностических случаях;
- ▶ обосновывать назначенное лечение льготной категории пациентов;

# Врачебно-трудова́я эксперти́за

- ▶ Экспертиза длительной или постоянной утраты **трудоспособности** и изучение состояния здоровья больных производится ВТЭК, которые организуются по территориальному принципу на базе лечебно-профилактических учреждений.
- ▶ ВТЭК принимают на освидетельствование больных, которые были нетрудоспособными непрерывно в течение 4 мес. или в общей сложности 5 мес. в течение последнего года.

▶ **Основные задачи ВТЭК:**

- ▶ установление степени утраты трудоспособности, причин и времени наступления инвалидности, а также ее группы;
- ▶ определение для инвалидов условий и видов труда (трудовые рекомендации),
- ▶ а также мероприятий, способствующих восстановлению их трудоспособности (профессиональное обучение, переквалификация, восстановительное лечение, протезирование, обеспечение средствами передвижения и т. д.).

- ▶ Рабочие и служащие, которым по заключению ВТЭК установлена группа инвалидности, постоянно или на длительное время освобождаются от профессиональной работы (учащиеся — от обучения), им назначается пенсия, предоставляются облегченные условия работы и определяются другие виды льгот. Это заключение оформляется в виде справки ВТЭК, которая выдается инвалиду.
- ▶ Без трудовой рекомендации врачей-экспертов руководители предприятий и учреждений не имеют права предоставлять инвалидам работу.

- ▶ ВТЭК осуществляет свою деятельность на основании специальных положений и выступает в роли государственного органа, закрепляющего в установленном законом порядке права трудящихся на социальную помощь.
- ▶ Существуют городские, районные и межрайонные ВТЭК, в состав каждой из которых входят три врача (терапевт, невропатолог, хирург), представитель отдела социального обеспечения и представитель профсоюзной организации. Один из врачей-экспертов назначается председателем.
- ▶ Для проведения врачебно-трудовой экспертизы больных туберкулезом, психическими, онкологическими, сердечно-сосудистыми, глазными заболеваниями и последствиями травм создаются специализированные ВТЭК;

# *Трудовая экспертиза*

## **Важнейшими факторами, определяющими трудоспособность, являются:**

- 1. состояние здоровья**
- 2. знания и производственный опыт**
- 3. навыки к труду, высокие моральные качества человека**
- 4. уровень развития производительных сил, внедрение механизации, электрификации и автоматизации производства, обеспечивающая высокую его производительность, благодаря правильной, физиологически обоснованной организации труда и отдыха и созданию здоровых и безопасных условий на производстве.**

В случае возникновения у человека заболевания, или их последствий его трудоспособность может существенно нарушаться вплоть до полной ее утраты, т.е. нетрудоспособности.



**Различают**

*временную*

*постоянную*

*или*

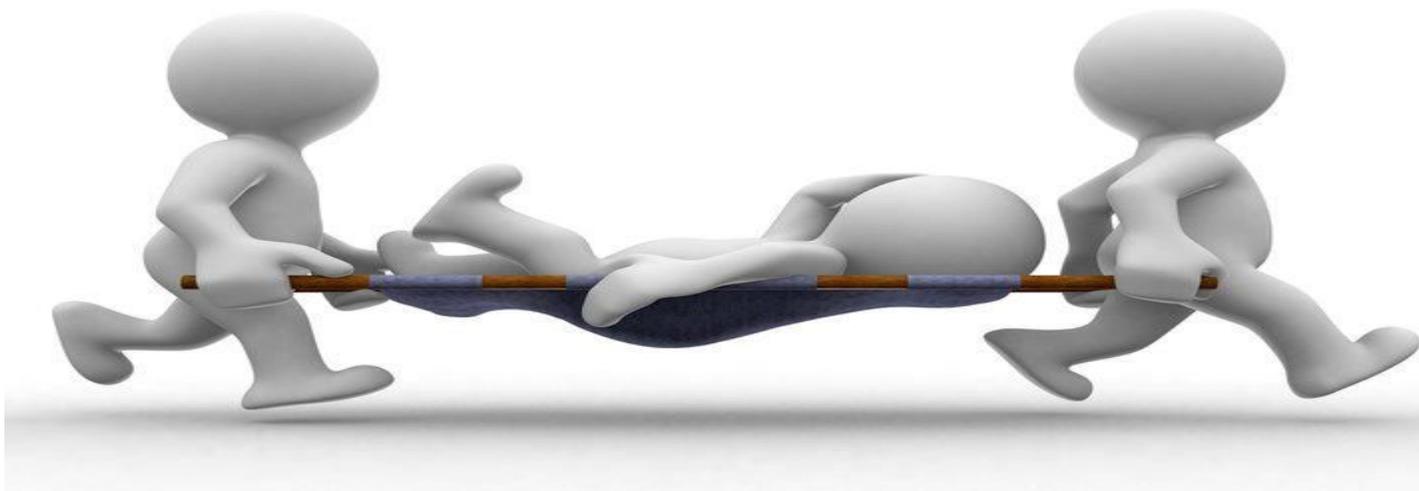
*длительную нетрудоспособность .*

Наличие временной нетрудоспособности и ее длительность в каждом отдельном случае определяются уполномоченным на то врачом, а в надлежащих случаях лечебным заведением или врачебно-консультационной комиссией и удостоверяется выданными ими больничными листками.

Факт постоянной или длительной утраты трудоспособности, устанавливается МСЭ лицам, «страдающим хроническими заболеваниями или имеющим анатомические дефекты в тех случаях, когда возникшее нарушение функций организма препятствует выполнению профессионального труда и приобрело устойчивый, несмотря на лечение, характер»



Постоянная или длительная утрата трудоспособности может быть полной, когда работник потерял способность к выполнению профессионального труда на предприятиях, в учреждениях, т.е. признан МСЭ инвалидом I или II группы.



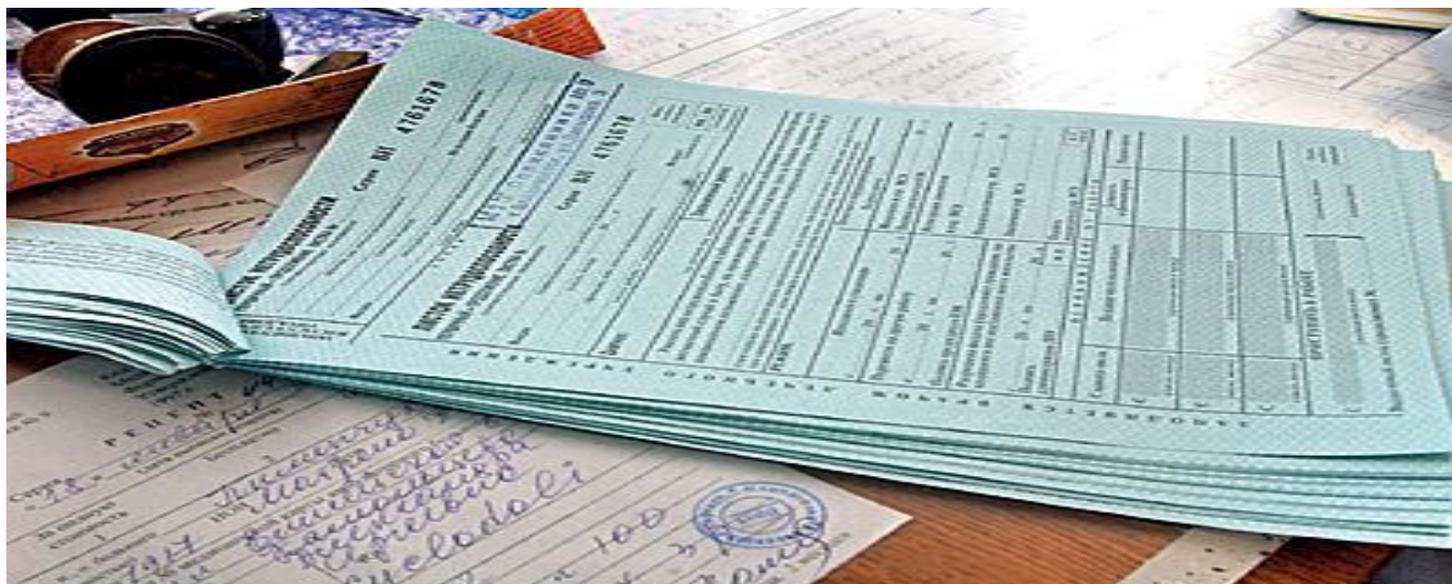
# Врачебная трудовая экспертиза

*вид врачебного освидетельствования, заключающегося в определении состояния трудоспособности человека, степени, сроков и причин ее утраты.*

При проведении МСЭ определяется размер возмещения предприятием, учреждением ущерба, причиненного рабочим и служащим в результате увечья либо иного повреждения здоровья, связанных с исполнением ими трудовых обязанностей, а также принимается решение о необходимости и сроках временного перевода работника по болезни на другую работу в установленном порядке, о направлении на МСЭ, правильности использования инвалидов на работе в соответствии с данными заключениями и т.д.



В зависимости от клинико-трудового прогноза лечащими врачами всех специальностей и врачебно-консультационными комиссиями лечебно-профилактических учреждений определяются временная нетрудоспособность, удостоверяемая больничным листом, который выдается и продлевается до ее восстановления или до установления МСЭ стойкой нетрудоспособности-инвалидности



При незначительной степени стойкого нарушения трудоспособности для продолжения работы в своей профессии требуется лишь небольшие изменения или облегчения условий труда, которые осуществляются без ущерба для квалификации и объема трудовой деятельности, выдаются соответствующие рекомендации без направления больного на МСЭ.

**Экспертиза временной нетрудоспособности организуется в поликлиниках при наличии в их штате не менее 15 врачей.**

В состав экспертизы входят председатель

- главный врач или (в крупных медицинских учреждениях)
- заместитель по врачебно-трудовой экспертизе
- заведующий соответствующим отделением
- лечащий врач.

При необходимости для консультации больных могут привлекаться заведующие специализированными кабинетами.

Конкретный состав комиссии назначается руководителем медицинского учреждения.

## **Врачи на комиссии решают следующие вопросы:**

- разрешают сложные и конфликтные вопросы врачебно-трудовой экспертизы
- санкционируют продление листка нетрудоспособности свыше 30 дней
- осуществляют систематический контроль за обоснованностью и правильностью их выдачи
- выдают заключение о необходимости перевода больных на другую работу, освобождения от работы в ночную смену и т.п.



**Заведующий отделением во время проведения экспертизы временной нетрудоспособности отвечает:**

1. за постановку и качество экспертизы в отделении
2. осуществляет консультации лечащих врачей по вопросам диагностики , лечения и трудоустройства больных
3. санкционирует продление больничного листка сверх 30 дней
4. контролирует своевременность и полноту обследования, диагностики и лечения больных

Лист временной нетрудоспособности-документ , удостоверяющий временную нетрудоспособность граждан и подтверждающий их право на временное освобождение от работы и получение пособия по временной нетрудоспособности.

**Лист временной нетрудоспособности выдается в следующих случаях:**

- 1.заболеваниях
2. травмах и отравлениях, связанных с временной потерей трудоспособности
3. искусственном прерывании беременности
4. уходе за больным ребенком или ребенком-инвалидом

5. период отпуска по беременности и родам
6. усыновлению/удочерению новорожденного ребенка
7. период долечивания в санаторно-курортных организациях
8. период карантина.

**Лист временной нетрудоспособности выдается гражданам РК ,иностранным гражданам и лицам без гражданства, осуществляющим трудовую деятельность на территории РК**

1. гос.служащим
2. работающим по трудовым договорам
3. обучающимся в организациях образования на период их зачисления на оплачиваемые рабочие места в период производственной практики

**Лист временной нетрудоспособности не выдается гражданам:**

1. обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков нетрудоспособности
2. проходящим медицинскую освидетельствование, мед. обследование или лечение по направлению военных комиссариатов
3. находящимся под стражей или административным арестом
4. с хроническими заболеваниями вне обострения, проходящим обследование, принимающим различные процедуры и манипуляции в амбулаторно-поликлинических условиях

Продление листа временной нетрудоспособности свыше шести дней производится совместно с заведующим отделением медицинской организации, общей продолжительностью не более двадцати календарных дней.

Свыше указанного срока продление листа временной нетрудоспособности проводится по заключению ВКК.

Физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой, выдают лист временной нетрудоспособности на срок не более 6 календарных дней.

- При временной нетрудоспособности за гражданином сохраняется его место работы после окончания курса лечения без потери квалификации и заработной платы.
- Медицинские работники медицинских пунктов предприятий могут освободить гражданина в случае его нетрудоспособности от работы до конца смены с выдачей справки временной нетрудоспособности.
- В случаях перевода гражданина в санаторно-курортную организацию, когда его медицинская реабилитация является неотъемлемым компонентом лечения, продление листа временной нетрудоспособности производится медицинской организацией, открывшей лист временной нетрудоспособности на основании заключения ВКК

- Работающим студентам лист временной нетрудоспособности выдается медицинскими организациями по месту прикрепления.
- Продление указанного листа временной нетрудоспособности производится в медицинской организации по месту постоянного проживания при наличии заключения ВКК медицинской организации, открывшей лист временной нетрудоспособности.
- Лист временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком или ребенком –инвалидом выдается врачом – педиатром, врачом общей практики, если ребенок или ребенок -инвалид после выписки из стационара нуждается в уходе , а до госпитализации освобождение от работы для ухода за ним не проводилось, лист временной нетрудоспособности выдается медицинской организацией по месту жительства на период до десяти дней.

- Бланки листов временной нетрудоспособности являются документами строгой отчетности.
- Лист временной нетрудоспособности заполняется на государственном языке.

Субъектами здравоохранения, выдающими лист временной нетрудоспособности под названием: «Лист временной нетрудоспособности» подчеркивается соответственно либо слово «Первичный», либо слово «Продолжение». Затем указывается название и адрес медицинской организации, дата выдачи листа, фамилия, имя, отчество и место работы пациента и ставится печать медицинской организации .

Если лист временной нетрудоспособности выдан связи с родами – указывается дата родов, усыновлением или удочерением-дата усыновления или удочерения, по уходу за больным ребенком-дата и год рождения ребенка.

Для установления длительной или постоянной нетрудоспособности больные в определенные законодательством сроки направляются ВКК соответствующего лечебно-профилактического учреждения на освидетельствование в МСЭ.

Если по заключению МСЭ нет оснований считать больного инвалидом и он продолжает быть временно нетрудоспособным, то листок нетрудоспособности подлежит продлению в установленном порядке.

Если утрата трудоспособности стойкая-МСЭ устанавливает инвалидность.

МСЭ при установлении группы инвалидности одновременно определяет и ее причину. От причины инвалидности зависит размер пенсии, льготы и определенное правовое положение.

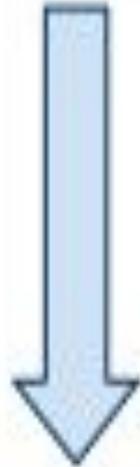
Инвалидность  
включает в себя  
3 составляющие:

Медицинская

Социальная

Правовая

Инвалидность



Степень  
ограничения  
жизнедеятельности  
человека

Нарушения здоровья  
со стойким  
расстройством функций  
организма

*Медико-социальная экспертиза освидетельствуемого лица проводится по направлению соответствующей медицинской организации:*

1. по месту постоянного жительства
2. по месту нахождения на лечении в специализированных учреждениях
3. в исправительных учреждениях и в следственных изоляторах



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 вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4 месяцев

При благоприятном трудовом прогнозе в случае продолжающейся нетрудоспособности до 10 месяцев (в отдельных случаях: травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез - до 12 месяцев), для решения вопроса о продолжении лечения или установления группы инвалидности

Работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического и трудового прогноза

Право направить на МСЭ  
предоставлено след.  
организациям:

Организация,  
оказывающая  
лечебно-  
профилактическую  
помощь,  
независимо от ее  
организационно-  
правовой формы

Орган,  
осуществляющий  
пенсионное  
обеспечение

Орган социальной  
защиты

Лечение больного ведется в течение всего периода нетрудоспособности до восстановления здоровья или направления в МСЭ для определения группы инвалидности.

Все длительно болеющие лица , имеющие больничный листок более 1 месяца, представляются на ВКК для контроля.

Больных с признаками длительной утраты трудоспособности, подлежащих направлению в МСЭ , а так же больных, нуждающихся в трудоустройстве по заключению МСЭ без группы инвалидности, так же представляют на ВКК.

Аналогичные мероприятия осуществляются заведующими отделениями и в стационарах.

- ▶ **Скрининговые профилактические осмотры по возрастам:**
- ▶ **1) скрининговый осмотр на раннее выявление болезней системы кровообращения (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца) и сахарного диабета** (мужчины и женщины в возрасте 18, 25, 30, 35, 40 лет, от 40 до 64 лет - 1 раз в 2 года, не состоящие на диспансерном учете по этим заболеваниям);
- ▶ **2) скрининговый осмотр на раннее выявление глаукомы** (мужчины и женщины в возрасте 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу глаукомы);
- ▶ **3) скрининговый осмотр на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы** (женщины в возрасте 50, 52, 54, 56, 58, 60 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу рака молочной железы);
- ▶ **4) скрининговый осмотр на раннее выявление предопухолевых заболеваний и рака шейки матки** (женщины в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу рака шейки матки);
- ▶ **5) скрининг на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний толстой и прямой кишки** (мужчины и женщины 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 лет, не состоящие на учете по поводу полипоза, рака толстой и прямой кишки);
- ▶ **6) скрининговый осмотр на раннее выявление рака пищевода и рака желудка** (мужчины и женщины 50, 52, 54, 56, 58 и 60 лет, не состоящие на учете по поводу рака пищевода и рака желудка):

# Денсаулық топтары:

- ▶ Бірінші топ - дені сау, дене бітімінің дамуы дұрыс, негізгі органдар мен жүйелердің қызметі қалыпты жағдайдағы балалар мен жасөспірімдер. Яғни, бұл топқа жататын балалардың созылмалы аурулары жоқ, ешқашан ауырмаған, немесе бақылау мерзімінде жеңіл аурулармен науқастанып, жылдам жазылған, дене бітімі мен психикалық дамуы өзінің жасына сәйкес үйлесімді жағдайдағы балалар.

Екінші топ - дені сау, бірақ, функционалдық немесе кейбір морфологиялық ауытқулары бар, сонымен қатар жедел және созылмалы ауруларға қарсыласу мүмкіндігі азайған балалар. Яғни, созылмалы аурулары жоқ, бірақ жиі (жылына 4 реттен көп) және ұзақ (бір аурумен 25 күннен көп) ауырған балалар.

- ▶ Үшінші топ - созылмалы аурулары компенсация сатысында, организмдерінің қызмет мүмкіндіктері сақталған балалар мен жасөспірімдер. Яғни, созылмалы аурулары немесе туа пайда болған патологиялық ауытқуларының қабынулары сирек болатын және жеңіл өтетін, жалпы денсаулық жағдайы қанағаттанарлық дәрежедегі балалар.

Төртінші топ - созылмалы аурулары субкомпенсация жағдайындағы, организмдерінің қызмет мүмкіндіктері азайған балалар мен жасөспірімдер.

- **Бесінші топ - созылмалы аурулары декомпенсация жағдайындағы, организмдерінің қызмет мүмкіндіктері едәуір төмендеген балалар мен жасөспірімдер. Бұл топтағы балалар негізінен жалпы профильдегі балалар мекемелеріне бармайды және жалпы бақылауға алынбайды.**

- » **1 топ** — сау балалар, зерттелген жүйелерінің қалыпты функционалды көрсеткіштерімен, сирек ауратын (жылына 3 ретке дейін), қалыпты физикалық, нервті-психикалық дамумен, анамнезінде ауытқулар жоқ.
- » **2 топ** — қауіп тобы
- » 2 а топша- биологиялық және әлеуметтік анамнезінде қауіп факторы бар балалар.
- » 2 б топша — функционалды ауытқулары бар, физикалық өзгерістер басталуымен, бірақ созылмалы аурулары жоқ.
- » **3 топ** – компенсирленген формадағы созылмалы аурулары бар балалар. Компенсация тобы- (созылмалы ауруының сирек өршумен, сирек жедел аурулар, организм функциясының қалыпты деңгейімен).
- » **4 топ** – субкомпенсация сатысындағы созылмалы аурулар (жылына 3-4 рет созылмалы ауру өршуі, жиі жедел аурулар жылына 4 рет және одан көп, организм әр түрлі жүйесінің функционалды жағдайының нашарлауы);
- » **5 топ** – компенсация сатысындағы созылмалы аурулармен ауыратын балалар (патологиялық өзгерген ағзаның, басқа жүйелердің де айқын функционалды бұзылыстары; жиі жедел аурулар, физикалық және нервті – психикалық даму деңгейі жасына сай немесе артта қалған);

# Санитарлық шаралар

- ▶ Первичная предполагает меры, направленные на недопущение развития любого инфекционного и неинфекционного заболевания.
- ▶ Вторичная предусматривает комплекс мер, сосредоточенных на стабилизации состояния человека уже больного, недопущение дальнейшего прогрессирования патологии.
- ▶ Третичная (признается не всеми специалистами) подразумевает виды реабилитации пациентов, которые в силу тяжести заболевания утратили первоначальное качество жизни.

# Виды профилактики:

- **Первичная профилактика** - направлена на предупреждение (пропаганда здорового образа жизни, профилактика о вредных привычках, правовое воспитание, реклама кружков, секций )  
При первичной профилактике эффективность воздействия составляет **60-70%**
- **Вторичная профилактика** - направлена на коррекцию поведения учеников при помощи Совета профилактики, ВШУ, КДНиЗП, ПДН.  
При вторичной профилактике эффективность воздействия составляет - **30-40%**
- **Третичная профилактика** – направлена на предупреждение повтора
- При третичной профилактике эффективность воздействия составляет- **3-5%.**

***Благодарю за  
внимание!***

