Роль неврологического отделения стационара в реализации Национального проекта “Здоровье”

1. Организация неврологического отделения детской городской больницы

Основные задачи и направления работы

А) оказание больничной квалифицированной лечебно-профилактической помощи неврологического профиля по программе государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, а также по программам добровольного страхования,

Б) внедрение в практику здравоохранения современных методов профилактики, диагностики и лечения неврологических больных на основе достижения медицинской науки и техники, а также передового опыта других отделений, подразделений и ЛПУ данного профиля,

В) развитие и совершенствование организационной формы и метода работы неврологического отделения, повышение качества лечебно-профилактической помощи.

Г) проведение всего комплекса диагностических мероприятий по выявлению неврологических патологии у жителей, плановое и экстренное оперативное лечение всех нозологических форм неврологических заболеваний

Д) организационно-методическая работа с межрайонными неврологическими отделениями города. Оказание им консультативной, лечебной помощи, обучение хирургов ЦРБ на рабочем месте в урологическом отделении краевой больницы современным методикам диагностики и лечения урологических больных.

Роль врача и требование к нему в деятельности неврологического отделения городской больницы

Требования к врачу -

Основное требование к врачу-специалисту неврологического отделения - умение квалифицированно, на основе теоретических знаний, практических навыков осуществлять организаторскую и практическую деятельность в диагностике и лечении неврологических больных в условиях поликлиники и стационара. Последипломное образование врачей по неврологии включает в себя циклы тематического усовершенствования, сертификационного, общего усовершенствования, а также клиническую ординатуру.

Роль врача -

1. Знать особенности диагностики, клиники, лечения и профилактики неврологических заболеваний и уметь оказать необходимую помощь при экстренных состояниях.

2. Обеспечивать современный уровень обследования и лечения больных в поликлинике в неврологическом отделении.

. Организовывать реабилитацию и диспансерное наблюдение неврологических больных.

. Организовывать работу «школ» и «центров» по обучению больных методам самоконтроля.

. Оказывать консультативную помощь и назначать лечение неврологическим больным в отделениях не неврологического профиля, санаториях и реабилитационных учреждениях.

. Знать основы законодательства о здравоохранении и основные директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений НИИ здравоохранения.

. Обеспечивать правильное ведение документации.

. Постоянно повышать свою профессиональную квалификацию на циклах усовершенствования по специальности.

. Проводить занятия по повышению квалификации среднего медицинского персонала.

. Соблюдать правила медицинской этики.

. Права врача уролога поликлиники:

11.1. Может изменять тактику лечения и собственные назначения, руководствуясь состоянием пациента и данными диагностического обследования.

11.2. Привлекает в необходимых случаях врачей других специальностей для консультации и проведения лечения больных.

.3. Отдает распоряжения и указания среднему медицинскому персоналу, а также контролирует их выполнение.

.4. Получает информацию, необходимую для исполнения своих обязанностей.

12. Ответственность врача-невролога поликлиники:

12.1. Несет ответственность за четкое и своевременное выполнение своих обязанностей, предусмотренных настоящим положением и правилами внутреннего трудового распорядка лечебного учреждения в соответствии с действующим законодательством.

12.2. Несет персональную ответственность за правильную лечебно-диагностическую помощь больным.

. Принцип преемственности и взаимосвязи с другими ЛПУ

Оказание специализированной медицинской помощи осуществляется на основе принципов преемственности, общедоступности, территориальности.

Принцип преемственности и взаимосвязи осуществляется с неврологическим кабинетом поликлиники, подразделением скорой помощи, неврологическими диагностическими и реабилитационными центрами.

В стационар неврологического отделения больные попадают:

- по направлению врачей из ЛПУ внебольничного типа (плановая госпитализация);

в экстренном порядке при направлении и доставке их по скорой помощи;

путем перевода из отделения другого профиля;

самостоятельно обратившись в приемное отделение «самотеком».

В поликлинике больному ставится диагноз, проводятся необходимые исследования, и затем больной направляется в стационар для плановой госпитализации. После стационарного лечения больной направляется в поликлинику по месту жительства под наблюдение участкового терапевта для дальнейшего лечения и реабилитации. Больной может попасть в данное отделение путем перевода из другого отделения при выявлении неврологической патологии, являющейся доминирующей в его состоянии. Если после вылечивания неврологической патологии, есть необходимость в стационарном лечении других заболеваний, то пациент направляется в отделение соответствующего профиля. В случае выявления неврологической патологии, требующей более квалифицированной помощи, которую не могут оказать врачи данного неврологического отделения, больной переводится в другой стационар. Также больному после лечения в неврологическом отделении может потребоваться санаторно-курортное лечение, в этом случае больной будет выписан из отделения для дальнейшей реабилитации в условиях санаторно-курортного лечения.



. Острые нарушения мозгового кровообращения

ОНМК занимают наибольший удельный вес в структуре заболеваемости, зарегистрированной в данном неврологическом учреждении (около 40% всех случаев госпитализации).

А) Данное заболевание не является медико-социальной проблемой, т.к. не обладает должным приоритетом (т.е. не находится на одном из первых 3-4 мест) в структуре смертности, заболеваемости или инвалидности. И все же в отношении ОНМК есть тенденция к росту выше перечисленных показателей.

Необходимо подчеркнуть для данной патологии важность догоспитального этапа, поскольку ранняя госпитализация крайне важна. По данным скорой помощи, в Москве ежегодно госпитализируется около 53 тыс. больных ОНМК. За последние 7 - 8 лет не меняется соотношение инфаркта миокарда и инсульта, равное 1: 3. К сожалению, госпитализируется лишь 68% больных инсультом (данные 2006 г), то есть каждый третий лечится на дому. Необходимо повысить процент госпитализации, поскольку, по данным регистра Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ), увеличение госпитализации больных с инсультом на 20% приводит к снижению летальности на 8 %. Таким образом, сам факт пребывания больного в стационаре приводит к улучшению исхода. В целях повышения обращаемости в ЛПУ, немаловажную роль играет просветительская работа СМИ, работников ЛПУ для повышения общего уровня медицинской грамотности населения.

Данная патология приносит большой экономический ущерб (прямой и косвенный), связанный как с временной, так и стойкой утратой трудоспособности, преждевременной смертностью лиц молодого и среднего возраста (безвозвратной потерей), затратами на медицинское обслуживание тяжело больных лиц, их реабилитацию.

Б) Факторы риска развития инсульта.

Выявление и контроль факторов риска развития инсульта - это лучший способ снизить индивидуальный риск развития инсульта у пациента.

Факторы риска инсульта можно подразделить на контролируемые (т.е., на которые может влиять врач путем выдачи рекомендаций или сам пациент путем изменения образа жизни) и неконтролируемые (на которые влиять невозможно, но их необходимо учитывать).

Контролируемые (регулируемые) факторы риска:

**·** повышенное артериальное давление (выше 140/90 мм рт.ст.)

**·** курение сигарет

**·** злоупотребление алкоголем

**·** мерцательная аритмия и другие заболевания сердца

**·** факторы образа жизни (избыточный вес, отсутствие физической активности, нарушение питания и факторы стресса)

**·** повышение холестерина крови

**·** сахарный диабет

**·** предшествующие транзиторные ишемические атаки (ТИА) и инсульт

**·** применение оральных контрацептивов

Повышенное артериальное давление (АД выше 140/90 мм рт.ст.). Риск инсульта у больных с АД более 160/95 мм рт.ст. возрастает приблизительно в 4 раза по сравнению с лицами, имеющими нормальное давление, а при АД более 200/115 мм рт.ст. - в 10 раз.

Курение. Увеличивает риск развития инсульта вдвое. Ускоряет развитие атеросклероза сонных и коронарных артерий. Переход на курение трубки или сигар дает незначительное преимущество, по сравнению с сигаретами, что подчеркивает необходимость полного прекращения курения. Через 2 - 4 года после прекращения курения риск развития инсульта уже не зависит от количества выкуренных до этого сигарет и стажа курения.

Алкоголь. Исследования показали, что умеренное употребление алкоголя (2 бокала вина в день и 50 мл крепких напитков) может снижать риск развития инсульта в 2 раза. Однако небольшое увеличение этой дозы ведет к возрастанию риска развития инсульта в 3 раза.

Мерцательная аритмия и другие заболевания сердца. У лиц старше 65 лет распространенность мерцательной аритмии составляет 5-6 %. Риск ишемического инсульта при этом возрастает в 3-4 раза. Риск развития инсульта также повышается при наличии ишемической болезни сердца в 2 раза, гипертрофии миокарда левого желудочка по данным ЭКГ - в 3 раза, при сердечной недостаточности - в 3-4 раза.

Факторы образа жизни (избыточный вес, отсутствие физической активности, нарушение питания и факторы стресса). Эти факторы опосредованно влияют на риск развития инсульта, так как связаны с высоким холестерином крови, высоким артериальным давлением и диабетом.

Повышение холестерина (повышение уровня общего холестерина более 200 мг% или 5,2 ммоль/л, а также повышение уровня липопротеинов низкой плотности более 130 мг% или 3,36 ммоль/л). Это непрямой фактор риска развития инсульта. Он связан с развитием атеросклероза, ишемической болезни сердца.

Сахарный диабет. Лица, страдающие диабетом, имеют высокий риск развития инсульта. Они чаще имеют нарушения липидного обмена, артериальную гипертензию, различные проявления атеросклероза и избыточный вес.

Предшествующие транзиторные ишемические атаки (ТИА) и инсульт. ТИА являются существенным предиктором развития как инсульта, так и инфаркта миокарда. Риск развития ишемического инсульта составляет у больных с ТИА около 4-5 % в год. У более чем 1/3 пациентов, перенесших ТИА, может развиться инсульт. После первого инсульта риск повторного возрастает в 10 раз.

Применение оральных контрацептивов. Препараты с содержанием эстрогенов более 50 мг достоверно повышают риск ишемического инсульта. Особенно неблагоприятно сочетание их приема с курением и повышением АД.

Неконтролируемые (нерегулируемые) факторы риска:

**·** возраст

**·** пол

**·** наследственность

В) Экономический ущерб для общества, вызываемый данной патологией, складывается из:

**·** ущерба в связи с временной утратой трудоспособности (ВУТ) = выплата пособий по ВУТ + потеря стоимости несозданной продукции из-за уменьшения числа дней работы;

**·** или ущерба в связи с инвалидностью = выплата пособий по инвалидности + потеря стоимости несозданной продукции из-за уменьшения лет работы,

**·** или ущерба в связи с летальностью, который определяется величиной потери несозданной продукции из-за уменьшения числа лет работы вследствие смерти.

Г) На базе неврологического отделения теоретически возможно проведение медицинской реабилитации, также возможно дальнейшее сотрудничество с психологами и психиатрами для осуществления психологической реабилитации пациентов с ОНМК.

Необходимо убедить родственников и друзей заболевших в том, что они нуждаются в их помощи, поддержке и понимании, таким образом, можно косвенно осуществлять бытовую реабилитацию.

Даже если будет правильно поставлен диагноз, проведены необходимые реанимационные мероприятия и человека удастся спасти, он будет не рад этому, сознавая степень своей патологии. Реабилитация - это важное направление, к которому необходимо относиться с не меньшим вниманием, чем к медикаментозной терапии.

Реабилитация больного, перенесшего инсульт, начинается в реанимации. Выхаживание должно сопровождать его на всех этапах. На этапе реанимации это общая реабилитация и уход, затем реабилитация становится более специфичной и узконаправленной Сложность реабилитации в том, что это мультидисциплинарная проблема, которой занимаются неврологи, нейрохирурги, кардиологи, физио- и кинезотерапевты, логопеды, нейропсихологи, клинические психологи и другие специалисты в зависимости от ситуации. Они должны работать в единой команде, как только пациент приходит в сознание. Мировой опыт свидетельствует о том, что чем раньше мы начинаем эти мероприятия, тем меньше инвалидизация вследствие перенесенного инсульта. Сегодня, к сожалению, в полном или частичном варианте реабилитация представлена лишь в отдельных научно-исследовательских учреждениях и хорошо оснащенных клиниках.

Можно выделить две группы вопросов, важных при решении проблем профилактики:

организационные (кадровое обеспечение) и методические.

Даже при наличии физиотерапевтических отделений в скоропомощных больницах реабилитация не проводится. Нет даже понимания ее необходимости, хотя нормативные документы регламентируют присутствие в неврологическом отделении специалиста по ЛФК и физиотерапии. Но внутри ЛПУ все решает главный врач, который часто не понимает приоритетности использования имеющихся кадров и оборудования.

Д) Роль врача неврологического отделения стационара в гигиеническом обучении и воспитании пациентов особенно велика, т.к. люди, перенесшие ОНМК в первые месяцы остро нуждаются в поддержке не только близких, но и специалиста, т.к. только он во многих случаях может правильно сориентировать пациента на выздоровление, научить правильно относиться к болезни - не бояться, не закрывать на нее глаза, не делать «культа» болезни, а вернуть ему стремление к жизни и активной деятельности.

. Оценка качества оказываемой медицинской помощи в неврологическом отделении детской городской больницы

Структурный подход

. Характеристика здания и помещения клиники неврологии.

Клиника неврологии находится в девятиэтажном здании, которое располагается недалеко от автобусной остановки (3 минуты ходьбы) и имеет удобный подъезд для автотранспорта и машин скорой помощи.

Клиника занимает два этажа: седьмой и восьмой. На седьмом этаже находятся отделение неврологии. Восьмой этаж занимает операционная и реанимация. Пациенты поднимаются в отделение на пассажирском лифте; операционную, а также тяжело больных обслуживают два грузовых лифта.

В клинике имеется три холла:

холл для встречи пациентов с посетителями. В нем стоят два дивана, имеется зеркало и много цветов.

холл в “чистом” отделении для отдыха пациентов. Он оборудован двумя креслами, холодильником и телефонным аппаратом. Также имеется большое количество цветов.

На отделение имеется одна большая столовая, в которой также много цветов, столики покрыты скатертями, а из-за большого количества окон она выглядит достаточно светлой.

Палаты в клинике оборудованы следующим образом:

6 коек,

тумбочка рядом с каждой койкой,

1 стол,

умывальник,

туалет.

Палаты для платных больных несколько отличаются от описанных выше. Они в своем составе имеют:

2 кровати,

1 стол,

телевизор,

ванную комнату,

туалет.

Вывод: клиника неврологии располагается в чистом, светлом, относительно уютном помещении, которое хорошо оснащена мебелью.

. Обеспечение клиники неврологии лекарственными средствами.

В клинике в наличии имеется большое количество лекарственных средств: анальгетики, антибиотики (выбор их, однако, не большой), противогрибковые средства, поливитаминные комплексы, различные виды мазей (“Левомиколь”, ” Диоксиколь ”, Гепариновая мазь и т.д.), необходимые растворы для капельниц, средства для лечения гипертонического криза, сердечной недостаточности и других состояниях, требующих неотложной помощи. Однако некоторые препараты, которые используются в клинике для лечения, в настоящее время считаются уже не очень эффективными (например, нистатин) и на их место пришли более лучшие, но более дорогие лекарственные средства (например, дифлюкан). Но, возможно, именно по последней причине, они до сих пор не применяются.

Вывод: клиника неврологии неплохо обеспечена лекарственными средствами, но замена “старых” препаратов более современными и эффективными позволит добиться более лучших результатов в лечении и ускорения реабилитации пациентов отделения.

. Инструментальное обеспечение.

Клиника хорошо оснащена инструментами. Имеется большое количество игл, шприцов, иглодержателей, элеваторов, щипцов для удаления зубов и их корней, наборов для шинирования и т.д. Отрицательным является то, что в настоящий момент редко или совсем не используются карпульные шприцы. Все это диктует необходимость пополнять запас инструментов в клинике, что повысит качество работы врача и создаст более комфортные условия для лечения пациентов.

. Аппаратурное обеспечение.

Аппаратурное обеспечение клиники удовлетворительное. В отделениях имеются различные виды аппаратуры для диагностики и лечения, но необходимы еще лазерная установка, коагулятор, эндоскопическая стойка и т.д.

5. Анализ кадрового состава

В составе клиники работают:

· 1 академик, действительный член РАМН

· 5 профессоров

· 2 доктора медицинских наук

· 2 доцента

· 10 кандидатов медицинских наук

· 4 врача высшей категории

Из младшего медицинского персонала работают медсестры и ассистенты.

Укомплектованность штатными единицами отделения неврологии

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Согласно штатному расписанию | Всего штатных единиц | Из них занято ставок | Количество физических лиц занимающих ставки | Вакансий |
| Врачебных должностей | 25,5 | 22,5 | 27 | 2 |
| Среднего медперсонала | 46,5 | 46 | 37 | 0,5 |
| Младшего медперсонала | 40 | 39,5 | 18 | 0,5 |
| Инженер техник | 2,5 | 2,5 | 3 | - |

Врачебная должность

Укомплектованность врачами:

Число занятых врачебных должностей•100% / число штатных должностей = 22,5 / 25,5

Укомплектованность врачами = 88%

Коэффициент совместительства:

Число занятых врачебных должностей / число физических лиц = 22,5 /27

Коэффициент совместительства = 0,83

Средний медперсонал

Укомплектованность средним медперсоналом:

Число занятых должностей•100% / число штатных должностей = 46 / 46,5

Укомплектованность средним медперсоналом = 99%

Коэффициент совместительства:

Число занятых должностей / число физических лиц = 46 /37

Коэффициент совместительства = 1,2

Младший медперсонал

Укомплектованность младшим медперсоналом:

Число занятых должностей•100% / число штатных должностей = 39,5 / 40

Укомплектованность младшим медперсоналом = 98,75%

Коэффициент совместительства:

Число занятых должностей / число физических лиц = 39,5 /18

Коэффициент совместительства = 2,2

Все врачи, работающие в клинике, каждые пять лет проходят курсы повышения квалификации. За этим четко следит главный врач. Процент врачей, прошедших курсы, составляет 100%.

Вывод: клиника неврологии полностью укомплектована врачами и средним медицинским персоналом. При этом большинство врачей имеют ученую степень и являются врачами I категории, что несомненно повышает качество диагностики и лечения.

Младшего медперсонала в клинике не хватает, о чем свидетельствует высокий уровень совместительства (2,2). Данное обстоятельство приводит к недостаточному уходу за больными.

Процессуальный подход

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Расчеты | Факторы |
| Процент использования коечного фонда |  98,6 % | **1.** Избыток коечного фонда по сравнению с потребностью; **2.** Ремонт коек. |
| Средняя длительность пребывания больного на койке |  План.-13,7 Факт.-12,06 | **1.** Легкое или среднее состояние пациентов; **2.** Легкие случаи заболевания; **3.** Высокий уровень контроля за лечебным процессом и высокая квалификация врачей; **4.** Уменьшение сроков пребывания в больнице из-за не соблюдения режима. |
| Оборот койки |  План.-24,9 Факт.-29,9 | **1.** Легкое или среднее состояние пациентов; **2.** Легкие случаи заболевания; **3.** Высокий уровень контроля за лечебным процессом и высокая квалификация врачей; **4.** Уменьшение сроков пребывания в больнице из-за не соблюдения режима; |
| Необоснованное поступление больных в отделение стационара |  0,5 % | **1.** Высокая квалификация врачей приемного отделения; **2.** Хорошая диагностическая база клиники  |
| Процент переводов из одного отделения в другое |  0 % | **1.** Низкий уровень заболеваемости полиорганной патологией; **2.** Высокая точность в постановке диагноза.  |

Вывод: с точки зрения процессуального подхода, клиника неврологии работает удовлетворительно. В стационаре снижен оборот койки, процент коечного фонда и т.д. Это говорит о том, что пациентов лечат в более короткие сроки, при этом лечение остается качественным (это можно сказать на основании данных из следующей таблицы), что вызвано высоким профессионализмом врачей, работающих в стационаре. Но также необходимо учитывать, что снижение данных показателей может быть вызвано уменьшением сроков пребывания пациента в больнице из-за не соблюдения режима.

Результативный подход

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Расчеты | Факторы |
| Процент повторной госпитализации |  0,5% | **1.** Хорошая организация лечебно-диагностического процесса в стационаре; **2.** Эффективное лечение; **3.** Оказание полного объема медицинской помощи; **4.** Хорошая организация восстановительного лечения и реабилитации. |
| Летальность |  0% | **1.** Отсутствие пациентов с тяжелым состоянием; **2.** Хорошая диагностика, лечение; **3.** Высокий уровень квалификации врачей; **4.** Своевременная госпитализация; **5.** Хорошая работа реанимационной службы. |
| Процент осложнений |  0,5% | **1.** Отсутствие пациентов с тяжелым состоянием; **2.** Легкие случаи заболеваний; **3.** Хорошая диагностика, лечение; **4.** Высокий уровень квалификации врачей. |

Вывод: с точки зрения результативного подхода, клиника неврологии работает на высоком уровне, о чем свидетельствуют низкие показатели летальности, осложнений и повторной госпитализации. Это связано с правильной и своевременной диагностикой заболевания, с оказанием полного объема медицинской помощи, что возможно благодаря присутствию в клиники врачей с высокой квалификацией. Однако необходимо учесть, что пациенты обычно поступают с заболеваниями легкой или средней степени тяжести, которые лишь в редкий случаях могут привести к летальному исходу

. Факторы, влияющие на соблюдение санитарно-эпидемиологического благополучия в неврологическом отделении детской городской больницы, мероприятия, направленные на снижение риска возникновения внутрибольничных инфекций:

**·** Соответствие проводимых профилактических мероприятий внутри всего стационара и должных, в связи с существующей санитарно-эпидемиологической обстановкой, прогнозом заболеваний и его изменений,

**·** Наличие материальной заинтересованности персонала данного отделения и всего стационара и пациентов в соблюдении законодательства РФ в области обеспечения санэпидблагополучия,

**·** Соблюдение санитарно-эпидемиологических требований, обеспечение безопасной среды обитания для человека, его здоровья,

**·** Наличие государственного санитарно-эпидемиологического надзора в сфере обеспечения санэпидблагополучия.

Все мероприятия должны осуществляться в соответствии с Федеральным Законом “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения”

. Виды профилактики, которые могут проводиться на базе неврологического отделения детской городской больницы

неврологическое отделение медицинский профилактический

Профилактика заболеваний - система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий.

Первичная профилактика - это комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп индивидуумов.

Вторичная профилактика - комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление отклонений в жизнедеятельности человека с целью проведения соответствующей коррекции и предупреждение развития заболеваний среди групп риска, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизацию и преждевременную смертность.

Третичная профилактика, или реабилитация - это комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности с целью достижения длительной и стойкой ремиссии за счет предупреждения обострений, перехода относительно легкого заболевания (или стадии) в более тяжелое заболевание (или стадию), развития декомпенсации

Теоретически в неврологическом отделении могут проводиться все 3 вида профилактики, хотя в нашей стране на уровне стационара по-прежнему основным видом является третичная профилактика, так как лечение в отделении направлено на предупреждение осложнений развившегося заболевания, его рецидивов.

Как правило, первичная профилактика больше социальная, чем медицинская, и осуществляется соответствующими службами или врачами амбулаторно-поликлинических учреждений. Вторичную профилактику также обычно проводят врачи поликлиник, т.к. во время преморбидного состояния и на ранних стадиях развития заболеваний пациенты обращаются именно к ним, а не в отделения стационара.

В настоящее время установлено, что у пациентов, выживших после инсульта, вероятность развития повторного НМК достигает 30 %, что в 9 раз превышает таковую в общей популяции. Общий риск повторного инсульта в первые два года после перенесенного эпизода составляет от 4 до 14 %, причем в течение первого месяца повторный ишемический инсульт развивается у 2-3 % выживших; в первый год - у 10-16 %, затем - около 5 % ежегодно.

Основная роль в снижении заболеваемости и смертности от ОНМК принадлежит профилактике, особенно первичной и вторичной. Одним из факторов риска развития инсульта является артериальная гипертензия. Так, в исследовании, выполненном в начале 80-х годов на Новолипецком металлургическом комбинате, которое вначале охватывало 15 тыс. человек, а затем было распространено на всю металлургическую отрасль страны (150 тыс. человек). Благодаря снижению артериального давления новых случаев ОНМК за 4 года стало меньше на 47 %. Это ли не пример эффективной борьбы с инсультом! К сожалению, по разным причинам данный опыт не был использован в масштабах страны. Не используется также недорогой и общедоступный скрининговый метод выявления критического стеноза магистральных артерий головы (одной из главных причин ишемического инсульта) - дуплексное сканирование сосудов шеи и транскраниальная доплерография. Всех людей старше 40 лет надо ежегодно направлять на такой осмотр для выявления групп риска. Конечно же, наибольшего результата можно достигнуть при использовании комплекса профилактических мероприятий. К сожалению, имеются лишь единичные исследования, оценивающие эффективность комплексной терапии в профилактике повторных НМК, в частности, проводимое в настоящее время РКИ PRoFESS (антиагрегантная и гипотензивная терапия).

В настоящее время менталитет наших людей, их недостаточная медицинская грамотность, невозможность пропаганды здорового образа жизни в средствах массовой информации, особенно на телевидении, зачастую заводят проблему в тупик. Первичная профилактика, проводимая терапевтами, кардиологами и врачами общей практики, пока оставляет желать много лучшего. Необходимы образовательные программы и для врачей первичного звена, и для пациентов с целью совместной борьбы с инсультом.

Таким образом, в комплексе задач по снижению заболеваемости ОНМК должны быть следующие:

· Планирование объема оказания медицинской помощи больным с НМК догоспитальном и госпитальном этапах;

· Проведение кампаний по информированию населения об инсульте, первых симптомах заболевания и о своевременности принятия правильных мер;

· Наступательная пропаганда ведения здорового образа жизни;

· Высокое качество лечебных и реабилитационных мероприятий.

. Основные проблемы в деятельности неврологического отделения

· Низкая специализация среднего медицинского персонала

· Износ медицинского оборудования

· Оснащенность медицинских учреждений диагностическим оборудованием недостаточна, что значительно увеличивает срок ожидания диагностических исследований.

· Недостаточное финансирование оказания дорогостоящих (высокотехнологичных) видов медицинской помощи

· Недостаточное финансирование мер по пропаганде здорового образа жизни.

Пути решения:

. Наблюдение за рациональностью использования койко-фонда;

2. Ремонт в отделениях;

. Повышение зарплаты врачей и медицинского персонала;

. Проведение цикла усовершенствования для медицинского персонала;

. Привлечение спонсоров и инвесторов на взаимовыгодных условиях;

. Снабжение ЛПУ необходимым оборудованием и техникой;

. Выделение льгот по проезду, оплаты жилищно-коммунальных услуг для работников ЛПУ;

. Совершенствование системы информационного обеспечения ЛПУ;

. Привлечение специалистов из других городов и областей;

. Совершенствование ведения медицинской документации

8. Роль неврологического отделения стационара в реализации Национального проекта “Здоровье”

· Развитие профессионализма медицинского персонала.

· Укрепление материально-технической базы данного отделения.

· Удовлетворение потребностей населения в высокотехнологической помощи.

· Сокращение сроков ожидания диагностических исследований до 1 недели.

· Снижение частоты обострений и осложнений хронических заболеваний.

· Увеличение объемов оказания населению высокотехнологичной медицинской помощи.

· Несмотря на профилактическую направленность проекта, до сих пор основное финансирование осуществляется в отношении развития третичной профилактики, а не первичной и вторичной, следовательно, вклад в реализацию проекта у отделений стационара останется высок до момента перевода основных средств в пользу амбулаторно-поликлинических учреждений, а не стационаров.

Литература

1. В.А. Медик, В.К. Юрьев Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению, часть I - М.: Медицина, 2003

2. В.А. Медик, В.К. Юрьев Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению, часть II - М.: Медицина, 2003

. В.А. Медик, В.К. Юрьев Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению, часть III - М.: Медицина, 2003

. Cкворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В. Вторичная профилактика инсульта. -М.: ПАГРИ, 2002.-120 с.

. Варлоу Ч.П., Деннис М.С. и др. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных (А.А.Скоромца и В.А.Сорокумова ред.). - С-Пб: Политехника 1998; 629.

. Голдштейн Л., Адамс Р. с соавт. Ранняя профилактика ишемического инсульта: Заявление для специалистов медико-санитарной службы, сделанное Советом по проблемам инсульта при Американской ассоциации кардиологов (перевод с англ. И.В.Саньковой из журн. Circulation.-2001. -V. 103.-Р. 163-182.) -М.: ГВГ им. Н.Н.Бурденко, 2002. - 49 с.

7. Электронные источники: www.nedug.ru, www.Mironob/information, www.minzdrav.by/med/docs, www.businesspravo.ru/docum