



**БМСК кезендері. Қазақстан Республикасы
БМСК деңгейінде неврологиялық қызмет
көрсету аспектілері. Еңбектік экспертиза.**

**Тұрғындарды санитарлық шараларға шақыру,
салауатты өмір салтын ұйымдастыру,
скрининг жүргізу, диспансерлік бақылауға алу
шараларын ұйымдастыру.**

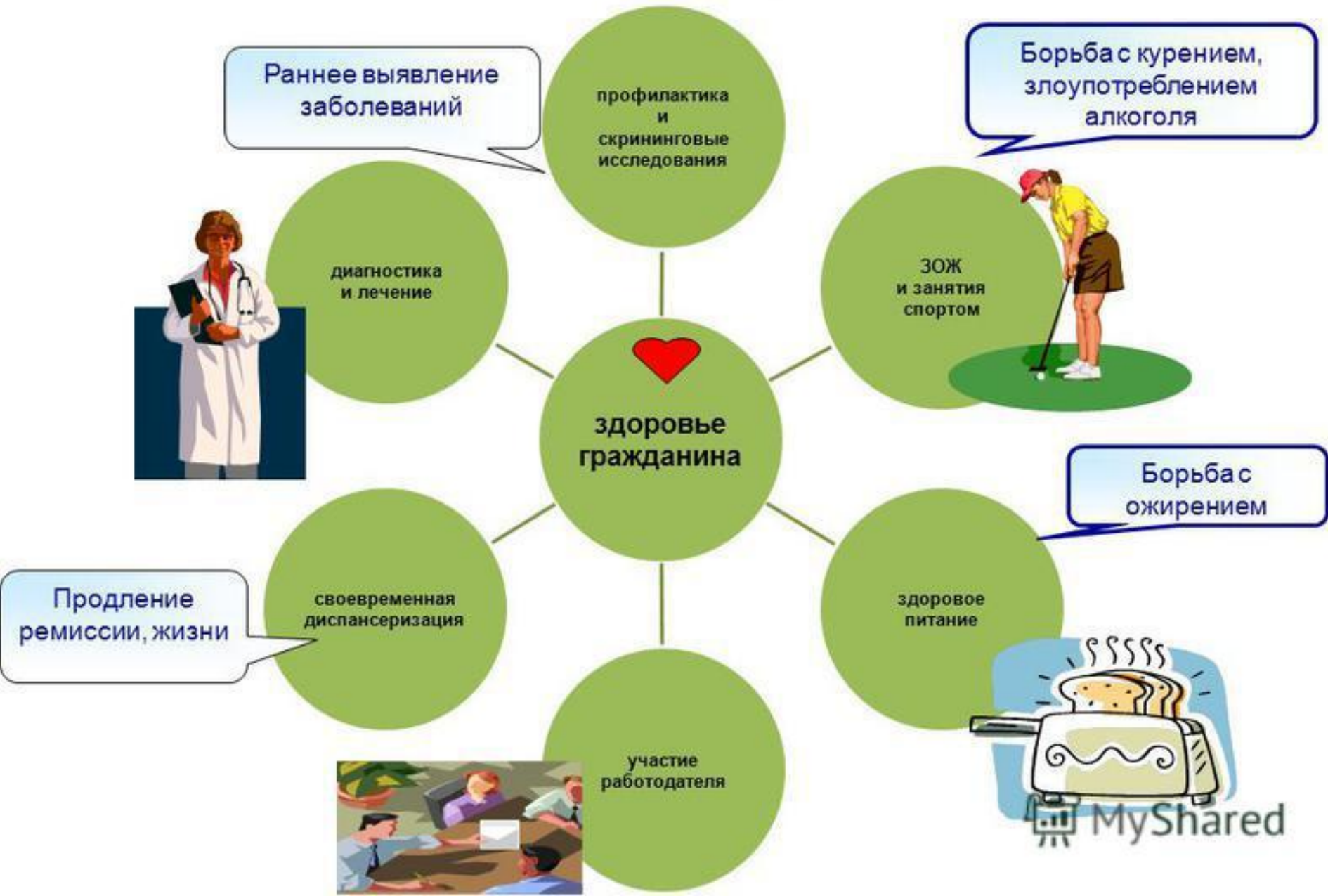


**613 ВОП Барақова Жазира.
Қабылдаған: Балтаева Ж.Ш.**

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП)

- **Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП)** является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Обеспечение доступности первичной медико-санитарной помощи должно быть приоритетом при формировании системы здравоохранения.

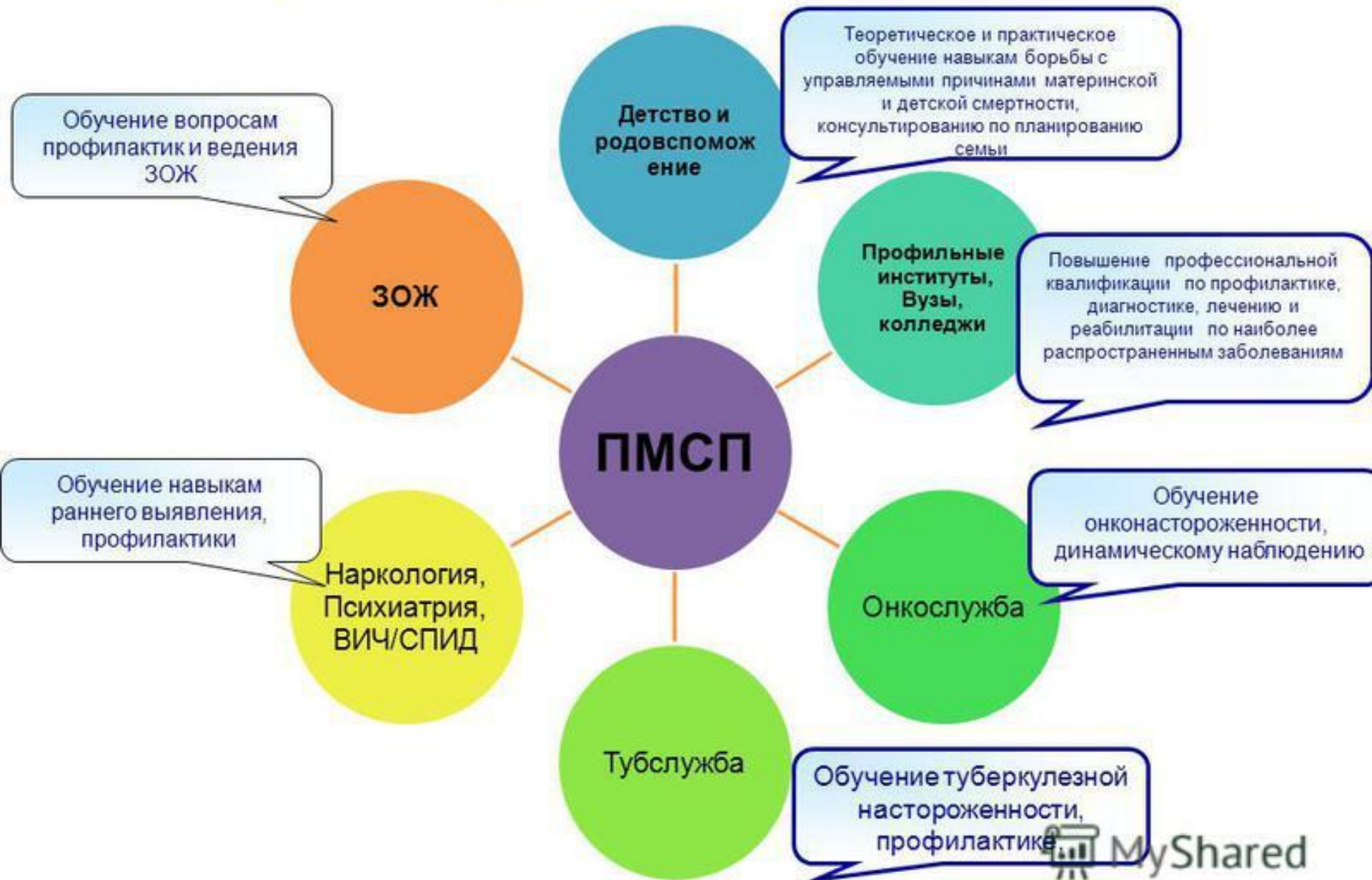
ПМСП - это профилактика



Принципы ПМСП.

1. Просвещение по наиболее важным проблемам здравоохранения и методам их предупреждения и решения.
2. Содействие обеспечению рациональным питанием, доброкачественным водоснабжением и проведению основных санитарных мер.
3. Охрана здоровья матери и ребенка, в т.ч. планирование семьи.
4. Иммунизация против основных инфекционных заболеваний.
5. Профилактика эндемичных для данного района болезней и борьба с ними.
6. Соответствующее лечение распространенных заболеваний и травм.
7. Обеспечение основными лекарственными средствами.

Интеграция структур здравоохранения в ПМСП



Организации, оказывающие ПМСП

Организации ПМСП

Поликлиника

Врачебная
амбулатория (ВА)

Фельдшерско-
акушерский пункт

Медицинский пункт

Государственная сеть
определяется
постановлением
Правительства РК №
494 9
апреля 2009г.

ВОП

Участковый терапевт

Участковый педиатр

Медсестра,
фельдшер

Негосударственный сектор

- Ведомственные*
МО, КНБ, МВД, КТЖ,
МТК, МИТ и др.:
- поликлиника
амбулатория
медсанчасть
- Частные:
Поликлиника
центр ПМСП
амбулатории
медпункт
здравпункт

Согласно приказу, ПМСП включает в себя:

- 1) диагностику и лечение наиболее распространенных заболеваний, а также травм, отравлений и других неотложных состояний;
- 2) санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний;
- 3) гигиеническое обучение населения, охрану семьи, материнства, отцовства и детства;
- 4) разъяснительную работу по безопасному водоснабжению и рациональному питанию населения.

**Организация оказания
неврологической помощи в
Республике Казахстан на
уровне ПМСП**



Основные направления деятельности и структура организаций, оказывающих неврологическую помощь в Республике Казахстан

- Медицинские организации здравоохранения, оказывающие неврологическую помощь населению (далее – МО) создаются с целью своевременного проведения мероприятий, направленных на выявление, лечение и медицинскую реабилитацию больных с неврологическими заболеваниями, увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения, улучшения качества жизни, снижения заболеваемости, инвалидности и смертности.

Основными задачами МО являются:

- 1) организация и проведение мероприятий, направленных на первичную профилактику заболеваний нервной системы;
- 2) диагностика заболеваний нервной системы;
- 3) лечение заболеваний нервной системы с соблюдением преемственности на всех этапах;
- 4) динамическое наблюдение за пациентами с заболеваниями нервной системы;
- 5) профилактика прогрессирования и развития осложнений заболеваний нервной системы;
- 6) медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями нервной системы.

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;

- Для оказания помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее – ОНМК) на базе республиканских и многопрофильных организаций здравоохранения областей и городов Астаны и Алматы, оказывающих стационарную помощь, создаются региональные инсультные центры (далее – ИЦ) с учетом численности населения из рекомендуемого расчета 30 коек на 250 тысяч населения, географической доступности в период «терапевтического окна» и при условии наличия в нем круглосуточно функционирующих отделений:

- 1) лучевой диагностики с наличием компьютерной томографии или магниторезонансной томографии;
- 2) функциональной и ультразвуковой диагностики;
- 3) лабораторной диагностики;
- 4) нейрохирургии с операционной для проведения экстренных операций больным с ОНМК.

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;

Организация оказания неврологической помощи в Республике Казахстан

- Медицинская помощь больным с неврологическими заболеваниями оказывается в рамках [ГОбМП](#).

- Медицинская помощь пациентам с заболеваниями нервной системы предоставляется в следующих формах:
 - 1) АПП, в том числе [первичной](#) медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) и [консультативно-диагностической](#) помощи (далее – КДП);
 - 2) [стационарной](#) помощи;
 - 3) [стационарозамещающей](#) помощи (далее – СЗТ);
 - 4) [скорой медицинской помощи](#) и медицинской помощи в форме санитарной авиации;
 - 5) [восстановительного](#) лечения и [медицинской реабилитации](#).
- 34. [ПМСП](#) неврологическим больным оказывается на амбулаторном уровне:
 - 1) в сельской, районной, городской поликлиниках;
 - 2) во врачебной амбулатории.

- **2) на стационарном уровне:**
- ✓ оформление медицинской документации в соответствии с формами первичной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденными [Приказом № 907](#);
- ✓ подбор и назначение лечения в соответствии с имеющейся нозологией и медицинскими стандартами;
- ✓ проведение диагностических исследований;
- ✓ выполнение назначенного лечения;
- ✓ ежедневный осмотр врачом (если не предусмотрена другая периодичность), коррекция лечения;
- ✓ организация и проведение консультаций пациентов при наличии медицинских показаний;
- ✓ выписка пациента с оформлением документации и выдачей на руки больному выписки из [медицинской карты](#) стационарного больного (истории болезни) и [документа, удостоверяющего](#) временную нетрудоспособность при наличии показаний.

Республиканский инсультный центр (ВСМП) (16-18 дней)

- функции регионального инсультного центра
- координация работы региональных инсультных центров,
- круглосуточная консультативная помощь специалистам региональных инсультных центров,
- круглосуточный режим (КТ, высокопольный МРТ, ангиограф, УЗИ, лаборатория, БИТ),
- тромболитическое, хирургическое лечение инсульта с применением высокотехнологических операций,
- ранняя реабилитация с мультидисциплинарным принципом,
- сбор и анализ ежемесячных отчетов региональных инсультных центров,
- создание регистра инсульта,
- обучение специалистов инсультных центров.

МП, ФАП, ВА, ЦРБ

- определение времени начала заболевания,
- наблюдение за больным (АД, ЧСС),
- коррекция центральной гемодинамики,
- информирующий звонок в региональный инсультный центр,
- транспортировка в кратчайшие сроки (3-6 ч.) (противопоказание – агонирующее состояние),
- при нарушении жизненно-важных функций доставка в реанимационное отделение ближайшей лечебной организации.

Региональный инсультный центр (отделение для оказания помощи больным с ОНМК в многопрофильной областной больнице) (ВСМП) (16-18 дней)

- круглосуточный режим (КТ/МРТ, УЗИ, лаборатория, БИТ),
- тромболитическое, экстренное нейрохирургическое лечение,
- ранняя реабилитация мультидисциплинарной бригадой.

Реабилитационные центры (отделения восстановительного лечения) (18-20 дней)

- мультидисциплинарный принцип реабилитации пациентов с применением физиотерапии, кинезотерапии (ЛФК), механотерапии, гидротерапии, рефлексотерапии, логопеда, психотерапевта, социального работника

Городская поликлиника

- определение времени начала заболевания,
- срочный вызов 03,
- коррекция центральной гемодинамики, только при АД выше 180/110 мм.рт.ст. на 15-20% в течение 4 часов.

Скорая помощь

- информирующий звонок в региональный инсультный центр,
- транспортировка в кратчайшие сроки (3-6 ч.) в региональный сосудистый центр,
- коррекция АД, на уровне не выше 160-180/100-110 мм.рт.ст.

ПМСП (8-10 дней)

- восстановительное лечение и реабилитация до 2 лет после ОНМК,
- вторичная профилактика инсульта.

Пациент на дому

- определение времени начала заболевания,
- срочный вызов 03.

Специализированное неврологическое отделение локального инсультного центра для ранней реабилитации (острый период ОНМК) (16-18 дней)
(согласно клиническим протоколам)

Последовательность действий лечащего невролога:

- прием пациента в остром периоде ОНМК
- осмотр неврологического и соматического статуса;
- общие и биохимические анализы по показаниям;
- электролиты крови по показаниям;
- ЭКГ;
- инструментальные и электрофизиологические методы исследования по показаниям;
- повторные консультации специалистов по показаниям (кардиолог, терапевт, окулист, сосудистый нейрохирург, уролог)

Комплекс мероприятий - восстановительное лечение основанное на мультидисциплинарном принципе:

- реабилитационные мероприятия (физиотерапевт, ЛФК, логопед, психотерапевт);
- общие медицинские мероприятия — наблюдение и уход за больным;
- профилактика и лечение основных неврологических осложнений;
- специальные методы лечения инсульта (медикаментозная терапия — вазоактивные, нейропротекторные, гипотензивные, противосудорожные, гипогликемические, гиполипидемические препараты (инъекционные и таблетированные));
- профилактика и лечение экстрацеребральных осложнений;
- мероприятия по профилактике повторного инсульта.

Отделения восстановительного лечения (реабилитационные отделения, центры)
(ранний восстановительный период ОНМК)
(18-20 дней) в первые 2 года после ОНМК
(согласно клиническим протоколам)

Последовательность действий лечащего невролога:

- прием пациента в раннем восстановительном периоде ОНМК
- осмотр неврологического и соматического статуса;
- общие и биохимические анализы по показаниям;
- электролиты крови по показаниям;
- ЭКГ;
- инструментальные и электрофизиологические методы исследования по показаниям;
- консультации специалистов по показаниям.

Комплекс мероприятий - восстановительное лечение, основанное на мультидисциплинарных принципах:

- реабилитационные мероприятия (физиотерапевт, ЛФК, кинезотерапевт, реабилитолог, логопед, психотерапевт);
- общие медицинские мероприятия - наблюдение и уход за больным; профилактика и лечение основных неврологических осложнений; медикаментозная терапия – вазоактивные, нейропротекторные, гипотензивные, противосудорожные, гипогликемические, гиполипидемические препараты (инъекционные и таблетированные по показаниям);
- профилактика и лечение экстрацеребральных осложнений;
- мероприятия по профилактике повторного инсульта.

Первичные признаки и симптомы инсульта требующие необходимой медицинской помощи

1. Слабость или появление неловкости в какой-либо части тела, особенно на одной половине тела, включая лицо, руку или ногу;
2. Онемение (потеря чувствительности) в какой-либо части тела, особенно на одной половине тела;
3. Необъяснимое нарушение зрения;
4. Нарушение устной речи или понимания речи;
5. Шаткость при ходьбе;
6. Любые другие преходящие нарушения неврологических функций (головокружение, нарушение глотания, нарушение памяти);
7. Необычно тяжелая, внезапно развившаяся головная боль;
8. Судорожный припадок или какие-либо другие необъяснимые нарушения сознания.

Обращение - звонок в скорую помощь

Бригада скорой помощи (не более 40 мин для городского и не более 3-х часов для сельского населения)

Приезд бригады скорой помощи, осмотр пациента, срочная транспортировка в специализированное отделение многопрофильного лечебного учреждения (инсультный центр)

Приемный покой (40 мин.)

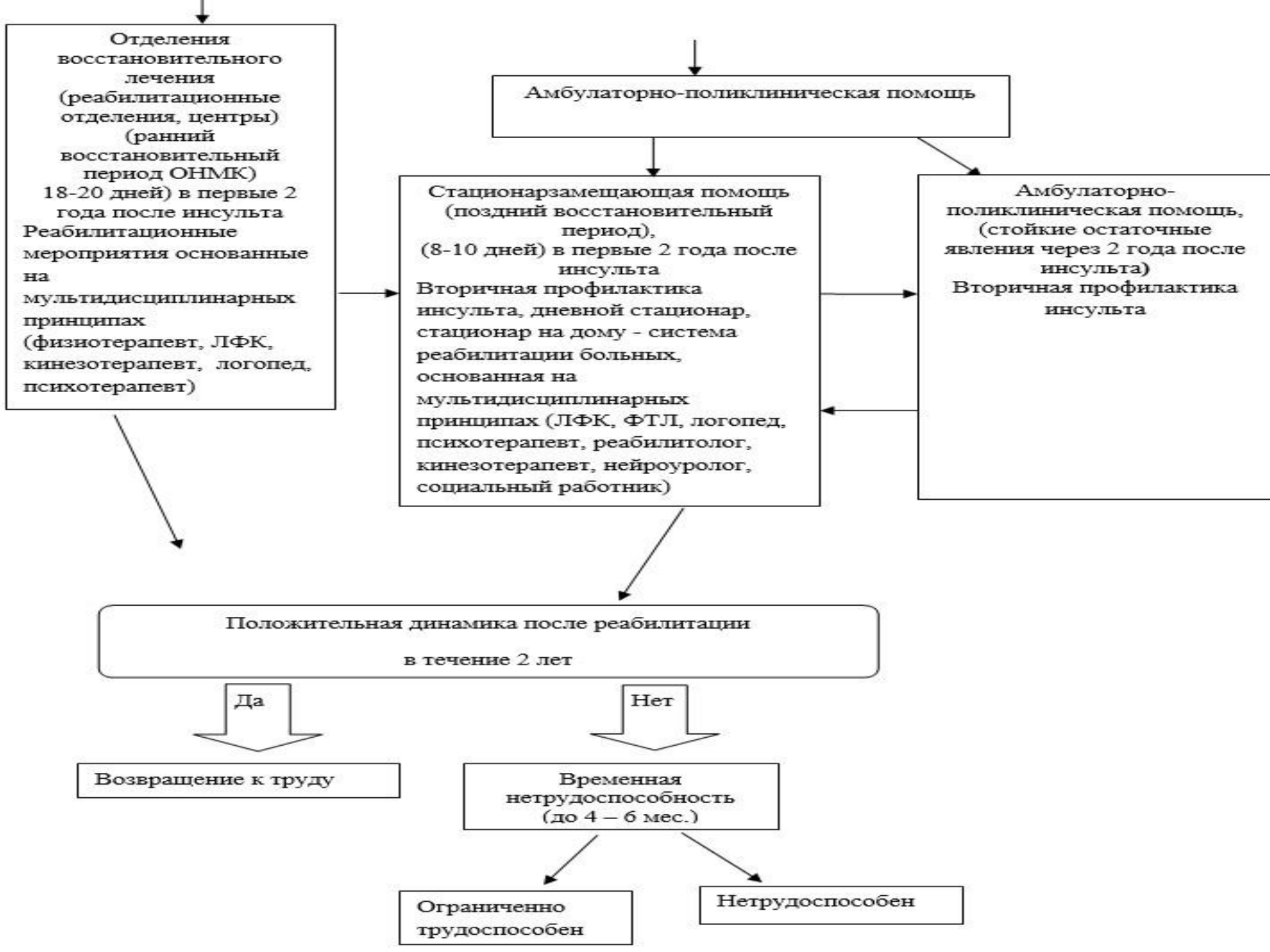
Осмотр в приемном отделении, срочные лабораторные анализы, КТ головного мозга, установка

БИТ (острейший период ОНМК) (не менее 24 часов и до 3-5 дней)

Установление диагноза (консультации нейрохирурга, кардиолога, окулиста, лабораторные и инструментальные исследования) и решение о дальнейшей тактике лечения (тромболизис, медикаментозная терапия, нейрохирургическое лечение)

Специализированное неврологическое отделение (инсультный центр) для ранней реабилитации (острый период ОНМК) (16-18 дней)

Оказание восстановительного лечения основанное на мультидисциплинарных принципах (медикаментозная терапия, невролог, физиотерапевт, ЛФК, логопед, психотерапевт)



БИТ

Ишемический инсульт
(согласно клиническим протоколам)

Последовательность действий лечащего невролога (оценка и мониторинг):

- неврологического и соматического статуса каждые 30 мин.;
- оксигенации крови, АД, ЧДД, ЧСС, ЭКГ, внутричерепного давления и церебрального перфузионного давления, центрального венозного давления; контроль основных параметров гомеостаза;
- развернутый анализ крови;
- электролиты крови;
- газовый состав крови;
- ДС экстракраниальных брахиоцефальных сосудов;
- ТКДС;
- трансторакальное ЭХОКГ, ЭЭГ (при наличии судорог);
- определение показаний и противопоказаний к проведению

Проведение тромболизиса

Опасный период:

Кровоизлияние в зону
инфаркта в первые 10
суток

Комплекс мероприятий, обязательных для проведения в стационаре:

- общие медицинские мероприятия—наблюдение и уход за больным;
- профилактика и лечение основных неврологических осложнений;
- специальные методы лечения инсульта;
- профилактика и лечение экстрацеребральных осложнений;
- реабилитационные мероприятия;
- мероприятия по ранней профилактике повторного инсульта.

БИТ

Геморрагический инсульт (согласно клиническим протоколам)

Внутри мозговое и/или внутрижелудочковое кровоизлияние

Последовательность действий лечащего невролога (оценка и мониторинг):

- неврологического, соматического статуса, уровня сознания по шкале комы Глазго каждые 30 мин.;
- оксигенации крови, АД, ЧДД, ЧСС, ЭКГ, внутричерепного давления и церебрального перфузионного давления, центрального венозного давления; контроль основных параметров гомеостаза;
- развернутый анализ крови, электролиты крови, газовый состав крови, ПВ, АЧТВ, сахар крови, анализ мочи;
- рентгенография грудной клетки;
- ТКДС (подозрение на вазоспазм) по показаниям;
- МРА, церебральная артериография (по показаниям);
- ЭЭГ (при наличии судорог);
- консультация окулиста; - консультация гематолога (при отсутствии причин субарахноидального кровоизлияния после артериографии, гематологические пробы)
- консультация нейрохирурга для определения показаний нейрохирургического вмешательства:

Показания к нейрохирургическому лечению:

1. больные с выраженным неврологическим дефицитом с признаками вовлечения в патологический процесс ствола мозга и обширным кровоизлиянием в мозг (более 40 см³) по данным КТ;
2. больные с очаговым неврологическим дефицитом в сочетании с легко или умеренно выраженными признаками вовлечения в патологический процесс ствола мозга и КТ данными,

Комплекс мероприятий, обязательных для проведения в стационаре:

- общие медицинские мероприятия - наблюдение и уход за больным;
- профилактика и лечение основных неврологических осложнений;
- специальные методы лечения инсульта;
- профилактика и лечение экстрацеребральных осложнений;
- реабилитационные мероприятия;
- мероприятия по ранней профилактике повторного инсульта.

Трудовая Экспертиза

- **Экспертиза временной нетрудоспособности – вид медицинской деятельности, основными задачами которого является оценка состояния здоровья пациента, возможности осуществления им профессиональной деятельности, обоснованности диагноза, полноты проводимого обследования, качества и эффективности лечения, а также определение сроков временной нетрудоспособности, в т. ч. своевременность направления на медико-социальную экспертизу.**

Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 октября 2009 года № 556 утверждены Правила выдачи гражданам листков нетрудоспособности. Листок нетрудоспособности выдается на срок не более 2-х месяцев, за исключением случаев, когда законодательством устанавливается более длительный срок нетрудоспособности.

- Длительно болеющие лица направляются на медико-социальную экспертизу (МСЭ) не позднее 4-х месяцев со дня наступления нетрудоспособности по одному и тому же заболеванию в течение 12 месяцев. Больные профессиональными заболеваниями с неблагоприятным клиническим и трудовым прогнозом направляются на МСЭ независимо от сроков временной нетрудоспособности. Если по заключению МСЭ нет основания считать больного инвалидом и он продолжает быть временно нетрудоспособным, то листок нетрудоспособности подлежит продлению через врачебно-консультационные комиссии (ВКК) сроком не более чем на 2 месяца.

- В соответствии с Правилами освидетельствование работника по установлению степени утраты трудоспособности (профессиональной) и определению нуждаемости в дополнительных видах помощи и уходе вследствие профессионального заболевания, увечья или иного повреждения здоровья, полученного при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей, осуществляется путем проведения медико-социальной экспертизы территориальным подразделением центрального исполнительного органа в области социальной защиты населения.

Медицинской экспертизой является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина. В Российской Федерации предусмотрено проведение следующих видов медицинских экспертиз (статья 58):

- 1) экспертиза временной нетрудоспособности;
- 2) медико-социальная экспертиза;
- 3) военно-врачебная экспертиза;
- 4) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы;
- 5) экспертиза связи заболевания с профессией, экспертиза профессиональной пригодности;
- 6) экспертиза качества медицинской помощи.

- **Временная нетрудоспособность** - это состояние, при котором нарушение здоровья носит обратимый характер, то есть функции организма восстанавливаются в относительно короткий период времени и больной возвращается к работе по специальности. При полной временной нетрудоспособности больному выдается листок нетрудоспособности на весь период заболевания. Частичная временная нетрудоспособность наступает, когда больной временно не может выполнять работу по своей профессии, но может без ущерба для здоровья выполнять другую, облегченную работу.
- **Стойкая нетрудоспособность** - это состояние, при котором нарушение здоровья носит необратимый и устойчивый характер, когда требуется длительное время для того, чтобы больной мог приступить к работе.

Листок нетрудоспособности – это основной документ, подтверждающий временное освобождение работника от производственной деятельности.

ФУНКЦИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

1. Медицинская
2. Правовая
3. Финансовая
4. Статистическая

**Организация и
проведение экспертизы
временной
нетрудоспособности**

Первый уровень ЭВН

- **Лечащий врач, либо фельдшер, в случае возложения на него функций лечащего врача по проведению ЭВН:**
- определяет признаки временной нетрудоспособности на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов;
- в первичной медицинской документации фиксирует жалобы пациента, данные анамнеза, объективные данные, назначает необходимые обследования и консультации, формирует диагноз заболевания и степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений и степень их тяжести, обуславливающих нетрудоспособность;
- рекомендует лечебно-оздоровительные мероприятия, вид лечебно-охранительного режима, назначает дополнительные обследования, консультации;
- определяет сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, наличия осложнений и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах;
- выдает листок нетрудоспособности, в соответствии с Порядком выдачи листков нетрудоспособности, утвержденным приказом МЗ и СР РФ от 29.06.2011 № 624н (ред. от 24.01.2012, с изм. от 17.04.2013), назначает дату очередного посещения врача, о чем делает соответствующую запись в первичной медицинской документации;

- при последующих осмотрах отражает динамику заболевания, эффективность проводимого лечения, обосновывает продление сроков освобождения пациента от работы;
- своевременно направляет пациента для консультации на врачебную комиссию для продления листка нетрудоспособности свыше 15 дней в случае оформления листа нетрудоспособности лечащим врачом, свыше 10 дней в случае оформления листа нетрудоспособности фельдшером ;
- при нарушении назначенного лечебно-охранительного режима делает соответствующую запись в листке нетрудоспособности и в медицинских документах с указанием даты и вида нарушения;
- выявляет признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности, своевременно организует направление пациента на врачебную комиссию и медико-социальную экспертизу;
- при восстановлении трудоспособности и выписке на работу отражает в первичной медицинской документации объективный статус и аргументированное обоснование для закрытия листка нетрудоспособности;
- анализирует причины заболеваемости с временной нетрудоспособностью и первичного выхода на инвалидность, принимает участие в разработке и реализации мероприятий по их снижению;
- постоянно совершенствует знания вопросов экспертизы временной нетрудоспособности.

Второй уровень

- **Заведующий отделением структурного подразделения медицинской организации:**
- осуществляет постоянный контроль за исполнением лечащими врачами функций по организации и проведению лечебно-диагностического процесса и экспертизы временной нетрудоспособности, выдачей документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, своевременным и правильным направлением пациентов на врачебную комиссию и медико-социальную экспертизу
- проводит экспертную оценку качества оказания медицинской помощи пациентам на разных сроках лечения с обязательным личным осмотром и записью в первичной медицинской документации, а также осуществляет экспертную оценку медицинской документации по окончании периода временной нетрудоспособности или при переводе пациента на другой этап лечения;
- совместно с лечащим врачом направляет больного на врачебную комиссию и медико-социальную экспертизу;
- осуществляет контроль за своевременным повышением квалификации лечащих врачей по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;
- ежемесячно анализирует причины и сроки временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность пациентов, клинико-экспертные ошибки. При отсутствии в штатном расписании должностей заведующих отделениями их функции выполняет заместитель руководителя по клинико-экспертной работе.

Третий уровень

- **Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе:**
- осуществляет выборочный текущий и по законченным случаям контроль за исполнением врачами функций по диагностике, лечению, реабилитации и экспертизе временной нетрудоспособности, принимает участие в решении сложных клинико-экспертных вопросов;
- анализирует клинико-экспертные ошибки, докладывает председателю врачебной комиссии и на врачебных конференциях результаты анализа и проводимых мероприятий по снижению заболеваемости с временной нетрудоспособностью;
- осуществляет взаимодействие с учреждениями медико-социальной экспертизы, учитывает и анализирует расхождения экспертных решений, ошибок и нарушений порядка направления пациентов на медико-социальную экспертизу и регулярно докладывает на врачебных конференциях;
- рассматривает жалобы пациентов по вопросам качества медицинской помощи и экспертизы временной нетрудоспособности;

- □ организует учебу лечащих врачей и членов врачебной комиссии по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности; рассматривает и принимает меры по устранению замечаний и нарушений в случаях нарушения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности, выявленных при проверках территориальных органов ФСС, проводимых в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1345 «Об утверждении порядка осуществления Фондом социального страхования Российской Федерации проверки соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности», а также в случаях выявления нарушений порядка производства экспертизы временной нетрудоспособности в ходе проведения проверок территориальным управлением Росздравнадзора в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 07.11.2011 г. № 1330н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по контролю за порядком производства медицинской экспертизы»

Четвертый уровень

- Подкомиссия врачебной комиссии по экспертизе временной нетрудоспособности 2.4.1. Принимает решения и дает заключения, по представлению лечащего врача и заведующего отделением:
- при продлении листка нетрудоспособности в случаях, предусмотренных Порядком выдачи листков нетрудоспособности, утвержденным приказом МЗ и СР РФ от 29.06.2011 № 624н
- в сложных конфликтных ситуациях экспертизы временной нетрудоспособности;
- при направлении пациента на медико-социальную экспертизу;
- при необходимости перевода трудоспособных лиц по состоянию здоровья на другую работу или рационального трудоустройства лиц с ограниченной трудоспособностью;
- при освобождении от экзаменов в школах, средних и высших учебных заведениях, предоставлении академического отпуска по состоянию здоровья;
- в иных случаях, предусмотренных действующими нормативными документами; 2.4.2.

- **Рассматривает и принимает решения:**

- в случаях нарушений порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности, выявленных при проверках территориальных органов ФСС в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1345 «Об утверждении порядка осуществления Фондом социального страхования Российской Федерации 21 проверки соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности»;
- в случаях выявления нарушений порядка производства экспертизы временной нетрудоспособности территориальным управлением Росздравнадзора в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 07.11.2011 г. № 1330н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по контролю за порядком производства медицинской экспертизы». Заключение комиссии записывается в первичной медицинской документации, журнале учета клинико-экспертной работы (ф.035/у-02), подписывается председателем комиссии и членами комиссии.

Пятый уровень

- **Руководитель медицинской организации:**

- является ответственным за экспертизу временной нетрудоспособности в медицинской организации, издает приказы по вопросам ее организации и проведения;
- организует учет и отчетность по временной нетрудоспособности;
- утверждает состав врачебной комиссии, положение о регламенте ее работы;
- назначает лиц, ответственных за учет, получение, хранение и расходование бланков листков нетрудоспособности, создает условия для их оформления и выдачи;
- определяет потребность в бланках листков нетрудоспособности, ежегодно в установленные сроки направляет заявку в территориальный орган ФСС на необходимое количество бланков и отчитывается об их использовании; о всех случаях хищения бланков сообщает в территориальный орган ФСС и вышестоящий орган управления здравоохранением

- □ применяет меры дисциплинарного и материального воздействия к работникам, допустившим клинико-экспертные ошибки, нарушение порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности, правил хранения, учета, оформления и выдачи листков нетрудоспособности, при необходимости, в установленном действующим законодательством порядке, направляет материалы в следственные органы для решения вопросов о привлечении виновных к уголовной ответственности;
- □ возлагает своим приказом функции лечащего врача по экспертизе временной нетрудоспособности на фельдшера медицинской организации в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н «Порядок возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая 22 наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».

Экспертиза временной нетрудоспособности при болезнях нервной системы

- Социальное значение болезней нервной системы определяется частотой обращений в медицинские учреждения 9 от 30 до 87 на 1000 жителей, относительной длительностью сроков временной нетрудоспособности. Заболевания и травмы нервной системы являются частой причиной инвалидности, причем в 70-80 % случаев – это тяжелая инвалидность. При проведении экспертизы временной нетрудоспособности при болезнях нервной системы лечащий врач (фельдшер) и члены врачебной комиссии используют методические рекомендации для руководителей лечебно- 33 профилактических учреждений и лечащих врачей исполнительных органов Фонда социального страхования РФ от 2108.2000 № 02-08/10-1977П «Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах».

ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

- **ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ** — медленно прогрессирующая недостаточность кровоснабжения головного мозга, приводящая к нарастающим диффузным структурным изменениям с нарушением функций головного мозга. Закономерен переход начальных признаков недостаточности кровоснабжения головного мозга в дисциркуляторную энцефалопатию.
- **Критерии ВН:** необходимость стационарного и амбулаторного обследования и лечения в связи с нарастанием темпа прогрессирования энцефалопатии; после инсульта. На сроки ВН влияют стадия энцефалопатии, особенности клинической картины заболевания, профессия и условия труда больного.
- **Ограничение жизнедеятельности** зависит от особенностей неврологической симптоматики, выраженности психических нарушений, во многом определяется стадией энцефалопатии. В I стадии жизнедеятельность чаще ограничивается в связи с нарушением адаптации к внешним воздействиям, физическому и умственному напряжению, производственным стрессам. Во II и особенно в III стадии ограничение жизнедеятельности обусловлено нарушениями координации, ограничением способности к передвижению. Пароксизмальные расстройства (кризы, транзиторные ишемии) дополнительно ограничивают жизнедеятельность и трудоспособность больных. Социальная адаптация затруднена в связи с уменьшением возможности приобретения новых знаний. Значительные ограничение жизнедеятельности обусловлены деменцией.
- **Необходимый минимум обследования при направлении на МСЭ:** рентгенограммы черепа и шейного отдела позвоночника, ЭКГ, содержание глюкозы, холестерина и липидов в крови, КТ, МРТ головы, УЗИ, данные осмотра офтальмолога, терапевта, психиатра и других специалистов (по показаниям). Результаты экспериментально-психологического исследования (при необходимости).

- **Критерии инвалидности.**

- **III группа:** стойкие умеренные нарушения функций в I стадии энцефалопатии (при особо неблагоприятных условиях труда) и во II стадии энцефалопатии приводят к ограничению способности к трудовой деятельности I степени).
- **II группа:** стойкие выраженные неврологические нарушения (пирамидные двигательные, координаторные, афатические, когнитивные и др.) приводят к ограничению одной из категорий II степени или их сочетанию, вызывающее необходимость социальной защиты.
- **I группа:** деменция, значительно выраженное нарушение двигательных и других функций, резко ограничивающие жизнедеятельность (по одной из категорий III степени или их сочетанию и вызывающие необходимость социальной защиты).
- **Профилактика инвалидности:** необходимость учета первичных факторов риска для развития сосудистых заболеваний; адекватное лечение больных с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения головного мозга с учетом этиологического фактора; раннее выявление и целенаправленное лечение больных с дисциркуляторной энцефалопатией, особенно в I стадии заболевания; предупреждение декомпенсации в течение энцефалопатии в частности вследствие неблагоприятного влияния производственных факторов; соблюдение оптимальных сроков ВН после преходящего нарушения мозгового кровообращения и инсульта; диспансеризация (ежеквартальные осмотры); проведение комплекса реабилитационных мероприятий у больных, перенесших инсульт; осуществление других мер социальной помощи и защиты.

ИНСУЛЬТ СПИНАЛЬНЫЙ

- **Критерии ВН.** Все больные временно нетрудоспособны. Продолжительность ВН составляет около 4 мес. Основание для продолжения лечения по листку нетрудоспособности — отчетливый регресс неврологических нарушений, свидетельствующий о благоприятном прогнозе. После этого часть больных могут вернуться к труду, остальных направляют на МСЭ, несмотря на медленное восстановление функций, которое может затягиваться до 2-3 лет.
- **Ограничение жизнедеятельности** определяется прежде всего парезом или параличом конечностей, нередко в сочетании с сенситивной атаксией. Нарушения функции тазовых органов различного характера и степени выраженности имеют место у 30% больных, могут существенно сказываться на жизнедеятельности и качестве жизни.

Критерии инвалидности

- **III группа:** стойкие умеренные двигательные нарушения, дисфункция тазовых органов, приводящие к ограничению жизнедеятельности (по категориям ограничения способности к трудовой деятельности I степени или ограничению других категорий жизнедеятельности I степени в их различных сочетаниях, вызывающих необходимость социальной защиты). –
- **II группа:** стойкие выраженные нарушения движений и функций тазовых органов, прогрессирующее течение заболевания с неблагоприятным прогнозом, приводящие к выраженному ограничению жизнедеятельности по одной из категорий жизнедеятельности II степени или их сочетанию, вызывающее необходимость социальной защиты.
- **I группа:** тяжелые двигательные нарушения, сенситивная атаксия, значительная дисфункция тазовых органов, сочетание поражения спинного мозга с дисциркуляторной энцефалопатией II, III стадии, соматическими заболеваниями, приводящими к резко выраженному ограничению жизнедеятельности по одной из категорий жизнедеятельности III степени или их сочетанию и вызывающие необходимость социальной защиты. При наличии выраженных стойких неврологических нарушений и отсутствии улучшения от реабилитационных мероприятий, при наблюдении за больным в динамике, не позднее 4 лет после первичного признания гражданина инвалидом группа инвалидности устанавливается бессрочно (Постановление Правительства РФ № 247 от 07.04.2008 г.).

ИНСУЛЬТ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ

- **Критерии инвалидности.**
- **I группа:** стойкие значительно выраженные нарушения функций (двигательных, высших мозговых, зрительных и др.), приводящих к ограничению способности к передвижению, самообслуживанию, общению, трудовой деятельности III степени.
- **II группа:** стойкие выраженные нарушения функций, приводящие к ограничению одной из категорий жизнедеятельности II степени или их сочетанию, вызывающие необходимость социальной защиты.
- **III группа:** стойкие умеренно выраженные нарушения функций и ограничения жизнедеятельности (по ограничению способности к трудовой деятельности I степени, или ограничению других категорий жизнедеятельности и их различных сочетаниях, вызывающие необходимость социальной защиты. После наблюдения на МСЭ в течение 4 лет при установлении неэффективности реабилитационных мероприятий, инвалидность устанавливается бессрочно

МЕНИНГИТ

- При гнойных менингитах продолжительность ВН определяется характером и выраженностью клинических проявлений в остром и восстановительном периоде и особенностями течения заболевания. В целом она не превышает 3-6 мес. После стационарного лечения (около 5 нед.) наибольшие сроки ВН у больных, перенесших менингоэнцефалит. В случае хорошего и удовлетворительного регресса симптоматики в периоде начальной компенсации (до 6 мес.) больные могут приступить к работе (нередко с ограничениями по рекомендации ВК. При замедленном восстановлении функций, рецидивах менингита нередко целесообразно продолжение лечения по листку нетрудоспособности до 7-8 мес. (в зависимости от прогноза). В случае выраженных последствий, хроническом течении заболевания имеется б1 основание для направления больного на МСЭ после 4 мес. ВН. При первичных серозных менингитах стационарное лечение чаще всего в течение 2-3 нед., оно длительнее при рецидивах. Продолжительность ВН определяется в основном выраженностью астенического синдрома, обычно не превышает 3 мес. Основания для направления на МСЭ относительно редки, но временное облегчение условий труда по рекомендации ВК целесообразно.

Критерии инвалидности. При освидетельствовании детей и подростков в возрасте до 18 лет, при наличии стойких расстройств функций на МСЭ устанавливают категорию «ребенок-инвалид».

- **Инвалидность III группы:** стойкие, умеренно выраженные расстройства функций организма, приводящие к ограничению способности к трудовой деятельности I степени или ограничению других категорий жизнедеятельности I степени в их различных сочетаниях и вызывающие необходимость социальной защиты.
- **Инвалидность II группы:** выраженное нарушение функций с учетом неблагоприятного рецидивирующего течения болезни (по категориям ограничения способности к передвижению, самообслуживанию, ориентации II степени, трудовой деятельности II, III степени).
- **Инвалидность I группы:** значительно выраженные нарушения функций (двигательных, высших мозговых, зрительных и др.), приводящих к ограничению способности к передвижению, самообслуживанию, ориентации, общению, контролю за своим поведением, самообслуживанию, трудовой деятельности III степени).

МОЗЖЕЧКОВЫЕ АТАКСИИ

- **Критерии ВН.** Стационарное обследование для уточнения диагноза (ВН в течение 2-3 нед.); декомпенсация, вызванная различными причинами у работающих больных (ВН 3-4 нед.).
- Критерии инвалидности. При определении в возрасте до 18 лет — нарастающее ограничение жизнедеятельности, бесперспективность лечения и реабилитации вследствие наследственного дегенеративного заболевания дает основание для определения категории «ребенок-инвалид».
- **При освидетельствовании после 18 лет:**
- **I группа** — резко выраженное ограничение жизнедеятельности, отчетливое прогрессирование заболевания (по категориям ограничения способности к передвижению, самообслуживанию III степени);
- **II группа** — значительное ограничение жизнедеятельности, обусловленное атаксией (по категориям ограничения способности к передвижению, самообслуживанию, общению, труду II степени);
- **III группа** — при поздней форме болезни Фридрейха (начало около 20 лет), медленном прогрессировании, умеренном ограничении жизнедеятельности (по категориям ограничения способности к трудовой деятельности, передвижению I степени). При прогрессирующем течении заболевания с выраженными нарушениями функций инвалидность определяется бессрочно при наблюдении на МСЭ не позднее 2 лет после первичного признания больного инвалидом .

ЭПИЛЕПСИЯ

- **Критерии ВН.** Больные с первично или вторично генерализованным припадком, развернутым джексоновским (с маршем, последующим параличом Тодда), двигательным автоматизмом нетрудоспособны в течение 2-3 дней. Состояния, требующие госпитализации (эпилептический статус, сумеречное расстройство сознания, психоз) являются основанием для выдачи листка нетрудоспособности сроком на 1-2 мес. При декомпенсации в течение заболевания для амбулаторного обследования, коррекции лечения выдают листок нетрудоспособности на 2-3 нед. После хирургического лечения ВН зависит от его результатов (1-2 мес. и более).

Критерии инвалидности

- **III группа:** умеренное ограничение жизнедеятельности, абсолютные, а иногда и относительные противопоказания в работе (по категории ограничения способности к трудовой деятельности I степени). Больным с редкими припадками, без психических нарушений группу инвалидности обычно определяют на период переобучения и рационального трудоустройства.
- **II группа:** выраженное ограничение жизнедеятельности, обусловленное частыми (документально подтвержденными) припадками, значительными изменениями личности при отсутствии эффекта от лечения (по категориям ограничения способности к трудовой деятельности II степени). Большинство больных могут продолжать работу в специально созданных условиях, на дому.
- **I группа:** значительно выраженное ограничение жизнедеятельности, например, вследствие частых эпилептических припадков на фоне выраженных психических нарушений, частых припадков с повторными статусами в течение года, слабоумия (по категориям ограничения способности к самообслуживанию III степени, контроля за своим поведением III степени).

- При определении сроков временной нетрудоспособности используются методические рекомендации для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей исполнительных органов Фонда социального страхования РФ от 21.08.2000 № 02-08/10-1977П «Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах». Ориентировочные сроки временной утраты трудоспособности носят рекомендательный характер. Однако, значительное увеличение или сокращение ориентировочных сроков временной нетрудоспособности (на 30 и более процентов) должно служить поводом для проведения экспертизы временной нетрудоспособности заведующим отделением, врачебной комиссией (ВК) с оценкой объемов, качества и эффективности медицинской помощи, применения современных медицинских технологий, своевременности привлечения к лечебному процессу других специалистов или медицинских учреждений с целью определения объективных или субъективных факторов и принятия адекватных мер.