**1.Природная и социальная среда.**

Древние философы исходили из понятия о человеке как о «микрокосмосе» в окружающей среде - «макрокосмосе». Далее пришло понимание влияния общественных факторов на жизнь человека. Нарушение баланса между ними стало одной из первых теорий здоровья-болезни. Человек существует одновременно в 2 средах - социальной и биологической, и при понимании здоровья и болезни нельзя руководствоваться только какой-то одной из этих характеристик, придавая ей главенствующую роль.

**2. Задачи пропаганды ЗОЖ. Роль санитарного просвещения.**

ЗОЖ - это совокупность типологических моделей поведения, вормирующихся в конкретных макро- и микро условиях в непрерывном единстве в рамках концепции качества жизни. ЗОЖ - гигиеническое поведение, подкрепленное научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах. Формирование ЗОЖ складывается из 2 групп факторов: развитие факторов здоровья (активного образа жизни, правильного питания и т.д.) и преодоление факторов риска (борьба с вредными привычками, гиподинамией и т.д.). Формирование ЗОЖ является основой первичной профилактики как преодоление факторов риска: создание здоровых условий труда, активные занятия спортом, формирование межличностных отношений, бережное отношение к окружающей среде, сознательное участие в проф.мероприятих. Пропагандой ЗОЖ должны заниматься все учреждения здравоохранения. Санитарное просвещение - комплекс сан-гиг. мероприятий, направленных на повышение урочня санитарно-гигиенической культуры населения. Пропаганда должна акцентироваться не на санитарном просвещении, а на активном внедрении в жизнь правил и норм поведения. Задачи пропаганды ЗОЖ: создание информационной системы, санитарно-гигиеническое воспитание, пропаганда вредных привычек, привлечение к занятиям спортом.

**3.** **Здоровье и болезнь. Современные теории.**

Здоровье-состояние полного духовного, физического, социального благополучия, социальной и экономической продуктивности индивида. Болезнь-нарушение любого из этих параметров. Для объяснения здоровья предложены несколько групп теорий:

1. Теория факторов - объясняет состояние здоровья совокупностью множества факторов (социальных, биологических, экономических, медицинских и т.д.). Состояние болезни - это негативное влияние тех же факторов, которые вызывают также нищету, бедность. Создается «порочный круг»-чтобы ликвидировтаь бедность, необходимо повышение уровня здоровья. Однако для понимания здоровья важны не только очевидные факты. Необходимо также выделять основные причинные факторы, влияющие на ту или иную категорию.
2. Теория «болезней цивилизации» - объясняет состояние болезни бурным развитием цивилизации с ее негативным влиянием на здоровье. Возникает дисгармония рнитмов человека. дезадаптация. Поскольку остановить прост прогресса невозможно, то наступает истощение потенциалов общественного здоровья, противостоять которому могут только сильные личности. Но нельзя рассамтривать условия здоровья и болезни как единые и универсальные для всех.
3. Теория «социал-дарвинизма» - автор Г.Спенсер распределил законы Дарвина относительно живой природы на общество (правящая элита - мозг, рабочие - мышцы и т.д.). За выживание в современном мире идет конкурентная борьба. Воспроизводство населения рассматривается как закон о генезисе и индивидуации: чем больше сил затрачивается на генезис (размножение и сохранение вида), тем меньше ее остается на индивидуацию. Такой чисто биологический подход не в состоянии объяснить болезнь и здоровье без участия социальных факторов.
4. Теория Фрейдизма - психическая деятельность человека определяет его судьбу, здоровье и болезнь. Психическая деятельность составляется из 3 уровней: бессознательного (оно), сознательного (я) и сферы контроля (супер-я). Конфликт между этими сферами (бессознательным и сознательным), возникший в процессе развития цивилизации, и приводит к возникновению болезни. Минус теории в том, что болезнь также нельзя объяснить только нарушением психических факторов.

**4.** **Закономерности воспроизводства населения в различных странах. Основные теории народонаселения.**

Воспроизводство населения - процесс возмещения численности населения, показывает, обеспечивают ли существующие уровни рождаемости и смертности прирост населения. Закономерности воспроизводства населения изучает демография. Существует 2 основных типа воспроизводства населения:

* развитые страны с низким уровнем рождаемости и смертности, высокая средняя продолжительность жизни.
* развивающиеся страны с высоким уровнем рождаемости и смертности, значительный прирост населения и низкая средняя продолжительность жизни.

Оценивают воспроизводство населения по уровню следующих показателей:

 (число родившихся - число умерших) × 1000

естественный прирост = ------------------------------------------------------------------

 среднегодовое численность населения

 число родившихся за год × 1000

коэффициент рождаемости = ------------------------------------------------------------------

 среднегодовое численность населения

 число умерших за год × 1000

коэффициент смертности = ------------------------------------------------------------------

 среднегодовое численность населения

Благополучной является ситуация, при которой высокий естественный прирост соответствует низкому уровню смертности. Высокий естественный прирост с высоким уровнем смертности, низкий прирост при низкой смертности и отрицательный уровень прироста населения всегда являются неблагоприятными. Низкая рождаемость при низком уровне смертности регистрируется в развитых странах Европы, что обусловлено сложным влиянием комплекса социально-экономических факторов. Высокий прирост с высоким уровнем смертности (особенно младенческой) характерен для развивающихся стран Африки и Латинской Америки. В России пик рождаемости и естественного прироста приходился 1983-1987 гг. ( в 1986 году естественный прирост составил +6,8), в последние годы сохраняется отрицательный естественный прирост населения. В дальнейшем также прогнозируется дальнейшее снижение рождаемости и увеличение смертности в РФ. В целом население мира неуклонно растет за счет развивающихся стран.

Теории народонаселения:

1. Мальтузианство - Мальтус в своих трудах доказывал, что во всех несчастьях (голод, эпидемии) виновато бесконтрольное размножение населения. Согласно его концепции население растет в геометрической прогрессии, а средства существования - в арифметической.
2. Неомальтузианство - в основу взята теория Мальтуса, но для контроля народонаселения предложена война как средство увеличения смертности.
3. Теория «оптимума населения» - существует оптимум населения (900 млн-1 млрд), который в состоянии обеспечить мировая экономика. Поддерживать эти цифры необходимо ограничением рождаемости и распространением контрацепции.
4. Расизм
5. Евгеника

**5. ВОЗ, ее задачи и структура. Международные отношения в здравоохранении.**

В 1946 году был принят Устав ВОЗ, а 7 апреля 1948 года устав был ратифицирован странами-участницами. Деятельность ВОЗ строится по принципу планирования на 2-5 лет. Цель ВОЗ - достижение всеми народами максимально возможного уровня здоровья. Деятельность ВОЗ обеспечивается бюджетом, составленным из членских взносов старн-участниц. ВОЗ имеет децентрализованную структуру: штаб-квартира расположена в Женеве, имеется 6 региональных офисов. Ежегодно созываются Всемирные ассамблеи ВОЗ, а между ними - Исполнитеьные сессии. Имеется 30 стран-участниц, из которых 5 - постоянные (США, Россия, Китай, Франция, Великобритания). ВОЗ публикует более 20 изданий. Возглавляет ВОЗ генеральный директор и секретариат ВОЗ.

Задачи:

* руководство и координация международной работы в области здравоохранения
* помощь правительствам в укреплении служб здравоохранения
* развитие работы по борьбе с эпидемическими и эндемическими заболеваниями
* развитие охраны материнства и детства
* исследования в области здравоохранения
* предоставление информации и советов в области здравоохранения

ВОЗ тесно поддерживает связи с ООН, Крансым крестом и другими медицинскими организациями.

**6.** **Врачебная этика, основные категории.**

Этика - учение о морали и нравственности. Медицинская деонтология - понятие о врачебном долге. До настоящего времени не определено, какое из этих понятий является более емким. Медицинская этика и деонтология являются взаимосвязанными и имеют дело с моральными и нравственными нормами и основанными на ним принципами и правилами поведения медицинских работников. Основные категории:

* врач-больной
* врач-окружение больного
* врач-врач
* врачебная тайна
* врачебная ошибка

**7. Основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению. Роль участкового терапевта, основные разделы его деятельности.**

Здравоохранение имеет отраслевую структур, направленную на организацию помощи населению:

* лечебно-профилактическая
* санитарно-эпидемическая
* охрана материнства и детства
* аптечно-фармацевтическая
* санаторно-курортная
* медицинские экспертизы (патанатомическая, психиатрическая)
* медицинское образование и наука

Основные принципы оказания лечебно-профилактической помощи населению:

* синтез лечебного дела и профилактики
* диспансеризация определенных контингентов (дети, беременные)
* учасктов-территориальное обслуживание
* доступность
* частичная бесплатность в рамках ОМС
* высокая квалификация медицинских работников
* преимущественное обслуживание работников крупных предприятий по месту работы и жительства
* объединение поликлиник и стационаров

Терапевтический участок составляет 1700 человек обслуживаемого населения. Участковый терапевт должен быть не только клиницистом, но также исследовать состояние здоровья вверенной ему территории и влияющих на него факторов, заниматься профилактикой. График работы участкового терапевта составляет 6 часов 30 минут в день, из которых 30 минут - на деятельность, непосредственно не связанную с обслуживанием больных. Каждые 3 года не менее 3 месяцев врач должен работать в стационаре. Повышение квалификации осуществляется каждые 5 лет. Нормы приема 5 человек в час, медосмотра - 7,5 человек в час, на дому - 2 человека в час. На 10000 населения планируется 5,9 терапевтов. Медецинские сестры работают по спаренному принципу (одна сестра выполняет врачебные назначения на дому на 2 участках, а другая сидит на приемах у 2 участковых врачей). Основные разделы деятельности участкового терапевта:

* лечебная
* профилактическая
* санитарно-просветительная
* противоэпидемическая
* ведение оперативно-учетной документации

**8. Положение женщины в РФ, ее гражданские права. Социально-гигиенические вопросы охраны здоровья женщин (фертильность, заболеваемость, материнская смертность, аборты).**

Состояние здоровья женщин определяет естественный прирост населения, является наиболее чувствительным индикатором социально-экономического развития общества. Основным показателем является заболеваемость женщин по различным нозологическим формам. В РФ минимальная заболеваемость в возрастной группе 15-19 лет, далее она неуклонно растет, достигая максимума в 50-59 лет. При проведении медосмотров отмечен рост выявления хронических форм. На первом месте преобладают болезни органов дыхания, на втором - кровообращения, на третьем - болезни органов чувств. В группе болезней МПС преобладают гинекологические заболевания, ими страдают 12,7% дошкольниц и 11 % школьниц. Возрастает частота нарушений полового развития. Около 50,6% женщин отмечают соответствие выполняемой работы их состоянию здоровья. За охрану состояния здоровья девочек и женщин отвечают: педиатры, участковые терапевты, женские консультации, родильные дома, службы социально-правовой помощи женщинам. Уровень рождаемости обусловлен количеством женщин детородного возраста, что определяет коэффициент плодовитости (фертильности).

 число рожденных за 1 год

фертильность = ---------------------------------------------------------------

 число женщин 15-49 лет

Уровень оказания помощи беременным женщинам определяет специфический показатель - материнская смертность. Это смерть женщины, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, наступившая в течении беременности или в течении 42 после окончания. Считается, что материнская смертность - показатель качества оказания медицинской помощи женщинам.

 число умерших беременных, рожениц, родильниц(за 42 дня )× 100000

материнская = ----------------------------------------------------------------------------------------------

смертность число живорожденных детей

Особую роль играет борьба с абортами, осложнения после абортов составляют до 30% и часто приводят к бесплодию. Большое распространение получили мини-аборты. более простые в выполнении и дающие меньше осложнений, но их вес от общего числа абортов составляет только 26,1%, что является свидетельством поздней обращаемости. У детей женщин, перенесших аборты, отмечен риск перинатальной смертности на 25-30% выше. Большую опасность представляют криминальные аборты. В Томской области отмечено значительное снижение числа абортов за последние годы. Необходимы эффективные методы пропаганды контрацепции и санитарное просвещение среди женщин.

Также важны показатели средней продолжительности женщин (72,5 лет) и женской смертности.

**9. Руководство и управление здравоохранением в РФ. Органы здравоохранения и их функции.**

Имеется 3 системы здравоохранения в РФ: муниципальная, частная, государственная. Выделяют 3 уровня управления здравоохранением:

* государственный
* региональный
* местный

**Центральный уровень**

Единой политики в области здравоохранения нет. Основная проблема - малая часть финансирования от ВНП (3-4%). Структура, компетенция и полномочия МЗРФ утверждены Постановлением Правительства РФ от 29 апреля 2002г. Согласно указу президента РФ от 9 марта 2004 года функции МЗ РФ переданы вновь созданному Министерству Здравоохранения и социального развития. Основные функции Минздрава РФ:

* разработка основных направлений государственной политик в области ОЗ
* мониторинг, анализ, оценка состояния здоровья населения РФ
* разработка и реализация целевых программ
* координационные мероприятия в подготовке медицинских кадров
* стандартизация и сертификация в области здравоохранения

**Региональный уровень**

Здравоохранением субъекта РФ руководит областной департамент здравоохранения. Функции:

* разработка и реализация совместно с заинтересованными органами областных программ в области здравоохранения
* организует медицинскую профилактику, медицинскую помощь и экспертизу
* охрана семьи, материнства и детства
* подготовка и повышение квалификации медицинских кадров
* охрана труда и обеспечение социальных гарантий работников здравоохранения
* организация медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях

В соответствии с функциями областной департамент работает с основными документами:

* соглашение между администрацией области, МЗ и федеральным фондом о разграничении обязанностей и полномочий
* территориальная программа госгарантии бесплатной МП
* координационный совет по здравоохранению

**Местный уровень**

Горздравотделы

**10. Методы управления и функции местных органов управления здравоохранением**

Методы управления:

1. Административные
	* организационные - отражают статику управления, между структурами имеются строго определенные связи
	* распределительные - динамика управления, осуществляется с помощью нормативных и индивидуальных актов
		1. Экономико-математические - группа методов, включающих планирование, прогнозирование и анализ статистического материала. Метод воздействия - материальная стимуляция.
		2. Социально-психологические - существует прямая и косвенная оценка деятельности работников.

Функции местных органов управления здравоохранением:

* + - * проведение аналитической работы по изучению здоровья населения и оказанию медицинской помощи
			* определение приоритетов развития отрасли, разработка и реализация программ
			* организация работы и координация действий в области здравоохранения
			* контроль качества услуг в подведомственных ЛПУ
			* организация экстренной медицинской помощи при ЧС и проведение специальных мероприятий
			* организация медицинской профилактики и медицинской экспертизы
			* охрана труда работников муниципальных ЛПУ
			* регуляция финансовой политики ЛПУ
			* работа с обращениями граждан

**11. Основные показатели здоровья и медицинского обслуживания населения**

Показатели здоровья:

* демографические
* заболеваемость, инвалидность
* физическое развитие

**Демографические показатели**

Изучаются на основе переписи населения. Складываются из статики (пол, возраст, проживание, национальность) и динамики населения. Динамика - изменение численности и состава населения во времени. Различают динамику естественную (рождаемость и смертность) и механическую (миграция).

1. Показатели естественной динамики:

 (число родившихся - число умерших) × 1000

естественный прирост = ------------------------------------------------------------------

 среднегодовое численность населения

 число родившихся за год × 1000

рождаемость = ------------------------------------------------------------------

 среднегодовое численность населения

 число умерших за год × 1000

смертность = ------------------------------------------------------------------

 среднегодовое численность населения

 число детей, умерших до 15 лет

детская смертность = ----------------------------------------------

 общее число детей

 число детей, умерших до 1 года × 1000

младенческая смертность = ----------------------------------------------------------------------

 2\3 родившихся в этом году + 1\3 родившихся в прошлом году

 число детей, умерших до 7 дней × 1000

ранняя неонатальная = ----------------------------------------------------------------------

смертность родившиеся живыми

 число детей, умерших до 28 дней × 1000

неонатальная = ----------------------------------------------------------------------

смертность родившиеся живыми

 число детей, умерших от 1 месяца до 1 года × 1000

постнатальная = -----------------------------------------------------------------------------

смертность родившиеся живыми

 (число детей, умерших до 7 дней + мертворожденные) × 1000

перинатальная = -----------------------------------------------------------------------------------

смертность число всех родившихся

 число рожденных за 1 год

 фертильность = ---------------------------------------------------------------

 число женщин 15-49 лет

1. Показатели механической динамики:

 число прибывших × 1000

число прибывших на 1000 населения = --------------------------------------------------------

 среднегодовая численность населения

 число выбывших × 1000

число выбывших на 1000 населения = --------------------------------------------------------

 среднегодовая численность населения

миграционный прирост = число прибывших - число выбывших

 миграционный прирост × 100%

коэффициент эффективности миграции = ---------------------------------------------------------

 число прибывших + число выбывших

**Показатели заболеваемости**

Заболеваемость - это массовое возникновение случаев болезни распространение патологии среди населения в результате взаимодействия настоящих и предшествующих поколений людей с окружающей средой, проявляющееся в различных формах и конкретных условиях.

Классификация заболеваемости:

1. По источнику изучения:
	* по обращаемости
	* по данным медосмотров
	* по причинам смерти
2. По контингенту:
* школьники
* беременные
* с ВУТ и т.д.
1. По полу:
2. По возрасту:
	1. По нозологическим формам
	2. По методике учета:
* истинная
* общая
* накопленная
* первичная

*Истинная заболеваемость* = общая заболеваемость по обращениям + заболевания, выявленные при медосмотрах + заболевания установленные по причинам смерти

*Общая заболеваемость* = совокупность в данном году случаев обращения населения независимо от того, когда установлен диагноз

*Первичная заболеваемость* = совокупность новых. нигде ранее не зарегестрированных заболеваний

*Накопленная заболеваемость* = все случаи первичных заболеваний, зарегестрированные в течении ряда лет при обращении за мед. помощью

Показатели заболеваемости:

* частота заболеваемости = число болезней за 1 год \ число населения
* структура заболеваемости
* динамика заболеваемости (изменение за определенный период времени)
* возрастно-половые показатели заболеваемости
* сезонность

**Показатели физического развития**

Оцениваются у детей 1 года жизни (каждый месяц), дошкольного возраста (каждый год), школьников (3, 6, 8 классы).

**13. Теоретические основы и организационные принципы здравоохранения в РФ. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, основные разделы.**

Здравоохранение - это система социально-экономических и медицинских мероприятий, имеющих цель сохранить и повысить уровень здоровья каждого человека и общества в целом.

Общественное здоровье - это здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием социальных и биологических факторов окружающей среды.

Организация здравоохранения - наука о стратегии и тактике здравоохранения, изучает закономерности общественного здоровья и здравоохранения. Ее цель - изучение оздоравливающего и неблагоприятного влияния социальных факторов и условий на здоровье населения и выработка рекомендаций по их устранению и предупреждению вредных для здоровья влияния социальных условий в интересах охраны здоровья и повышения его уровня. Отрасли:

* история здравоохранения
* теоретические проблемы здравоохранения и медицины
* состояние здоровья населения и методы его изучения (мед. статистика)
* социальное обеспечение и страхование здоровья
* организация медицинской помощи населению
* экономика, планирование. финансирование здравоохранения
* страховая медицина
* управление здравоохранением
* международные отношения в здравоохранении

Принципы здравоохранения в РФ:

1. Ответственность общества и государства за охрану и укрепление здоровья населения, создание общественной системы, интегрирующей деятельность учреждений и организаций, гарантирующей охрану и укрепление здоровья населения
2. Обеспечение всех граждан общедоступной квалифицированной медицинской помощью, бесплатной по основным ее видам
3. Сохранение и развитие социально-профилактического направления здравоохранения
4. Личная ответственность граждан за свое здоровье и здоровье окружающих
5. Интеграция охраны здоровья в комплексе мер по охране окружающей среды, экологической политике, демографической политике, ресурсосберегательной и ресурсоохранной политике.
6. Сохранение и развитие планирования в соответствии с целями и задачами развития общества и государств
7. Интеграция науки и практики здравоохранения
8. Развитие участия населения в охране своего здоровья
9. Охрана и улучшение здоровья как сфера международного сотрудничества
10. Гуманизм медицинской профессии, соблюдение норм и правил медицинской этики и деонтологии

**14. Организация охраны материнства и детства, основные учреждения. Важнейшие постановления правительства РФ об охране материнства и детства.**

Охрана здоровья женщин и детей - это залог сохранения и укрепления населения страны, считается одной из приоритетных задач здравоохранения в РФ. На здоровье детей в первые годы жизни на 20-30% влияет здоровье матери. Создана специальная служба для сохранения здоровья женщин и детей - система охраны материнства и детства (ОМД). Так как с 1992г. в РФ наблюдается отрицательный естественный прирост, роль ОМД чрезвычайно важна. Одна из задач - устранение негативных последствий между профессиональной деятельностью женщины и ее ролью матери. В РФ работает около 51% женщин. В начале ХХ века был принят ряд законов: о восьмичасовом рабочем дне для женщин, об усилении детского питания, о бесплатном детском питании и т.д. В 1917 г. был создан отдел охраны материнства и детства, в 1922г. - НИИ педиатрии РАМН. 1955г. - закон «Об отмене запрещения абортов», «Об увеличении продолжительности отпуска по беременности и родам до 112 дней», 1956г. С 1989г. продолжительность отпуска по уходу за ребенком до 3 лет с сохранением места работы. Основные документы правительства РФ по охране материнства и детства:

* Закон «О дополнительных мерах по охране материнства и детства», 1992г.
* Конституция РФ, 1993г.
* Основы Законодательства РФ об охране здоровья граждан, 1993г. (ст. 22-24)
* Кодекс законов о труде

Создана сеть медицинских и социальных учреждений, обеспечивающих охрану здоровья матери и детей:

* родильные дома
* детские поликлиники и больницы
* женские консультации
* взрослые поликлиники
* молочные кухни
* детские дома и интернаты
* фельдшерско-акушерские пункты в сельской местности
* социально-юридическая помощь женщинам и детям

**15. Сердечно-сосудистые заболевания как социальная проблема. организация кардиологической помощи населению.**

Находятся на первом месте в структуре смертности (95%), ведущая причина инвалидности (46%). В РФ заболевших 21,6 млн. человек. Число госпитализаций 361 на 1000. Средняя длительность пребывания в стационаре - 16 дней. Больничная летальность 4,4%. Уровень регистрируемой заболеваемости у женщин в 1,5 раза выше. Осложнения данной патологии за 10 лет выросли на 20%. Характерно длительное бессимптомное течение. Структура:

* 28,9% - ГБ
* 26,6% - ИБС
* 25,1% - ЦВБ
* 19,4% - прочие

Факторы риска:

* 1. Неуправляемые
		+ пол
		+ возраст
		+ наследственность
	2. Управляемые
		+ образ жизни
		+ способствующие состояния
		+ психосоциальные факторы

С целью раннего выявления заболеваний врач дома и на приеме обязан всем измерять АД. В лечении и диагностике заболеваний участвуют участковые терапевты, кардиологи поликлиник, кардиологические отделения стационаров, НИИ кардиологии, областные кардиологические диспансеры.

**16. Инвалидность и ее причины. Группы инвалидности. Роль врача в профилактике инвалидности. Реабилитация инвалидов.**

Инвалидность - длительная или постоянная нетрудоспособность или значительное ограничение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием (травмой, анатомическим дефектом) приведшим к значительному нарушению функций организма.

Инвалидность определяется рядом социальных (неспособность выполнять работу) и биологически (характер заболевания, выраженность) факторов. Определение инвалидности и ее степени устанавливает МСЭК. Инвалидность является юридической категорией, т.к. инвалид приобретает ряд определенных прав.

Причины инвалидности:

* общие заболевания
* трудовое увечье
* профессиональное заболевание
* с детства
* до начала трудовой деятельности
* у бывших военнослужащих

Группы инвалидности:

I группа - лица с полной или длительной потерей трудосопсобности, нуждающиеся в постоянном постороннем уходе (конечные стадии онкозаболеваний, полная парализация, полная слепота и т.д.)

II группа - лица с полной или длительной потерей трудоспособности, не нуждающиеся в постоянном постороннем уходе. Устанавливается в случае полной неспособности выполнять трудовые функции, в случае, если выполнение трудовых функций может привести к ухудшению течения заболевания, требуется создание особых условий и т.д.

III группа - лица, которые не в состоянии трудится по прежней профессии, если требуются резкие ограничения по данной профессии, представителям неквалифицированного труда в связи с низкой вероятностью дальнейшего трудоустройства, лицам с выраженными анатомическими дефектами.

При тяжелых заболеваниях и пенсионерам инвалидность устанавливается бессрочно, либо мужчинам старше 55 и женщинам старше 50, признаваемые перед этим 5 лет инвалидами первой группы, а также инвалидам ВОВ и инвалидам I-II групп, если инвалидность не изменялась 15 лет. В остальных случаях I группу инвалидности устанавливают сроком на 2 года, остальные - сроком на 1 год.

**17. Организация лекарственной помощи населению РФ.**

Фармацевтическая помощь включает в себя комплекс услуг: торговые, консультативные, информативные, медицинские. Потребность в ЛС постоянно растет в связи со старением населения (в РФ 12,5% населения - старше 65 лет). В РФ приоритет отдается содействию развитию отечественного фармацевтического рынка. Аптечная сеть в РФ развивается по принципу консолидации: расширение старых и возникновение новых аптек. Наиболее крупными являются «Фармаком» и «SEA International». В Томске в 2003г. все аптеки реорганизовались в «томскфармацию». Аптеки установили единую ценовую политику, стали более конкурентносопосбны, были введены штрих-коды и пластиковые карты для льготников. С другой стороны аптеки потеряли самостоятельность и многие из них были закрыты.

Особенности фармацевтического рынка в РФ:

1. Реорганизация аптечной сети
2. Значительная доля оптовых структур (В США менее 100, в РФ - 2500)
3. Значительная доля коммерческих структур (65%)
4. Значительная конкуренция между государственными и частными аптеками (способствует выпуск устаревших препаратов, приготовление лекарств в аптеке, отсутствие эффективного управления, высокие затраты и издержки производства, неспособность быстро реагировать на изменение спроса, децентрализация закупок).

Проблема современного рынка - большое количество поддельных лекарств (до 12%). Ранее система контроля образцов была неэффективна. В 1998г. в РФ утвержден международный стандарт, на который рекомендовано перейти всем аптекам до 2006г. Для предотвращения попадания на рынок недоброкачественных ЛС в РФ приняты следующие меры:

* + собственником партии является завод-изготовитель, который выдает сертификат соответствия. Ксерокопией данного документа пользуются все перекупщики.
	+ проверка проводится на таможне и при возникновении проблем груз остается на границе
	+ существует более 200 лабораторий контроля качества со случайным выбором образцов
	+ в Томской области имеется центр сертификации, который ежемесячно издает сборник бракованных ЛС, которые сразу изымают из продажи
	+ аптека по требованию покупателя обязана предоставить все документы на ЛС
	+ при МЗ РФ работает согласительная межведомственная комиссия по борьбе с фальсификацией ЛС
	+ предусмотрена государственная регистрация ЛС с доклинической и клинической экспертизой, мониторированием

Лицензирование фармацевтической деятельности осуществляет МЗ РФ или местные органы субъектов РФ, которым переданы полномочия. Проверка осуществляется раз в 2 года не дольше 15 дней, внепланово - по жалобам. Заключение о проверке выдается в течение 5 дней фирме и в налоговую инспекцию.

Финансирование льготного лекарственного обеспечения осуществляется через фонд ОМС, стационарная лекарственная помощь оказывается бесплатно в соответствии со списком. В РФ из 45 млн. льготников 17 млн. получают ЛС полностью бесплатно (в списке - около 1800 препаратов). Льготные рецепты имеют право выписывать: лечащие врачи государственных учреждений, врачи государственных поликлиник при работе по совместительству, врачи ведомственных учреждений, средний мед.персонал при работе в труднодоступных районах. Частные врачи имеют право выписки льготных рецептов в случае, если они работают по договору с фондом ОМС.

Совершенствование лекарственного обеспечения должно идти за счет модернизации производства, привлечения иностранных инвестиций и централизации оптовых закупок.

**18. Злокачественные новообразования как социальная проблема. Организация онкологической помощи населению.**

Онкология занимает 3 место по структуре смертности в РФ и 2 место в мире. К 2020 году прогнозируется до 10 млн. вновь заболевших человек в год. В РФ ежегодно заболевает около 450 тысяч человек. Современные тенденции: снижение заболеваемости раком желудка, стабилизация заболеваемости раком легкого, растет число рака кожи, простаты, молочных желез, кишечника. Структура:

1 место - органы дыхания

2 место - рак желудка

3 место - молочная железа

4 место - кишечник

5 место - кожа

6 место - матка

7 место - простата

У женщин на первом месте стоит рак молочной железы и кожи, у мужчин - рак органов дыхания и желудка. В структуре стадийности 50% обращается в I-II стадиях заболевания, 26% - III, 24% - IV. Причины роста онкопатологии: улучшение диагностики, снижение здоровья, низкая онконастороженность медработников, низкая медицинская грамотность, низкое финансирование онкологической службы. Основа профилактики - онкологическая настороженность врачей всех специальностей. Онкологическая помощь населению оказывается в специализированных онкодиспансерах, бесплатно. Основные показатели работы онкослужбы: объем и эффективность медосмотров. удельный вес запущенных онкологических форм, осведомленность населения о ранних признаках рака, отдаленные результаты лечения.

**19. Социальная сущность туберкулеза, методы борьбы с ним. Организация фтизиатрической помощи.**

Ежегодно заболевает около 8 миллионов. умирает около 3 миллионов человек. В РФ заболеваемость туберкулезом от мировой - 0,8%, а смертность - до 1%. В 2002 году регистрировалось до 86,1 больного на 100000 жителей. Максимальная заболеваемость с высоким уровнем смертности в трудоспособном возрасте - 25-34 года. Заболеваемость детей 15,9 на 100000, максимально высокий уровень в 3-6 лет. Туберкулез является социальной болезнью, т.к. здоровые люди с нормальными условиями проживания заболевают при контакте с инфицированным очень редко.

Фтизиатрическая служба включает: противотуберкулезные диспансеры (участково-территориальный принцип работы), кабинеты, больницы, санатории.

Диспансеры имеют поликлинику и стационар, в котором планируется детское и взрослое отделения. На каждого больного с установленной активной формой туберкулеза врач заполняет форму 089\у, которая направляется в диспансер. Основные показатели работы диспансера: уровень заболеваемости и болезненности туберкулезом, полнота и своевременность вакцинации, своевременность изоляции больных с активными формами, полнота и эффективность наблюдения за бывшими в контакте с бациллоносителями.

**20. Методика изучения инфекционной заболеваемости и пути ее снижения. Организация специализированной помощи при острозаразных болезнях, борьба с ВИЧ.**

Еденицей наблюдения при инфекционной заболеваемости является каждый случай заболевания или острого отравления, либо подозрения на них, на которые заполняется учетная форма 058\у. Форма должна быть доставлена в течение 12 часов в СЭС. Показатели:

* частота на 100000 населения
* структура
* сезонность
* частота госпитализаций на 1000 населения
* охват госпитализации к числу заболевших
* очаговость (частота заболеваний \ число очагов)

Общий уровень заболеваемости составляет 80-90, среди взрослых - 150 на 1000 населения, среди детей - 110 на 1000 населения.

Карантинные болезни - это высококонтагиозные болезни, к которым применяются международные карантинные ограничения.

С 1961 года ВИЧ инфицировано более 60 млн. людей. В РФ зарегистрировано около 1,5 млн. человек, реальная цифра в 7-10 раз выше. В ТО выявлено более 1000 человек, среди которых преобладает возраст 27-30 лет. Закономерности эпидемиологического процесса ВИЧ:

1 фаза - распространение среди гомосексуалистов

2 фаза - распространение среди наркоманов

3 фаза - распространение среди обычных людей

**21. Государственное социальное страхование и социальное обеспечение граждан в РФ.**

Законодательная основа - закон 1999г. «Об основах обязательного социального страхования» и закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ». Согласно налоговому кодексу с 2001 года устанавливается единый социальный налог, который отчисляется в 3 фонда: пенсионный, социального страхования и ОМС.

Обязательное социальное страхование граждан - часть государственной системы социальной защиты населения, которая страхует граждан от возможного изменения их материального и социального положения. Страхователями являются работодатели и государство. Основные принципы соц. страхования:

* государственная гарантия
* всеобщность страхования с обязательной уплатой взносов
* автономность системы страхования
* обеспечение общественного надзора и контроля за использованием средств

Виды социальных страховых случаев:

* 1. необходимость получения медицинской помощи;
	2. временная нетрудоспособность;
	3. трудовое увечье и профессиональное заболевание;
	4. материнство;
	5. инвалидность;
	6. наступление старости;
	7. потеря кормильца;
	8. признание безработным;
	9. смерть застрахованного лица или нетрудоспособных членов его семьи, находящихся на его иждивении.

Существует 3 уровня управления социальным страхованием: федеральные фонды. территориальные фонды, филиалы территориальных. Федеральные фонды находятся в Москве. Территориальные фонды организуются субъектами федерации в соответствии с положениями закона.

**22. Алкоголизм и наркомания как социально-гигиеническая проблема.**

В 2002 году под наблюдением находилось более 2 млн. алкоголиков, заболеваемость с 2000 по 2002 годы выросла на 10%. Факторами, определяющими заболеваемость, являются: биологические, психологические и социальные. Последствия складываются из последствий для личности, семьи и общества. В состоянии алкогольного опьянения совершается до 80% убийств, 60% самоубийств и 45% ДТП.

Наркоманов в мире около 54 млн., из них синтетические наркотики употребляют около 30 млн. В РФ на 2004г. официально зарегистрировано около 400000 человек, фактическое число - около 4 млн. Основной возраст - 16-30 лет, 20% из них составляют школьники.

Учреждения профилактики и лечения - психоневрологические и наркологические диспансеры, наркологические кабинеты.

**23. Методика определения потребности сельского населения в медицинской помощи.**

Существует 3 этапа оказания медицинской помощи сельскому населению:

1 этап - сельский врачебный участок (участковая больница, ФАП, здравпункты колхозов. детские сады, колхозные роддома)

2 этап - районная больница и СЭС

3 этап - ОКБ

Сельский врачебный участок организуется на 5-7 тысяч жителей при оптимальном радиусе обслуживания 7-10км. ФАП организуется из расчета 700 и более человек при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения не менее 5км. При расстоянии 7 км и более ФАП организуется при населении 300-500 человек.

Функции ФАП:

* оказание доврачебной помощи
* выполнение врачебных назначений
* патронаж детей и беременных женщин
* диспансеризация
* проведение профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий

На ФАП работают фельдшер, акушерка и санитарка.

Объем лечебно-профилактической помощи:

* амбулаторный прием
* помощь на дому
* помощь при несчастных случаях
* отбор на врачебные консультации, госпитализацию
* организация медосмотров
* выдача больничных листков
* диспансеризация
* патронаж беременных и детей (1 месяц - 5 раз, 2 месяц - 3 раза, 3-5 месяц - 2 раза, 6-12 месяц - 1 раз, осмотр педиатром - 1 раз в месяц)
* санитарно-гигиеническая работа
* прививки
* организация донорства
* картотека на определенные контингенты граждан

*Участковая больница.*

 Ее мощность зависит от радиуса обслуживания. численности и плотности населения, наличия предприятий, расстояния до районной больницы. Расчетное число коек 2-5 на 1000 жителей. Выделяют 4 категории участковых больниц:

1 категория (75-100 коек): терапия, хирургия, акушерство, педиатрия, инфекция, туберкулез.

2 категория (50-75 коек): терапия, хирургия, акушерство, педиатрия, инфекция.

3 категория (35-50 коек): терапия детей и взрослых, хирургия, акушерство, инфекция.

4 категория (25-35 коек): терапия, хирургия, акушерство.

*Центральная районная больница.*

Расчетное число коек 4-6 на 1000 жителей. Выделяют 6 категорий районных больниц:

1 категория - более 350 коек

2 категория -300-350 коек

3 категория - 250-300 коек

4 категория 200-250 коек

5 категория 150-200 коек

6 категория 100-150 коек

Число отдельных специалистов и отделений определяется по количеству прикрепленного населения. Обязательно имеется стационар. поликлиника, организационно-методический кабинет, отделение скорой помощи, районный центр СЭС.

*Областная клиническая больница.*

Рассчитываются на 700-1000 коек (1,5-2 коек на 1000 населения). В своей структуре имеют: консультативную поликлинику, стационар, лаборатории, орг. - метод. отдел, общежитие для работников на ФПК, отделение санитарной авиации.

**24. Организация скорой и неотложной помощи населению. Основные учреждения и показатели их деятельности.**

Основа - приказ МЗ РФ от 1999г. «О совершенствовании организации СМП населению РФ». Учреждения СМП: станции и подстанции скорой помощи, травмпункты, больницы скорой помощи в крупных городах (на 800-1000 коек), дежурные стационары различных профилей. Станция скорой медицинской помощи является лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным для оказания круглосуточной скорой медицинской помощи взрослому и детскому населению как на месте происшествия, так и в пути следования в стационар при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан или окружающих их лиц. Станции скорой медицинской помощи создаются в городах с населением свыше 50-ти тысяч человек как самостоятельные лечебно-профилактические учреждения. В населенных пунктах с численностью жителей до 50 тысяч организуются отделения скорой медицинской помощи в составе городских, центральных районных и других больницах. В городах с населением более 100 тысяч человек, с учетом протяженности населенного пункта и рельефа местности, организуются подстанции скорой медицинской помощи, как подразделения станций с учетом 15 минутной доступности.

Вызовы принимаются фельдшером диспетчерского отдела и передаются бригадам. Существует 2 типа бригад: врачебные (врач и 1-2 фельдшера) и фельдшерские (санитар и 1-2 фельдшера). Особенности оказания СМП:

* важную роль играет фактор времени
* диагностическая неопределенность
* этапность
* ресурсоемкость

Основные показатели работы:

* время ожидания обслуживания
* летальность
* среднесуточная нагрузка на бригаду (врача)
* число вызовов, в т.ч. специализированных
* обращаемость на 1000 населения
* качество диагностики (% соответствия диагнозов направления)
* структура обращаемости и т.д.

**25. Областная больница, ее роль в организации специализированной мед. помощи. Организационно-методическая работа.**

Рассчитываются на 700-1000 коек (1,5-2 коек на 1000 населения). В своей структуре имеют: консультативную поликлинику, стационар, лаборатории, орг. - метод. отдел, общежитие для работников на ФПК, отделение санитарной авиации.

Функции ОКБ:

* обеспечение населения высококвалифицированной помощью
* орг. - метод. помощь ЛПУ области
* координация работы всех ЛПУ области
* оказание экстренной медицинской помощи
* руководство и контроль за статистикой и отчетностью
* изучение и анализ заболеваемости, инвалидности и т.д. и разработка проф. мероприятий
* внедрение нового опыта в ЛПУ области
* проведение специализации и ФПК

Организационно-методическая работа:

* изучение деятельности всех ЛПУ области
* организационно-методическая и лечебно-консультативная помощь ЛПУ области
* изучение показателей здоровья населения
* организация повышения квалификации

**26. Организация санаторно-курортной помощи населению РФ.**

Виды учреждений: санатории, туристические базы, оздоровительные лагеря и дома отдыха. Санатории организуются в курортных зонах, обладающих благоприятными свойствами для лечения болезней. Выделяют 3 типа курортов: бальнеологические, грязевые, климатические. Для санатория устанавливается тройная охранительная зона, в пределах которой запрещаются любые работы. Выделяют следующие типы санаториев: с заболеваниями органов кровообращения, пищеварения, нарушениями обмена, нервной системы, органов дыхания, ОДА, гинекологическими, болезнями кожи, МПС, туберкулезные, детские, ревматологические и т.д. По типу оказания помощи они бывают одно- и многопрофильные. Для пациентов устанавливается активный или щадящий режим. Сроки пребывания устанавливают от 24 дней до 2 месяцев. После установления необходимости в санаторно-курортном лечении врач выдает больному справку с рекомендациями по установленной форме. В профкоме бесплатно или с частичной оплатой выдается путевка, с которой больной снова идет к врачу и получает заполненную санаторно-курортную карту.

**27. Общественное здоровье и здравоохранение как наука. Понятие о социальных болезнях.**

Общественное здоровье - это здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием социальных и биологических факторов окружающей среды.

Организация здравоохранения - наука о стратегии и тактике здравоохранения, изучает закономерности общественного здоровья и здравоохранения. Ее цель - изучение оздоравливающего и неблагоприятного влияния социальных факторов и условий на здоровье населения и выработка рекомендаций по их устранению и предупреждению вредных для здоровья влияния социальных условий в интересах охраны здоровья и повышения его уровня. Отрасли:

* история здравоохранения
* теоретические проблемы здравоохранения и медицины
* состояние здоровья населения и методы его изучения (мед. статистика)
* социальное обеспечение и страхование здоровья
* организация медицинской помощи населению
* экономика, планирование. финансирование здравоохранения
* страховая медицина
* управление здравоохранением
* международные отношения в здравоохранении

Социально значимые заболевания - те, которые развиваются в результате нарушения социальных условий жизни и приносят максимальный социальный урон. К ним относят: онкология, туберкулез, наркомания, алкоголизм, СПИД, заболевания сердечно-сосудистой системы, психические заболевания и т.д.

**28. Динамические ряды и их анализ. Практическое применение.**

Динамический ряд - это однородные сопоставимые величины, показывающие изменение какого-либо явления за определенный отрезок времени.

Виды:

1. Простой - составляющие числа являются абсолютными величинами
	* моментный - характеризует признак на определенные даты и не может дробиться (динамика коечного фонда с 1991г. по 1996г. на конец каждого года)
	* интервальный - характеризует признак, изучаемый за определенный интервал времени и может дробиться (динамика числа родившихся за 1991-1996г.)
		1. Сложный - числа составляют средние и относительные величины

Выравнивание динамических рядов производят при значительном разбросе величин. Существуют 2 методики: укрупнение интервала (среднее арифметическое от 2 рядом стоящих чисел) и скользящей средней (среднее арифметическое от 3 рядом стоящих чисел).

Анализ динамических рядов:

Абсолютный прирост = данный год - предыдущий год

 абсолютный прирост ×100%

Темп прироста = ----------------------------------------------------

 предыдущий уровень

 абсолютный прирост

Абсолютное значение 1% прироста = --------------------------------------------

 темп прироста

 последующий уровень×100%

Темп роста = --------------------------------------------------

 предыдущий уровень

**29. Методы изучения и виды заболеваемости населения, их сравнительная характеристика.**

Заболеваемость - это массовое возникновение случаев болезни распространение патологии среди населения в результате взаимодействия настоящих и предшествующих поколений людей с окружающей средой, проявляющееся в различных формах и конкретных условиях.

Классификация заболеваемости:

1. По источнику изучения:
	* по обращаемости
	* по данным медосмотров
	* по причинам смерти
2. По контингенту:
* школьники
* беременные
* с ВУТ и т.д.
1. По полу:
2. По возрасту:
	1. По нозологическим формам
	2. По методике учета:
* истинная
* общая
* накопленная
* первичная

*Истинная заболеваемость* = общая заболеваемость по обращениям + заболевания, выявленные при медосмотрах + заболевания установленные по причинам смерти

*Общая заболеваемость* = совокупность в данном году случаев обращения населения независимо от того, когда установлен диагноз

*Первичная заболеваемость* = совокупность новых. нигде ранее не зарегестрированных заболеваний

*Накопленная заболеваемость* = все случаи первичных заболеваний, зарегестрированные в течении ряда лет при обращении за мед. помощью

Показатели заболеваемости:

* частота заболеваемости = число болезней за 1 год \ число населения
* структура заболеваемости
* динамика заболеваемости (изменение за определенный период времени)
* возрастно-половые показатели заболеваемости
* сезонность

**30. Виды нетрудоспособности. Основные правила выдачи врачом листка нетрудоспособности.**

Нетрудоспособность - это невозможность вследствие медицинских или социальных противопоказаний продолжать привычную профессиональную деятельность. Виды: полная и частичная, временная и стойкая (длительная и постоянная).

Экспертиза ВУТ - это вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения. Проводится в соответствии с «инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан». Документом, удостоверяющим ВУТ, является листок нетрудоспособности или справка установленного образца. По предъявлении листка нетрудоспособности назначается и выплачивается пособие по временной нетрудоспособности, беременности и родам. Право на выдачу листков нетрудоспособности имеют врачи государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения на основании свидетельства об окончании курса по выдаче листков нетрудоспособности. В отдельных случаях выдача листков может быть разрешена средним мед. работникам.

Листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом при предъявлении документа, удостоверяющего личность. Лицевая сторона бланка заполняется врачом, обратная - администрацией предприятия. Печать ЛПУ ставится в правом верхнем и нижнем углах бланка. Номер бланка, дата выдачи и продления записываются в амбулаторной карте. Корешки хранятся в ЛПУ. Испорченные бланки подлежат специальному учету.

**32. Организация медицинской помощи рабочим промышленных предприятий.**

Осуществляется медико-санитарными частями (МСЧ), которые являются комплексными медицинскими учреждениями, в состав которого входят различные подразделения в зависимости от численности прикрепленных рабочих. Выделяют 2 основных типа: закрытые (обслуживают только работников) и открытые (обслуживают членов их семей). Выделяют 4 группы МСЧ:

1 группа -МСЧ федерального и ведомственного подчинения

2 группа - открытые МСЧ, превратившиеся в территориальные учреждения здравоохранения

3 группа - открытые МСЧ, являющиеся муниципальной собственностью

4 группа - МСЧ закрытого типа приватизированных предприятий

Функции МСЧ:

* оказание квалифицированной специализированной помощи
* разработка и осуществление мероприятий по оздоровлению рабочих
* контроль за состоянием здоровья, соответствующим условиям труда

Обслуживание осуществляется по принципу цеховых участков (на одном участке 1500-2000 человек). Возглавляет участок цеховой врач-терапевт. Его работа имеет ряд особенностей, т.к. он не ведет прием на дому. Для цехового терапевта рекомендуется чтоб он 3 дня в неделю по 3 часа либо 1 день 9 часов уделял профилактической работе. Цеховой терапевт проводит диспансерное наблюдение за определенными контингентами: здоровые рабочие (беременные, подростки, работающие с проф. вредностями), имеющие хронические заболевания, длительно и часто болеющие. Для приближения мед. помощи к работникам организуют здравпункты (1200 человек - врачебные, 500 - фельдшерские).

Специализированную помощь оказывают в центрах и отделениях профпаталогии.

**33. Номенклатура и МКБ-10, ее роль в практике врача.**

МКБ - система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современное состояние медицинской науки. МКБ пересматривается раз в 10 лет, в данный момент пользуются МКБ-10 1985 года пересмотра, которая в РФ вступила в силу с 1998г. Является нормативным документом в странах СЭВ.

В МКБ-10 все диагнозы, заболевания, клинические обследования и т.д. кодируются трехзначным шифром. Цель МКБ - присвоение каждой нозологической форме рекомендуемого международного названия. Имеется 21 класс болезней. Они разбиты на блоки, рубрики, подрубрики. Классы 1,2, 15-19 созданы по этиологическому принципу. Классы 3-14 построены по анатомическому принципу. 20 класс - внешние причины заболеваемости и смертности. 21 класс - факторы, влияющие на здоровье населения.

Принципы:

1. ограниченное число рубрик охватывает все патологические состояния
2. болезни с особой значимостью представлены отдельными рубриками
3. рубрики для неуточненных состояний используются ограниченно
4. все болезни структурированы: эпидемические, конституциональные, местные, связанные с развитием, травмы

**34. Организация работы женской консультации и стационара родильного дома, основные показатели деятельности.**

Женская консультация - лечебно-профилактическое учреждение диспансерного типа. Чаще ЖК размещаются в составе крупных поликлиник. Функции:

* оказание лечебной, профилактической и социально-правовой помощи женщинам во время беременности и после родов
* снижение материнской и перинатальной смертности
* снижение невынашивания беременности
* подготовка беременных к родам
* лечебная помощь при гинекологических заболеваниях
* санитарно-гигиеническое просвещение женщин
* оказание социально-правовой помощи женщинам

Работа построена по территориально-участковому принципу, один участок включает 4000-4500 женщин. Каждые 1,5-2 года акушер-гинеколог работает по 3-4 месяца в стационаре, 2 раза в месяц дежурят в стационаре родильного дома.

Родильный дом включает: приемно-пропускной блок, физиологическое отделение, обсервационное отделение, отделение новорожденных, отделение патологии беременных, гинекологическое отделение. При этом 60% должно приходиться на акушерские койки и 40% на гинекологические.

*Основные показатели деятельности ЖК:*

 число беременных под наблюдением в ЖК × 100

1. полнота охвата беременных = ---------------------------------------------------------------------------------

диспансерным наблюдением число всех беременных, родивших в данном году

2. своевременность поступления на учет беременных: раннее (до 12 недель), позднее (после 7 месяцев)

 число беременных, поступивших в данном сроке × 100

своевременность поступления = ---------------------------------------------------------------------------------

 число беременных под наблюдением ЖК в данном году

3. регулярность наблюдения за беременными

 число родивших беременных × 100

4. соотношение роды\аборты = ----------------------------------------------------------

 родившие беременные + сделавшие аборт

 число беременных, родивших на 15 дней раньше\позже срока × 100

5. частота ошибок в = ------------------------------------------------------------------------------------------------

определении срока число родивших женщин, получивших дородовый отпуск

*Основные показатели деятельности роддома:*

* + 1. материнская смертность
		2. перинатальная смертность
		3. заболеваемость новорожденных
		4. частота послеродовых осложнений и заболеваний родильниц
		5. частота акушерских операций и пособий

**35. Организация лечебно-профилактической помощи городскому населению. Структура, функции и качественные показатели деятельности городской поликлиники.**

Основные принципы оказания лечебно-профилактической помощи населению:

* синтез лечебного дела и профилактики
* диспансеризация определенных контингентов (дети, беременные)
* учасктов-территориальное обслуживание
* доступность
* частичная бесплатность в рамках ОМС
* высокая квалификация медицинских работников
* преимущественное обслуживание работников крупных предприятий по месту работы и жительства
* объединение поликлиник и стационаров

Классификация ЛПУ:

1. ЛПУ
	* больницы
	* ЛПУ особого типа
	* диспансеры
	* амбулаторно-поликлинические учреждения
	* учреждения скорой медицинской помощи
	* учреждения охраны материнства и детства
	* хосписы
	* МСЧ
2. Санитарно-профилактические учреждения
* центры СЭС
* учреждения санитарного просвещения
1. Учреждения судебно-медицинской экспертизы
2. Аптечные учреждения

Городская поликлиника работает по участково-территориальному принципу. Мощность зависит от количества посещений в смену (120-1200). Возглавляет главный врач, имеет заместителей (по экономике, экспертизе, АХЧ, лечебной работе). Планирование работы осуществляется по приказу №999. На 10000 населения приходится 9,315 врачебной должности + 4 стоматолога, 5,9 терапевтов, 0,1-0,6 узких специалистов. Норма для приема терапевта 5 человек в час, хирурга - 9 человек в час. Функция врачебной должности терапевта 5500, хирурга 11500, узкие специалисты 13500. Врачи работают по различным системам: двухзвеньевой (дом\прием), трехзвеньевой (дом\прием\стационар), чередующейся (1,5 года - поликлиника, 3 месяца - стационар).

Структура поликлиники:

1. руководство поликлиникой
2. регистратура и справочный стол
3. лечебно-профилактические отделения
4. вспомогательные и диагностические отделения

Основные показатели деятельности поликлиники:

 число занятых должностей × 100

уровень укомплектованности штатов = ------------------------------------------------------

 число штатных врачебных должностей

 число занятых должностей

коэффициент совместительства = ---------------------------------------------

 число физических лиц

Плановая функция врачебной должности = (нагрузка на приеме + нагрузка дома) × 282

 число посещений за год

число посещений на 1 жителя в год = -----------------------------------------------

 число прикрепленного населения

 число проф. посещений × 100

удельный вес проф. посещений = ----------------------------------------------

 число всех посещений

 осмотренные × 100%

% выполненных профосмотров = --------------------------------------------------

 число подлежащих осмотру

уровень и структура заболеваемости

 число находившихся за год под «Д» наблюдением × 100

полнота «Д» наблюдения = ---------------------------------------------------------------------------

 число больных данной патологией

 число санированных × 100%

% санированных лиц = -------------------------------------------------

 число подлежащих санации

 число отпущенных процедур

число ФТО на 1 больного = -------------------------------------------------

 число окончивших лечение

**36. Структура и управление городской больницей. Основные качественные показатели деятельности стационара городской больницы. Противоэпидемические мероприятия.**

Городская больница - ЛПУ, обеспечивающее квалифицированную медицинскую помощь населению. Классификация: многопрофильные и специализированные, объединенные и необъединенные с поликлиникой, по мощности. Возглавляет больницу главный врач, который имеет заместителей по поликлинике, АХЧ, лечебной работе, орг.-метод. работе. Противоэпидемические мероприятия: соблюдение сан. - эпид. режима, изоляция инфекционных больных. санитарная обработка больных и их вещей, система обработки медицинского инструментария и т.д.

Основные показатели:

 число коек × 1000

обеспеченность коечным фондом = ---------------------------------------------- (по РФ 85 на 10000, ТО 123,4)

 численность населения

 число койко-дней

среднегодовая занятость койки = ---------------------------------------- ( РФ 306)

 среднегодовое число коек

 число койко-дней

среднее прибывание на койке = -------------------------------------------- (РФ 14-15)

 число прошедших больных

 число больных

оборот койки = ------------------------------------------ (РФ 20)

 число коек

 число умерших × 100%

летальность на 100000 = ------------------------------------------ (РФ 0,1-1%)

 число прошедших

 число выбывших больных × 1000

уровень госпитализированной заболеваемости = ------------------------------------------------- (РФ 180 на 1000,

 численность населения ТО 241,2 на 1000)

 число оперированных × 100%

хирургическая активность = ------------------------------------------------- (РФ 60%)

 число прошедшего населения

**37. Стиль и методы управления. Функции органов управления здравоохранением.**

Управление - это общая функция организованных систем, обеспечивающая сохранение их структуы, поддержание режима деятельности и реализацию ее программ и целей. В управлении всегда имеется субъект и объект управления.

Механизм управления включает принципы, методы и функции.

1. Принципы - это основные правила, которые соблюдаются при принятии решений:
	* научная обоснованность
	* обратная связь
	* разнообразие
	* неизвестная информация об объекте
	* дополнительные взгляды на решение проблем

Современные подходы к управлению: процессный, системный, ситуационный.

* + 1. Методы

 1.Административные

* + организационные - отражают статику управления, между структурами имеются строго определенные связи
	+ распределительные - динамика управления, осуществляется с помощью нормативных и индивидуальных актов

 2. Экономико-математические - группа методов, включающих планирование, прогнозирование и анализ статистического материала. Метод воздействия - материальная стимуляция.

 3. Социально-психологические - существует прямая и косвенная оценка деятельности работников.

Выделяют 3 уровня управления здравоохранением:

* государственный
* региональный
* местный

**38. Статика и динамика населения, методы изучения и основные данные по РФ и странам мира, значение этих данных для здравоохранения.**

Изучаются на основе переписи населения. Складываются из статики (пол, возраст, проживание, национальность, соотношение мужчин и женщин при рождении) и динамики населения. Динамика - изменение численности и состава населения во времени. Различают динамику естественную (рождаемость и смертность) и механическую (миграция). Среди миграции выделяют безвозвратную, временную, сезонную, маятниковую, иммиграцию и эмиграцию.

1. Показатели естественной динамики:

 (число родившихся - число умерших) × 1000

естественный прирост = ------------------------------------------------------------------

 среднегодовое численность населения

 число родившихся за год × 1000

рождаемость = ------------------------------------------------------------------

 среднегодовое численность населения

 число умерших за год × 1000

смертность = ------------------------------------------------------------------

 среднегодовое численность населения

1. Показатели механической динамики:

 число прибывших × 1000

число прибывших на 1000 населения = --------------------------------------------------------

 среднегодовая численность населения

 число выбывших × 1000

число выбывших на 1000 населения = --------------------------------------------------------

 среднегодовая численность населения

миграционный прирост = число прибывших - число выбывших

 миграционный прирост × 100%

коэффициент эффективности миграции = ---------------------------------------------------------

 число прибывших + число выбывших

В среднем в РФ на 100 девочек рождается 105-107 мальчиков, после 50 лет численность составляет в среднем 47% мужчин и 53% женщин. На основании расчета удельного веса лиц 0-14 лет, 15-49, старше 50 лет определяют прогрессивный, регрессивный и стационарный типы населения. В РФ в настоящее время определяется регрессивный тип. Состав лиц в возрасте 60 лет и страше составляет окло 12,5% населения. Число городских жителей составляет 73%. Рождаемость по РФ на 1999г. составила 8,9‰, смертность 12,7‰, младенческая смертность 16,8‰, брачность 18‰, разводимость 10,5‰. За 2003 год рождаемость по РФ на 100 населения составила 10‰ (США 14‰, Европа 11‰, мир 21,5‰ ), а смертность 16‰(США 9‰ , Европа 10‰, мир 8,4‰ ). Коэффициент естественного прироста сохраняется отрицательный (-0,7). Из стран Европы отрицательный естественный прирост наблюдается в Германии, Италии, и практически всех странах бывшего СССР.

**39. Смертность населения и методика ее изучения. Динамика смертности, ее причины. Средняя продолжительность предстоящей жизни, социально-гигиенические аспекты долголетия.**

На 2003 год смертность в РФ составляла 16‰(США 9‰ , Европа 10‰, мир 8,4‰ ). Основные причины смертности в РФ:

1 место - болезни сердечно-сосудистой системы

2 место - онкологические заболевания

3 место - травмы, отравления и несчастные случаи

Смертность высчитывается по полу, возрасту, нозологическим формам и т.д. Основной документ для учета смертности - врачебное или фельдшерская справка о смерти, свидетельство о перинатальной смерти. Высокие показатели смертности отмечаются у детей до 1 года, затем они снижаются и держатся на минимальном уровне от 5 до 14 лет. после 15 лет риск смерти увеличивается. Резкие подъемы наблюдаются после 50, 80 и 85 лет. Смертность мужчин во всех возрастных группах выше, чем женщин.

Средняя продолжительность предстоящей жизни - это среднее число лет, которое предстоит прожить поколению при условии неизменных повозрастных коэффициентов смертности. В 1996г. СППЖ в РФ составила 65,9 лет (мужчины 59,8, женщины 72,5). Увеличение СППЖ идет наряду с постарением населения.

**40. Структура. задачи, управление и организация объединенной детской больницы. Качественные показатели деятельности.**

Объединенная детская больница обслуживает детей доо 16 лет включительно, после чего они передаются во взрослую поликлинику под наблюдение участкового врача. Объединенная детская больница включает поликлинику, стационар по профилю и возрастам, лечебно-диагностическое отделение, паталогоанатомическую службу, молочная кухня. Наблюдение в поликлинике осуществляется по системе единого педиатра. На 10000 человек норма 12,5 педиатров и 0,45 хирургов. Размер педиатрического участка составляет 700-800 детей всех возрастов. В час педиатр принимает 5 человек, осматривает 7 человек, на дому 2 человека в час.

Показатели работы детской поликлиники:

* % охвата беременных дородовым патронажем
* ранний охват набюдением врачом и медицинской сестрой новорожденных (первые 3 дня)
* охват диспансерным наблюдением детей в возрасте 3 и 7 лет, детей, имеющих хронические заболевания
* % детей, находившихся на грудном вскармливании до 3 и 6 месяцев
* своевременность и полнота профилактических прививок
* повозрастная структура детей, поступивших под наблюдение
* заболеваемость детей 1 года жизни
* структура заболеваемости детей по данным профосмотров

Детский стационар

Число коек на 10000 человек 7,43, оборот койки 25-26, прибывание на койке 12,6 дней, среднее число коек на 1 должность педиатра - 20. Основные показатели работы:

* оборот койки
* средняя длительность прибывания
* среднегодовая занятость
* летальность
* частота случаев ВБИ (частота заболеваний на 1 случай заноса)
* % расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов

**42. Группировка и сводка статистического материала. Абсолютные и относительные величины.**

Группировка статистического материала осуществляется с целью выделения однородных групп для установления закономерностей. для построения группировки необходимы ответы на 2 вопроса: что должна вскрыть группировка и на каком признаке она должна строиться. Выделяют 2 типа группировки:

1. Типологический - группировка по атрибутивным признакам (пол, возраст, вид заболевания и т.д.)
2. Вариационный - группировка по признакам, имеющим числовое выражение (рост, масса, АД)

Сводка материала - занесение его в таблицы с учетом группировки. Различают простые таблицы, групповые (сочетание 2 признаков, один из которых - в подлежащем, а другой - в сказуемом), комбинационные (сочетание 3 и более взаимосвязанных признаков, и убрать какой-либо невозможно).

Абсолютные величины - численные. Относительные величины - соотношение абсолютных величин. Виды относительных величин:

* интенсивный показатель - частота явления в среде на 1000, 10000, 100000 и т.д.
* экстенсивный показатель - отношение удельной части к целому
* показатель соотношения - соотношение 2 величин к их совокупности
* показатель наглядности - на сколько изменилась 1 совокупность по отношению к другой

Методы графического изображения относительных величин:

* линейная диаграмма
* картограмма
* секторальная
* столбиковая
* внутристолбиковая
* радиальная
* картодиаграмма

**45. Научно-технический прогресс и его влияние на здоровье населения. Сущность и задачи предупредительного и текущего санитарного надзора в РФ.**

Предупредительный санитарный надзор включает:

* учет всех проектируемых и строящмхся объектов и сооржений
* согласование отвода земельного участка под строительство
* рассмотрение, согласование, гигиеническое заключение, утверждение проекта строительства и реконструкции
* систематический контроль за ходом строительства
* прием готового объекта
* предупредительный надзор по охране воздуха, воды, почвы (учет загрязняющих предприятий, лабораторный контроль и т.д.).

Текущий санитарный надзор:

* изучение и оценка условий труда
* контроль за состоянием предприятий
* обнаружение и устранение санитарных вредностей
* изучение заболеваемости и травматизма
* контроль за соблюдением трудового законодательства
* изучение условий нормального развития детей и подростков
* контроль за соблюдением гигиенических норм обучения детей
* контроль состояния почвы, воды, воздуха
* санитарная охрана границ
* контроль соблюдения санитарно-гигиенических норм в производстве пищевых продуктов
* мероприятия по повышению уровня санитарной культуры предприятий
* контроль за выполнением оздоровительных и профилактических мероприятий на предприятиях

**46. Организация, хзадачи и функция МСЭК.**

МСЭК - экспертный орган, осуществляющий экспертизу длительной и полной нетрудоспособности. МСЭК организуются по территориальному принципу: имеются местные первичные МСЭК и высшие МСЭК регионов, краев и областей. В состав МСЭК входит 3 врача (невропатолог, хирург, терапевт), один из которых - председатель, представитель органов соц. защиты, представитель профсоюза и медицинский регистратор. Для проведения экспертизы по специальным заболеваниям приглашаются 2 врача-специалиста и 1 врач смежной специальности. МСЭК принимает решение на основе коллегиального обсуждения. Заключение об инвалидности выдается в виде «справки МСЭК». МСЭК может принимать решение о предоставлении инвалидных колясок. протезировании, направлении в дома-интернаты. Основные функции МСЭК:

* определение состояния трудоспособности
* установление группы инвалидности
* определение причины стойкой нетрудоспособности
* определение времени фактического наступления инвалидности
* установление степени утраты трудоспособности вследствие несчастного случая на производстве
* определение условий труда для инвалидов
* направление на переобучение
* проверка правильности использования инвалидов на работе
* предупреждение инвалидности
* изучение причин инвалидности и участие в их профилактике

**47. Основные методы и принципы планирования здравоохранения. Структура плана. Функция врачебной должности и больничной койки.**

Планирование - способ наиболее рационального и эффективного использования ресурсов с целью наиболее эффективного оказания медицинской помощи. Основные принципы планирования:

* сочетание текущего и долгосрочного планов
* сочетание отраслевых и территориальных планов
* научная обоснованность
* экономическая эффективность с выделением приоритетов
* ресурсное и финансовое обеспечение плана

Методы планирования - это способы изучения процессов экономического развития, с помощью которых устанавливается количественное значение показателей плана. Методы:

1. Аналитический - является ведущим и предлагает планирование на основе исходных позиций и показателей предыдущего года.
2. Нормативный - обеспечивает единство подходов в развитии здравоохранения, осуществляется с применением нормативов.
3. Балансовый - координация отраслевых планов с территориальными планами.
4. Соотношений - установление правильных пропорций
5. Экспериментальный

Функция врачебной должности = (нагрузка на приеме + нагрузка дома) × 282

 среднегодовая занятость койки

Плановая функция койки = -------------------------------------------------------

 среднее прибывание на койке

**50. Медицинское обслуживание детей и подростков.**

В ДДУ, школе и ПТУ на каждого ребенка заводится «индивидуальная карта ребенка». Детей с выявленными нарушениями развития, хроническими заболеваниями, часто болеющих ставят на учет.

ясли: 1 педиатр на 180-200 детей

детский сад: 1 педиатр на 600 детей

школа: 1 врач на 2000 детей

**52. Организация СЭС в РФ. Права и обязанности главного государственного санитарного врача. Формы взаимосвязи СЭС и ЛПУ.**

Основа - постановление правительства РФ от 2004г., которым деятельность системы СЭС возложена на Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. В ее состав входят:

* Министерство Здравоохранения РФ (департамент по ГСЭН)
* Федеральный центр ГСЭН, центры в субъектах, регионах, городах, районах РФ
* Учреждения ГСЭН министерств и ведомств

Отделившиеся структуры: «Центры гигиены и эпидемиологии субъектов РФ» и «Центры дезинфекционного профиля»

В организации СЭС РФ выделяют 3 уровня:

1 уровень - центры ГСЭН в городах, районах, межрайонные и т.д. (исполнение).

2 уровень - центры ГСЭН республик, краев, областей, регионов ( орагнизация и контроль исполнения).

3 уровень - Министерство Здравоохранения РФ (Департаменть ГСЭН) (управление).

Права и обязанности главного государственного санитарного врача:

* вносить предложения в органы управления и государственной власти по вопросам санитарного законодательства, планов развития территорий и работ, условий труда граждан и т.д.
* беспрепятственно посещать и обследовать учреждения
* предъявлять организациям и гражданам требования
* назначать проведение специальных экспертиз и консультаций
* выявлять и устанавливать причины и условия распространения различных заболеваний и отравлений
* приостанавливать и прекращать любые виды работ до проведения необходимых мероприятий и устранения нарушений
* принимать решения об отстранении от работы инфицированных граждан, проведении обследования населения, госпитализации и изоляции инфекционных больных, проведении дезинфекции, дезинсекции и дератизации, проведении профилактических прививок и т.д.
* вызывать в учреждения ГСЭН должностных лиц и граждан для рассмотрения материалов при нарушении санитарного законодательства
* рассматривать дела о санитарных правонарушениях
* предъявлять требования об уплате штрафов. возмещении ущерба и т.д.
* без ограничений получать от граждан и предприятий необходимые документы
* изымать образцы любых материалов для проведения контроля

СЭС контролирует деятельность ЛПУ, совместно они проводят профилактические и противоэпидемические мероприятия. При любом случае острого инфекционного заболевания или отравления любой медицинский работник в течении 12 часов отправляет в СЭС форму 058\у, по которой врач СЭС проводит расследование.

**53. Организация санитарной охраны границ. Учреждения, методы работы. Международная санитарная конвенция.**Санитарная охрана границ - совокупность административных, медико-санитарных и противоэпидемических мероприятий, имеющих целью предупреждение заноса на территорию страны [карантинных болезней](http://www.cultinfo.ru/fulltext/1/001/008/059/008.htm) человека и животных, а также некоторых вредителей сельскохозяйственных растений. Санитарная охрана границ в отношении карантинных болезней человека регулируется международными санитарными правилами, утвержденными Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и рядом международных соглашений. Административные меры — временное воспрещение въезда и выезда, ограничение почтовых операций и торговли, в исключительных случаях — закрытие государственной границы. Медико-санитарные, противоэпидемические меры — санитарный осмотр транспорта, медицинский осмотр пассажиров, проверка международных свидетельств о прививках, госпитализация больных, изоляция контактировавших с ними, [обсервация](http://www.cultinfo.ru/fulltext/1/001/008/083/283.htm), [дезинфекция](http://www.cultinfo.ru/fulltext/1/001/008/021/569.htm) и др. В некоторых странах, в том числе в СССР, практикуется контроль за соблюдением правил как в отношении въезжающих, так и в отношении выезжающих из страны лиц.   Для предупреждения сибирской язвы, туляремии, бруцеллёза и других заболеваний, которые могут быть завезены из-за границы с шерстью, шкурами и т.п., мероприятия по санитарной охране границ СЭС проводит совместно с ветеринарно-санитарным надзором.

Для предупреждения распространения болезней по территории РФ осуществляются 2 группы мероприятий: санитарно-карантинный контроль в пропускных пунктах на границе и профилактические мероприятия на территории РФ. Санитарно-эпидемиологические требования к товарам, веществам, отходам и грузам, ввозимым на территорию Российской Федерации, регламентируются нормативными правовыми актами Российской Федерации. В пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации органом исполнительной власти в области санитарно-эпидемиологического благополучия в установленном порядке создаются подразделения органов санитарно-карантинного контроля. Международная санитарная конвенция была подписана правительством СССР в 1926 году и определяет основные правила и сроки карантинных мерприятий.

**55. Сельская районная больница. Функции главного врача.**

*Центральная районная больница.*

Расчетное число коек 4-6 на 1000 жителей. Выделяют 6 категорий районных больниц:

1 категория - более 350 коек

2 категория -300-350 коек

3 категория - 250-300 коек

4 категория 200-250 коек

5 категория 150-200 коек

6 категория 100-150 коек

Число отдельных специалистов и отделений определяется по количеству прикрепленного населения. Обязательно имеется стационар. поликлиника, организационно-методический кабинет, отделение скорой помощи, районный центр СЭС.

Задачи ЦРБ:

* обеспечение населения специализированной помощью
* руководство учреждениями здравоохранения района
* планирование, финансирование и снабжении ЛПУ района
* повышение квалификации

Функции главного врача:

* руководство деятельностью ЦРБ
* руководство работой всех учреждений здравоохранения района
* ответственность за организацию и уровень здравоохранения района

**43. Методика определения потребности населения в стационарной и поликлинической помощи.**

***Поликлиническая помощь:***

1. В основе планирования лежит количество посещений, которое определяется числом населения:

 Л × Н

 К = -----------------

 1000

К - планируемое количество посещений, Л - норматив посещений в год, Н - число населения территории

2. Норматив посещений зависит от плановой функции врачебной должности:

Фп = (нагрузка на приеме + нагрузка дома) × 282

3. Фактическая функция врачебной должности

 число посещений за год

 Фф = ---------------------------------------------

 число занятых должностей

4. Определение потребности населения во врачах определяется нормативом посещений по всем видам:

 Л × Н

 В = ------------------

 Ф п

В - необходимое количество врачебных должностей, Л - норматив посещений в год, Н - количество населения, Фп - плановая функция врачебной должности.

5. Норматив врачебных должностей на 10000 населения:

 Л × 10000

 N = ---------------------------

 Фп

Л - норматив посещений в год, Фп - плановая функция врачебной должности.

***Стационарная помощь:***

1. Потребность в госпитализации по территории:

 Л × Н

 Р = ----------------------

 1000

Л - норматив уровня госпитализации, Н - количество населения.

2. Определение числа койко-дней на 1000 населения:

Кд = У × Т

У - уровень госпитализации, Т - средне время прибывания на койке

3. Плановая функция койки:

 Д

 Фкп = ------------

 Т

Д - среднегодовая занятость койки, Т - среднее время прибывания на койке.

4. Потребность в койках:

 Р

К = ------------------

 Фпк

Р - потребность в госпитализации, К - потребность в койках

Формула Розенфельда:

 Н × Р × Т

 К = ------------------------

 Д × 1000

К - потребность в койках, Н - число населения, Р - потребность в госпитализации, Т - среднее время прибывания на койке, Д - среднегодовая занятость койки

**58. Взаимосвязь родильного дома и детской поликлиники, патронажный метод работы врача-педиатра.**

Сведения о беременной поступают в детскую поликлинику с 6-7 месяцев беременности, участковая сестра осуществляет патронаж беременной, дает рекомендации по приобретению предметов для ухода за ребенком. Накануне выписки из роддома детскую поликлинику оповещают звонком или телефонограммой по форме 113\у (отрывной талон обменной карты). Первый патронаж осуществляется совместно сестрой и врачом на дому в течение первых 3 суток. На 1 месяце врач посещает ребенка по мере необходимости, медицинская сестра - 2 раза. В течение 1 года ребенок наблюдается педиатром 1 раз в месяц, с 1 по 3 год - 1 раз в квартал, с 3 до 7 лет - 1 раз в год с заключительным диспансерным обследованием в возрасте 7 лет перед поступлением в школу.

**61. Организация работы регистратуры амбулаторно-поликлинических учреждений. Отделение реабилитации пликлиники.**

Регистратура - структурное подразделение поликлиники, в котором осуществляется запись к врачу. Выделяют 2 типа регистрации: централизованная (единая для всех специалистов) и децентрализованная (отдельные регистратуры для педиатрии, стоматологии и т.д.). Работают в регистратуре лица с любым средним образованием, подготовленные учреждением к выполнению данной работы. Заведует регистратурой сотрудник со средним медицинским образованием. Рядом с регистратурой вывешивается справочная информация. Может существовать самозапись к врачам. Отдельные регистраторы осуществляют запись по участкам, к врачам-специалистам, оформляют больничные листки, выдают анализы и т.д. В регистратуре хранятся медицинские карты, являющиеся единым документом.

Виды реабилитации:

* медицинская
* социальная
* профессиональная
* психологическая

**62. Организация экспертизы ВУТ в ЛПУ. Обязанности лечащего врача, заведующего отделением, заместителя главного врача по клинико-экспертной работе.**

Выделяют 5 уровней экспертизы ВУТ:

1 уровень - лечащий врач

2 уровень - КЭК ЛПУ

3 уровень - КЭК органа управления здравоохранением территории

4 уровень - КЭК органа управления здравоохранением субъекта федерации

5 уровень - главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности МЗ РФ.

Лечащий врач:

* определяет признаки ВУТ
* фиксирует данные пациента, план обследования и лечения в первичной медицинской документации
* рекомендует лечебно-оздоровительные мероприятия. назначает дополнительные обследования
* выдает листок нетрудоспособности ли справку
* при последующих наблюдениях отражает динамику заболевания и эффективность лечения
* своевременно направляет пациента на КЭК при необходимости продления листка свыше 30 дней
* выявляет признаки стойкого ограничения трудоспособности и направляет пациента на МСЭК
* выявляет и диспансеризует длительно и часто болеющих граждан
* при выписке отражает в первичной документации состояние больного и аргументирует выпсику
* изучает причины ВУТ и занимается профилактикой

Заведующий отделением:

* организует постоянный контроль за врачами по организации лечебно-диагностического процесса и экспертизе ВУТ
* проводит экспертную оценку качества оказания медицинской помощи и медицинских документов по окнчании лечения
* совместно с лечащим врачом направляет больного на КЭК и МСЭК
* ежемесячно анализирует причины и сроки ВУТ
* контролирует повышение квалификации врачей в вопросах экспертизы ВУТ

Заместитель главного врача:

* возглавляет КЭК
* осуществляет выборочной контроль по медицинской документации
* анализирует клинико-экспертные ошибки
* осуществляет взаимодействие с соответствующей МСЭК
* рассматривает претензии страховых организаций
* организует повышение квалификации врачей по вопросам экспертизы ВУТ.

**63. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности. Уровни и функции КЭК.**

1 уровень - лечащий врач

2 уровень - КЭК ЛПУ

3 уровень - КЭК органа управления здравоохранением территории

4 уровень - КЭК органа управления здравоохранением субъекта федерации

5 уровень - главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности МЗ РФ.

КЭК организуется в государственных и муниципальных ЛПУ для обсуждения и решения всех клинико-экспертных вопросов. КЭК возглавляется заместителем руководителя по клинико-экспертной работе В состав КЭК входят ведущие специалисты ЛПУ или территорий, решение принимается большинством голосов.

Функции КЭК ЛПУ:

* продляет листки нетрудоспособности свыше 30 дней
* осуществляет экспертизу ВУТ в сложных ситуациях
* принимает решение о необходимости направления на лечение за пределы территории
* направляет пациента на МСЭК
* дает заключения о необходимости перевода трудоспособных лиц на другую работу
* рассматривает иски и претензии страховых фирм
* дает заключение о предоставлении академичесокго отпуска или об освобождении от экзаменов в школах

Функции КЭК орагна управления здравоохранением:

* выборочная экспертиза и оценка качества медицинской помощи
* контроль выполнения нормативных актов по ВУТ
* решения в сложных и конфликтных случаях

Главный внештатный специалист по КЭК МЗ РФ:

* анализ и контроль состояния и качества медицинской помощи населению и экспертизы ВУТ
* анализ причин заболеваемости с утратой трудоспособности
* взаимодействие с органами социальной защиты
* организует мероприятия по систематическому повышению квалификации врачей
* рассматривает наиболее сложные случаи и жалобы населения
* определяет потребность ЛПУ в бланках листов нетрудоспособности

**67. Основные учетно-отчетные документы в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Ошибки статистического исследования. Использование талонов амбулаторного пациента для анализа заболеваемости населения.**

Виды учетно-отчетных документов:

* медицинская карта амбулаторного больного
* статталон для регистрации заключительного диагноза
* экстренное извещение об инфекционном заболевании, отравлении, реакции на прививку (058\у)
* талон на прием к врачу
* книга записи вызовов врача на дом
* книга регистрации выданных листков нетрудоспособности
* дневник работы врача
* карта диспансерного наблюдения
* список лиц, подлежащих целевому медосмотру
* листок нетрудоспособности
* талон направления на госпитализацию
* направление на консультации и во вспомогательные кабинеты
* врачебное свидетельство о смерти
* журнал учета инфекционных заболеваний
* рецепты

Ошибки статистического исследования:

1. Методические (неправильный выбор объекта, неправильная группировка, излишняя детализация и т.д.)

2. Логические (формализация оценки числовых данных)

3. Неправильная оценка показателей

**68. Закон больших чисел как теоретическая основа выборочного метода исследования, требования к выборочному методу.**

З-н: чем больше выборка, тем точнее результа.

Выборочный метод наблюдения использует для анализа выборочную совокупность (часть генеральной совокупности, отобранная специальным методом для характеристики генеральной совокупности) как часть генеральной совокупности (все еденицы наблюдения).

Закон больших чисел имеет 2 положения для выборочного исследования:

* по мере увеличения числа наблюдений результаты исследования выборочной совокупности стремятся воспроизвести результаты генеральной совокупнтси
* при достижении определенного числа наблюдений в выборочной совокупности результаты исследования будут максимально приближаться к данным генеральной совокупности

Требования к выборке:

1. Она должна обладать репрезентативностью, т.е. представлять свойства генеральной совокупности
2. Должно быть достаточное число наблюдений

**70. Средний уровень признака как свойство статистической совокупности. Методика вычисления средних величин, их оценка и применение в практике врача.**

Статистическая совокупность - это группа из большого количества относиетльно однородных едениц наблюдения, взятых в определенных рамках времени и пространства.

Свойства статистической совокупности:

* характер распределения изучаемого явления
* средний уровень явления
* разнообразие едениц наблюдения
* взаимосвязь между изучаемыми признаками
* репрезентативность

Виды средних величин:

* мода (величина признака. чаще всего встречающаяся в вариационном ряду)
* медиана (величина признака. занимающая срединное положение в вариационном ряду)
* средняя арифметическая : простая (сумма признаков поделенная на их количество), взвешенная (каждый признак умножается на его количество, а затем делится на общее число), способ моментов.

При вычислениях по способу моментов польхзуются формулой:

 ∑ a × p

 М = А + i × ------------

 n

A - условная средняя (встречается чаще всего), а - отклонение от условной средней ( выщитывается как v - а для каждого варианта), i - интервал между группами признаков.

В медицине используются для высчитывания норм (клеток крови, средних показателей физического развития и т.д.).

Свойства средней арифметической:

* занимает срединное положение в вариационном ряду
* за средней не видны случайные колебания
* сумма отклонения всех вариантов от средней равно 0

**71. Понятие об углубленном анализе заболеваемости с ВУТ. Основные показатели заболеваемости с ВУТ и их оценка.**

1. Структура ВУТ по отдельным нозологическим формам

2. Число случаев нетрудоспособности

 абсолютное число случаев × 100

 число случаев ВУТ = -----------------------------------------------------------

 среднегодовое число рабочих

1. Число дней нетрудоспособности

 абсолютное число дней × 100

число дней ВУТ = -----------------------------------------------------------------------

 среднегодовое число рабочих

1. Средняя продолжительность 1 случая ВУТ

 абсолютное число дней × 100

средняя продолжительность случаю ВУТ = ----------------------------------------------

 абсолютное число случаев

**72. Среднее квадратическое отклонение, его вычисление. Сигмальные зоны и их оценка. Разнообразие признака как свойство статистической совокупности.**

Среднеквадратическое отклонение показывает разнообразие признака в совокупности. Для определения используется формула:

 ∑d² × p

 σ = --------------------

 n - 1

Определение по способу моментов:

 ∑a²p - ∑ap ²

 σ = -------- --------

 n n

 d = v - M (истинное отклонение)

Теорией статистики доказано, что при нормальном распределении М+ 3σ охватывает почти весь вариационный ряд.

**73. Центр санитарно-эпидемиологического надзора, его структура. функции, задачи.**

Структура зависит от численности прикрепленного населения. В городах с населением менее 60 тысяч организуют отделение госсанэпиднадзора и отделение лабораторного контроля. В городах с населением более 60 тысяч организуют отделение социально-гигиенического мониторинга, отделение Госсанэпиднадзора, отделение лабораторного контроля. Функции дезинфекции и дератизации выполняют «Центры дезинфекционного профиля». В центрах ГСЭН краев и областей выделяются подразделения:

1. Информационно-аналитические
	* социально-гигиенический (отделение изучения здоровья населения, программно-аппаратного обеспечения)
	* организации госсанэпидемслужбы (отделения организации и планирования, подготовки кадров, метрологии и стандартизации, гигиенического образования)
		1. Организационные
			+ отдел организации ГСЭН (отделения эпидемиологии, гигиены питания, труда. детей и подростков, коммунальной гигиены, санитарно-карантинное, радиационной гигиены)
			+ отдел организации лабораторного контроля (химическая, микробиологическая и физическая лаборатории)
		2. Обеспечения

**75. Система подготовки и переподготовки медицинских кадров. Пути совершенствования подготовки медицинских кадров. Аттестация медицинских кадров.**

На додипломном этапе подготовка в медицинских ВУЗах осуществляется по 7 специальностям: лечебное дело, педиатрия, сестринское дело, стоматология, медико-профилактическое дело, валеология, фармация. ВУЗ имеет право изменять специальные дисциплины в пределах 5%, а остальные - в пределах 10% от установленных, не превышая максимального объема. Системы экстерната и заочного обучения не применяются. Занимается додипломный этап итоговой междисциплинарной государственной аттестацией: тестирование, практические навыки и собеседование. Около 50% получают распределение на работу, 30% находят работу самостоятельно.

Постдипломное образование включает: интернатура (1 год), ординатура (2-3 года), подготовка по образовательно-профессиональным программам (1-4 года), аспирантура и докторантура. Программа включает 3 обязательных блока: базисный, организационный и фундаментальный.

В соответствии с законодательством РФ к занятию профессиональной деятельностью допускаются лица со средним или высшим медицинским образованием, имеющие диплом. сертификат и лицензию на определенные виды деятельности. Сертификат выдается ВУЗами по окнчанию постдипломной подготовки врача и подтверждается каждые 5 лет после сдачи экзамена соискателя сертификата. Аттестация врачей проводится по их желанию с присвоением квалификационной категории. Ператтестация осуществляется каждые 5 лет. Аттестационные комиссии создаются при органах управления здравоохранением. Вторая категория присваивается при работе по специальности не менее 5 лет (включая ординатуру, интернатуру и аспирантуру по специальности), вторая - 7 лет, высшая - 10 лет. При отказе от переаттестации установленная ранее категория утрачивается.

**76. Этапы статистического исследования. Виды статистического наблюдения.**

Этапы исследования:

1. Составление плана и программы исследования
2. Сбор материала и статистическое наблюдение
3. Разработка материала: проверка, шифровка, разметка, раскладка, составление таблиц
4. Анализ полученных данных, выводы, предложения

Виды статистического наблюдения:

1. По охвату наблюдения:
	* сплошное (регистрация всех едениц наблюдения)
	* выборочное:
		+ случайное
		+ механическое (по признаку)
		+ типологическое (из типичных групп совокупности)
		+ серийное (выбор из совокупности серий)
		+ парно-сопряженное (сопряженные еденицы контрольной и исследуемой групп)
		+ направленное (по комплексу признаков)
		+ когортное (совокупность, объединенная наступлением признака в один временной период)
2. По времени наблюдения:
	* единовременное
	* текущее
		+ 1. По виду наблюдения:
	* непосредственное
	* выкопировка сведений (из документов)
	* анамнестический

**86. Статистика как общественная наука. Статистическая совокупность и ее групповые свойства.**

Статистика - это общественная наука, изучающая количественную сторону массовых в неразрывной связи с их качественной стороной. Санитарная статистика является разделом социальной гигиены и состоит из статистики здоровья и здравоохранения. Статистическая совокупность - эта группа относительно однородных величин, взятых в определенных рамках времени и пространства.

Свойства статистической совокупности:

* характер распределения
* репрезентативность
* взаимосвязь
* разнообразие
* средний уровень

**81. Методика стандартизации коэффициентов в оценке здоровья населения.**

Стандартизация - это процесс преобразования коэффициентов. позволяющий устранить влияние различий в составе сравниваемых групп. Применяется при сравнении интенсивных показателей разлдичных по составу групп.

Виды:

1. Прямой:
	* расчет интенсивных показателей по группам
	* выбор и расчет стандарата
	* определение «ожидаемых» величин в каждой группе
	* расчет стандартизованных величн
	* анализ
2. Косвенный:
* выбор и расчет стандарта
* вычисление «ожидаемого числа» показателей
* определение стандартизованных показателей по формуле:

 фактическое число больных × общий показатель стандарта

ст. показатель = ----------------------------------------------------------------------------------------------

 «ожидаемое» число больных

1. Обратный:
* выбор стандарата
* вычисление «ожидаемой» численности населения в каждой группе

**87. Методы социально-гигиенических исследований.**

Методы:

* исторический
* экспертный
* социологический
* системный анализ
* организационный эксперимент
* экономический (нормативный, планирования)
* комплексный
* методы клинической эпидемиологии и доказательной медицины

Типы исследований:

* 1 фактор - 1 результат
* комплекс факторов - 1 результат
* 1 фактор - комплекс результатов
* комплекс факторов - комплекс результатов

**92. Оценка достоверности результатов исследования.**

Достоверность статистических показателей - степень соответствия их действительности. Оценить достоверность означает определить, с какой вероятностью можно перенести результаты, полученные на выборочной совокупности, на генеральную. Оценка результатов исследования предусматривает определение:

1. Ошибка репрезентативности - определяет, насколько результаты привыборочном исследовании отличаются от результатов, которые могли быть получены при сплошном исследовании всех элементов. Высчитывается отдельно для средних величин (М) и относительных (Р).

 σ P × q

 m = ---------------- m = √ ------------------

 n n

M - средняя величина, Р - относительная величина, σ - среднеквадратическое отклонение, m - средняя ошибка, q = 100 (или 1000, 10000) - Р, n - число наблюдений

2. Определение доверительных границ М и Р показывает границы, выход за которые в следствии случайных колебаний имеет незначительную вероятность.

Мген = Мвыб + tm Рген = Рвыб + tm

 t - доверительный критерий, устанавливаемый при планировании исследования

3. Определение разности достоверности величин

 М1-М2 Р1-Р2

 t = -------------------------------- t = ------------------------------

 √ m1² + m2 ² √ m1² + m2 ²

Разность достоверна при t > 2, что соответствует p > 95%

4. Оценка достоверности различия сравниваемых групп по критерию соответствия χ²

 ∑ (φ - φ1) ²

 χ² = --------------------

 φ1