

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Кафедра основ медицинских знаний

**И.Г. Кретьова, Е.А. Косцова**

# **ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

*Часть 2*

*Утверждено Редакционно-издательским советом  
университета в качестве учебного пособия*

Самара  
Издательство «Самарский университет»  
2008

УДК 614  
ББК 51.1  
К 80

Рецензент д-р пед. наук, проф., зав. кафедрой теории и технологии  
социальной работы Л.В. Куриленко

**Кретьова И.Г.**

К 80 **Основы социальной медицины: учеб. пособие: в 2 ч. Ч. 2 /**  
И.Г. Кретьова, Е.А. Косцова; Федеральное агентство по образова-  
нию. – Самара: Издательство «Самарский университет», 2008. –  
292 с.

Предлагаемое учебное пособие посвящено проблемам социальной меди-  
цины в Российской Федерации. Пособие состоит из двух частей, включает  
в себя основные разделы курса и составлено в соответствии с требованиями,  
предъявляемыми к учебной литературе. В книге рассмотрены фундамен-  
тальные понятия социальной медицины, дана общая характеристика состояния  
здоровья различных категорий населения, представлены методы и критерии  
его оценки, ведущие факторы, влияющие на него. Уделено внимание системам  
организации здравоохранения в Российской Федерации и за рубежом, видам  
оказания медицинской помощи. Рассмотрены вопросы медико-социальной  
экспертизы и реабилитации и медико-социальные проблемы наиболее уязви-  
мых слоев населения. Описаны алгоритмы оказания медицинской помощи при  
неотложных состояниях в мирное время и при чрезвычайных ситуациях,  
а также основы ухода за больными на дому.

Рекомендовано студентам высших учебных заведений, обучающимся по  
специальности «Социальная работа», практическим работникам органов соци-  
альной защиты населения, а также широкому кругу читателей.

УДК 614  
ББК 51.1

© Кретьова И.Г., Косцова Е.А., 2008  
© Самарский государственный университет, 2008  
© Оформление. Издательство «Самарский  
университет», 2008

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Глава 1.</b>	<b>Медико-социальные аспекты социальной работы</b>	<b>6</b>
1.1.	Понятие медико-социальной работы, ее цель, направления деятельности	6
1.2.	Взаимосвязь и взаимовлияние медико-социальной работы с другими дисциплинами	7
1.3.	Контингенты медико-социального обслуживания	8
1.4.	Принципы организации медико-социальной работы	8
1.5.	Нормативно-правовая база охраны здоровья населения России	10
1.6.	Медико-социальные услуги населению	10
1.7.	Базовая модель медико-социальной работы	12
<b>Глава 2.</b>	<b>Организация медицинского обслуживания населения в России (Крегова И.Г., Малахова М.А., Малахов А.Г., Чигарина С.Е.)</b>	<b>20</b>
2.1.	Здравоохранение: понятие, принципы, формы и системы	20
2.2.	Системы организации здравоохранения в Российской Федерации	26
2.3.	Организация медицинской помощи населению	29
2.4.	Стандарты медицинской помощи	32
2.5.	Амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь взрослому городскому населению	34
2.6.	Деятельность врачей общей практики (семейных врачей)	38
2.7.	Структура и деятельность городской больницы	42
2.8.	Организация медицинской помощи сельскому населению	44
2.9.	Организация медицинской помощи работникам промышленных предприятий	47
2.10.	Организация медицинской помощи женщинам и детям	50
2.11.	Новые формы организации внебольничной помощи населению	55
2.12.	Медицинское страхование в Российской Федерации	56
2.13.	Организация стоматологической помощи населению	71
2.14.	Организация лекарственного обеспечения населения Российской Федерации ( <b>Обыденникова Т.В.</b> )	73
2.15.	Организация санаторно-курортного лечения	79
2.16.	Всемирная организация здравоохранения	82
2.17.	Международный Красный Крест и общество Красного Полумесяца	86

<b>Глава 3.</b>	<b>Медико-социальная экспертиза и реабилитация</b>	90
3.1.	Причины и виды нетрудоспособности	90
3.2.	Экспертиза временной нетрудоспособности	92
3.3.	Экспертиза стойкой нетрудоспособности (инвалидности)	96
3.4.	Медико-социальная экспертиза	99
3.5.	Медико-социальные аспекты защиты инвалидов	103
3.6.	Медико-социальная реабилитация	104
<b>Глава 4.</b>	<b>Медико-социальная помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями</b>	111
4.1.	Атеросклероз и ишемическая болезнь сердца. Профилактика атеросклероза	111
4.2.	Инсульт, факторы риска, профилактика	113
4.3.	Артериальная гипертония, факторы риска. Медицинские и социальные проблемы больных артериальной гипертонией	115
4.4.	Организация медицинского обслуживания больных сердечно-сосудистыми заболеваниями	117
4.5.	Медико-социальная работа с больными сердечно-сосудистыми заболеваниями	118
<b>Глава 5.</b>	<b>Медико-социальная помощь травматологическим больным</b>	121
5.1.	Понятие травматизма и его виды. Производственный травматизм	121
5.2.	Детский травматизм. Причины и виды бытового травматизма у детей	122
5.3.	Этапы травматологической помощи и профилактика травматизма	126
<b>Глава 6.</b>	<b>Медико-социальная помощь больным психиатрического профиля</b>	128
6.1.	Организация психиатрической помощи в Российской Федерации	128
6.2.	Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь	129
6.3.	Психиатрическое освидетельствование	133
6.4.	Оказание амбулаторной и стационарной психиатрической помощи	133
6.5.	Принудительное лечение	136
6.6.	Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения	137
6.7.	Срочная и неотложная психиатрическая помощь	138
6.8.	Психиатрические учреждения для хронических больных	140
<b>Глава 7.</b>	<b>Медико-социальная работа с больными онкологического профиля</b>	144
7.1.	Характеристика опухолевого процесса. Факторы, способствующие развитию опухолей	144

7.2.	Медико-социальные проблемы в онкологии	147
7.3.	Организация медико-социальной помощи инкурабельным больным в России	148
7.4.	Профилактика онкологических заболеваний	152
<b>Глава 8.</b>	<b>Медико-социальные проблемы лиц пожилого и старческого возраста</b>	156
8.1.	Значимость социальной работы с пожилыми людьми	156
8.2.	Особенности состояния здоровья у лиц пожилого возраста	157
8.3.	Старение и инфекционные болезни	159
8.4.	Психические болезни позднего возраста	161
8.5.	Остеопороз: причины развития, формы, профилактика	166
8.6.	Оказание медико-социальной помощи пожилым гражданам	172
8.7.	Опыт социально-медицинской работы с пожилыми людьми в зарубежных странах	175
<b>Глава 9.</b>	<b>Медико-социальные проблемы работы с детьми</b>	189
9.1.	Дети и общество. Ребенок и семья	189
9.2.	Дети с ограниченными возможностями	192
9.3.	Беспризорность и безнадзорность	196
<b>Глава 10.</b>	<b>Содержание и методика технологий социально-медицинской работы в центрах социального обслуживания различных групп населения</b>	204
10.1.	Медико-социальные аспекты пенитенциарной системы	205
10.2.	Медико-социальные проблемы беженцев и вынужденных переселенцев	209
10.3.	Медико-социальные проблемы граждан с девиантным поведением	213
10.4.	Медико-социальные проблемы бомжей	214
<b>Глава 11.</b>	<b>Социально-медицинская помощь гражданам в чрезвычайных ситуациях</b>	217
11.1.	Общие представления о чрезвычайных ситуациях	217
11.2.	Стихийные бедствия	220
11.3.	Природные пожары	225
11.4.	Пожарная безопасность в учреждениях социальной защиты	226
11.5.	Чрезвычайные ситуации техногенного характера	236
11.5.1.	Химические аварии	237
11.5.2.	Радиационная авария	243
11.5.3.	Понятие йодопрофилактики	247
11.6.	Оказание медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях	248
11.7.	Структура службы медицины катастроф	252
11.8.	Терроризм в современных условиях	259
	<b>Словарь терминов</b>	269
	<b>Библиографический список</b>	285

# ГЛАВА 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

## 1.1. Понятие медико-социальной работы, ее цель, направления деятельности

В «Глоссарии терминов по медико-социальной помощи» Европейского регионального бюро ВОЗ медико-социальная работа определяется как «организованное социальное обслуживание в больнице или вне ее с особым упором на связанные со здоровьем социальные проблемы».

Медико-социальные проблемы клиентов очень разнообразны. Условно их можно разделить на медицинские, связанные с физическим здоровьем; психологические; социально-гигиенические; социальные. В связи с этим **медико-социальная работа** – это новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной на сохранение, укрепление и восстановление здоровья. Она предполагает системное медико-социальное воздействие на ранних этапах развития болезненных процессов, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу.

**Цель медико-социальной работы** – достижение оптимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией в любой возрастной период, лиц пожилого возраста, а также людей с социальным неблагополучием.

Медико-социальную работу условно можно разделить на два основных аспекта:

- медико-социальную работу профилактической направленности;
- медико-социальную работу патогенетической направленности.

*Медико-социальная работа профилактической направленности* включает:

- формирование установки на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья;
- выполнение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья;
- участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях, социальное администрирование, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

*Медико-социальная работа патогенетической направленности* включает:

- мероприятия по организации медико-социальной помощи;

- проведение медико-социальной экспертизы;
- осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пожилых и инвалидов;
- проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения;
- проведение коррекции психического статуса, особенно лиц пожилого возраста;
- создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры;
- обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

Основной стратегической задачей медико-социальной работы с пожилыми людьми следует считать сохранение и улучшение качества их жизни.

## **1.2. Взаимосвязь и взаимовлияние медико-социальной работы с другими дисциплинами**

Медико-социальная работа имеет много общего с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. При этом она не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер деятельности. Оптимальное взаимодействие вырабатывается лишь после длительной совместной работы и соответствующей подготовки специалиста по социальной работе.

Роль социального работника в разрешении всего комплекса проблем клиента, связанных со здоровьем, оказавшегося в сложной жизненной ситуации, должна быть координирующей. Так, если психолог имеет дело с психикой человека, социолог – с его социальными отношениями, врач – с состоянием его физического и психического здоровья, а юрист – с его правовым полем, то социальный работник воспринимает его как целостного индивида в единстве его различных сторон. Квалифицированное и комплексное содействие клиентам в решении их жизненных проблем определяет профессиональные особенности социальной работы.

Являясь видом мультидисциплинарной деятельности и реализуясь в области взаимных интересов здравоохранения и социальной защиты населения, медико-социальная работа использует формы и методы, сложившиеся:

- в системе здравоохранения – профилактические, реабилитационные, психотерапевтические и др.;
- в системе социальной защиты населения – социальное консультирование, социальные пособия, социальное обслуживание на дому, социальное обслуживание в стационарных учреждениях, организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания, предоставление временного приюта и др.

Таким образом, с одной стороны, медико-социальную работу следует рассматривать как разновидность социальной работы, направленной на охрану и поддержку физического и психического здоровья населения, а с другой – это вид деятельности, направленной на достижение «социального благополучия» и значительное улучшение качества их жизни.

### 1.3. Контингенты медико-социального обслуживания

Объектом медико-социальной работы являются различные контингенты лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно потенцируют друг друга и решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и малоэффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку они неизбежно оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной деятельности. К таким контингентам относятся:

- длительно, часто и тяжело болеющие;
- социально дезадаптированные лица;
- инвалиды;
- одинокие престарелые;
- дети-сироты;
- юные матери;
- многодетные и асоциальные семьи;
- пострадавшие от стихийных бедствий;
- мигранты;
- беженцы;
- больные СПИДом и пр.

Численность таких контингентов устойчиво возрастает на протяжении последних лет.

### 1.4. Принципы организации медико-социальной работы

Основными принципами организации медико-социальной работы, позволяющими обеспечить профессиональный целостный подход в этом виде деятельности, являются:

- *экосистемность* – учет всей системы взаимоотношений человека и окружающей его среды, системный анализ взаимосвязей между всеми элементами конкретной проблемной жизненной ситуации и определение на его основе совокупности социально-функциональных действий;
- *полиmodalность* – сочетание в медико-социальной работе различных подходов, способов действия, исходно заданных, типовых в методологическом плане, использующих отдельные конкретные мето-

ды, типовые способы действий, которые функционально ориентированы на определенную цель, на конкретный проблемный контингент, на социально уязвимую или дезадаптированную группу населения;

- *солидарность* – согласованное организационное взаимодействие в процессе медико-социальной работы государственных учреждений, действующих в любой сфере, и учреждений, входящих в структуры организаций с разной формой собственности;
- *конструктивная стимуляция* – отказ социальных служб от исключительно патерналистских форм помощи и опеки, порождающих у их субъектов пассивное иждивенчество, и смещение акцентов на развитие и поощрение личной активности и ответственности клиентов, максимальное использование и развитие их ресурсов;
- *континуальность* – непрерывность, целостность, функциональная динамичность и плановость медико-социальной работы, понимание ее как процесса, использование континуального подхода к ее практике с обязательным планированием последовательных этапов деятельности на основе определения «шагов» постепенного достижения конкретных целей в виде суммы действий и наблюдающихся значимых изменений статуса и модуса субъектов помощи.

Профессиональная медико-социальная работа может эффективно осуществляться в хорошо известных учреждениях социального обслуживания, таких как:

- территориальные центры социальной помощи семье и детям;
- социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних;
- социальные приюты для детей и подростков;
- геронтологические центры;
- стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома, интернаты для умственно отсталых детей, дома-интернаты для детей с физическими недостатками).

Вместе с тем профессиональная медико-социальная работа может проводиться не только в учреждениях здравоохранения или социального обслуживания. Подготовленные квалифицированные специалисты могут выполнять свои функции в любом учреждении независимо от ведомственной принадлежности или формы собственности.

Важным звеном профессиональной медико-социальной работы должны стать органы власти разных уровней и отраслевые органы управления. Объем медико-социальной работы должен быть четко определен на федеральном уровне, уровнях субъектов Российской Федерации и местного самоуправления.

## **1.5. Нормативно-правовая база охраны здоровья населения России**

Главным законодательным документом страны является Конституция Российской Федерации 1993 г., статья 41 которой гласит:

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Скрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

Основой реформы правовой системы здравоохранения являются следующие законы:

- Федеральный закон РФ от 22.07.93 г. № 5487-1-ФЗ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»;
- Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28 июня 1991 г.;
- Закон «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 г. № 4015-1;
- Федеральный закон РФ от 30.03.99 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

## **1.6. Медико-социальные услуги населению**

Любые услуги социальной защиты так или иначе защищают жизнь и здоровье обездоленных людей. Действительно, распределяются ли благотворительные дары, обеспечиваются ли ночлегом бомжи, пресекаются ли наркомания, алкоголизм или другие порочные наклонности, ведется ли доставка дров, лекарств, пенсий, проявляется ли просто участие или интерес к судьбе защищаемых людей – все это прямо или косвенно касается здоровья и жизни подопечных.

Среди разновидностей социальной работы предусмотрены медицинские услуги. Речь идет не о врачебных манипуляциях, а о координационной работе, позволяющей охватить необеспеченных и оказавшихся вне общества лиц услугами, которые так или иначе связаны с защитой их здоровья, т.е. речь идет о так называемых медико-социальных услугах населению. Эта форма социальной работы предусматривает посредничество между учреждениями здравоохранения и населением.

Медико-социальная помощь заключается в решении медицинских, социально-бытовых, психологических, юридических вопросов. В обязанности социального работника входит:

- обеспечение инвалидов медикаментами, продуктами питания по льготным ценам;
- оформление и переоформление документов для направления на медико-социальную экспертизу при стойких ограничениях жизнедеятельности и трудоспособности;
- трудоустройство с использованием различных форм организации труда (надомный труд, неполный трудовой день и т.д.) больных с ограниченными возможностями.

Специалист медико-социального профиля формирует у населения определенные правила поведения, здоровые привычки, что способствует предупреждению хронических заболеваний, повторных обострений, развития осложнений и неблагоприятных исходов.

Медицинский социальный работник, находящийся в структуре медицинского учреждения, высвобождает лечащего врача от непрофильной работы: приема больных, обращающихся для решения медико-социальных вопросов (оформление справок, медицинских карт, выписывание рецептов лекарственных препаратов по социальным показаниям и т.д.). Особенно актуальным этот раздел работы стал в связи с введением в действие закона о монетизации льгот.

Медико-социальный работник находит применение своим знаниям и умениям в таких структурах, как дневной стационар при поликлиниках, стационар на дому, для наблюдения за больными после так называемой «ранней» выписки из хирургического стационара, отделения для долечивания, реабилитационные центры, медицинские учреждения медико-социального обеспечения и др.

В своей работе социальный работник руководствуется как запросами самого населения, так и целесообразностью и полезностью их осуществления в конкретных условиях. Медико-социальные услуги должны быть несложными в организации, доступными для всех слоев населения и социально гарантированными по объему и качеству. Немаловажно заинтересовать и вовлечь само население в проведение социальных программ, а также обеспечить участие в их реализации представителей добровольных организаций, фондов, ассоциаций, служителей церкви.

Вопросы медицинской помощи решаются на уровне первичной медико-санитарной помощи, которая может быть оказана специалистом по медико-социальной работе высшего или среднего уровня совместно с семейным или участковым врачом – врачом первичного контакта.

Таким образом, в компетенцию социальных медиков входят обязанности по изучению условий жизни курируемого населения, выявление участков с неполным набором медицинских услуг, помощь в поиске места

жительства, поддержка усилий социального плана, направленных на улучшение качества жизни, обеспечение здорового досуга, профилактика травматизма, содействие в медицинском страховании, обучение семей навыкам ухода за больными и др. В настоящее время эти обязанности распределены между социальными и медицинскими работниками.

### 1.7. Базовая модель медико-социальной работы

Построение базовой модели основывается на двух положениях [4].

**Первое.** Выделяется пять групп клиентов:

- 1) группы повышенного риска;
- 2) члены семьи клиента и его ближайшее окружение;
- 3) больные с выраженными социальными проблемами;
- 4) длительно и часто болеющие;
- 5) инвалиды.

**Второе.** В работе с каждой из перечисленных групп клиентов специалист выполняет два блока основных мероприятий: медико-социальную работу профилактической направленности; медико-социальную работу патогенетической направленности.

Такой подход при сохранении единства принципов позволяет учесть специфику профессиональной социальной работы с конкретными контингентами различного профиля в отдельных областях медицины или в системе социальной защиты населения.

**Базовая модель медико-социальной работы с клиентами группы повышенного риска.** В каждом конкретном случае это могут быть самые разнообразные группы населения. Так, если медико-социальная работа проводится в направлении профилактики СПИДа среди населения, то группу повышенного риска составят наркоманы, проститутки, гомосексуалисты.

При проведении медико-социальной работы по профилактике наркомании в группу риска войдут дети и подростки из социально-дезадаптированных семей, бездомные дети, дети и подростки с девиантным и деликвентным поведением.

Медико-социальная работа по профилактике туберкулеза предполагает формирование группы повышенного риска из числа лиц без определенного места жительства, клиентов пенитенциарной системы, из малообеспеченных семей и т.д.

При формировании профильной группы риска необходимы знания о причинах данного явления: причинах заболевания, наркомании, алкоголизма и пр., которые позволят в каждом отдельном случае построить дифференцированную модель медико-социальной работы на базе принципов первичной (устранение причин) и вторичной (раннее выявление) профилактики.

*Медико-социальная работа профилактической направленности включает:*

1. Выполнение определенных профилактических мероприятий социально-зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и религиозном уровнях в учреждениях разной ведомственной принадлежности и разных организационно-правовых норм.
2. Проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию и формированию установок на здоровый образ жизни с учетом специфики клиентов групп повышенного риска.
3. Участие в проведении социально-гигиенического мониторинга.
4. Участие в разработке целевых программ профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья, организации медико-социальной помощи на разных уровнях.
5. Содействие медико-генетическому консультированию.
6. Участие в организации профилактических осмотров.
7. Определение факторов риска, влияющих на соматическое, психическое и репродуктивное здоровье, а также развитие генетической и врожденной патологии.
8. Информирование граждан о состоянии индивидуального, общественного здоровья и окружающей среды.

*Медико-социальная работа патогенетической направленности:*

1. Социальная экспертиза семьи.
2. Медико-социальная помощь в планировании семьи, охране материнства и детства.
3. Медико-социальный патронаж семей социального риска.
4. Содействие в обеспечении государственных гарантий в охране здоровья и оказании медико-социальной помощи.
5. Участие в оказании помощи пострадавшим в природных и техногенных катастрофах.
6. Содействие в решении правовых проблем клиента.
7. Психокоррекционная работа.

*Базовая модель медико-социальной работы с членами семей, а также ближайшим окружением клиентов повышенного риска.* При построении базовой модели следует исходить из необходимости поиска оптимальных и наиболее эффективных форм медико-социальной работы, в первую очередь профессиональной деятельности по предупреждению причин, лежащих в основе развития патологии, по предотвращению осложнений и негативных последствий, по реабилитации и реадaptации больных, оказанию им и их семьям адекватной медико-социальной помощи.

*Медико-социальная работа профилактической направленности:*

1. Санитарно-гигиеническое просвещение.
2. Содействие организации досуга, адекватного здоровому образу жизни.
3. Профилактика вовлечения в асоциальные группы.

4. Социально-правовое консультирование.
5. Разрешение проблемных ситуаций и содействие в устранении факторов риска с мобилизацией личностных резервов.
6. Переориентация семейных ролей.
7. Плановый патронаж в семье социального риска.
8. Содействие в разрешении микросредовых проблем в сохранении семейных связей.
9. Содействие разрешению проблемы одиночества.
10. Подготовка супругов и членов семьи к рождению ребенка и принятию его в семью.
11. Содействие членам семьи и ближайшему окружению в доступности необходимой медико-социальной информации о льготах и видах социальной защиты.

*Медико-социальная работа патогенетической направленности:*

1. Преодоление вредных привычек и нездорового образа жизни.
2. Медицинская профилактика, связанная с появлением патологии больного члена семьи.
3. Содействие в своевременной консультации и обращении за специализированной помощью.
4. Организация психологической поддержки клиенту с медико-социальными проблемами членами семьи и ближайшим окружением.
5. Вовлечение членов семьи и ближайшего окружения клиента в деятельность сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового и благотворительного характера.
6. Создание реабилитационной социально-бытовой среды.

***Базовая модель медико-социальной работы с длительно, часто и тяжело болеющими клиентами.*** Решение медицинских проблем у этих групп сопряжено с тяжестью заболевания, его осложнениями и последствиями. У клиентов данной группы имеется постоянная потребность в значительном объеме медико-социальной помощи. Преимущественно организация медико-социальной работы с такими группами связана с деятельностью специализированных медицинских учреждений и других служб.

Специалист по социальной работе осуществляет координацию действий различных специалистов: участкового терапевта, педиатра, геронтолога, врача общей практики (семейного врача), психиатра, нарколога, психолога, юриста.

Существенным на данном этапе работы является вопрос о возможной передаче части функций медицинских работников социальным работникам: тем самым предоставляется первым больше времени для диагностической и лечебной деятельности. В условиях роста заболеваемости населения, возрастания стоимости медицинских услуг, введения системы меди-

цинского страхования этот вопрос приобретает особую практическую значимость.

*Медико-социальная работа профилактической направленности:*

1. Профилактика неблагоприятного развития и декомпенсации соматического или психического статуса, выхода на инвалидность.
2. Комплексная оценка социального статуса клиента.
3. Содействие в преодолении правовых проблем.
4. Содействие в решении вопросов материального характера.
5. Патронаж клиента в связи с болезнью.

*Медико-социальная работа патогенетической направленности:*

1. Организация медико-социальной помощи и ухода за больными.
2. Содействие в обеспечении специфического долгосрочного лечения в оптимальных условиях с учетом особенностей соматической, психической и социальной патологии.
3. Семейное консультирование и семейная психокоррекция.
4. Содействие включению в работу терапевтических сообществ.
5. Направление на медико-социальную экспертизу.
6. Организация паллиативной помощи умирающим.
7. Информирование клиента о состоянии его здоровья.

**Базовая модель медико-социальной работы с группой больных с выраженными социальными проблемами.** К числу таких клиентов в первую очередь следует отнести социально-дезадаптированные группы населения: больные из числа лиц без определенного места жительства, мигранты, беженцы, бывшие заключенные, беспризорные дети, одинокие старики, матери-одиночки и пр.

Медико-социальное обслуживание таких клиентов связано с рядом проблем: отсутствие постоянного места жительства и, как следствие, отсутствие медицинского полиса, отсутствие условий для эффективного амбулаторного лечения, материальные проблемы, неустроенность быта и др.

*Медико-социальная работа профилактической направленности:*

1. Профилактика неблагоприятного развития и декомпенсации соматического или психического статуса, выхода на инвалидность, смертность.
2. Выявление неблагоприятной микросреды и ее оздоровление.
3. Участие в предупреждении общественно опасных действий.
4. Определение социально-правового статуса – беженца, лица без определенного места жительства, лица, отбывающего наказание и т.д.
5. Социально-правовое консультирование.
6. Представление интересов клиентов, нуждающихся в медико-социальной помощи, в органах власти.
7. Содействие клиентам в преодолении социально-бытовых и жилищных трудностей, представляющих угрозу для его здоровья и здоровья окружающих.

8. Разрешение социального конфликта в семье, связанного с состоянием здоровья клиента и его жизнеобеспечением.
9. Оформление опеки и попечительства.
10. Информирование соответствующих служб об изменении социального статуса клиента.
11. Информирование о льготах и мерах социальной защиты.
12. Информирование соответствующих служб о наличии социальных проблем – семейных, бытовых, материальных, правовых.
13. Содействие в получении медицинской, психологической, правовой и материальной помощи.

*Медико-социальная работа патогенетической направленности:*

1. Медико-социальная помощь людям пожилого и старческого возрастов, включая организацию опеки, ухода, устройства в учреждении социального обслуживания.
2. Обеспечение преемственности во взаимодействии со специалистами смежных профессий.
3. Создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры.
4. Организация специализированной медицинской помощи.
5. Психотерапия, психическая саморегуляция.
6. Коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков.
7. Обеспечение социальной защиты ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

**Базовая модель медико-социальной работы с инвалидами.** Сложившаяся в стране система помощи инвалидам не была ориентирована на их интеграцию в общество. Многие годы основными принципами государственной политики в отношении инвалидов были принципы компенсации и изоляции. Компенсация состояла в предоставлении инвалидам материальной помощи в виде пенсий, пособий, льготного пользования общественным и личным транспортом, социально-бытового обслуживания на уровне физиологического выживания.

Принцип изоляции заключался в формировании сегрегационных систем жизнедеятельности инвалидов в виде домов-интернатов, специализированных школ, предприятий, жилых комплексов и т.д.

В современных условиях в социальной политике государства по отношению к инвалидам произошел пересмотр важнейших положений в определении понятий «инвалидность» и «инвалид». Эти понятия стали соизмеримы с общепринятыми международными нормами. Социальная защита инвалидов законодательно характеризуется как «система гарантированных государством экономических, социальных, и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества».

Для реального обеспечения таких мер потребовались качественно новые подходы в решении проблем инвалидов. Приоритетным направлением становится реабилитация инвалидов как сложнейшая многоаспектная проблема, в которой в равной мере значимы медицинские, социальные и профессиональные аспекты. Для осуществления такого подхода нужны специалисты, обладающие новым взглядом на возможности инвалидов, их место и роль в жизни и развитии общества.

В рамках проводимых реформ в системе органов социальной защиты создается сеть учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы нуждающихся в этом лиц. Основными задачами таких учреждений являются следующие: определение группы инвалидности, ее причин, сроков и времени наступления, потребности инвалида в различных видах социальной защиты; разработка индивидуальных программ реабилитации, содействие в реализации мероприятий социальной защиты, включая реабилитацию инвалидов; участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, реабилитации, социальной защиты инвалидов и др.

В соответствии с Примерным положением об учреждении государственной службы медико-социальной экспертизы в штатный норматив таких учреждений наравне с врачами различных специальностей, специалистами по реабилитации, психологами включаются и специалисты по социальной работе.

*Медико-социальная работа профилактической направленности:*

1. Предупреждение усугубления медицинских последствий и преждевременной смертности.
2. Участие в предупреждении общественно опасных действий.
3. Участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности и смертности.
4. Организация медико-социальной экспертизы.
5. Определение оснований для признания гражданина инвалидом.
6. Определение потребности инвалида в различных видах социальной защиты.
7. Участие в определении степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание.
8. Содействие инвалиду в реализации его прав, представление интересов в органах власти.
9. Участие в определении дееспособности, возможной опеки и попечительства.
10. Содействие в обеспечении родительских функций.
11. Содействие в получении пенсий, пособий и выплат.
12. Содействие в решении жилищных проблем.
13. Помощь в получении материальной помощи.

14. Помещение клиента в стационарные учреждения социального обслуживания.

15. Социально-правовое консультирование.

*Медико-социальная работа патогенетической направленности:*

1. Содействие в организации лечения и медицинского контроля.
2. Психотерапия и психокоррекция.
3. Семейное консультирование.
4. Участие в разработке индивидуальной программы реабилитации инвалида.
5. Проведение мер медицинской реабилитации инвалидов, восстановительное и санаторно-курортное лечение, клиничко-функциональный контроль.
6. Проведение мер социальной реабилитации инвалидов – создание безбарьерной среды жизнедеятельности, социальная помощь и социальные услуги, обеспечение средствами передвижения и вспомогательными техническими средствами.
7. Проведение мер профессиональной реабилитации – профессиональная подготовка и профессиональное образование, содействие в изменении режима и характера труда, в трудоустройстве, переквалификации.
8. Обеспечение преемственности во взаимодействии со специалистами смежных профессий.
9. Организация психологической поддержки клиенту с медико-социальными проблемами членами семьи и ближайшим окружением.
10. Вовлечение членов семьи и ближайшего окружения клиента в деятельность сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового и благотворительного характера.
11. Создание реабилитационной социально-бытовой среды.
12. Содействие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры.

Таким образом, данная систематизация мероприятий учитывает особенности проблем той или иной группы клиентов. Это позволяет рассматривать ее как базовую модель нового вида профессиональной деятельности.

### **Контрольные вопросы**

1. Дайте определение, назовите цель и объекты медико-социальной работы.
2. Перечислите контингенты медико-социального обслуживания.
3. Перечислите и охарактеризуйте принципы медико-социальной работы.
4. Перечислите аспекты деятельности специалиста по социальной работе.
5. Назовите основные направления медико-социальной работы.
6. Перечислите медико-социальные услуги населению.

7. Перечислите мероприятия медико-социальной работы профилактической направленности.
8. Перечислите мероприятия медико-социальной работы патогенетической направленности.
9. Обозначьте направления медико-социальной работы с клиентами повышенного риска заболеваний.
10. Перечислите направления медико-социальной работы с членами семей и ближайшим окружением клиентов повышенного риска заболеваний.
11. Охарактеризуйте направления медико-социальной работы с группой длительно, часто и тяжело болеющих людей.
12. Перечислите направления медико-социальной работы с группой больных с выраженными социальными проблемами.
13. Перечислите направления медико-социальной работы с инвалидами.

## **ГЛАВА 2.**

### **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ**

#### **2.1. Здравоохранение: понятие, принципы, формы и системы**

Здравоохранение – это социальная функция общества и медицины по охране и укреплению здоровья.

Основные принципы здравоохранения в Российской Федерации:

1. Ответственность общества и государства за охрану и укрепление здоровья населения.
2. Создание общественной системы здравоохранения, интегрирующей деятельность учреждений и организаций всех форм собственности, всех форм и структур (государственных, муниципальных, частных, страховых и др.), гарантирующих охрану и укрепление здоровья населения.
3. Обеспечение государством и обществом всех граждан общедоступной, квалифицированной медицинской помощью, бесплатной по ее основным видам.
4. Сохранение и развитие социально-профилактического направления здравоохранения на основе санитарно-гигиенических, противоэпидемических, общественных и индивидуальных мер, направленных на охрану и укрепление здоровья населения. Личная (персональная) ответственность за свое здоровье и здоровье окружающих.
5. Интеграция науки и практики здравоохранения, использование достижений науки в практике здравоохранения.
6. Активное участие широких слоев населения в осуществлении программ по охране здоровья.
7. Подготовка медицинских кадров, соблюдающих нормы и правила врачебной этики и медицинской деонтологии.

Классификация систем, структур и форм здравоохранения определяется в первую очередь социально-экономическими факторами. Первостепенное значение среди них приобретают ресурсы, средства обеспечения здравоохранения, т.е. источники, из которых складывается бюджет отрасли. Основываясь на источниках средств обеспечения здравоохранения, системы здравоохранения можно разделить на 3 группы:

1. Преимущественно государственная (общественная система), наиболее демонстративно представленная в Великобритании.

II. Преимущественно страховая система, наиболее полно и четко представленная в таких европейских странах, как Германия и Франция.

III. Преимущественно частная система, наиболее характерная для здравоохранения США.

Цель любой системы здравоохранения – уменьшение потерь потенциальной и активной жизни населения. Включает комплексное обеспечение лечебно-профилактических мер, снижение заболеваемости и частоты смертельных исходов, активную реабилитацию граждан.

Системы здравоохранения для своего функционирования должны иметь следующие составляющие (или подсистемы):

- медицинские – организация технологии лечебно-диагностического процесса, диспансеризации, реабилитации, профилактических мер и т.д.;
- хозяйственные – содержание и развитие материально-технической базы, организация всех видов снабжения;
- финансовые – система финансового обеспечения медицинских учреждений;
- социальные – подготовка кадров и обеспечение их жизнедеятельности;
- нормативно-правовые – обеспечение законодательными и подзаконными актами функционирования учреждений, своевременная адаптация и изменение к условиям жизни;
- научно-информационные – развитие сети научных исследований, распространение опыта, обеспечение доступности источников информации для пользователей;
- контрольно-управленческие.

Взаимодействие между этими составляющими придает системе устойчивость и обеспечивает максимальную эффективность ее работы.

**Особенности здравоохранения с преимущественно государственной (общественной) системой.** В таких странах, как Италия, Норвегия, Бельгия, Канада и др., с преимущественно государственной системой, большая часть всех средств на здравоохранение поступает из государственного бюджета или госбюджета и региональных, общественных средств, формируемых за счет обязательных налогов с населения и предпринимателей. Пока и Российская Федерация относится к этой группе стран, так как, несмотря на реформу введения обязательного, социального медицинского страхования и создания общественной модели здравоохранения, основу которого составляет бюджетно-страховая медицина, большая часть средств на здравоохранение идет из государственного бюджета и ресурсов субъектов Российской Федерации.

Характерные черты стран с преимущественно государственной службой здравоохранения имеет здравоохранение в *Великобритании*. В результате проведенной в 1948 г. реформы здравоохранения в Великобритании в рамках частнокапиталистической общественной системы создана общенациональная государственная служба здравоохранения, предоставившая

практически всему населению бесплатную медицинскую помощь, за редким исключением – сохранение 4-5% больничных платных коек для желающих получить более комфортабельные условия; символическая оплата лекарств по рецептам по одинаковой цене вне зависимости от их стоимости, оплата протезов, очков и др. Медицинские услуги, как и вся деятельность медицинских учреждений, в основном на 85-87 % обеспечиваются государственным бюджетом (остальные средства идут из частных источников и добровольного медицинского страхования). Бюджет составляется из налогов предприятий и граждан, распределяется в соответствии с решениями парламента правительством: для обеспечения учреждений здравоохранения через центральный орган управления – Министерство (департамент) здравоохранения.

Система здравоохранения имеет специфическую для Великобритании структуру, состоящую из 3 секторов:

- врачи общей практики, амбулаторно-поликлинические учреждения, аптеки, фармацевты, т.е. персонал и учреждения, работающие в системе первичной медико-санитарной помощи;
- госпитали, больничные службы, амбулатории при госпиталях, врачи-специалисты и другой персонал стационаров;
- общественные, подведомственные муниципалитетам медицинские (родовспоможение и др.) службы здравоохранения, включая санитарно-гигиенические, организации так называемых социальных медицинских работников (сестер по уходу, патронажных и др.). Кроме того, ряд ведомств, министерство труда и др. имеют медицинские учреждения и персонал, например, санитарных инспекторов промышленных предприятий, которые также являются государственными служащими.

Из 60 тыс. врачей в Англии и Уэльсе более 1/3 работают в системе общей практики, 1/3 – в госпиталях и 1/4 – в муниципальных учреждениях. Каждый сектор при общем контроле и координации деятельности центрального ведомства по здравоохранению имеет свои специфические механизмы (структуры, организации) управления. Сектор первичной медико-санитарной помощи (врачи общей практики и др.) подконтролен соответствующим комитетам (комиссиям), имеющимся в каждом районе (около 500) и состоящим из представителей администрации, тред-юнионов – профсоюзов, учреждений здравоохранения, общественных организаций. Деятельность стационаров контролируется больничными советами или районными и региональными (области) комитетами. Таких регионов и соответственно советов 15 – по числу медицинских факультетов университетов, клиники которых являются организационно-методическими и научными центрами регионов. Советы также состоят из представителей общей администрации, профсоюзов, медицинской администрации, населения

и др. Советы выполняют попечительские функции. Муниципальный сектор подчинен местным властям.

В госпиталях и местных службах персонал получает фиксированную зарплату в соответствии с нормами и тарифами. В секторе общей практики оплата производится за каждого «приписанного» к врачу или группе врачей (групповая практика – добровольное объединение работающих в одном помещении нескольких врачей) строго по тарифу, установленному законом. Однако число свободно выбирающих врача общей практики (семейного врача) ограничено (не более 5-7 тыс. пациентов). Соответственно такому порядку рабочий день врачей не лимитирован. Врач обязан принять у себя пациента или посетить его на дому в любое время.

Консультации специалисты проводят в амбулаториях госпиталей, на стационарное лечение пациентов обычно направляют врачи общей практики. Несмотря на известные преимущества английской системы здравоохранения (семейное обслуживание, выполнение значительной части услуг, которые обычно оказывают специалисты в стационарах, высокая квалификация и хорошая организация труда и др.), она имеет существенные недостатки. К ним относится, прежде всего, нехватка средств. В Великобритании государственная система финансируется более скромно, чем в других странах (не более 6,5 % ВВП), отсюда нехватка современного оборудования, новейших медицинских учреждений с современными технологиями; очереди на госпитализацию, разрыв между первичной медико-санитарной помощью, общей практикой, госпиталями, местными службами здравоохранения; излишняя централизация и монополизация управления; слабая профилактическая работа и др. С целью устранения или смягчения этих недостатков в последние годы в стране проводят реформу, в соответствии с которой усиливаются финансовые и административные права руководителей госпиталей, прежде всего в районах (графствах); организуется допуск средств социального медицинского страхования, которого до того в стране практически не было; предусматриваются конкретные меры интеграции секторов, особенно первичной медико-санитарной помощи и стационаров; усиливается профилактическая работа; создаются доверительные – трастовые – советы; усиливается самоуправление больниц.

*Особенности здравоохранения с преимущественно страховой системой.* Медицинское страхование свою историю начинает во второй половине XIX в. с так называемых страховых законов канцлера Германии О. Бисмарка. Первый из них – «Закон о страховании рабочих по случаю болезни» был принят в 1883 г. С тех пор в Германии, а затем в других странах, в том числе и в России (в 1912 г.), были приняты законы, положившие начало организации системы страховой медицины («система Бисмарка»). Эта система, реформировавшая все службы здравоохранения, основывается на обязательном для большинства граждан (прежде всего работающих) предоставлении им медицинской помощи за счет трех источников финан-

сирования: отчислений от заработной платы, отчислений от доходов (налогов) предпринимателей и средств государственного бюджета.

Размер отчислений в разных странах неодинаков, но обычно за счет первых двух источников обеспечивается большая часть расходов. Государство платит в фонды социального страхования значительно меньше, чем застрахованные и предприниматели, и чаще всего эти средства идут на общенациональные медицинские программы, общегосударственные учреждения и другие цели. Кроме того, 20-30 % средств восполняется за счет добровольного страхования, частных, благотворительных и других источников, часть расходов оплачивает сам застрахованный или предприятие, организация. Однако, несмотря на это, большая часть расходов на медицинскую помощь идет из средств социального, обязательного страхования. В связи с этим вся система здравоохранения в странах, где существует такой механизм, названа страховой медициной.

Наиболее характерной страной, где имеет место страховая медицина, является *Германия*. Медицинское страхование – это часть общегосударственной системы социального страхования, которая обеспечивает не только медицинскую помощь при болезни, уходе, профилактике, несчастном случае, родовспоможении, но и лечение у врачей общей практики, специалистов, в амбулаториях, на дому, стационарах, а также стоматологическую помощь, обеспечение медикаментами и др. В странах, имеющих медицинское страхование, расходы на нужды здравоохранения составляют от 7,5 до 15 % от ВВП. Как правило, в условиях медицинского страхования средства на здравоохранение слагаются из трех основных источников: из фондов медицинского страхования, средств работодателей и личных средств застрахованных и отчислений из государственного бюджета.

Все операции по страхованию здоровья осуществляют более 1200 страховых (больничных, как их называли) касс, объединенных в ассоциации, которые контролируют деятельность касс и расходование средств врачами. Традиционно сохраняется несколько видов (форм) касс:

- местные (преимущественно для неработающих, членов семей застрахованных), расположенные по месту жительства;
- производственные (по месту работы), морские, горняцкие, сельскохозяйственные, эрзац-кассы (главным образом для служащих).

В целом страхованием охвачено более 90 % населения. Состоятельные граждане обычно пользуются добровольным страхованием, хотя они могут быть застрахованы и системой социального, государственного страхования (примерно 3%). Врачебные и страховые ассоциации устанавливают на конкретный срок своего рода тариф, который периодически пересматривается, за определенные медицинские услуги в условных единицах или пунктах. Страховые врачи и организации не должны выходить за пределы такого лимита, подвергаемого жесткому контролю.

Общенациональный контроль осуществляет Федеральное министерство здравоохранения и социальной помощи. В регионах («землях») имеются соответствующие министерства, их органы и учреждения. Муниципальные учреждения подведомственны местным органам власти, советам, комитетам и т.п. Все медицинские учреждения работают на трех административных уровнях: федеральном, региональном, местном. Контролируют страховые организации профсоюзы, врачебные ассоциации, ассоциации страховых касс, а также Министерство труда, здравоохранения, науки и др.

**Особенности здравоохранения с преимущественно частной системой.** Ведущей формой организации здравоохранения в США (стране с преимущественно частной системой здравоохранения) является добровольное медицинское страхование. Много лет считалось, что в США имеется лишь одно здравоохранение – частное. На самом деле эта страна воплощает различные формы организации здравоохранения, но более 80 % населения охвачено добровольным, частным медицинским страхованием. За счет средств этого вида страхования оплачивается более 1/3 всех медицинских услуг, прежде всего самые дорогие – больничные (более 35 %) и почти 50 % внебольничной врачебной помощи. Свыше 40 % всех расходов из общей суммы, достигшей 1000 млрд долларов в год, составляют ассигнования Федерального правительства (госбюджета) и общественных программ «Медикэр» (для медицинской помощи пожилым – старше 65 лет) и «Медикейд» (неимущим, безработным). Эти программы были приняты после продолжительной и острой парламентской борьбы в 60-х годах. Остальные средства составляют личные средства граждан (более 21 %) и различных религиозных, благотворительных фондов и организаций. США тратят на здравоохранение из всех своих источников почти 15 % от ВВП, а на человека в год – более 3000 долларов. Соответственно с таким распределением средств на здравоохранение сформировалась структура здравоохранения.

Ведущее место в США занимают организации добровольного медицинского страхования. В стране работает более 2000 страховых медицинских компаний, из них 2 самые крупные, занимающиеся преимущественно страхованием больничной и внебольничной помощи, – «Синий Крест» и «Синий Щит». Они, как и большинство других организаций добровольного страхования, объявляют себя некоммерческими, не стремящимися к получению максимальной прибыли. Вместе с тем их дивиденды превышают прибыли крупнейших промышленных корпораций.

Существует несколько видов медицинского страхования: на больничную помощь, врачебную, сестринскую, амбулаторную, хирургическую, в связи с беременностью и родами, основные медицинские расходы и т.п. Но даже если застраховаться на все виды медицинской помощи, то это не гарантирует 100 % оплаты за медицинскую помощь. Часть выплат все равно должен внести застрахованный. Тем не менее, лишь 17 % населения не

застраховано, большинство предпочитает застраховаться, так как цена медицинских услуг непомерна высока и растет катастрофически быстро, значительно обгоняя рост на потребительские и другие услуги. В этих условиях альтернативой добровольному страхованию в последние годы стало создание более дешевой страховой организации, преимущественно по основным видам внебольничной, наиболее массовой помощи, которая обслуживает сейчас уже более 35 млн граждан США.

Одной из причин массового распространения добровольного страхования является его поддержка работодателями, которые с целью сокращения налогов, удержания рабочей силы выплачивают довольно существенные суммы (до 80 % страховки) на страхование своим рабочим и служащим. Однако эти выплаты они компенсируют стоимостью продукции. Следует отметить, что правительственные (федеральные) службы составляют примерно 1/8-1/10 всех учреждений и кадров здравоохранения. В то же время департамент (министерство) здравоохранения, просвещения и благосостояния по подготовке кадров координирует не только все медицинские учреждения, но и обеспечивает контроль за санитарно-эпидемической ситуацией, производством и продажей лекарств, а также за пищевыми добавками и т.п. вместе со специальным ведомством; предоставляет свои учреждения для льготной медицинской помощи некоторым группам населения, через свои научно-исследовательские институты организует выполнение исследовательских программ по актуальным проблемам и т.п.

В США в составе региональных правительств во главе с губернаторами имеются департаменты здравоохранения, ведающие большинством медицинских учреждений. Учреждения регионального и федерального уровней составляют 3/4 всей материально-технической базы здравоохранения.

В целом удельный вес собственно частных, коммерческих учреждений в США небольшой, в то же время среди стационаров количество частных учреждений составляет почти 50 %. В этих больницах очень высокая стоимость медицинских услуг. В то же время в стране открыто большое число благотворительных, миссионерских, религиозных медицинских учреждений, которые содержатся на средства конфессии и меценатов. И хотя полностью бесплатной медицинской помощи в США нет, кроме некоторых групп военных, службы и организации здравоохранения предоставляют льготную медицинскую помощь за счет общественных, федеральных и иных источников отдельным слоям населения. Однако около 37 млн человек не получают никакого медицинского обслуживания.

## **2.2. Системы организации здравоохранения в Российской Федерации**

Основным документом, определяющим охрану здоровья населения в РФ, является Федеральный закон РФ от 22.07.93 г. № 5487-1-ФЗ «Осно-

вы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Согласно этому закону, «охрана здоровья граждан – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья».

Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

В соответствии с законом в Российской Федерации установлены три системы организации здравоохранения – государственная, муниципальная и частная.

К **государственной системе** здравоохранения относятся федеральные органы исполнительной власти в области здравоохранения, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, Российская академия медицинских наук, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по охране здоровья граждан.

К государственной системе здравоохранения также относятся лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, территориальные органы, созданные для осуществления санитарно-эпидемиологического надзора, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники. Все эти учреждения находятся в государственной собственности и подчиняются органам управления государственной системы здравоохранения или создаются федеральными органами исполнительной власти в области здравоохранения субъектов Российской Федерации.

**Муниципальную систему** здравоохранения составляют муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации, которые являются юридическими лицами.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

*Частная медицинская практика* – это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность.

Запрещение занятия частной медицинской практикой производится по решению органа, выдавшего разрешение на занятие частной медицинской практикой, или суда.

По существу, государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения различаются только формой собственности основных средств и источниками финансирования.

Особый раздел частной медицины – *народная медицина* (целительство). Право на занятие народной медицины (целительством) закреплено в ст. 57 Закона № 5487-1-ФЗ. В ней сказано:

«Народная медицина – это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Правом на занятие народной медициной обладают граждане Российской Федерации, получившие диплом целителя, выдаваемый органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения. Диплом целителя дает право на занятие народной медициной на территории, подведомственной органу управления здравоохранением, выдавшему диплом.

Допускается использование методов народной медицины в лечебно-профилактических учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения по решению руководителей этих учреждений.

Проведение сеансов массового целительства, в том числе с использованием средств массовой информации, запрещается.

Лишение диплома целителя производится по решению органа управления здравоохранением, выдавшего диплом целителя, и может быть обжаловано в суд.

Незаконное занятие народной медициной (целительством) влечет за собой административную ответственность, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, – уголовную ответственность».

### **2.3. Организация медицинской помощи населению**

Основу организации медицинской помощи составляют учреждения здравоохранения (региональные и местные). Согласно Положению о Министерстве здравоохранения РФ, утвержденному Постановлением Правительства Российской Федерации от 3 июня 1997 г. № 659, Приказу Министерства здравоохранения РФ № 229 от 03.06.2003 г. «О единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения», все учреждения здравоохранения делятся на 4 группы:

- 1) лечебно-профилактические учреждения;
- 2) учреждения здравоохранения особого типа;
- 3) учреждения государственного санитарно-эпидемиологического надзора и гигиенического образования населения государственной санитарно-эпидемиологической службы;
- 4) аптечные учреждения.

В соответствии с приказом Минздрава РФ № 229 от 03.06.2003 г. лечебно-профилактические учреждения представлены:

- больничными учреждениями,
- клиниками,
- диспансерами,
- амбулаторно-поликлиническими учреждениями,
- центрами,
- учреждениями скорой медицинской помощи и учреждениями переливания крови,
- учреждениями охраны материнства и детства,
- санаторно-курортными учреждениями.

В России различают следующие виды медико-санитарной помощи:

- первичная медико-санитарная помощь;
- скорая медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь;
- медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями;
- медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

**Первичная медико-санитарная помощь** является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания. Включает:

- лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний;
- санитарно-гигиеническое образование; проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Первичная медико-санитарная помощь обеспечивается учреждениями муниципальной системы здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы. В оказании первичной медико-санитарной помощи могут также участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения на основе договоров со страховыми медицинскими организациями.

Объем первичной медико-санитарной помощи определяется местной администрацией в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования.

Согласно приказу министра здравоохранения и социального развития от 13.10.2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи» (прил. 1), первичная медико-санитарная помощь организуется в *муниципальном районе* – в амбулатории, центре общей врачебной (семейной) практики, участковой больнице, поликлинике, районной больнице, центральной районной больнице, доме сестринского ухода, хосписе; в *городском округе* – в городской поликлинике, центре, медсанчасти, городской больнице, доме сестринского ухода, хосписе.

**Скорая медицинская помощь** оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях). Осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Скорая медицинская помощь оказывается специальной службой скорой медицинской помощи государственной и муниципальной системы здравоохранения.

Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно за счет средств бюджетов всех уровней.

При угрозе жизни гражданина медицинские работники имеют право использовать бесплатно любой имеющийся вид транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение. В слу-

чае отказа должностного лица или владельца транспортного средства выполнить законное требование медицинского работника о предоставлении транспорта для перевозки пострадавшего они несут ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Различные виды помощи (терапевтическая, хирургическая, акушерско-гинекологическая и т.д.) в рамках скорой медицинской помощи организуются: *в муниципальном районе* – районной больницей, центральной районной больницей; *в городском округе* – станцией скорой медицинской помощи, больницей скорой медицинской помощи (прил. 1, приказ министра здравоохранения и социального развития от 13.10.2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи»).

**Специализированная медицинская помощь** оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

Виды, объем и стандарты качества специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, устанавливаются Министерством здравоохранения Российской Федерации, Министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации.

Специализированная медицинская помощь оказывается за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, личных средств граждан и других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Отдельные виды дорогостоящей специализированной медицинской помощи, перечень которых ежегодно определяется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, финансируются за счет средств государственной системы здравоохранения.

Для обеспечения оказания специализированной медицинской помощи созданы специализированные бригады скорой помощи, больницы скорой медицинской помощи, соответствующие больничные отделения и центры. Специализированные бригады (кардиологическая, психиатрическая и т.д.) станций скорой медицинской помощи – это подразделения, предназначенные для оказания населению экстренной врачебной помощи при острых заболеваниях и травмах. Такие бригады состоят из врача-специалиста, среднего медицинского работника и имеют специальное техническое и медицинское оснащение.

Специализированную медицинскую помощь в стационарах оказывают врачи-специалисты определенного профиля (нейрохирурги, токсикологи, комбустиологи, кардиологи и т.д.).

**Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями.** Перечень социально значимых заболеваний определяется Правительством Российской Федерации. К ним относятся следующие: туберкулез, некоторые психические заболевания, детский церебральный паралич, венерические болезни, ВИЧ-инфекция. Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, медико-социальная помощь и диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях оказываются бесплатно или на льготных условиях.

Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой этой категории гражданам, устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами, а перечень и виды льгот при оказании медико-социальной помощи – Правительством РФ, органами государственной власти и управления субъектов Российской Федерации.

**Медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.** Гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, медико-социальная помощь оказывается в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Для отдельных категорий граждан, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, сохраняется место работы на период их временной нетрудоспособности, устанавливаются меры социальной поддержки, определяемые органами государственной власти субъектов РФ.

Меры социальной поддержки при оказании медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, устанавливаются органами государственной власти субъектов РФ.

#### **2.4. Стандарты медицинской помощи**

С целью унификации требований к объему и качеству медицинской помощи на территории Российской Федерации Приказом Министерства здравоохранения РФ от 08.04.96 № 134 были утверждены Временные отраслевые стандарты объема медицинской помощи по основным нозологическим формам и Методические рекомендации по использованию временных отраслевых стандартов объема медицинской помощи.

Стандарты служат основой определения объема и характера оказываемой медицинской помощи больному, необходимого лечения, докумен-

тально подтверждают правомерность ведения больного с позиции диагностики и лечения. Они основаны на тщательном отборе нозологических форм, включении новых медицинских технологий, вошедших в практику за последнее время. Рекомендуемые модели объемов медицинской помощи представлены по всем классам заболеваний.

Схема стандартов предусматривает следующие разделы:

- характер и объем рекомендуемых лабораторных, диагностических исследований, консультаций специалистов в соответствии с тяжестью заболевания;
- показатели длительности стационарного лечения больных в зависимости от тяжести заболевания (средняя и тяжелая степень);
- перечень наиболее часто используемых в практической деятельности групп лекарственных препаратов;
- клинические критерии результатов лечения, средний статистический показатель выздоровления.

Стандарты медицинской помощи являются основой и способствуют определению:

- правильности выбора медицинской тактики, характера и объема диагностических исследований, методов лечения с учетом тяжести болезни и информационного обеспечения;
- нормативов оснащения медицинской техникой и оборудованием, регуляции ресурсного обеспечения;
- реальной стоимости медицинских услуг при различных формах заболеваний, стимуляции ценового механизма производства медицинских услуг;
- медицинской и экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений;
- возможности получения медицинским учреждением лицензии и сертификата соответствия по рекомендуемым объемам медицинской помощи.

Временные отраслевые стандарты объема медицинской помощи представлены в виде специально разработанной карты, состоящей из 5 разделов. В карте указан шифр заболевания с отражением разнообразных вариантов течения и стадий болезни. Дифференциация больных с одной и той же нозологической формой, но с различным характером течения болезни позволяет точнее определять продолжительность лечения, требуемый объем диагностических и лечебных услуг. Сроки лечения больных в стационарных условиях могут варьироваться в пределах 20-40 % от указанных в стандартах. В большинстве диагнозов отражена степень тяжести течения заболеваний и определены параметры длительности стационарного лечения, которые носят рекомендательный характер.

Процесс разработки стандартов медицинской помощи должен вестись постоянно, поскольку необходим их регулярный пересмотр с добавлением изменений не реже 1 раза в год.

Минздравом РФ, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Госстандартом России в целях исполнения постановления Правительства Российской Федерации от 11.09.1998 г. № 1096 «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» разработан ОСТ ПВБ Отраслевой стандарт «Протоколы ведения больных. Общие требования» с учетом принципов, правил и требований, установленных в стандартах Государственной системы стандартизации Российской Федерации (ГОСТ Р 1.0-92 – ГОСТ Р 1.5-92). Решениями коллегий Министерства здравоохранения Российской Федерации, Государственного комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации, Совета исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования отраслевой стандарт принят к реализации.

ОСТ ПВБ разработан для решения следующих задач:

- нормативное обеспечение разработки, внедрения и оценки «Протоколов ведения больных» с различными заболеваниями;
- установление единых требований к порядку профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с различными заболеваниями;
- унификация расчетов стоимости медицинской помощи, разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и тарифов на медицинские услуги и оптимизация системы взаиморасчетов между территориями за оказанную гражданам медицинскую помощь;
- контроль объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении и на территории в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

## **2.5. Амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь взрослому городскому населению**

Ведущими учреждениями, оказывающими медицинскую помощь, являются амбулаторно-поликлинические, обеспечивающие не только лечебную, но и профилактическую работу среди различных групп населения. В настоящее время в амбулаторно-поликлинических учреждениях начинают и заканчивают лечение 80-90 % населения, обратившегося за медицинской помощью.

Поликлиника – это лечебно-профилактическое учреждение, в котором оказывается медицинская помощь проходящим больным или больным на дому, а также осуществляется комплекс лечебно-профилактических меро-

приятый по лечению и предупреждению развития заболеваний и их осложнений.

Поликлиники подразделяют:

- по организации работы на объединенные со стационаром и не объединенные (самостоятельные);
- по территориальному признаку на городские и сельские;
- по профилю оказания медицинской (или специализированной) помощи населению:

– взрослому,

– детскому,

– сельскому,

– работникам промышленных предприятий,

– специализированной (стоматологические, физиотерапевтические, курортные).

Амбулатория отличается от поликлиники уровнем специализации и объемом деятельности. В амбулатории прием ведется по небольшому числу основных специальностей: терапии, хирургии, педиатрии, акушерству и гинекологии.

Основными принципами организации и оказания амбулаторно-поликлинической помощи являются участковый принцип; диспансерный метод и общедоступность.

Городская поликлиника строит свою работу по участково-территориальному принципу, который заключается в том, что обслуживаемая учреждением территория административно делится на участки с определенным количеством населения, и по цеховому (производственному) принципу. К каждому из этих участков прикреплены врачи и медицинские сестры. В настоящее время на территориальный терапевтический участок приходится 1700 человек взрослого населения. Норма нагрузки участкового терапевта – 5 посещений в час на приеме в поликлинике и 2 – при обслуживании пациентов на дому.

Территориальная участковость облегчает проведение профилактических мероприятий, а территориальная близость населения экономит силы и время врачей, а также средства учреждения.

Основными задачами городской поликлиники (поликлинического отделения городской больницы) являются:

- оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению обслуживаемого района непосредственно в поликлинике и на дому;
- организация и проведение комплекса профилактических мероприятий среди населения обслуживаемого района и работников прикрепленных промышленных предприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;

- организация и осуществление диспансеризации населения (здоровых и больных), и, прежде всего, подростков, рабочих промышленных предприятий и строек, лиц с повышенным риском заболевания сердечно-сосудистыми, онкологическими и другими заболеваниями;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, в том числе рационального питания, усиления двигательной активности, борьбе с курением и другими вредными привычками.

Для осуществления этих задач городская поликлиника (поликлиническое отделение городской больницы) организует и проводит:

- первую и неотложную медицинскую помощь больным при острых и внезапных заболеваниях, травмах, отравлениях и других несчастных случаях;
- врачебную помощь на дому больным, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, систематическом наблюдении врача или решении вопроса о госпитализации;
- раннее выявление заболеваний, квалифицированное и в полном объеме обследование больных и здоровых, обратившихся в поликлинику;
- своевременное и квалифицированное оказание врачебной помощи населению как на амбулаторном приеме в поликлинике, так и при оказании помощи на дому;
- своевременную госпитализацию лиц, нуждающихся в стационарном лечении, с предварительным максимальным обследованием больных в соответствии с профилем заболевания;
- восстановительное лечение больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, последствиями нарушения мозгового кровообращения, с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата, сосредоточивая восстановительное лечение в отделении восстановительного лечения и привлекая для этой цели врачей – специалистов соответствующих кабинетов: кардиолога, невропатолога, ревматолога, травматолога и др.;
- все виды профилактических осмотров (предварительно при поступлении на работу, периодические, целевые и др.), максимально используя для этой цели единую систему и сосредоточив их в основном в отделении профилактики поликлиники;
- диспансеризацию населения, в том числе отбор лиц (здоровых и больных), подлежащих динамическому наблюдению за состоянием их здоровья. Обеспечивает их квалифицированное обследование и систематическое лечение в зависимости от характера и течения заболевания, изучение условий их труда и быта, разработку и осуществление необходимых мер профилактики;

- динамическое наблюдение за состоянием здоровья подростков: рабочих-подростков, учащихся профессионально-технических училищ, учащихся средних специальных и студентов высших учебных заведений, изучение их условий труда и быта; осуществление лечебно-оздоровительных мероприятий;
- противозидемические мероприятия (совместно с учреждениями санитарно-эпидемиологического надзора): прививки, выявление инфекционных больных, динамическое наблюдение за лицами, бывшими в контакте с заразным больным, и за реконвалесцентами, сигнализация санитарно-эпидемиологической станции и др.;
- экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности больных (рабочих и служащих), выдачу и продление листков нетрудоспособности и трудовых рекомендаций нуждающимся в переводе на другие участки работы, отбор на санаторно-курортное лечение;
- направление на медико-социальную экспертизу лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- санитарно-просветительную работу среди обслуживаемого населения, подростков и рабочих промышленных предприятий, их гигиеническое воспитание;
- анализ статистических данных, характеризующих деятельность поликлиники, в частности, анализ общей заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- привлечение общественного актива района для оказания помощи в работе поликлиники и организации контроля за ее деятельностью;
- мероприятия по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала (направление по системе чередования в стационары больниц, семинары, декадники и учеба в институтах усовершенствования врачей).

Ведущий специалист в поликлинике – участковый лечащий врач. Согласно Основам законодательства, лечащий врач – это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации, а также врач, занимающийся частной практикой. Лечащим врачом не может быть врач, обучающийся в высшем медицинском учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского профессионального образования.

Лечащий врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения). В случае требования пациента о замене лечащего врача последний должен содействовать выбору другого врача.

Лечащий врач организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию больного или его законного представителя при-

глашает консультантов и организует консилиум. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением экстренных случаев, угрожающих жизни больного.

Лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности сроком до 30 дней.

Лечащий врач может отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения.

Лечащий врач несет ответственность за недобросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## **2.6. Деятельность врачей общей практики (семейных врачей)**

В последнее время реализуется представление о семейном враче, которого в отечественном здравоохранении называют врачом общей практики.

В Основах законодательства записано: «Врач общей практики (семейный врач) – врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста».

Положение о враче общей практики (семейном враче) утверждено приказом Минздрава РФ от 26.08.92 г. № 237 (прил. 2). Согласно этому документу, врач общей практики (ВОП) — специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению.

Врач общей практики, оказывающий первичную многопрофильную медико-социальную помощь семье, независимо от возраста и пола пациентов является семейным врачом.

На должность врача общей практики (семейного врача) назначается специалист, освоивший программу подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и получивший сертификат.

Врач общей практики (семейный врач) оказывает помощь индивидуально или совместно с другими врачами (групповая практика). В зависимости от социально-демографического состава обслуживаемого населения бригада врачей может включать и других специалистов, в том числе социальных работников.

Врач общей практики (семейный врач) осуществляет свою деятельность:

- в государственном медицинском учреждении (поликлиника, МСЧ, городская и сельская врачебная амбулатория, здравпункт и др.);

- в негосударственном медицинском учреждении (малое акционерное, коллективное предприятие, кооператив);
- в порядке частной практики.

Врач общей практики осуществляет амбулаторный прием и посещения на дому, оказание неотложной помощи, проведение комплекса профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, содействие в решении медико-социальных проблем семьи. Ему непосредственно подчиняются средний медицинский персонал, имеющий специальную подготовку, а также по согласованию с органами социальной защиты – социальный работник.

Основной обязанностью является оказание первичной медико-социальной помощи населению. Кроме того, врач общей практики:

- проводит санитарно-просветительную работу по воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития заболеваний;
  - осуществляет профилактическую работу, направленную на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска;
  - осуществляет динамическое наблюдение за состоянием здоровья пациентов с проведением необходимого обследования и оздоровления;
  - оказывает срочную помощь при неотложных и острых состояниях;
  - проводит своевременную консультацию и госпитализацию больных в установленном порядке;
  - осуществляет лечебные и реабилитационные мероприятия в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики;
  - проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов в соответствии с Инструкцией «О порядке выдачи больничных листов» и направляет на медико-социальную экспертизу;
  - организует медико-социальную и бытовую помощь совместно с органами социальной защиты и службами милосердия одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным;
  - оказывает консультативную помощь семье по вопросам:
    - иммунопрофилактики;
    - вскармливания, воспитания детей, подготовки их к детским дошкольным учреждениям, школе, профориентации;
    - планирования семьи, этики, психологии, гигиены, социальных и медико-сексуальных аспектов семейной жизни;
  - ведет утвержденные формы учетной и отчетной документации.
- В настоящее время в мире существует несколько моделей организации работы врача общей практики (семейного врача).

*Первая модель.* Врач общей практики, работающий в индивидуальном порядке.

*Вторая модель.* Групповая врачебная практика (врачебная амбулатория). При такой организации работы врачей немного снижается уровень доступности медицинской помощи населению, так как врачебная амбулатория обслуживает до 10 тыс. жителей, но появляется возможность более оперативного обследования населения с использованием минимального набора тестов, взаимозаменяемости врачей и разделения некоторых их функций, более высокого технического оснащения. Врачи общей практики (семейные врачи), объединенные в групповую практику, в основном ведут прием пациентов, а остальную работу выполняют средние медицинские работники.

*Третья модель.* Центры здоровья, которые представляют собой объединения нескольких групповых врачебных практик с дополнением целого ряда новых функций, включая организацию специальных стационаров по уходу за больными, инвалидами и престарелыми. В сельской местности такие центры создаются на 30-35 тыс. жителей, в городах – на 35-40 тыс. человек. В задачи центров здоровья входят охрана здоровья матери и ребенка; охрана здоровья работающего населения; забота о здоровье учащихся; охрана здоровья престарелых; оказание стоматологической помощи; оказание первичной медицинской и лечебной помощи (амбулаторная, стационарная); пропаганда здорового образа жизни; транспортировка больных.

Первичная медико-санитарная помощь при этом становится более разнообразной и концентрированной, а уменьшение ее доступности компенсируется обеспечением центров автотранспортом. Такая модель, в частности, характерна для скандинавских стран.

*Четвертая модель.* Врач общей практики (семейный врач) работает в поликлинике. Эта модель наиболее приемлема для России и некоторых стран Восточной Европы, так как не требует значительных капитальных затрат на строительство новых учреждений. Суть этой модели заключается в полном изменении организационных форм работы имеющихся амбулаторно-поликлинических учреждений, в устранении таких недостатков в их деятельности, как:

- отсутствие преемственности в обследовании и лечении пациентов, что нередко приводит к назначению взаимоисключающих методов исследования;
- разобщенность сведений о каждом пациенте;
- очереди на прием к специалистам;
- отсутствие систематического наблюдения за прикрепленным контингентом;
- снижение уровня знаний участкового терапевта и педиатра, ухудшение качества их работы;
- перегруженность врачей-специалистов за счет значительного числа ненужных приемов;
- отсутствие гибкости в работе поликлиник;

- снижение авторитета и престижа врачей общей практики (семейных врачей) амбулаторно-поликлинической службы;
- недообследованность и недолеченность больных, что нередко является причиной хронизации патологии у них;
- незнание участковыми врачами своих пациентов.

Согласно прил. 3 приказа Минздрава России от 20.11.2002 г. № 350 «Положение об организации деятельности центра общей врачебной (семейной) практики», в Российской Федерации создаются *центры общей врачебной (семейной) практики*.

Центр осуществляет следующие функции:

- проведение комплекса профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, инвалидности и смертности, раннему выявлению заболеваний;
- оказание прикрепленному населению первичной медико-санитарной помощи (амбулаторный прием пациентов, посещение больных на дому и др.);
- осуществление диспансерного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с проведением необходимого обследования, лечения и оздоровления;
- обеспечение лабораторного и инструментального обследования;
- госпитализация больных в стационар лечебно-профилактического учреждения;
- оказание квалифицированной медицинской помощи пациентам в рамках компетенции специалистов общей врачебной практики;
- оказание экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, несчастных случаях (травмы, отравления и др.), по показаниям – обеспечение транспортировки больных в другое лечебно-профилактическое учреждение для оказания специализированной медицинской помощи;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов и направление на медико-социальную экспертизу;
- проведение обязательных предварительных или периодических медицинских осмотров работников и водителей транспортных средств;
- организация самостоятельно или совместно с органами социальной защиты медико-социальной медицинской помощи инвалидам и хроническим больным;
- оказание консультативной помощи семье по вопросам иммунопрофилактики; вскармливания, гигиенического воспитания детей, предупреждения отклонений в состоянии здоровья детей, подготовки их к поступлению в образовательные учреждения, профориентации; охраны репродуктивного здоровья, обеспечение безопасного материнства

- ства, планирования семьи, контрацепции, этики, психологии, социальных и медико-сексуальных аспектов семейной жизни;
- анализ состояния здоровья прикрепленного к центру населения и разработка плана оздоровительных мероприятий;
  - проведение профилактических прививок, в установленном порядке уведомление органов санитарно-эпидемиологического надзора о случаях инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваний, отравлений среди населения, выявлении нарушений санитарно-гигиенических требований;
  - ведение учетной и отчетной документации;
  - соблюдение принципа преемственности в работе с другими лечебно-профилактическими учреждениями в процессе обследования и лечения больных.

## 2.7. Структура и деятельность городской больницы

Основным лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим квалифицированное стационарное и поликлиническое обслуживание населения на основе достижений современной медицинской науки и техники, является городская больница.

В соответствии с профилем, особенностями организации работы и объемом оказываемой медицинской помощи городская больница может быть:

- а) по профилю – многопрофильной или специализированной;
- б) по системе организации – объединенной (стационар и поликлиника) и необъединенной (самостоятельный стационар);
- в) по объему деятельности – различной категоричности (количественной мощности).

Основные задачи городской больницы:

- оказание высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи;
- внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения больных;
- развитие и совершенствование организационных форм и методов медицинской помощи; повышение качества и культуры работы;
- изучение причин общей заболеваемости населения и заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих и служащих; разработка и проведение оздоровительных мероприятий, направленных на снижение и ликвидацию наиболее распространенных заболеваний;
- осуществление санитарно-гигиенического воспитания;
- привлечение общественности к разработке и проведению мероприятий по лечебно-профилактическому обслуживанию населения, для чего при городской больнице организуется общественный совет.

В соответствии с основными задачами городская больница должна осуществлять:

- обслуживание населения высококвалифицированной стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощью;
- оказание первой и неотложной медицинской помощи больным, обратившимся в стационар;
- своевременное обследование и лечение больных в стационаре, поликлинике и на дому;
- систематическое освоение и внедрение в практику новых эффективных методов и средств профилактики, диагностики и лечения;
- широкое применение в комплексной терапии лечебного питания, физических методов лечения и лечебной физкультуры;
- диспансеризацию отдельных контингентов населения (здоровых) и больных, нуждающихся в систематическом динамическом наблюдении и проведении плановых лечебно-оздоровительных мероприятий;
- проведение плановых профилактических осмотров населения с целью раннего выявления заболеваний, определяющих уровень временной и стойкой утраты трудоспособности и показатель смертности (сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, туберкулез, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.);
- экспертизу временной нетрудоспособности рабочих и служащих; выдачу листов нетрудоспособности и заключений о переводе на другую работу по состоянию здоровья; направление на медико-социальные экспертные комиссии лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности: отбор больных на санаторно-курортное лечение, в профилактории и диетические столовые;
- учет и анализ заболеваемости населения; анализ эффективности работы персонала и качества оказываемой лечебно-профилактической помощи; изучение исходов и отдаленных результатов лечения;
- повышение профессиональной квалификации персонала больницы;
- проведение мер по распространению санитарных знаний и привитию гигиенических навыков населению, а также борьбе с вредными привычками (алкоголизм, курение и др.);
- систематическое привлечение общественности к разработке и проведению мероприятий по снижению заболеваемости и повышению качества медицинского обслуживания населения, а также оказанию помощи в уходе за больными.

Обеспеченность больничными койками взрослого населения в России составляет в среднем 13 коек на 1000 жителей, детского (до 14 лет) – 9 коек на 1000 детей.

Среди больничных учреждений, расположенных в небольших городах, как правило, преобладают многопрофильные или общие стационары, в которых имеются отделения по различным врачевым специальностям. Специализированные стационары (кардиоревматологические, инфекционные, гастроэнтерологические, пульмонологические, дерматовенерологические, родильные дома, офтальмологические и др.) обычно расположены лишь в крупных городах.

## **2.8. Организация медицинской помощи сельскому населению**

Организация медицинской помощи сельскому населению, ее особенности связаны с характером работы и условиями жизни жителей сельской местности. В настоящее время число сельских жителей составляет около 27 % всего населения России [36].

В отличие от городских жителей в сельской местности плотность населения значительно меньшая, что обусловлено большим радиусом их расселения; сезонным характером работы; профессиональными вредностями (работа с инсектицидами, животными и т. д.); не всегда хорошим состоянием дорог, отсутствием должной медицинской помощи и др.

Различают 3 этапа оказания врачевной помощи сельским жителям:

I этап – сельский врачевный участок. Основными учреждениями являются фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), участковая больница или самостоятельная врачевная амбулатория. На этом этапе сельские жители получают доврачевную и первую квалифицированную врачевную помощь.

II этап – районные учреждения, где ведущим является центральная районная больница. Сельские жители на этом этапе получают специализированную помощь по основным ее видам.

III этап – областные учреждения. На этом этапе оказывается высококвалифицированная помощь по всем специальностям.

*Сельский врачевный участок* – это первое звено в системе оказания медицинской помощи сельскому населению. В его состав входят сельская участковая больница или самостоятельная врачевная амбулатория, фельдшерско-акушерские пункты, колхозные родильные дома, сезонные и постоянные ясли, фельдшерские здравпункты при промышленных предприятиях и промыслах. Количество сельских врачевных участков в районе в основном определяется численностью населения и расстоянием до центральной районной больницы. Средняя численность населения на врачевном участке варьирует в пределах 5-7 тыс. жителей при оптимальном радиусе участка 7-10 км.

Все медицинские учреждения сельского врачевного участка работают по единому комплексному плану под руководством главного врача участковой больницы. Основными задачами сельского врачевного участка являются:

- оказание лечебно-профилактической помощи населению;
- внедрение в практику современных методов профилактики, диагностики и лечения больных;
- развитие и совершенствование организационных форм и методов медицинского обслуживания населения;
- организация и осуществление комплекса профилактических мероприятий;
- изучение причин общей заболеваемости;
- организация и осуществление диспансеризации сельского населения;
- осуществление противоэпидемических мероприятий (прививки, выявление инфекционных больных и пр.);
- осуществление текущего санитарного надзора за состоянием производственных помещений, детских учреждений, учреждений общественного питания и т.д.

Основным медицинским учреждением на сельском врачебном участке является участковая больница. Характер и объем медицинской помощи в участковой больнице в основном определяются ее мощностью, оснащением, наличием врачей-специалистов. Однако независимо от мощности в любой участковой больнице должна быть оказана амбулаторная, стационарная помощь терапевтическим и инфекционным больным, помощь в родах, лечебно-профилактическая помощь детям, неотложная хирургическая, травматологическая и стоматологическая помощь.

К наиболее массовому виду оказания медицинской помощи относится амбулаторная. Врач на селе является врачом общей практики (семейным врачом). Задачами амбулатории (заведующий – врач) являются:

- оказание квалифицированной врачебной внебольничной помощи в амбулатории и на дому;
- разработка и осуществление мероприятий по профилактике и снижению травматизма и заболеваемости;
- проведение мероприятий по охране здоровья;
- организационно-методическое руководство деятельностью ФАП.

Ближайшим медицинским учреждением, куда обращается сельский житель, является ФАП, который организуется в населенных пунктах с числом жителей от 700 до 1000, а при удаленности более 4 км от населенного пункта – до 500 жителей. Основными задачами ФАП являются (заведующий – фельдшер) следующие:

- оказание населению доврачебной медицинской помощи;
- своевременное и полное выполнение назначений врача;
- организация патронажа детей и беременных;
- систематическое наблюдение за состоянием здоровья инвалидов воинов и ведущих специалистов сельского хозяйства;

- проведение под руководством врача профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий по снижению заболеваемости, прежде всего инфекционной и паразитарной, а также сельскохозяйственного и бытового травматизма;
- проведение мероприятий по снижению детской и материнской смертности;
- повышение санитарно-гигиенической культуры и медицинской активности населения.

*Второй этап* медицинской помощи сельским жителям включает районные учреждения здравоохранения, к которым относятся:

- центральная районная больница;
- номерные районные больницы;
- Центр Госсанэпиднадзора сельского района;
- противотуберкулезный диспансер;
- медико-санитарная часть и др.

Главным звеном в здравоохранении сельского района является центральная районная больница (ЦРБ), в которой оказывается специализированная помощь по основным ее направлениям жителям всего района и организационно-методическое руководство всеми медицинскими учреждениями района.

Основные задачи ЦРБ:

- обеспечение населения района и районного центра квалифицированной специализированной медицинской помощью;
- оперативное и организованное методическое руководство учреждениями здравоохранения в районе;
- планирование, финансирование и организация материально-технического снабжения учреждений здравоохранения района;
- разработка и осуществление мероприятий по повышению качества медицинской помощи и улучшению здоровья населения.

Больничная помощь сельскому населению в ЦРБ оказывается по 10 специальностям и более (терапия, хирургия, акушерство, гинекология, педиатрия, травматология и ортопедия, урология, оториноларингология, неврология, психиатрия, аллергология, стоматология, дерматовенерология, офтальмология, инфекционные болезни и др.).

В настоящее время приоритетным направлением в развитии сельского здравоохранения являются укрепление и совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи.

*Третий этап* оказания медицинской помощи сельским жителям включает областные учреждения здравоохранения, расположенные в областном центре. Основное учреждение на этом этапе – областная (республиканская, краевая) больница, выполняющая следующие функции:

- обеспечение населения области высококвалифицированной специализированной консультативной поликлинической и стационарной медицинской помощью в полном объеме;
- организационно-методическая помощь лечебно-профилактическим учреждениям области;
- координация лечебно-профилактической и организационно-методической работы;
- оказание экстренной медицинской помощи средствами санитарной авиации и наземного транспорта с привлечением врачей-специалистов различных учреждений;
- руководство и контроль за статистическим учетом и отчетностью лечебно-профилактических учреждений;
- анализ и управление качеством медицинской помощи, оказываемой в самой областной больнице и во всех лечебно-профилактических учреждениях области;
- изучение и анализ заболеваемости, инвалидности, общей и детской смертности населения; участие в разработке мероприятий, направленных на их снижение;
- обобщение и распространение передового опыта работы лечебно-профилактических учреждений области по внедрению новых организационных форм медицинской помощи, современных методов диагностики и лечения;
- проведение мероприятий по специализации и усовершенствованию врачей и среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений области.

## **2.9. Организация медицинской помощи работникам промышленных предприятий**

Медицинская помощь рабочим промышленных предприятий оказывается как специальными лечебно-профилактическими учреждениями – медико-санитарными частями и здравпунктами (врачебными и фельдшерскими), расположенными или на территории самих предприятий или в непосредственной близости от них, так и в сети территориальных медицинских учреждений.

Медико-санитарная часть (МСЧ) в условиях реформирования отечественного здравоохранения и внедрения медицинского страхования остается общепризнанной и перспективной формой организации медицинской помощи рабочим и служащим. В Приложении 1 «Положение о медико-санитарной части» к Приказу Минздравмедпрома РФ № 130 «Об организации медицинской помощи работающим на предприятиях промышленности, строительства, транспорта, связи в условиях обязательного медицинского страхования населения» записано, что МСЧ – лечебно-профилактическое

учреждение, оказывающее медицинскую помощь в основном работникам предприятий (организаций) промышленности, строительства, транспорта, связи с различными формами собственности. МСЧ представляет собой комплексное медицинское учреждение, в состав которого могут входить по согласованию с учреждением и в зависимости от численности обслуживаемого контингента поликлиника, врачебные и фельдшерские здравпункты, стационар, санаторий-профилакторий, диетическая столовая, детские оздоровительные учреждения и другие подразделения.

Медико-санитарные части могут быть закрытого или открытого типа в зависимости от того, какой контингент обслуживают, – только ли работников данного предприятия (закрытая МСЧ) или их семьи и население близлежащих участков (открытая МСЧ). МСЧ организуются на предприятиях, где число работающих превышает 4 тыс.

Основные задачи и функции МСЧ:

- оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи прикрепленному контингенту с целью снижения общей и профессиональной заболеваемости, производственного травматизма, трудопотерь по болезни и инвалидности; выполнение программ обязательного медицинского страхования;
- разработка и осуществление совместно с администрацией предприятия (организации) и по согласованию с органами санэпиднадзора мероприятий по оздоровлению работающих;
- контроль за соответствием состояния здоровья работающих условиям труда.

Основной организационный принцип работы всех учреждений по оказанию медицинской помощи работникам промышленных предприятий – цеховая участковость. Цеховые участки организуются исходя из принципа территориальной близости и общности технологии производства. Численность работников на одном цеховом врачебном участке составляла сначала 2000, затем 1600 работников (несколько меньше на предприятиях химической и горнорудной промышленности), теперь численность и состав прикрепленного контингента определяются условиями контракта с администрацией предприятия и территориальными органами здравоохранения. Возглавляет цеховой участок цеховой врач-терапевт, который, работая по системе «поликлиника-стационар», 9 час в неделю отводит профилактической работе в цехе (3 раза в неделю по 3 часа или 1 полный рабочий день). В территориальных поликлиниках также соблюдается принцип первоочередного обслуживания рабочих цеховых участков.

Цеховой врач в отличие от врача-терапевта территориального участка должен знать особенности технологического процесса в обслуживаемых им цехах, неблагоприятные факторы, связанные с ним, а также профессиональную патологию.

Одна из главных задач деятельности цеховых врачей – профилактика профессиональных заболеваний. Приказом Минздрава РФ от 14 марта 1996 г. № 90 «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентов допуска к профессии» установлено, что лица, которые могут подвергаться воздействию опасных, вредных веществ и неблагоприятных факторов производства, подлежат профилактическим медицинским осмотрам. Медицинские осмотры делятся на предварительные и периодические.

Предварительные медицинские осмотры проводятся при поступлении на работу. Они позволяют выделить людей, которые по состоянию здоровья не могут быть допущены на работу в условиях данного производства. В предварительных медицинских осмотрах участвуют все врачи-специалисты (терапевт, невролог, офтальмолог, дерматовенеролог, оториноларинголог, хирург).

Периодические медицинские осмотры (обследования) проводятся с целью:

- динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирования групп риска;

- выявления общих заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов;

- своевременного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников (Приложение № 3 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 августа 2004 г. № 83).

Периодические медицинские осмотры позволяют на ранних стадиях выявить профессиональное заболевание или отклонение в состоянии здоровья, повышающее опасность воздействия профессиональных вредностей. Основным лицом, проводящим периодические осмотры, является врач-терапевт. Участие врачей-специалистов (фтизиатра, невропатолога и др.) определяются врачом-терапевтом.

Все женщины при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров обязательно обследуются врачом акушером-гинекологом.

Все данные медицинского обследования заносятся в медицинскую карту амбулаторного больного. В случае установления при проведении медицинских осмотров признаков профессионального заболевания трудящиеся направляются для специального обследования с целью уточнения диагноза и установления связи заболевания с профессиональной деятельностью в центры профпатологии.

Все лица с выявленными профессиональными заболеваниями должны находиться на диспансерном наблюдении в течение всей жизни у соответствующих специалистов в зависимости от установленного патологического процесса.

Кроме того, диспансерному наблюдению подлежат:

- здоровые (рабочие-подростки, беременные женщины, рабочие цехов и профессий с производственными вредностями, инвалиды войны, ведущие группы рабочих и служащих);
- больные с хроническими заболеваниями – в соответствии с утвержденной инструкцией;
- длительно и часто болеющие.

В профилактической работе цехового врача большое значение имеет санитарно-просветительная работа по пропаганде медицинских знаний по вопросам, прежде всего, тех заболеваний, которые распространены на данном предприятии, по борьбе с профессиональными болезнями, а также по пропаганде знаний в области личной и общественной гигиены. В ней в обязательном порядке участвуют все врачи и средние медработники.

Для приближения медицинской помощи к работникам промышленных предприятий организуются здравпункты, входящие в структуру либо промышленного предприятия (организации), либо медико-санитарной части, либо территориальной поликлиники. При промышленных предприятиях и объектах капитального строительства с численностью работников не менее 1200 человек создаются врачебные (возглавляет врач); не менее 500 работников – фельдшерские здравпункты (возглавляет фельдшер или медицинская сестра). Задачами врачебного здравпункта являются проведение мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, в том числе с временной утратой трудоспособности, инвалидности трудящихся и учащихся, улучшению санитарно-гигиенических условий труда. Медицинский персонал здравпункта оказывает доврачебную и первую врачебную помощь при травмах, отравлениях, внезапных заболеваниях; проводит необходимые процедуры, назначенные врачом поликлиники или медико-санитарной части, измеряет температуру тела и артериальное давление; обеспечивает явку рабочих и служащих предприятия на диспансерный осмотр; осуществляет прививки; проводит санитарно-просветительную работу.

## **2.10. Организация медицинской помощи женщинам и детям**

Охрана материнства и детства – система государственных и общественных мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка. В «Конституции Российской Федерации» имеется специальная статья (ст. 38), посвященная охране семьи, материнства и детства; в «Основах Законодательства об охране здоровья граждан» в статьях 22-24 изложены во-

просы, касающиеся сохранения и укрепления здоровья семей, беременных, матерей и детей.

Организация медицинской помощи женщинам и детям, так же как и другим группам населения, основывается в целом на тех же принципах (участковый метод обслуживания и диспансерный метод работы), но имеет более выраженную профилактическую направленность. Учреждения, оказывающие медицинскую помощь женщинам и детям, условно подразделяются на 3 группы: лечебно-профилактические, оздоровительные и воспитательные. Наиболее многочисленной группой являются лечебно-профилактические учреждения (амбулаторно-поликлинические, стационары, а также учреждения станций скорой медицинской помощи).

В системе охраны материнства и детства различают следующие этапы оказания медико-социальной помощи:

- оказание помощи женщине вне беременности, подготовка ее к материнству. На этом этапе большую роль играют женские консультации, центры планирования семьи, медико-генетические консультации;
- лечебно-профилактическая помощь беременным в целях сохранения здоровья плода и беременной женщины. На этом этапе важна роль женских консультаций, отделений патологии беременности акушерских стационаров, санаториев для беременных;
- лечебно-профилактическая помощь при родах в целях охраны здоровья плода и женщины. Весь объем этой помощи оказывается в акушерских отделениях родильных домов;
- охрана здоровья новорожденного (контроль за правильным вскармливанием, наблюдение за физиологическим развитием, уход за новорожденным, оказание лечебной помощи в отделениях новорожденных родильных домов и патологии новорожденных детских больниц);
- охрана здоровья ребенка в дошкольный период (контроль за физическим развитием, рациональным питанием, иммунологическим статусом ребенка);
- охрана здоровья ребенка в период школьного возраста (контроль за физическим развитием, коррекция отклонений в состоянии здоровья детей).

Охрана материнства и детства предусматривает акушерско-гинекологическую помощь и лечебно-профилактическую помощь детям.

**Организация акушерско-гинекологической помощи.** Важное звено в общей системе охраны материнства и детства – акушерско-гинекологическая служба, предназначенная для обеспечения охраны здоровья женщин, а также детей в ante-, intra- и постнатальном периодах. Ведущим учреждением в системе акушерско-гинекологической службы является женская консультация – лечебно-профилактическое учреждение диспансерного типа, выполняющее амбулаторно-поликлиническое наблю-

дение за женщинами во все периоды их жизни. В сельской местности этот вид помощи оказывается ФАПами, гинекологическими кабинетами или женскими консультациями районных, центральных районных и областных больниц. Чаще женские консультации размещаются в составе крупных поликлиник, при медико-санитарных частях. В ряде случаев женские консультации находятся в составе объединенного родильного дома. Это дает возможность использовать их материально-техническую базу, привлекать для лечебно-консультативной помощи врачей различных специальностей пользоваться единой лабораторно-диагностической и физиотерапевтической службой.

Основными задачами женской консультации являются:

- оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению, проживающему на территории, обслуживаемой данным лечебным учреждением;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение беременности, осложнений послеродового периода, гинекологических заболеваний;
- внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения беременных женщин и гинекологических больных передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи;
- обеспечение женщинам социально-правовой помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья матери и ребенка.

В структуре женской консультации предусмотрены административно-хозяйственные кабинеты, регистратура, кабинеты участковых акушеров-гинекологов, терапевта, стоматолога, офтальмолога, лабораторно-диагностические подразделения, социально-правовой кабинет.

Работа женской консультации, так же как и других амбулаторно-поликлинических учреждений, построена по участковому принципу и в основе ее деятельности лежит диспансерный метод работы. Размер одного акушерско-гинекологического участка составляет примерно 2 терапевтических участка, следовательно, у 1 участкового акушера-гинеколога под наблюдением находится примерно 3,3 тыс. женщин старше 15 лет.

Решающая роль в сохранении здоровья женщин и их детей принадлежит организации профилактической работы в женской консультации, реализация которой обеспечивается внедрением диспансерного метода. Медицинские разделы профилактики включают лечебно-диагностическую помощь, реабилитацию и профилактические мероприятия, направленные на предупреждение отклонений в состоянии здоровья матери и ребенка путем устранения причин и условий, вызывающих патологию; сохранение трудоспособности и снижение частоты гинекологических заболеваний; уменьшение частоты осложнений беременности и родов; лечебно-профилактические мероприятия по предупреждению послеродовых ос-

ложнений и по перинатальной охране плода. Основные мероприятия должны проводиться в области первичной профилактики, в задачи которой входит наблюдение за женщинами не только в период беременности, но и в течение всей жизни с целью предупреждения возникновения заболеваний, а следовательно, сохранения их здоровья.

Наряду с первичной профилактикой, предусматривающей раннее выявление заболеваний, не меньшее значение для улучшения здоровья женского населения имеет вторичная профилактика, которая включает соответствующее лечение, реабилитацию с целью предотвращения возникновения осложнений.

Социальная профилактика в акушерско-гинекологической практике заключается в гарантировании мер, направленных на охрану труда женщин, работающих в промышленности и сельском хозяйстве, оказание правовой помощи, оздоровление условий быта и отдыха, усиление санитарно-гигиенического воспитания девочек и женщин, пропаганду здорового образа жизни.

Стационарная медицинская помощь женщинам оказывается в акушерско-гинекологических отделениях объединенного родильного дома либо крупной многопрофильной больнице. В последние годы в крупных городах появились специализированные родильные дома для женщин, страдающих невынашиванием беременности, имеющих иммунодефицитную беременность, а также различные соматические заболевания, что позволяет улучшить оказание медицинской помощи этим группам и тем самым способствует сохранению здоровья матери и ребенка.

Женские консультации – начальное и главное звено в организации перинатальной охраны плода и новорожденного. Они осуществляют раннее взятие беременных на учет (до 12 недель), проводят первичный отбор беременных с повышенным риском, обеспечивают им систематическое активное наблюдение, надлежащее обследование и профилактическое лечение. Важнейшими профилактическими мероприятиями женской консультации являются оздоровление беременных, улучшение условий их труда и быта, требование соблюдения беременными санитарно-гигиенических норм, режима питания, отдыха, борьба с вредными привычками.

Большое значение имеет социально-правовой раздел работы женской консультации: своевременный контроль за освобождением беременных от ночных и сверхурочных работ, командировок, работ, связанных с подъемом и переносом тяжестей, перевод их на более легкую работу и т.д.

Важным в работе женских консультаций является выявление беременных с повышенным риском, предупреждение невынашивания беременности, а также госпитализация беременных с профилактической или лечебной целью в отделения патологии беременности, терапевтические стационары, отделения санаторного или полусанаторного типа.

Правильная организация наблюдения за состоянием здоровья женщин, особенно в период беременности, в учреждениях акушерско-гинекологического профиля способствует снижению материнской и перинатальной смертности, уменьшению возникновения различных гинекологических заболеваний, а также улучшению здоровья детей.

**Организация медицинской помощи детскому населению.** Ведущим учреждением, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь детскому населению, является детская поликлиника, которая может быть самостоятельной или входить в качестве структурного подразделения в детскую больницу.

В районе прикрепления детская поликлиника обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям от рождения до 14 лет включительно (14 лет 11 месяцев 29 дней). С 2000 г. в детских поликлиниках наблюдают подростков в возрасте от 15 до 18 лет. Оказание медицинской помощи предусмотрено в поликлинике, на дому, в дошкольных учреждениях и школах.

Структура детской поликлиники включает фильтр, регистратуру, кабинеты участковых педиатров, врачей-специалистов, лабораторно-диагностические; отделения школьно-дошкольное, здорового ребенка; кабинеты социально-правовой и административно-хозяйственные.

Организация работы детской поликлиники строится в соответствии с общими принципами организации лечебно-профилактической помощи (участковый принцип обслуживания населения и диспансерный метод работы) и специальными для детской поликлиники. Размер педиатрического участка не превышает 750-800 детей от рождения до 14 лет включительно, в том числе 40-60 детей первого года жизни. Нагрузка участкового педиатра составляет 5 человек на 1 час приема в поликлинике, 7 – при профилактических осмотрах и 2 – при обслуживании на дому. Ведущая роль отводится участковому педиатру, в задачи которого входит, кроме оказания медицинской помощи, проведение профилактической работы со здоровыми детьми и имеющими хроническую патологию и требующими диспансерного наблюдения. Участковый педиатр должен знать особенности формирования здоровья ребенка, условия воспитания здорового ребенка, профилактику возникновения и неблагоприятного течения заболеваний, особенно в раннем возрасте, роль и значение условий и образа жизни семьи ребенка. В этих целях участковый педиатр обязан поддерживать постоянную связь с акушерско-гинекологическими учреждениями и обеспечивать преемственность в наблюдении за детьми, особенно при наличии факторов риска.

*Особенности оказания детям стационарной помощи.* Плановая госпитализация ребенка осуществляется через детскую поликлинику при наличии направления и подробной выписки из истории развития ребенка о начале заболевания, лечении и результатах анализов, проведенных в поли-

клинике. Практикой последних лет стала передача амбулаторной карты в стационар на период пребывания в нем ребенка.

Основная задача современной больницы – восстановительное лечение, которое включает диагностику заболевания, лечение, неотложную терапию и реабилитацию.

Особенностью организации работы детских стационаров является необходимость проведения мероприятий по предупреждению распространения инфекций: разделение каждого отделения на секции, которые при необходимости могут функционировать самостоятельно; боксирование палат, своевременное выявление бактерионосителей и их санирование и др.

В стационаре завершается первый этап реабилитации и восстановительного лечения – клинический. Далее следует второй этап – санаторный и третий этап – адаптационный, который проводится в санаториях и амбулаторно-поликлинических учреждениях.

***Медико-санитарный патронаж в системе охраны материнства и детства.*** Медико-санитарный патронаж в системе охраны материнства и детства подразделяется на 4 периода:

- антенатальный (дородовой) проводится с целью сохранения преемственности и в целях профилактики в 28, 32–36 недель беременности. Патронаж, как правило, выполняет участковая медицинская сестра женской консультации. При патронаже будущая мать должна получить необходимые сведения по уходу за ребенком;
- постнатальный патронаж – динамическое наблюдение за новорожденным, которое проводит участковый педиатр совместно с медицинской сестрой на 1–2 сутки после выписки ребенка из родильного дома. Главная цель – своевременно выявить факторы риска здоровью ребенка;
- ежемесячное динамическое наблюдение за ростом и развитием ребенка на протяжении первого года жизни;
- динамическое наблюдение за ребенком в возрасте от 1 года до 7 лет. Особенно важно проведение осмотра детей в возрасте 3 и 5 лет и перед поступлением в школу.

### **2.11. Новые формы организации внебольничной помощи населению**

В структуре учреждений первичной медицинской помощи в последние годы появились новые подразделения: дневной стационар, хирургический стационар одного дня, стационар на дому и др.

Дневной стационар предназначен для проведения комплекса диагностических и лечебных мероприятий больным, находящимся в отделении. В течение дня больные получают питание, им проводятся лабораторно-инструментальные диагностические исследования, различные процедуры,

врачебные осмотры и консультации. На ночь больной уходит домой. Эта форма работы стационара удобна для больных и экономична.

Хирургический стационар одного дня предназначен для проведения оперативных вмешательств с последующим наблюдением за больным. В послеоперационном периоде больной посещает отделение для перевязок, проведения лечебных процедур.

Стационар на дому предназначен для лечения и динамического наблюдения за больными, которые не могут быть госпитализированы по разным причинам (например, женщины, имеющие грудных детей). Врач и медсестра ежедневно посещают больных на дому, проводят лечебные процедуры и диагностические исследования.

В настоящее время расширяется сеть больниц (отделений) сестринского ухода, длительного лечения, реабилитации, хосписов и др. Появление различных подразделений догоспитальной медико-социальной помощи вызвано увеличением доли населения старших возрастных групп, больных с хроническими формами заболеваний, одиноких и др., а также значительного удорожания лечения в стационарах.

## **2.12. Медицинское страхование в Российской Федерации**

Правовые основы для введения медицинского страхования в Российской Федерации включают следующие важнейшие документы:

- Конституцию (Основной закон) Российской Федерации;
- Федеральный закон РФ от 22.07.1993 г. № 5487-1-ФЗ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»;
- Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28 июня 1991 г.;
- Закон «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 г. № 4015-1;
- Постановление Правительства РФ «О мерах по выполнению Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 23.01.1992 г. № 41;
- Постановление Правительства РФ «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 11.10.1993 г. № 1018.

Помимо основных правовых документов, существует ряд законов, постановлений парламента и Правительства Российской Федерации, нормативных документов отраслевого и территориального значения, имеющих большое значение для введения медицинского страхования.

В Конституции Российской Федерации, принятой на референдуме 12.12.1993 г., статья 41, посвященная правам граждан в области охраны здоровья, содержит упоминание о страховых взносах: «Каждый имеет пра-

во на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Таким образом, медицинское страхование является одним из источников финансирования бесплатной для населения медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения России.

Согласно Закону «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 г. № 4015-1, «Страхование – отношения по защите интересов физических и юридических лиц Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых страховщиками из уплаченных страховых премий (страховых взносов), а также за счет иных средств страховщиков».

Медицинское страхование в нашей стране существует в двух формах: обязательное и добровольное (табл. 1).

Добровольное страхование осуществляется на основании договора страхования и правил страхования, определяющих общие условия и порядок его осуществления. Правила страхования принимаются и утверждаются страховщиком или объединением страховщиков самостоятельно в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом; содержат положения о субъектах и объектах страхования, о страховых случаях, страховых рисках, порядке определения страховой суммы, страхового тарифа, страховой премии (страховых взносов), о порядке заключения, исполнения и прекращения договоров страхования, правах и обязанностях сторон, об определении размера убытков или ущерба, о порядке определения страховой выплаты, о случаях отказа в страховой выплате и иные положения.

В основу обязательного медицинского страхования (ОМС) положены основные принципы:

1. Всеобщий и обязательный характер. Все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на получение бесплатных медицинских услуг, которые включены в программу обязательного медицинского страхования.
2. Государственный характер гарантии бесплатной медицинской помощи. Все средства системы ОМС находятся в государственной собственности РФ.

Таблица 1

**Сравнительный анализ особенностей добровольного  
и обязательного медицинского страхования [36]**

<b>Добровольное медицинское страхование</b>	<b>Обязательное медицинское страхование</b>
Коммерческое	Социальное (некоммерческое)
Личное страхование как часть финансово-коммерческой деятельности	Часть системы социального страхования
Регламентируется законами «О страховании» и «О медицинском страховании граждан в РФ»	Регламентируется Законом «О медицинском страховании граждан в РФ» и законами по вопросам социального страхования
Правила страхования определяются страховыми организациями	Правила страхования определяются государственными структурами
Индивидуальное или групповое	Всеобщее или массовое
Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности	Осуществляется государственными страховыми организациями (или контролируемыми государством)
Страхователи – юридические и физические лица	Страхователи – государство (органы местной исполнительной власти) и работодатели
Источник средств: личные доходы граждан, прибыль предпринимателей	Источник средств: государственный бюджет и взносы работодателей, включаемые в себестоимость продукции
Программа (или перечень услуг) определяется договором страховщика и страхователя	Программа (или гарантируемый минимум услуг) определяется Министерством здравоохранения и социального развития РФ и утверждается местными (территориальными) органами власти
Тарифы устанавливаются договором	Тарифы устанавливаются соглашением сторон при ведущей роли органов государства
Система контроля качества устанавливается договором	Система контроля качества определяется соглашением сторон при ведущей роли органов государства
Доходы могут быть использованы в любой коммерческой и некоммерческой деятельности	Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности (медицинского страхования)

Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью включает в себя перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, базовую программу ОМС, объемы медицинской помощи, порядок формирования подушевых нормативов финансирования здравоохранения, обеспечивающих предоставление гарантированных объемов лечебно-профилактической помощи.

На финансирование обязательного медицинского страхования работодатели всех форм собственности уплачивают взнос, равный 38,5 % по отношению к фонду оплаты труда, начисленной по всем основаниям. Основная часть средств социального страхования, составляющая более 70 % всех средств социального страхования, приходится на пенсионное страхование, которое складывается из 28 % от фонда оплаты труда предприятий (вносят работодатели) и 1 % от фонда заработной платы (вносят трудящиеся). По сравнению с пенсионным страхованием средства обязательного медицинского страхования весьма незначительны, составляют 3,6 % по отношению к фонду оплаты труда и менее 10 % средств социального страхования.

В Законе РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», состоящем из пяти разделов и содержащем 28 статей, сказано, что в медицинском страховании существует четыре субъекта (схема 1): страхователь (работодатели и органы исполнительной власти), страховщик (страховая медицинская организация ОМС и фонды ОМС), застрахованный (гражданин), исполнитель медицинских услуг (медицинские учреждения).

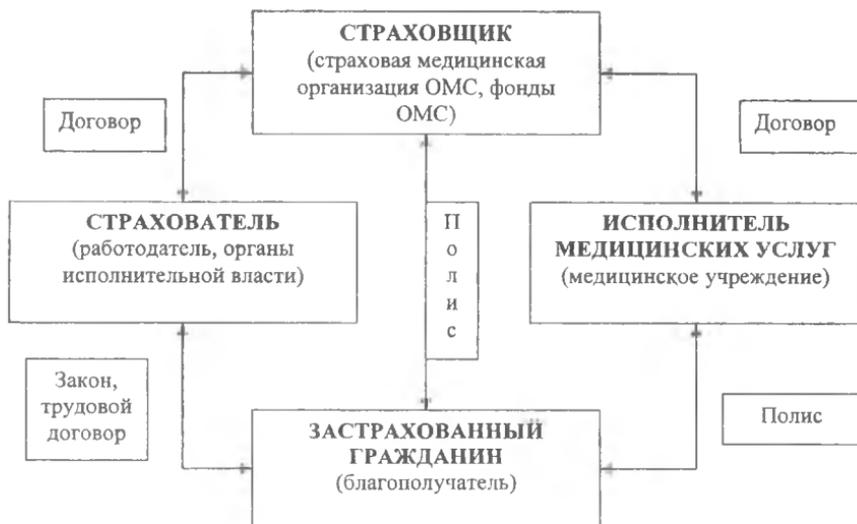


Рис. 1. Схема субъектов медицинского страхования

**Страхователь** – один из субъектов медицинского страхования, уплачивающий взнос на обязательное и/или добровольное медицинское страхование. В соответствии со статьей 2 Закона «О медицинском страховании граждан в РФ» страхователями при обязательном медицинском страховании являются:

- для **неработающего** населения – органы исполнительной власти, к которым относятся правительства субъектов Российской Федерации, органы управления республик, краев, областей, местная администрация;
- для **работающего** населения – работодатели (предприятия, учреждения, организации), а для лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, и лиц свободных профессий – их личные средства.

Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или/и работодатели предприятия, представляющие интересы граждан.

Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования. Субъекты медицинского страхования выполняют обязательства по заключенному договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Страховщиками** в системе обязательного медицинского страхования являются **фонды ОМС** и **страховые медицинские организации**. В свою очередь фонды ОМС подразделяются на Федеральный фонд ОМС и Территориальные фонды (их филиалы и подразделения). Фонды обязательного медицинского страхования предназначены для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

Финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

**Федеральный фонд ОМС** создается Правительством РФ, осуществляет свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации; является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, самостоятельным юридическим лицом и подотчетен парламенту и Правительству. Руководство деятельностью Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществляет правление, в которое входят представители Министерства здравоохранения и социального развития РФ, других государственных и общественных организаций, субъектов медицинского страхования. Председатель правления избирается (обычно это министр здравоохранения или заместитель министра).

Исполнительный директор Федерального фонда обязательного медицинского страхования назначается Правительством РФ, формирует исполнительную дирекцию, которая осуществляет все руководство деятельно-

стью фонда в период между заседаниями правления, решает все вопросы, кроме входящих в исключительное ведение правления, отчеты фонда предоставляются парламенту и Правительству России.

**Федеральный фонд:**

- направляет территориальным фондам средства из бюджета фонда во исполнение Федерального закона о бюджете Федерального фонда на соответствующий год;
- использует аккумулируемые средства для финансирования целевых программ в рамках обязательного медицинского страхования, компьютеризации системы обязательного медицинского страхования, подготовки кадров, научных исследований в области обязательного медицинского страхования и др.

Средства выделяются из бюджета Федерального фонда при обоснованной нехватке средств у территориальных фондов для финансирования программ обязательного медицинского страхования, а также целевых программ в рамках обязательного медицинского страхования.

Федеральный фонд перечисляет средства на счета территориальных фондов целевым платежом, а также участвует, по согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития РФ, в развитии материально-технической базы учреждений здравоохранения и совершенствования их лекарственного обеспечения в рамках целевых программ обязательного медицинского страхования. Финансовые средства, поступившие от Федерального фонда, носят целевой характер.

*Территориальный фонд* обязательного медицинского страхования организуется субъектами Российской Федерации в соответствии с Положением о территориальном фонде ОМС. Задачи фонда аналогичны задачам Федерального фонда и заключаются в том, чтобы быть распределительно-финансовым и контрольным органом, т.е. получать в соответствии с законом страховые средства, распределять их на оказание медицинской помощи, контролировать их использование лечебно-профилактическими учреждениями по договорам.

Руководство деятельностью территориального фонда осуществляет правление, состоящее из представителей государственных и общественных организаций, субъектов медицинского страхования. Председатель правления избирается. В перерывах между заседаниями правления работой фонда руководит исполнительная дирекция, которую формирует исполнительный директор, назначаемый главой администрации.

Для выполнения своих задач территориальные фонды ОМС могут организовывать филиалы или отделения в городах и районах, работающие в соответствии с Положением, утвержденным исполнительным директором территориального фонда.

Финансовые средства территориальных фондов используются для:

- финансирования обязательного медицинского страхования;

- осуществления финансово-кредитной деятельности по обеспечению системы обязательного медицинского страхования;
- обеспечения гражданам, проживающим в субъекте Российской Федерации, равных возможностей в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования, в объеме и на условиях, соответствующих территориальной программе обязательного медицинского страхования;
- обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС.

Территориальные фонды обязаны полностью и своевременно финансировать страховые медицинские организации в соответствии с договорами о финансировании обязательного медицинского страхования.

Страховщиками являются помимо фондов и страховые медицинские организации.

*Страховыми медицинскими организациями (страховыми компаниями)* выступают юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами, с любыми, предусмотренными законодательством Российской Федерации формами собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующие свою деятельность в соответствии с законодательством, действующим на территории Российской Федерации.

Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения. Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций.

Страховые медицинские организации проходят достаточно длительный организационный этап, включающий оформление документов, получение лицензии, подбор кадров и заключение контрактов с сотрудниками, выбор партнеров (страхователей и медицинских учреждений), разработку страховых программ, страховых тарифов, согласование цен на медицинские услуги, системы контроля качества, заключение договоров с партнерами, выдачу страховых полисов застрахованным.

В соответствии с законом страховые медицинские организации имеют *право*:

- свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;
- участвовать в аккредитации медицинских учреждений;
- устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию;
- принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;
- предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению и/или медицинскому работнику на материальное возмещение физического и/или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Страховые медицинские организации *обязаны*:

- осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе;
- заключать договора с медицинскими учреждениями на оказание медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию;
- заключать договора на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими или иными учреждениями;
- выдавать страхователю (при групповом страховании) или застрахованному страховые медицинские полисы с момента заключения договора медицинского страхования;
- осуществлять возратность части страховых взносов страхователю или застрахованному, если это предусмотрено договором медицинского страхования;
- контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора;
- защищать интересы застрахованных.

Основными задачами страховой медицинской организации, осуществляющей обязательное медицинское страхование, является оплата медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с территориальной программой и договорами ОМС, защита прав застрахованных, в том числе путем контроля за использованием средств ОМС медицинскими учреждениями.

Средства ОМС, поступившие от территориального фонда ОМС в соответствии с заключенными страховой медицинской организацией договорами, используются на оплату медицинских услуг, расходы по ведению дела по обязательному медицинскому страхованию, в том числе на оплату труда работников, занятых обязательным медицинским страхованием, формирование резервов (оплаты медицинских услуг, финансирования предупредительных мероприятий и запасной).

Расходы страховой медицинской организации по обязательному медицинскому страхованию включают в себя:

- оплату медицинских услуг на основании предъявленных медицинским учреждением документов;
- отчисления в резерв оплаты медицинских услуг и запасной резерв;
- отчисления в резерв финансирования предупредительных мероприятий по обязательному медицинскому страхованию;
- расходы на ведение дела по ОМС, в том числе отчисления в фонд оплаты труда работников страховой медицинской организации по нормативу, установленному территориальным фондом ОМС;
- прочие расходы, в том числе связанные с инвестированием средств резерва.

Доходы, полученные от инвестирования средств резервов, в случае их неиспользования на покрытие расходов по оплате медицинских услуг направляются на пополнение резервов оплаты медицинских услуг, запасного резерва и резерва финансирования предупредительных мероприятий по ОМС по нормативам, установленным территориальным фондом ОМС. Оставшиеся средства являются доходом страховой медицинской организации.

К исполнителям медицинских услуг в системе медицинского страхования относятся *медицинские учреждения* любой формы собственности, в которых оказывается медицинская помощь. Они являются самостоятельными хозяйствующими субъектами, заключают договора со страховыми медицинскими организациями и работают в соответствии с ними. Содержанием договора определяются права и обязанности учреждения. Для работы в условиях медицинского страхования необходимы лицензирование и аккредитация медицинских учреждений независимо от формы их собственности. Каждое лечебно-профилактическое учреждение должно получить лицензию на осуществление определенных видов деятельности и услуг. По заявлению учреждения лицензированию могут подвергаться учреждение в целом, его отдельные подразделения или виды деятельности.

*Лицензирование* – это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Лицензирование медицинских учреждений осуществляется на основании Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» и принятого в соответствии с ним постановления Правительства РФ «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности». Лицензирование проводят лицензионные комиссии, создаваемые при органах государственного управления из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, медицинских учреждений, общественных организаций (объединений).

Получение лицензии позволяет медицинскому учреждению заключать договор со страховой медицинской организацией на оказание медицинской помощи по программам ОМС и получать от них соответствующую оплату медицинских услуг, оказанных застрахованным.

Лицензирование медицинских учреждений должна дополнять их аккредитация. *Аккредитация* – определение соответствия медицинских учреждений профессиональным стандартам. Аккредитации, как и лицензированию, по закону подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности. Аккредитацию медицинских учреждений проводят аккредитационные комиссии, создаваемые из представителей органов и учреждений здравоохранения, профессиональных медицинских ассоциаций, страховых медицинских организаций. Аккредитованному медицинскому учреждению органами исполнительной власти выдается сертификат – документ, под-

тверждающий качество услуг и повышающий конкурентоспособность в условиях рынка медицинских услуг.

Основной фигурой медицинского страхования является **застрахованный** гражданин. В системе медицинского страхования граждане России и иностранные граждане имеют следующие права, определенные законом:

- обязательное и добровольное медицинское страхование;
- выбор медицинской страховой организации;
- выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договором обязательного и добровольного медицинского страхования;
- получение медицинской помощи на всей территории России, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
- предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;
- возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

Деятельность органов и учреждений ОМС происходит в соответствии с программами медицинского страхования, которые во многом определяют деятельность медицинских учреждений. Основной программой в соответствии с Законом является **базовая программа обязательного медицинского страхования**, которую разрабатывает Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Министерство экономики и финансов, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования с участием профсоюзов и утверждает Правительство РФ.

Основы составления базовой программы обязательного медицинского страхования были отражены в приложении к постановлению Правительства от 23.01.1992 г. В соответствии с этим постановлением базовая программа ОМС граждан Российской Федерации определяет объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам Российской Федерации в рамках программы обязательного медицинского страхования.

В целом за счет средств базовой программы ОМС и других источников Программы Государственных гарантий гражданам РФ бесплатно предоставляются:

а) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью граждан или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

б) амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе по диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому;

в) стационарная помощь:

- при острых заболеваниях, обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;
- при патологии беременности, родах и абортax;
- при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих стационарного режима.

Условия и порядок предоставления медицинской помощи по программе определяются Министерством здравоохранения и социального развития РФ по согласованию с Федеральным фондом ОМС.

Основной реально действующей программой ОМС должны стать *территориальные программы обязательного медицинского страхования*, составленные с учетом базовой федеральной программы и дополнительных местных финансовых и материальных ресурсов здравоохранения. В соответствии с базовой программой гражданам Российской Федерации гарантируются: обеспечение первичной медико-санитарной помощью, включая диагностику и лечение, реабилитацию и профилактику заболеваний в амбулаторных и стационарных условиях, в том числе оказание скорой и неотложной медицинской помощи, а также доврачебной помощи. Объем и условия оказания медицинской помощи, предусматриваемые территориальными программами, не могут быть меньше установленных в базовой программе.

Программы ОМС должны соответствовать объему и качеству медицинской помощи, которая может быть гарантирована населению, а также материальным и финансовым возможностям общества в сфере здравоохранения.

Программы *добровольного медицинского страхования* составляются с учетом предоставляемых медицинских услуг по базовой программе ОМС, поскольку при добровольном медицинском страховании предлагаемый перечень медицинских услуг дополняет объем медицинской помощи, оказываемой в рамках обязательного медицинского страхования. Медицинские учреждения реализуют программы добровольного медицинского страхования без ущерба для программы ОМС.

Важнейшими вопросами организации работы в условиях медицинского страхования являются следующие: заключение договоров, определение цены на медицинские услуги, контроль их качества и защита прав субъектов медицинского страхования.

*Договор* на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) – это соглашение, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую по-

мощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программы медицинского страхования. Договор должен содержать:

- наименование сторон, сроки действия договора;
- численность застрахованных;
- виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг);
- стоимость работ и порядок расчетов;
- порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств;
- права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

Форма типовых договоров обязательного и добровольного медицинского страхования, порядок и условия их заключения устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Условием заключения договора между медицинским учреждением и страховой медицинской организацией является наличие у каждой из сторон лицензии. В соответствии с лицензией страховая медицинская организация имеет право на заключение с медицинским учреждением договора на оказание медицинских услуг застрахованным в рамках обязательного и/или добровольного медицинского страхования, а медицинское учреждение, имея лицензию, получает право на заключение договора со страховой организацией, оказание услуг в соответствии с договором и их оплату.

Важнейшей проблемой организации медицинского страхования являются *тарифы* на медицинские услуги. В соответствии с законом в разработке тарифов на медицинские услуги принимают участие фонды ОМС, страховые медицинские организации, органы государственного управления, профессиональные медицинские ассоциации; тарифы устанавливаются соглашением. Нормативно-методические документы по этому вопросу носят межведомственный характер. Тарифы на медицинские услуги и иные услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, учреждением, организацией или лицом, предоставляющим медицинские услуги.

В настоящее время в стране в зависимости от существующих условий действует несколько вариантов и моделей сбора средств по обязательному медицинскому страхованию, из которых можно выделить основные четыре организационно-финансовые модели:

- страховая модель ОМС;
- смешанная модель ОМС;
- «фондовая» модель ОМС;
- «условная», или «нулевая», модель ОМС.

*Страховая модель* наиболее соответствует закону в редакции 1991 г. Страховщиками являются только страховые медицинские организации раз-

личных форм собственности. Они получают финансовые средства от территориальных фондов ОМС по договору и непосредственно организуют работу с застрахованным населением и медицинскими учреждениями.

При *смешанной модели* в качестве страховщиков выступают и страховые медицинские организации как в первой модели, так и филиалы территориальных фондов ОМС.

При *«фондовой» модели* страховые медицинские организации не осуществляют функции обязательного медицинского страхования, а функции страховщика в ОМС выполняет территориальный фонд обязательного медицинского страхования и его филиалы.

При *«условной», или «нулевой», модели* ОМС на территориях отсутствовали страховщики, и собранные по закону на ОМС средства передавались органам управления здравоохранением. Проконтролировать дальнейшее движение средств ОМС в этой модели было сложно, но специалисты считают, что до конкретных исполнителей медицинских услуг при использовании четвертой модели доходило меньше средств, чем при использовании первой, второй и третьей моделей.

Наиболее эффективной признана вторая (смешанная) модель, при которой до медицинских учреждений доходило 98 % средств ОМС – больше, чем при использовании других моделей. В последние годы идет процесс сокращения числа страховых организаций и передачи их функций фондам и филиалам, количество которых превышает 1000, а число страховщиков сократилось до 500.

### **Права и обязанности субъектов медицинского страхования**

Документом, подтверждающим право застрахованного гражданина на получение за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи по программам ОМС на всей территории РФ, а также на территориях других государств, с которыми Российская Федерация имеет соответствующие соглашения, является *страховой медицинский полис* обязательного медицинского страхования.

Форма страхового полиса обязательного медицинского страхования и инструкции по его ведению установлены Правительством РФ.

Страховой медицинский полис выдается каждому застрахованному гражданину страховой медицинской организацией и находится у застрахованного гражданина.

При обязательном медицинском страховании каждый гражданин может быть застрахован только одной страховой медицинской организацией, осуществляющей обязательное медицинское страхование. Застрахованному гражданину по обязательному медицинскому страхованию может быть выдан только один страховой медицинский полис.

В страховом медицинском полисе указываются: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, место работы, социальное положение, адрес застрахованного, срок действия договора.

При обращении за медицинской помощью застрахованные граждане обязаны предъявлять страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования вместе с документом, удостоверяющим личность.

В случае необходимости получения медицинской помощи застрахованным гражданином, который по тем или иным причинам не имеет страхового медицинского полиса, он указывает застраховавшую его страховую медицинскую организацию или обращается в территориальный фонд ОМС, которые обязаны подтвердить медицинскому учреждению факт страхования и обеспечить застрахованного полисом обязательного медицинского страхования.

В случае утраты полиса застрахованный гражданин извещает об этом организацию, выдавшую полис, в письменном виде с указанием обстоятельств его утраты.

Страховая медицинская организация обязана обеспечить застрахованного дубликатом полиса. Утраченный полис признается недействительным, о чем сообщается заинтересованным медицинским учреждениям и территориальному фонду ОМС.

При увольнении работающего гражданина администрация работодателя обязана получить у него выданный страховой медицинский полис.

Неработающие граждане, в отношении которых заключен договор ОМС, при изменении постоянного места жительства должны возвратить полученный ими ранее страховой медицинский полис с последующим получением другого полиса по новому месту жительства.

В случае смерти застрахованного гражданина полис теряет свою силу и подлежит возврату в страховую медицинскую организацию, выдавшую его.

Взаимоотношения страхователя и страховой медицинской организации определяются договором ОМС. Форма договора ОМС утверждается органом исполнительной власти субъекта РФ на основании типового договора. Неотъемлемой частью договора является утвержденная в установленном порядке территориальная программа.

Договор обязательного медицинского страхования предусматривает обязательства страховой медицинской организации при наступлении страхового случая – обращение застрахованного гражданина в лечебно-профилактическое учреждение с целью получения медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС. Договор заключается на срок не менее одного года.

Максимальная ответственность страховщика по индивидуальному риску (стоимость медицинской помощи, оказанной конкретному лицу в тече-

ние срока действия договора ОМС неработающих граждан и периода страхования работающих граждан) не определяется.

Расторжение договора ОМС влечет за собой прекращение финансирования территориальным фондом ОМС страховой медицинской организации.

Взаимоотношения территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций учитывают специфику организации обязательного медицинского страхования, когда государственные гарантии обеспечения граждан медицинской помощью возложены на фонды ОМС, а страховые медицинские организации несут ответственность лишь в пределах полученных ими средств. Финансовые отношения между страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС регулируются договорами финансирования и территориальными правилами ОМС, которые утверждаются администрацией субъекта РФ по согласованию с территориальными фондами ОМС. Территориальный фонд ОМС финансирует страховые медицинские организации на основании договоров о финансировании, которые заключаются на основе Типового договора о финансировании ОМС. По сути, договор финансирования обязательного медицинского страхования является формой контроля фондов ОМС за деятельностью страховых медицинских организаций.

Финансирование обязательного медицинского страхования осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам. Последние определяются в соответствии с Порядком определения дифференцированных подушевых нормативов на обязательное медицинское страхование, утвержденным органом исполнительной власти субъекта РФ, и доводятся до сведения страховых медицинских организаций территориальным фондом в течение 10 дней со дня их пересмотра и утверждения.

В системе ОМС медицинскую помощь оказывают лечебно-профилактические учреждения любой формы собственности, которые имеют лицензию на осуществление ими определенных видов медицинской деятельности и услуг по программам ОМС.

Территориальные органы управления здравоохранением совместно с фондами ОМС определяют организацию и порядок оказания медицинской помощи населению, финансируемой за счет средств ОМС.

Между лечебно-профилактическим учреждением и страховой медицинской организацией взаимоотношения строятся на основе договора на предоставление лечебной профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию. Медицинское учреждение не имеет права отказать страховой медицинской организации в заключение договора на предоставление лечебно-профилактической помощи. Неотъемлемой частью договора является перечень медицинских услуг, оказываемых медицинским учреждением.

Оплата оказанных медицинских услуг застрахованным гражданином, предусмотренных территориальной программой ОМС, регламентируется Положением о порядке оплаты медицинских услуг по ОМС на территории субъекта РФ, которое утверждается территориальным фондом ОМС и органом управления здравоохранения субъекта РФ по согласованию с профессиональной медицинской ассоциацией и профсоюзом медицинских работников. Положение определяет виды и способы оплаты лечебных услуг на территории субъекта РФ.

Не имея возможности оказать застрахованному гражданину медицинскую помощь надлежащим образом в объеме, предусмотренном договором, лечебно-профилактическое учреждение обязано обеспечить застрахованному требуемую помощь в другом учреждении, уведомив об этом страховую медицинскую организацию. Если возникла необходимость оказать пациенту медицинские услуги, на которые данное учреждение не имеет лицензии, оно обязано организовать перевод пациента за счет средств страховщика в другое учреждение, имеющее соответствующую лицензию.

Согласно договору страховая медицинская организация осуществляет контроль качества медицинской помощи, предоставленной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию.

### **2.13. Организация стоматологической помощи населению**

В настоящее время стоматологическая помощь включает в себя терапевтическую, ортопедическую и хирургическую стоматологию и относится к наиболее массовой медицинской помощи.

К стоматологическим учреждениям относятся: стоматологические поликлиники; детские стоматологические поликлиники; стоматологические отделения в больницах, поликлиниках, женских консультациях, здравпунктах; стоматологические стационарные отделения; поликлиники и отдельные кабинеты, работающие на основе коммерческой и внебюджетной деятельности.

Новым структурным подразделением крупных стоматологических поликлиник являются пункты неотложной стоматологической помощи, организованные в городских и областных центрах, которые круглосуточно оказывают помощь всем обращающимся по поводу острых болей, кровотечений, острых воспалительных процессов, травматологических повреждений зубов и челюстей и другой острой патологии.

Один из важных разделов деятельности всех стоматологических учреждений – работа по профилактике стоматологических заболеваний, включающая комплекс мероприятий. Основными из них являются: проведение профилактических осмотров населения и выявление больных стоматологического профиля; диспансеризация (санация полости рта, динамическое наблюдение и лечение); проведение организационных мероприятий (применение противокариозных средств, рекомендации специальных диет,

улучшение санитарно-гигиенических условий, формирование навыков здорового образа жизни и др.).

Все виды стоматологической помощи в полном объеме бесплатно гарантированы лицам до 18 лет (учащимся и студентам очных форм обучения); инвалидам и пенсионерам, беременным и женщинам, имеющим детей в возрасте до 3 лет. По показаниям обеспечивается комплекс неотложной стоматологической помощи всем гражданам, независимо от того, кем они застрахованы.

Кроме того, некоторым категориям граждан производится бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (за исключением протезов из драгоценных металлов):

- инвалидам Великой Отечественной войны 1-й и 2-й групп;
- всем инвалидам Великой Отечественной войны с ранениями в челюстно-лицевую область;
- бывшим несовершеннолетним узникам фашизма, являющимся инвалидами;
- награжденным медалью «За оборону Ленинграда», знаком Ленинградского городского Совета народных депутатов «Жителю блокадного Ленинграда», Героям Советского Союза, Героям России, полным кавалерам ордена Славы;
- инвалидам детства 1-й и 2-й групп;
- пенсионерам по старости;
- подвергшимся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы, получившим и (или) перенесшим лучевую болезнь и другие заболевания, связанные с радиационным воздействием, получившим инвалидность вследствие чернобыльской катастрофы (для принимавших в 1986-1987 гг. участие в ликвидации последствий предоставляется скидка в 50 % от стоимости изготовления и ремонта протезов);
- непосредственным участникам испытаний ядерного оружия, боевых радиоактивных веществ, учений с применением такого оружия до даты фактического прекращения таких испытаний и учений;
- лицам, получившим или перенесшим лучевую болезнь или ставшим инвалидами вследствие радиоактивных аварий и их последствий на других (кроме Чернобыльской АЭС) атомных объектах гражданского и военного назначения;
- лицам из числа военнослужащих и вольнонаемного состава Вооруженных Сил, войск и органов ФСБ, внутренних войск, железнодорожных войск и других воинских формирований, лицам начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, отнесенных к гражданам из подразделений особого риска.

Все остальные граждане изготавливают и ремонтируют зубные протезы за свой счет.

## 2.14. Организация лекарственного обеспечения населения Российской Федерации

**Правила обращения лекарственных средств в Российской Федерации.** Правовую основу деятельности субъектов обращения лекарственных средств создает Федеральный закон от 22.06.98 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах». Он устанавливает систему государственных органов, осуществляющих правоприменительную практику, распределяет полномочия органов исполнительной власти в сфере обращения лекарственных средств. Этот закон регулирует отношения, возникающие в связи с разработкой, производством, изготовлением, доклиническими и клиническими исследованиями лекарственных средств, контролем их качества, эффективности, безопасности, торговлей лекарственными средствами и иными действиями в сфере обращения лекарственных средств.

В ст. 4 закона представлены понятия, среди которых основными являются:

**лекарственные средства** – вещества, применяемые для профилактики, диагностики, лечения болезни, предотвращения беременности, полученные из крови, плазмы крови, а также органов, тканей человека или животного, растений, минералов, методами синтеза или с применением биологических технологий. К лекарственным средствам относятся также вещества растительного, животного или синтетического происхождения, обладающие фармакологической активностью и предназначенные для производства и изготовления лекарственных средств;

**лекарственные препараты** – дозированные лекарственные средства, готовые к применению;

**качество лекарственных средств** – соответствие лекарственных средств государственному стандарту качества лекарственных средств;

**безопасность лекарственных средств** – характеристика лекарственных средств, основанная на сравнительном анализе их эффективности и оценки риска причинения вреда здоровью;

**эффективность лекарственных средств** – характеристика степени положительного влияния лекарственных средств на течение болезни;

**регистрационный номер** – кодовое обозначение, присваиваемое лекарственному средству при государственной регистрации;

**сертификат качества лекарственного средства** – документ, подтверждающий соответствие качества лекарственного средства государственному стандарту качества лекарственных средств.

Государственное регулирование отношений, возникающих в сфере обращения лекарственных средств, осуществляется путем:

- 1) государственной регистрации лекарственных средств;
- 2) лицензирования отдельных видов деятельности в сфере обращения лекарственных средств;

3) аттестации и сертификации специалистов, занятых в сфере обращения лекарственных средств;

4) государственного контроля производства, изготовления, качества, эффективности, безопасности лекарственных средств;

5) государственного регулирования цен на лекарственные средства (ст. 5).  
Правительство Российской Федерации (ст. 6):

1) обеспечивает проведение в Российской Федерации единой государственной политики в области обеспечения населения РФ лекарственными средствами;

2) разрабатывает и осуществляет федеральные программы обеспечения населения РФ лекарственными средствами и развития медицинской промышленности;

3) устанавливает порядок социальной защиты граждан Российской Федерации, льготного или бесплатного обеспечения отдельных категорий граждан Российской Федерации лекарственными средствами;

4) утверждает Положение о деятельности федерального органа контроля качества лекарственных средств.

В законе сказано, что все лекарственные средства, произведенные на территории Российской Федерации и ввозимые на ее территорию, подлежат государственному контролю.

Производство лекарственных средств осуществляется предприятиями-производителями лекарственных средств, имеющими лицензии на производство лекарственных средств (ст. 13). Запрещается производство лекарственных средств, не прошедших государственную регистрацию в Российской Федерации; без лицензии на производство лекарственных средств; с нарушением правил организации производства и контроля качества лекарственных средств, утвержденных федеральным органом контроля качества лекарственных средств.

В соответствии с российским законодательством лекарственные средства могут производиться, продаваться и применяться на территории Российской Федерации, если они зарегистрированы федеральным органом контроля качества лекарственных средств (ст. 19).

Лекарственные средства, предназначенные для лечения животных, также подлежат государственной регистрации федеральным органом контроля качества лекарственных средств.

Государственной регистрации подлежат:

1) новые лекарственные средства;

2) новые комбинации зарегистрированных ранее лекарственных средств;

3) лекарственные средства, зарегистрированные ранее, но произведенные в других лекарственных формах, с новой дозировкой или другим составом вспомогательных веществ;

4) воспроизведенные лекарственные средства.

Государственной регистрации не подлежат лекарственные средства, изготавливаемые в аптеках по рецептам врачей.

Лекарственные средства должны поступать в обращение только с инструкцией по применению лекарственного средства, содержащей следующие данные на русском языке:

1) название и юридический адрес предприятия – производителя лекарственного средства;

2) название лекарственного средства и международное непатентованное название;

3) сведения о компонентах, входящих в состав лекарственного средства;

4) область применения;

5) противопоказания к применению;

6) побочные действия;

7) взаимодействие с другими лекарственными средствами;

8) дозировки и способ применения;

9) срок годности;

10) указание, что лекарственное средство по истечении срока годности не должно применяться;

11) указание, что лекарственное средство следует хранить в местах, не доступных для детей;

12) условия отпуска (ст. 16).

Запрещается продажа лекарственных средств, пришедших в негодность, и лекарственных средств с истекшим сроком годности. Лекарственные средства, пришедшие в негодность, и лекарственные средства с истекшим сроком годности подлежат уничтожению.

Розничная торговля лекарственными средствами осуществляется аптечными учреждениями (ст. 32). Разрешена розничная торговля только лекарственными средствами, зарегистрированными в Российской Федерации.

Лекарственные средства, отпускаемые по рецепту врача, подлежат продаже только через аптеки, аптечные пункты. Лекарственные средства, отпускаемые без рецепта врача, могут продаваться также в аптечных магазинах и аптечных киосках.

Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, пересматривается и утверждается один раз в пять лет федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения. Дополнение к перечню публикуется ежегодно.

Аптечные учреждения обязаны продавать лекарственные средства только в готовом для употребления виде и количествах, необходимых для выполнения врачебных назначений.

Аптечные учреждения наряду с лекарственными средствами имеют право приобретать и продавать изделия медицинского назначения, дезинфицирующие средства, предметы личной гигиены, оптику, натуральные

и искусственные минеральные воды, лечебное, детское и диетическое питание, косметическую и парфюмерную продукцию.

**Особенности лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан.** Многие граждане России пользуются правом на льготное обеспечение лекарственными средствами. При лечении в стационарных лечебных учреждениях – больницах, клиниках, госпиталях и т.д. – независимо от продолжительности лечения лекарства выдаются бесплатно.

Согласно Федеральному закону от 17.07.99 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», Постановлению Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», установлены группы населения и категории заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются бесплатно или со скидкой 50 %.

Бесплатно получают все лекарственные средства:

- Участники Великой Отечественной войны.
- Инвалиды Великой Отечественной войны, инвалиды боевых действий на территории других государств и приравненные к ним по льготам инвалиды.
- Родители и жены военнослужащих, погибших вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при защите страны или при исполнении иных обязанностей военной службы, либо вследствие заболевания, связанного с пребыванием на фронте.
- Лица, работавшие на предприятиях, в учреждениях и организациях г. Ленинграда в период блокады с 8 сентября 1941 года по 27 января 1944 года и награжденные медалью «За оборону Ленинграда», и лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда».
- Бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны.
- Ветераны боевых действий на территориях других государств.
- Герои Советского Союза, Герои Российской Федерации, полные кавалеры ордена Славы.
- Дети первых трех лет жизни, а также дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет.
- Инвалиды I группы, неработающие инвалиды II группы, дети-инвалиды в возрасте до 18 лет.
- Граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы.
- Лица, получившие или перенесшие лучевую болезнь или ставшие инвалидами вследствие радиационных аварий и их последствий

на других (кроме Чернобыльской АЭС) атомных объектах гражданского или военного назначения, в результате испытаний, учений и иных работ, связанных с любыми видами ядерных установок, включая ядерное оружие и космическую технику.

- Малочисленные народы Севера, проживающие в сельской местности районов Крайнего Севера и приравненных к ним территориях.

Бесплатно отпускаются все лекарства для граждан, страдающих такими болезнями, как диабет, лепра, рак, шизофрения, эпилепсия, СПИД, а также ВИЧ-инфицированным и при наличии психических заболеваний (инвалидам I и II групп, а также больным, работающим в лечебно-производственных государственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях). По отдельным категориям заболеваний (детский церебральный паралич, болезнь Паркинсона, инфаркт миокарда – первые шесть месяцев, миопатия, бронхиальная астма, рассеянный склероз, мозжечковая атаксия Мари, лучевая болезнь, системные хронические тяжелые заболевания кожи, глаукома) граждане бесплатно получают только лекарственные средства, необходимые для лечения данного заболевания.

Лекарственные средства по рецептам врачей с 50 % скидкой со свободных цен получают при амбулаторном лечении следующие категории граждан (Постановление Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 г. № 890):

1. Пенсионеры, получающие пенсию по старости, инвалидности или по случаю потери кормильца в минимальных размерах.
2. Граждане (в том числе временно направленные или командированные), принимавшие в 1988-1990 годах участие в работах по ликвидации последствий чернобыльской катастрофы в пределах зоны отчуждения или занятые в этот период на эксплуатации или других работах на Чернобыльской АЭС; военнослужащие и военнообязанные, призванные на специальные сборы и привлеченные в эти годы к выполнению работ, связанных с ликвидацией последствий чернобыльской катастрофы, независимо от места дислокации и выполнявшихся работ, а также лица начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, проходившие в 1988-1990 годах службу в зоне отчуждения.
3. Лица, подвергшиеся политическим репрессиям в виде лишения свободы, ссылки, высылки, направления на спецпоселение, привлечения к принудительному труду в условиях ограничения свободы, в том числе в «рабочих колоннах НКВД», иным ограничениям прав и свобод, необоснованно помещавшиеся в психиатрические лечебные учреждения и впоследствии реабилитированные, в том числе граждан из числа репрессированных народов, подвергшиеся репрессиям на территории Российской Федерации по признакам национальной и иной принадлежности; лица, признанные пострадавшими от политических репрессий, включая граждан из числа репрессированных

народов, подвергшихся репрессиям на территории Российской Федерации по признакам национальной и иной принадлежности.

4. Военнослужащие, в том числе уволенные в запас (отставку), проходившие военную службу в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, и награжденные медалью «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 годов» или медалью «За победу над Японией».
5. Лица, работавшие в годы Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, строительстве оборонительных сооружений, морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог; члены экипажей судов транспортного флота, интернированные в начале Великой Отечественной войны в портах других государств; лица, привлекавшиеся органами местной власти к сбору боеприпасов и военной техники, разминированию территорий и объектов в годы Великой Отечественной войны.
6. Лица, проработавшие в тылу в период с 22 июня 1941 года по 9 мая 1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно оккупированных территориях СССР, либо проработавшие менее шести месяцев и награжденные орденами или медалями СССР за самоотверженный труд в годы Великой Отечественной войны.

За предоставлением необходимых лекарственных средств граждане должны обратиться в лечебно-профилактические учреждения, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь. В регистратуре заводится «Медицинская карта амбулаторного больного» или «История развития ребенка» с маркировкой литерой «Л» и указанием страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

При обращении в лечебно-профилактическое учреждение граждане должны предъявить документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий право на получение набора социальных услуг (удостоверение участника Великой Отечественной войны, справка об инвалидности и пр.) и медицинский полис обязательного страхования граждан.

Врач или фельдшер лечебно-профилактического учреждения выписывает рецепт установленной формы на лекарственные средства, предусмотренные «Перечнем лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи», утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 02.12.2004 г. № 296 (перечень лекарственных средств периодически пересматривается).

В случае недостаточности лекарственной терапии при лечении отдель-

ных заболеваний по жизненно важным показаниям могут применяться иные лекарственные средства по решению врачебной комиссии, утвержденному главным врачом лечебно-профилактического учреждения.

За получением лекарственных средств гражданин обращается в аптечное учреждение.

Гражданам, проживающим в стационарном учреждении, независимо от его ведомственной принадлежности, не имеющим возможности самостоятельно обратиться в аптечное учреждение, а также осужденным к лишению свободы, лекарственные средства приобретаются представителями стационарного или исправительного учреждения.

В случае временного отсутствия лекарственных средств, необходимых гражданину, аптечное учреждение организует в течение 10 рабочих дней с даты обращения его отсроченное обслуживание или осуществляет отпуск аналогичного лекарственного средства, предусмотренного Перечнем, взамен выписанного или иного лекарственного средства по вновь выписанному рецепту. Деньги на «бесплатные» и «льготные» лекарства выплачиваются аптекам из местного бюджета.

При нахождении гражданина на территории другого субъекта РФ он может обратиться в лечебно-профилактическое учреждение и при предъявлении необходимых документов ему может быть выписан рецепт на лекарственные средства.

## **2.15. Организация санаторно-курортного лечения**

Важное место в системе лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий занимает санаторно-курортное лечение.

Санаторно-курортное дело в России традиционно является составной частью государственной политики и важным разделом национальной системы здравоохранения, позволяющим целенаправленно и эффективно осуществлять профилактику заболеваний и восстановительное лечение больных, проводить их реабилитацию. Организация санаторно-курортной помощи основана на принципах профилактической и реабилитационной направленности, этапности и преемственности между амбулаторно-поликлиническими, стационарными и санаторно-курортными учреждениями, специализации оказываемой помощи.

Сеть санаторно-курортных учреждений России в настоящее время составляет более 2,4 тыс. здравниц общей мощностью 409,5 тыс. коек, в которых ежегодно получают лечение и оздоровление более 5 млн человек. Вместе с тем за последние 10-15 лет число санаториев, пансионатов с лечением и санаториев-профилакториев сократилось на 30 %, а число коек в них – на 20 %.

Согласно Федеральному закону Российской Федерации от 23.02.95 г. № 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных ме-

стностях и курортах», «*курорт* – освоенная и используемая в лечебно-профилактических целях особо охраняемая природная территория, располагающая природными лечебными ресурсами и необходимыми для их эксплуатации зданиями и сооружениями, включая объекты инфраструктуры».

По уровню предоставляемых лечебных услуг курортные учреждения условно можно разделить на санатории и пансионаты с лечением. Санатории в зависимости от возраста больных делятся на детские, подростковые и взрослые. Каждый санаторий имеет свой медицинский профиль. Санатории могут быть однопрофильными (для лечения больных с однородными заболеваниями) или многопрофильными (с двумя и более специализированными отделениями). Имяются санатории и дома отдыха специального назначения – для семейных, матерей с детьми, беременных.

Большинство санаториев организуют в курортных местностях с целью максимального использования природных особенностей данной местности. По характеру природных особенностей курорты делятся на три группы: бальнеологические (используются в качестве лечебного фактора воды минеральных источников), грязевые (лечебная грязь) и климатические (приморские, горные, равнинные, лесные, степные). Важная роль отводится местным курортам, предназначенным для больных, которым противопоказана смена климата.

Санатории предназначены для лечения преимущественно лечебными средствами в сочетании с физиотерапией, лечебной физкультурой, рациональным и лечебным питанием в условиях активного отдыха и специально организованного режима.

Широко используются и санатории-профилактории, организованные при промышленных предприятиях, содержащиеся за счет государственного страхования. Рабочие этого предприятия по рекомендации лечащего врача получают возможность без отрыва от производства в течение 24 часов после работы проходить лечение в профилактории, куда их доставляют специальным транспортом.

Организация льготного санаторно-курортного лечения осуществляется в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2004 г. № 328 «Об утверждении порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан».

Обеспечение санаторно-курортным лечением осуществляется путем предоставления гражданам при наличии медицинских показаний санаторно-курортных путевок в санаторно-курортные организации, расположенные на территории РФ и включенные в «Перечень», который утверждается Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

Санаторно-курортное лечение может предоставляться и в виде амбулаторно-курортного лечения (без питания и проживания) на основании заявления гражданина.

Путевки на санаторно-курортное лечение приобретаются Фондом социального страхования РФ.

Санаторно-курортная путевка оформляется по форме, утвержденной Приказом Министерства финансов РФ от 10.12.1999 г. № 90н, и является документом строгой отчетности.

Граждане при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения получают в лечебно-профилактическом учреждении по месту жительства справку для получения путевки по форме № 070/у-04. При наличии справки для получения путевки граждане обращаются с заявлением о предоставлении санаторно-курортной путевки в исполнительные органы Фонда социального страхования РФ или органы социальной защиты населения по месту жительства до 1 декабря текущего года.

В случае если граждане, проживающие в стационарном учреждении социального обслуживания, не имеют возможности самостоятельно обратиться с заявлением о предоставлении санаторно-курортной путевки, администрация учреждения оказывает им содействие.

Вопрос санаторно-курортного лечения детей-инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях, решает администрация названных учреждений.

Исполнительные органы Фонда и органы социальной защиты населения не позднее 10 дней с момента поступления заявления о предоставлении санаторно-курортной путевки и справки для получения путевки сообщают гражданину о возможности предоставления санаторно-курортной путевки, соответствующей заявленному профилю лечения, с указанием даты заезда.

Исполнительные органы Фонда и организации социальной защиты населения по месту жительства заблаговременно, но не позднее, чем за 21 день до даты заезда в санаторно-курортное учреждение, выдают гражданам санаторно-курортные путевки в соответствии с их заявлениями и справками для ее получения.

Санаторно-курортная путевка выдается в заполненном виде с печатью исполнительного органа Фонда и с отметкой «Оплачена за счет средств федерального бюджета и продаже не подлежит».

Граждане после получения путевки, но не ранее чем за два месяца до начала срока ее действия, обязаны получить санаторно-курортную карту (учетная форма 072/у-04, для детей – 076/у-04).

По прибытии в санаторно-курортное учреждение граждане предъявляют санаторно-курортную путевку и санаторно-курортную карту.

Документами, подтверждающими получение санаторно-курортного лечения, являются отрывной талон путевки, который санаторно-курортные учреждения обязаны представить в срок не позднее 30 дней после окончания санаторно-курортного лечения в Фонд социального страхования Рос-

сийской Федерации или его исполнительные органы, выдавшие путевку, и обратный талон санаторно-курортной карты, который гражданин в те же сроки представляет в лечебно-профилактическое учреждение, выдавшее санаторно-курортную карту.

Граждане в случае отказа от санаторно-курортной путевки обязаны возвратить ее в исполнительный орган Фонда или орган социальной защиты населения по месту жительства, выдавший санаторно-курортную путевку, не позднее 7 дней до начала срока ее действия.

Кроме того, инвалидам I и II групп, детям-инвалидам, лицам, подвергшимся воздействию радиации, Героям Советского Союза и России, а также некоторым другим категориям граждан предоставляется право на бесплатный проезд к месту лечения и обратно.

Инвалиды и дети-инвалиды имеют право на санаторно-курортное лечение в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида на льготных условиях. Инвалиды I группы и дети-инвалиды, нуждающиеся в санаторно-курортном лечении, имеют право на получение на тех же условиях второй путевки для сопровождающего их лица.

Об эффективности санаторно-курортного лечения свидетельствуют длительное отсутствие обострений основного заболевания, стойкое восстановление трудоспособности, улучшение общего состояния здоровья и самочувствия больного.

## **2.16. Всемирная организация здравоохранения**

Человечеству издавна присуще стремление к международному сотрудничеству в области здравоохранения. Особенно оно заметно в те периоды, когда государствам и народам угрожало резкое ухудшение здоровья населения, связанное, как правило, с войнами, эпидемиями.

Первым опытом международного сотрудничества в области здравоохранения явилось создание в 1838 г. Константинопольского высшего совета здравоохранения, состоявшего из чиновников турецкого правительства и делегатов нескольких европейских морских государств: Великобритании, Франции, России, Греции и некоторых других. Основными задачами совета были санитарный контроль иностранных судов в турецких портах, проведение карантинных мероприятий, информация о случаях эпидемических заболеваний. Впоследствии подобные советы были учреждены и в других странах Средиземноморья.

В 1851 г. в Париже состоялась первая Международная санитарная конференция, в которой приняли участие 12 государств, в том числе и Россия. Итогом работы этой конференции явилась Международная санитарная конвенция, определившая порядок морского карантина в районе Средиземноморья.

В начале XX в. были основаны две постоянные межправительственные организации здравоохранения: Панамериканское санитарное бюро (ПАСБ, 1902) и Международное бюро общественной гигиены (МБОГ, 1907). Главной задачей этих организаций было распространение информации по вопросам здравоохранения, особенно об инфекционных заболеваниях.

После Первой мировой войны во многих странах начала работу Организация здравоохранения Лиги Наций (1923), одновременно продолжали свою деятельность МБОГ и ПАСБ. При Организации здравоохранения Лиги Наций был создан ряд комиссий, в том числе и комиссия по борьбе с малярией.

В 1945 г. на конференции ООН в Сан-Франциско делегации ряда стран высказались за создание новой международной организации по здравоохранению. В 1946 г. в Нью-Йорке по решению Экономического и Социального совета при ООН была созвана международная конференция по здравоохранению, которая обсудила Устав Всемирной организации здравоохранения, который вступил в силу 7 апреля 1948 г. В ознаменование этого события 7 апреля объявлено всемирным днем здоровья.

Всемирная организация здравоохранения (World Health Organization) – это специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения.

Деятельность ВОЗ определяется ее Уставом. Главной уставной целью ВОЗ является достижение всеми народами наивысшего возможного уровня здоровья.

Основные функции ВОЗ:

- координация международной деятельности в области здравоохранения и налаживание партнерских отношений там, где необходимы совместные действия;
- разработка повестки дня в области научных исследований и стимулирование сбора, освоения и распространения ценных знаний;
- установление норм и стандартов, содействие в их соблюдении и соответствующий контроль;
- увязка концепции этических вопросов с концепцией разработки политики на основе фактических данных;
- обеспечение технической поддержки, активизация изменений и создание устойчивого институционального потенциала;
- контроль за ситуацией в области здравоохранения и оценка динамики ее изменения.

**Структура ВОЗ.** По уставу высшим органом ВОЗ является Всемирная ассамблея здравоохранения, ежегодные сессии которой проводятся, как правило, в Женеве. Главной функцией ассамблеи здравоохранения является определение общих политических направлений деятельности ВОЗ. Ассамблея здравоохранения назначает Генерального директора, контролируру-

ет финансовую политику организации, рассматривает и утверждает проект программного бюджета, доклады Исполнительного комитета и дает ему указания по тем вопросам, по которым могут потребоваться дальнейшие действия, изучение, исследование или представление доклада.

Между сессиями ассамблеи высшим органом ВОЗ является Исполнительный комитет, состоящий из представителей 34 государств – членов ВОЗ, избираемых на 3 года. Сессии Исполнительного комитета проходят 2 раза в год. Основными функциями комитета являются проведение в жизнь решений и политики ассамблеи здравоохранения, оказание ей консультативной помощи и общее содействие ее работе. Текущую организационную работу ведет Секретариат ВОЗ, возглавляемый Генеральным директором. В состав Секретариата ВОЗ входит около 3500 специалистов в области здравоохранения и других областях, а также других сотрудников, работающих по срочным контрактам в штаб-квартире, шести региональных бюро и в некоторых странах.

Соответственно шести регионам ВОЗ имеет шесть региональных бюро: в Копенгагене – для стран Европы, в Вашингтоне – для стран Америки, в Браззавиле – для стран Африки, в Александрии – для стран Восточного Средиземноморья, в Маниле – для стран западной части Тихого океана, в Дели – для стран Юго-Восточной Азии. В региональных бюро работает примерно 4 тыс. человек. В последнее десятилетие региональные бюро получают все большую самостоятельность в своей работе.

Штаб-квартира ВОЗ расположена в Женеве. В ней работает более 1,4 тыс. сотрудников. Штаб-квартира является определяющим и координирующим звеном всей системы ВОЗ.

**Программная деятельность ВОЗ.** Наиболее важной для государств, входящих в ВОЗ, является программная деятельность ВОЗ по национальным и международным проблемам здравоохранения. ВОЗ осуществляет большое число различных программ и проектов. В так называемых Общих программах ВОЗ (на 1978-1983 гг. и на 1984-1989 гг.) отражены главные направления деятельности организации в целом: укрепление служб и систем здравоохранения, предупреждение заболеваний и борьба против них, охрана и оздоровление окружающей среды, совершенствование служб здравоохранения, подготовка кадров здравоохранения и т.д. Программы, осуществляемые ВОЗ, направлены на решение самых разнообразных проблем: борьбу с инфекционными заболеваниями, голодом, ликвидацию оспы, болезней тропиков, координацию медико-биологических исследований, проведение иммунизации и т.д.

В 1978 г. в г. Алма-Ате была проведена международная конференция ВОЗ под лозунгом «Здоровье для всех к 2000 году», посвященная проблеме равнодоступности медицинской помощи. Лозунг означал, что главной социальной целью правительств и ВОЗ должно было стать достижение

к 2000 г. такого уровня здоровья, который позволил бы им вести полноценный образ жизни.

Особое внимание ВОЗ уделяется лекарственному обеспечению населения, вопросам его доступности, эффективности действия, отсутствия побочных эффектов.

ВОЗ координирует работу научно-исследовательских центров, определяет направления их деятельности, проводит анализ и обобщение полученных данных, обеспечивает внедрение результатов исследования в практику здравоохранения.

Для подготовки медицинских кадров проводится направление преподавателей в учебные заведения развивающихся стран с целью организации или повышения качества образования той или иной дисциплины, оказывается помощь в организации новых учебных заведений, проводятся курсы и семинары, обеспечивается поставка учебных материалов и оборудования и т.д.

Программа по психическому здоровью ставит своей целью создание более совершенных форм профилактики и лечения наиболее распространенных психических и неврологических заболеваний.

Проблемы окружающей среды обуславливают программную деятельность ВОЗ по таким вопросам, как коммунальное водоснабжение, контроль за опасными физическими и химическими факторами окружающей среды, безопасность пищевых продуктов и т.д.

ВОЗ действует в постоянно усложняющейся и быстро изменяющейся обстановке. Деятельность в области общественного здравоохранения не имеет четких границ и затрагивает другие секторы, оказывающие влияние на возможности и результаты в отношении здоровья.

**Экспертная деятельность ВОЗ.** Для обеспечения высокого научного уровня деятельности ВОЗ и использования ее в практике последних достижений медицины большое значение имеют создаваемые ВОЗ экспертно-консультативные советы, комитеты экспертов и исследовательские группы.

Экспертно-консультативный совет – это группа видных специалистов из разных стран по какой-либо широкой дисциплине. Эти специалисты назначаются Генеральным директором по предложению государств – членов ВОЗ. Существует около 50 таких советов по самым различным проблемам: сердечно-сосудистым заболеваниям, радиации, иммунологии, загрязнению атмосферного воздуха, санитарной статистике и т.д.

Из состава совета могут быть созданы комитеты и исследовательские группы по более узким вопросам. Комитеты экспертов и исследовательские группы собираются на периодические сессии.

**Издательская деятельность ВОЗ.** Значительное место в деятельности ВОЗ занимает работа по выпуску специальной литературы по различным проблемам медицины и общественного здравоохранения. Основное периодическое издание – «Бюллетень ВОЗ», в котором освещаются актуальные вопросы медицины и здравоохранения. Кроме того, ВОЗ выпускает Серию

технических докладов, в которой публикуются доклады экспертов ВОЗ, исследовательских и консультативных групп, объединенных комитетов ВОЗ и других учреждений. ВОЗ выпускает также такие издания как «Хроника ВОЗ» – ежемесячное издание, которое содержит общие сведения о деятельности ВОЗ; иллюстрированный журнал «Здоровье мира», рассчитанный на широкого читателя; «Ежегодник мировой санитарной статистики», содержащий данные о заболеваемости и смертности населения; «Тетради общественного здравоохранения» с результатами индивидуальных и коллективных исследований. Под общим названием «Официальные документы Всемирной организации здравоохранения» издаются отчеты о сессиях ассамблеи, Исполнительного комитета и региональных комитетов ВОЗ и другие официальные документы.

## **2.17. Международный Красный Крест и общество Красного Полумесяца**

**Международный Красный Крест** – организация, объединяющая национальные общества Красного Креста, Красного Полумесяца, Красного Льва и Солнца, Международный комитет Красного Креста (International Committee of the Red Cross – МККК), образованный в 1863 г., а также Лигу обществ Красного Креста (ЛОКК), учрежденную в 1919 г. для координации деятельности национальных обществ Красного Креста в мирное время. Деятельность всех организаций Красного Креста направлена на оказание помощи раненым и больным, военнопленным – во время вооруженных конфликтов и жертвам стихийных бедствий – в мирное время. Верховным органом Международного Красного Креста является конференция, созываемая обычно один раз в 4 года. В конференциях организации принимают участие национальные общества Красного Креста, МККК, ЛОКК, а также представители государств – участников Женевских конвенций о защите жертв войны 1949 г.

Рабочим органом в перерывах между конференциями является Постоянная комиссия, созываемая 2 раза в год и занимающаяся подготовкой очередной конференции.

Основные цели Международного Красного Креста: способствовать предотвращению и облегчению страдания людей, защите жизни, здоровья и достоинства человека, особенно во время стихийных бедствий, вооруженных конфликтов и иных чрезвычайных ситуаций, содействовать повышению социального благополучия, добровольному объединению индивидуальных и общественных усилий на оказание милосердной, благотворительной и иной гуманной помощи всем, кто в ней нуждается.

*Основополагающие принципы существования Международного Красного Креста* были приняты в Вене на XX Международной конференции

Красного Креста и Красного Полумесяца в 1965 году. Провозглашаются следующие принципы:

- *гуманность* – оказание помощи всем раненым на поле боя без исключения или предпочтения, защита жизни и здоровья людей, обеспечение уважения к человеческой личности. Движение способствует достижению взаимопонимания, дружбы, сотрудничества и прочного мира между народами;
- *беспристрастность* – нет национальных, расовых, классовых, религиозных и политических различий между людьми;
- *нейтральность* – всеобщее доверие, нейтральность во время вооруженных конфликтов, в спорах политического, расового, религиозного или идеологического характера;
- *независимость* – национальные общества, оказывая своим правительствам помощь в их гуманитарной деятельности и подчиняясь законам своей страны, должны всегда сохранять автономию, чтобы иметь возможность действовать в соответствии с принципами Красного Креста;
- *добровольность* – Международный Красный Крест в своей деятельности по оказанию помощи ни в коей мере не руководствуется стремлением к получению выгоды;
- *единство* – в каждой стране может быть только одно национальное общество Красного Креста или Красного Полумесяца. Оно должно быть открыто для всех и осуществлять свою гуманитарную деятельность на всей территории страны;
- *универсальность* – деятельность Международного Красного Креста имеет всемирный характер. Все национальные общества пользуются равными правами и обязаны оказывать помощь друг другу.

**Российское общество Красного Креста** – это массовая общественная организация, деятельность которой направлена на укрепление санитарной обороны страны, оказание помощи лицам, пострадавшим во время военных действий и стихийных бедствий. Представитель Российской Федерации принимает участие в работе Постоянной комиссии Международного Красного Креста с 1952 г.

*Основные цели Российского Красного Креста:*

- оказание экстренной гуманитарной помощи пострадавшим при стихийных бедствиях, авариях и катастрофах, в вооруженных конфликтах;
- оказание медико-социальной помощи представителям незащищенных слоев населения;
- пропаганда идей международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца и основ международного гуманитарного права.

Российский Красный Крест сегодня – это:

- служба медицинских сестер милосердия, которые оказывают медико-социальные услуги на дому одиноким престарелым и инвалидам;
- оказание гуманитарной помощи наиболее уязвимым слоям населения;
- программы помощи населению, пострадавшему при чрезвычайных ситуациях;
- оперативные спасательные отряды;
- подготовка санитарных дружин и санитарных постов;
- борьба с особо опасными заболеваниями;
- обучение населения приемам оказания первой помощи и правилам ухода за больными;
- материальная и юридическая помощь беженцам, вынужденным мигрантам и представителям уязвимых слоев населения;
- розыск пропавших без вести во время вооруженных конфликтов и стихийных бедствий, содействие в воссоединении семей;
- пропаганда безвозмездного донорства и здорового образа жизни;
- пропаганда идей международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца;
- имплементация норм международного гуманитарного права;
- привлечение добровольцев и подготовка молодых активистов;
- бесплатные столовые для бездомных, беженцев и вынужденных мигрантов;
- детские сиротские приюты;
- бесплатные центры здоровья и социальной помощи нуждающемуся населению России.

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое здравоохранение?
2. Назовите основные принципы российской системы здравоохранения.
3. Перечислите и охарактеризуйте уровни организации лечебно-профилактической помощи в России.
4. Расскажите об охране здоровья женщин и детей.
5. Перечислите этапы в системе охраны материнства и детства.
6. Охарактеризуйте систему страховой медицины в России.
7. Что включает в себя Программа государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью?
8. Перечислите права пациента.
9. Назовите основные федеральные законы, направленные на охрану здоровья населения.
10. Какие типы учреждений здравоохранения существуют в России?
11. Расскажите об организации амбулаторно-поликлинической помощи.
12. Расскажите об организации стационарной медицинской помощи.

13. Расскажите об организации помощи работникам промышленных предприятий.
14. Расскажите об организации специализированной медицинской помощи.
15. Что вы знаете о частной медицине?
16. Каковы задачи и организация работы диспансеров?
17. Расскажите об оказании помощи сельским жителям.
18. Расскажите об оказании стоматологической помощи населению России.
19. Расскажите об оказании санаторно-курортной помощи.
20. Расскажите о правилах обращения лекарственных средств в Российской Федерации.
21. Что включает в себя инструкция по применению лекарственного средства?
22. Какие группы населения получают бесплатное лекарственное обеспечение?
23. Какие группы населения получают лекарственные препараты с 50 % скидкой?
24. Каковы задачи и стратегия ВОЗ в здравоохранении народов мира?
25. В чем состоит деятельность Российского общества Красного Креста в настоящее время?

## ГЛАВА 3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

### 3.1. Причины и виды нетрудоспособности

*Экспертиза трудоспособности* – это медицинское исследование трудоспособности человека, проводимое с целью определения степени и длительности его нетрудоспособности.

Организация экспертизы трудоспособности в России построена на трех главных принципах [36]:

*первый принцип* – государственный характер, который заключается в том, что существуют единые государственные органы, которым дано право решения всех вопросов, связанных с нетрудоспособностью;

*второй принцип* – профилактическое направление. Главной задачей экспертизы трудоспособности является максимально быстрое восстановление трудоспособности и предотвращение инвалидности;

*третий принцип* – коллегиальность в решении всех вопросов экспертизы трудоспособности, что достигается одновременным участием нескольких специалистов, администрации.

Задачи экспертизы трудоспособности:

- научно обоснованная оценка состояния трудоспособности трудящихся при различных заболеваниях, травмах, анатомических дефектах;
- констатация факта нетрудоспособности и освобождение от работы с наличием социальных и медицинских показаний, предусмотренных действующим законодательством;
- определение характера нетрудоспособности – временная, стойкая, полная или частичная;
- установление причин временной или стойкой нетрудоспособности для определения размера пособий, пенсий и других видов социального обеспечения;
- рациональное трудоустройство трудящихся, не имеющих признаков инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в облегчении условий труда в своей профессии;
- определение трудовых рекомендаций инвалидам, что позволяет использовать их остаточную трудоспособность;
- изучение уровней, структуры и причин заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности;

- определение различных видов социальной помощи при временной нетрудоспособности и инвалидности;
- проведение профессиональной (трудовой) и социальной реабилитации.

К основным понятиям, отражающим сущность экспертизы трудоспособности, относят объект исследования, трудоспособность, нетрудоспособность, инвалидность.

**Объектом исследования** экспертизы трудоспособности является трудоспособность больного, увечного человека.

**Трудоспособность** – социально-правовая категория, отражающая способность человека к труду, определяемая уровнем его физического и духовного развития, а также состоянием здоровья, профессиональными знаниями, умением и опытом. Различают общую и профессиональную трудоспособность.

**Общая трудоспособность** – способность человека к неквалифицированному труду в обычных условиях.

**Профессиональная трудоспособность** – способность данного работника к труду по своей профессии (специальности) и квалификации либо по другой адекватной ей профессии (специальности).

**Нетрудоспособность** – невозможность вследствие медицинских или социальных противопоказаний продолжать привычную профессиональную деятельность. В зависимости от степени утраты трудоспособности различают полную и частичную нетрудоспособность. **Полная нетрудоспособность** – такое состояние человека, когда он вследствие заболевания или увечья не может и не должен выполнять работу и нуждается в специальном режиме. Если нетрудоспособный без нарушения процесса лечения, без ущерба для своего здоровья и для производства может выполнять прежнюю работу, но не в полном объеме или в облегченных условиях, то нетрудоспособность считается *частичной*.

Различают стойкую (постоянную или длительную) и временную утрату трудоспособности. **Временная нетрудоспособность** – это состояние организма человека, обусловленное заболеванием или травмой, при котором нарушение функций сопровождается невозможностью выполнять работу вообще или по своей профессии. Такая нетрудоспособность носит относительно кратковременный характер. Временная нетрудоспособность устанавливается на весь период болезни при благоприятном прогнозе. При неблагоприятном прогнозе она продолжается до выявления стойкой нетрудоспособности.

Временная нетрудоспособность подразделяется на полную и частичную.

**Полная временная нетрудоспособность** – это утрата работающим способности к труду на определенный срок и необходимость в специальном режиме и лечении.

**Частичная временная нетрудоспособность** – это такое состояние заболевшего (получившего травму), когда он временно не может выполнять

свою обычную профессиональную работу, но без ущерба для здоровья может выполнять другую, с иным режимом и объемом.

### 3.2. Экспертиза временной нетрудоспособности

**Экспертиза временной нетрудоспособности** – вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Экспертиза временной нетрудоспособности осуществляется врачами лечебно-профилактических учреждений в соответствии со ст. 49 Федерального закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.93 г. № 5487-1. В отдельных случаях (в труднодоступных сельских районах, в районах Крайнего Севера и т.п.) по решению органа управления здравоохранением проведение экспертизы временной нетрудоспособности разрешается среднему медицинскому работнику.

При проведении экспертизы врач должен определить: имеется ли утрата трудоспособности и ее причину; длительность и степень нетрудоспособности; трудовые функции, доступные больному; необходимое лечение и режим для больного. В случае установления факта временной нетрудоспособности врач выдает больному листок нетрудоспособности (больничный лист). Листок нетрудоспособности и справка имеют юридическое, статистическое и финансовое значение, так как удостоверяют временную нетрудоспособность и оправдывают невыход на работу, служат для учета и анализа нетрудоспособности, а также дают право на получение денежного пособия по государственному социальному страхованию.

При оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания с целью соблюдения врачебной тайны вносятся с согласия пациента, а в случае его несогласия указывается только причина нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина).

Врач может одновременно выдать больничный лист (или другой документ) первый раз на срок до 10 дней, далее единолично может освободить от работы на срок до 30 дней. Листок нетрудоспособности выдается в день обращения, освобождение от работы оформляется или со дня обращения, или со следующего дня, но ни в коем случае его не выдают задним числом (за исключением стационара). При нарушении назначенного лечебно-охранительного режима (в том числе при алкогольном опьянении) врач обязан сделать соответствующую запись в листке нетрудоспособности с указанием даты и вида нарушения режима.

Если лечение затягивается более чем на 30 дней, то срок нетрудоспособности может быть продлен по решению клинико-экспертной комиссии

при благоприятном трудовом прогнозе до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 4 месяцев, а в некоторых случаях (состояние после реконструктивных операций, туберкулез) – до 12 месяцев с периодичностью продления комиссией не реже чем через 30 дней.

**Причины временной нетрудоспособности.** Экспертиза временной нетрудоспособности выделяет следующие ее причины:

- 1) заболевание;
- 2) несчастный случай на производстве и в быту;
- 3) санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация;
- 4) уход за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом;
- 5) карантин;
- 6) беременность и роды;
- 7) протезирование.

**Клинико-экспертная комиссия (КЭК).** Клинико-экспертная комиссия создается в государственных (муниципальных) лечебно-профилактических учреждениях, а также при органах управления здравоохранением территорий, входящих в субъект Федерации, и субъектов Федерации в соответствии с приказом руководителя.

В состав КЭК входят заместитель главного врача поликлиники по клинико-экспертной работе, заведующий отделением, лечащий врач. КЭК назначается главным врачом.

КЭК лечебно-профилактического учреждения осуществляет экспертизу трудоспособности, контроль качества лечения, проводимого врачом, а также выдает заключения:

- при продлении листка нетрудоспособности в случаях временной нетрудоспособности граждан;
- в сложных и конфликтных ситуациях экспертизы временной нетрудоспособности;
- при направлении на лечение за пределы административной территории;
- о необходимости перевода трудоспособных лиц по состоянию здоровья на другую работу или рациональному трудоустройству лиц с ограниченной трудоспособностью;
- при направлении больного на медико-социальную экспертизу;
- о предоставлении отпуска для санаторно-курортного лечения;
- при освобождении от экзаменов в школах, средних и высших учебных заведениях, предоставлении академического отпуска по состоянию здоровья;
- о возможности проживания в природно-климатических условиях нового места жительства членов семей, выезжающих к новому месту работы;
- о медицинских показаниях к прерыванию беременности;

- об оформлении пособия на ребенка-инвалида с детства до 16 лет;
- в случаях исков и претензий медицинских страховых организаций и исполнительных органов Фонда социального страхования по качеству медицинской помощи и качеству экспертизы временной нетрудоспособности и др.

**Временная нетрудоспособность по уходу за членами семьи** часто связана с болезнью члена семьи. В этом случае листок нетрудоспособности выдается:

- при возникновении угрозы жизни и здоровья заболевшего в случае отсутствия ухода со стороны родственников;
- при невозможности поместить пациента в больницу и наличии показаний к госпитализации;
- при отсутствии среди членов семьи других неработающих лиц, которые могли бы ухаживать за больным.

Длительность оплачиваемой временной нетрудоспособности зависит от возраста пациента и категории лиц, осуществляющих уход за больным. Выдача листка нетрудоспособности по уходу разрешается в следующих случаях:

- по уходу за хроническими больными;
- при отказе больного или его родственников от госпитализации;
- по уходу за здоровыми детьми при болезни матери или установлении карантина в детском учреждении;
- если мать заболевшего ребенка находится в очередном отпуске или в отпуске без сохранения содержания.

**Временная нетрудоспособность при заболеваниях и травмах.** Заболевания (острые и хронические болезни всех органов и систем) являются самой частой причиной временной нетрудоспособности.

Травма или несчастный случай – непредвиденное стечение обстоятельств и условий, при котором причиняется вред здоровью. Это может быть внешнее, кратковременное и внезапное воздействие (механическое повреждение, термическое – ожоги, отморожения, тепловой удар, химическое, лучевое воздействие, психическая травма, укусы животных, насекомых, отравления, кроме пищевых). Определение этого вида нетрудоспособности имеет важное социальное значение, так как оно подразумевает необходимость расследования причин, принятие мер предупреждения и особую оплату.

Несчастливым случаем на производстве считаются случаи воздействия на работающего опасного производственного фактора при выполнении трудовых обязанностей или заданий руководителей работ. К несчастным случаям на производстве приравнивается утрата трудоспособности:

- при выполнении донорских функций;

- при выполнении государственных или общественных обязанностей, а также при выполнении специальных заданий общественных организаций, даже если эти задания не были связаны с основной работой;
- при выполнении долга гражданина РФ по спасению человеческой жизни, по охране государственной собственности, а также по охране государственного правопорядка;
- по пути на работу или с работы (на транспорте предприятий);
- в командировке.

При несчастном случае (на производстве и в быту) листок нетрудоспособности выдается с первого дня, им считается день обращения к врачу за помощью и установление факта временной нетрудоспособности. Пособие по временной нетрудоспособности вследствие несчастного случая на производстве, в пути на работу или с работы выплачивается в размере 100 % от заработной платы. В случае травмы в быту листок нетрудоспособности оплачивается с 6-го дня нетрудоспособности, причем больничный лист оплачивается на общих основаниях.

При **инфекционных заболеваниях** листок нетрудоспособности выдается не только самим инфекционным больным, но и лицам, имевшим контакт

с инфекционными больными, если они представляют опасность для окружающих. Срок, на который выдается листок нетрудоспособности, при этом устанавливается индивидуально в зависимости от конкретных обстоятельств. Листок нетрудоспособности получают и бактерионосители на время лечения.

#### **Особые случаи выдачи листка нетрудоспособности:**

1. Косметическая операция, если она выполняется по медицинским показаниям. Если такая операция выполнена по желанию пациента, то листок нетрудоспособности не выдается. Но если операция привела к осложнениям, то листок нетрудоспособности выдается на весь период лечения осложнения.
2. Протезирование в стационарных условиях. В графе «вид нетрудоспособности» делается запись: «протезирование» или «медико-социальная экспертиза».
3. Травма или заболевание, явившееся следствием алкогольного опьянения. В листке нетрудоспособности делается об этом отметка – не менее 2 подписей (пациент не получает оплаты за дни болезни). Отметка о факте опьянения делается и в истории болезни (амбулаторной карте).
4. Увольнение с работы и невыход на новую вследствие заболевания с временной утратой трудоспособности, если после увольнения прошло не более месяца и продолжительность нетрудоспособности менее 1 месяца.

5. Лечение от алкоголизма и наркомании. Листок нетрудоспособности выдается лишь в том случае, если пациент лечится в специализированном отделении или больнице и полностью проходит курс лечения (при анонимном лечении листок нетрудоспособности не выдается, как и в случае прерванного курса лечения).

### 3.3. Экспертиза стойкой нетрудоспособности (инвалидности)

**Стойкая нетрудоспособность, или инвалидность**, – это длительная либо постоянная потеря трудоспособности или значительное ограничение трудоспособности, возникшие вследствие хронического заболевания или травмы, приведших к значительному нарушению функций организма. В 1995 г. был принят Федеральный закон № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», который определил новую концепцию инвалидности.

Согласно данному закону, *«Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты»*.

*Ограничение жизнедеятельности* – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. Социальные последствия ограничения жизнедеятельности, обусловленного заболеваниями, травмами и т.д., выражаются в нарушении связей между человеком и обществом и приводят к необходимости социальной защиты.

**Медико-социальная экспертиза** – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан; определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты; дает рекомендации по трудовому устройству инвалида (ст. 50 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»).

Инвалидность характеризуется разной степенью потери трудоспособности:

- полная потеря трудоспособности, когда всякий труд вследствие выраженного нарушения функций организма больному недоступен или противопоказан;
- труд для инвалида доступен в специально созданных условиях;

- доступна работа в обычных условиях профессионального труда, но более низкой квалификации или меньшего объема по сравнению с той, которую больной выполнял до инвалидности.

Основаниями для признания гражданина инвалидом являются:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина.

Наличие одного из указанных признаков не является условием, достаточным для признания лица инвалидом.

В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а лицу в возрасте до 18 лет – категория «ребенок-инвалид».

*Инвалидность I группы* устанавливают лицам, у которых наступила полная постоянная или длительная потеря трудоспособности, нуждающимся в повседневном систематическом постороннем уходе (помощи, надзоре). Как правило, это больные с практически необратимыми процессами, конечная стадия онкологических заболеваний, полностью парализованные вследствие перенесенного нарушения мозгового кровообращения и т.д. Инвалидность I группы устанавливают также лицам, которые имеют стойкие резко выраженные функциональные нарушения, нуждаются в постоянном постороннем уходе или помощи, но еще могут быть привлечены и приспособлены к отдельным видам трудовой деятельности в особо организованных индивидуальных условиях (специальные цехи, работа на дому и др.). К этой категории относятся слепые, больные с тяжелыми анатомическими дефектами (высокая ампутация нижних конечностей), психические больные.

*Инвалидность II группы* устанавливают лицам с полной постоянной или длительной потерей трудоспособности вследствие нарушений функций организма, но не нуждающимся в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре), а именно:

- лицам со стойкими нарушениями функций, когда выполнение профессионального труда полностью недоступно;
- лицам, которым труд противопоказан, поскольку под влиянием трудовых процессов может наступить ухудшение течения заболевания. К этой группе относят больных с повторно перенесенным инфарктом миокарда, гипертонической болезнью с частыми кризами и т.д.;

- лицам, страдающим тяжелыми хроническими заболеваниями, которым труд не противопоказан, но требуется создание особых облегченных условий (работа на дому, в специальных цехах с сокращенным рабочим днем, дополнительными перерывами на работе). Например, к ведущему конструктору приезжают на дом консультировать чертежи, или врач с большим опытом остается консультантом.

*Инвалидность III группы* устанавливают:

- лицам, которые по состоянию здоровья не могут трудиться в соответствии с прежней профессией и нуждаются в переводе на работу более низкой квалификации;
- лицам, которым необходимы значительные ограничения по своей профессии, что приводит к резкому сокращению объема производственной деятельности. Например, перевод ткачихи-многостаночника на обслуживание 3-4 станков;
- лицам с низкой квалификацией или ранее не работавшим ввиду значительного ограничения возможности трудового устройства из-за сужения круга доступных работ. Например, перевод разнорабочего, страдающего пояснично-крестцовым радикулитом, на должность вахтера;
- лицам, имеющим выраженные анатомические дефекты и деформации (в бюро медико-социальной экспертизы имеется «Перечень выраженных анатомических дефектов», в котором содержится подробное описание каждого анатомического дефекта, дающего основание для установления III группы инвалидности).

Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп – на 1 год; отдельным категориям граждан, например, ликвидаторам аварии на Чернобыльской АЭС – на 5 лет. В некоторых случаях инвалидность устанавливается бессрочно. Группу инвалидности устанавливают бессрочно, в частности лицам, достигшим пенсионного возраста: мужчинам – старше 60 лет, женщинам – старше 55 лет, а также инвалидам, у которых срок переосвидетельствования наступит после достижения этого возраста. Без срока освидетельствования также устанавливают инвалидность: мужчинам – старше 55 лет и женщинам – старше 50 лет, непрерывно признаваемым последние 5 лет перед достижением этого возраста инвалидами I группы; инвалидам I и II групп, которым за последние 15 лет группа инвалидности не изменялась или была установлена более высокая группа.

*Причинами инвалидности* являются:

- общее заболевание;
- трудовое увечье;
- профессиональное заболевание;
- инвалидность с детства или до начала трудовой деятельности;

- инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны;
- военная травма или заболевание, полученное в период военной службы;
- инвалидность, связанная с аварией на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска;
- другие причины, установленные законодательством Российской Федерации.

### 3.4. Медико-социальная экспертиза

С целью установления факта стойкой нетрудоспособности проводится медико-социальная экспертиза (МСЭ). К учреждениям МСЭ относятся бюро медико-социальной экспертизы и Главное бюро медико-социальной экспертизы.

Основными задачами федеральных учреждений медико-социальной экспертизы являются:

- 1) установление инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления, определение потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- 2) разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- 3) изучение уровня и причин инвалидности населения;
- 4) участие в разработке комплексных программ реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;
- 5) определение степени утраты профессиональной трудоспособности;
- 6) определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление мер социальной поддержки семье умершего.

Показанием для направления на медико-социальную экспертизу является заключение КЭК о наличии у больного данных для определения инвалидности. На медико-социальную экспертизу направляются граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности, трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите:

- 1) при очевидном неблагоприятном прогнозе независимо от сроков временной нетрудоспособности;
- 2) при решении вопроса о продолжении лечения или установлении группы инвалидности;
- 3) работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического и трудового прогноза.

Для проведения медико-социальной экспертизы необходимы письменное заявление пациента, данные результатов его клинического обследования, подписанные лечащим врачом, заместителем главного врача по меди-

ко-социальной экспертизе и заверенные печатью лечебно-профилактического учреждения (посыльный лист).

**Бюро медико-социальной экспертизы.** В состав бюро медико-социальной экспертизы входят три врача, специалист по реабилитации, специалист по социальной работе, психолог («Примерное положение об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы»). В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности образуются бюро общего профиля, специализированного профиля (для проведения медико-социальной экспертизы больных с различными заболеваниями, дефектами и последствиями травм) и смешанного профиля.

*Бюро МСЭ:*

- определяет структуру и степень ограничения жизнедеятельности освидетельствуемых лиц и их реабилитационный потенциал;
- устанавливает факт наличия инвалидности, определяет группу, причины (обстоятельства и условия возникновения), сроки и время наступления инвалидности;
- определяет степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) работников, получивших увечье, профессиональное заболевание либо иное повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей, и необходимость осуществления дополнительных мер социальной защиты;
- определяет причинную связь смерти пострадавшего лица с производственной травмой, профессиональным заболеванием, пребыванием на фронте и с другими обстоятельствами, при которых законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление льгот семье умершего;
- определяет потребность инвалидов в специальных транспортных средствах;
- формирует и корректирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов (определяет виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации), а также контролирует их реализацию;
- оказывает разностороннюю помощь лицам, прошедшим медико-социальную экспертизу, в том числе в виде консультаций по юридическим вопросам, и содействует в обеспечении необходимой социальной защиты инвалидов, включая реабилитацию;
- формирует банк данных о гражданах, прошедших медико-социальную экспертизу, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов и представляет соответствующие сведения в Главное бюро;

- принимает участие в изучении факторов, приводящих к инвалидности, и в разработке комплексных программ профилактики инвалидности;
- представляет в соответствующие военные комиссариаты сведения обо всех случаях признания инвалидами военнообязанных и лиц призывного возраста.

В состав Главного бюро входят четыре врача-специалиста и несколько специалистов по социальной работе и реабилитации.

*Главное бюро МСЭ:*

- проводит медико-социальную экспертизу лиц, обжаловавших решения бюро, и в случае необоснованности этих решений изменяет их;
- проводит медико-социальную экспертизу граждан по направлениям бюро в случаях, требующих применения специальных методов обследования;
- формирует и корректирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов в случаях, требующих применения специальных методов обследования, а также контролирует их реализацию;
- оказывает первичную реабилитационно-психологическую и профориентационную помощь гражданам, прошедшим медико-социальную экспертизу;
- формирует банк данных субъекта Российской Федерации о гражданах, прошедших медико-социальную экспертизу, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на территории субъекта Российской Федерации, и представляет соответствующие сведения в орган социальной защиты населения субъекта Российской Федерации; принимает участие в изучении факторов, приводящих к инвалидности, и в разработке комплексных программ профилактики инвалидности;
- представляет в соответствующие военные комиссариаты сведения обо всех случаях признания инвалидами военнообязанных и лиц призывного возраста;
- оказывает консультативную помощь врачам-экспертам и другим специалистам бюро.

В случае признания лица инвалидом специалистами бюро в месячный срок разрабатывается индивидуальная программа реабилитации. Лицу, признанному в установленном порядке инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, и индивидуальная программа реабилитации. В случае несогласия больного с экспертным решением бюро медико-социальной экспертизы можно обжаловать это решение, подав письменное заявление в бюро МСЭ, проводившее освидетельствование, в Главное бюро МСЭ или в соответствующий орган социальной защиты населения. Бюро, проводившее освидетельствование, в трехднев-

ный срок со дня получения заявления направляет его со всеми имеющимися документами в Главное бюро медико-социальной экспертизы, которое не позднее 1 месяца со дня получения заявления проводит медико-социальную экспертизу и на основании полученных результатов выносит решение. Решение Главного бюро МСЭ может быть обжаловано в месячный срок в органе социальной защиты населения субъекта Российской Федерации.

В целях реализации Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» Правительство РФ приняло Постановление № 965 от 13.08.96 г. «О порядке признания граждан инвалидами». Этим постановлением утверждены «Положение о признании лица инвалидом» и «Примерное положение об учреждениях государственной экспертизы».

Учреждения государственной экспертизы осуществляют деятельность во взаимодействии с органами социальной защиты населения, учреждениями здравоохранения, службой занятости и другими органами и учреждениями, осуществляющими деятельность в сфере медико-социальной реабилитации инвалидов, а также с представителями общественных организаций инвалидов.

Лицо без определенного места жительства принимается на медико-социальную экспертизу по направлению органа социальной защиты населения. Орган социальной защиты населения может направлять на медико-социальную экспертизу лицо, имеющее признаки ограничения жизнедеятельности и нуждающееся в социальной защите при наличии у него медицинских документов, подтверждающих нарушение функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм и врожденными дефектами.

Учреждения здравоохранения и органы социальной защиты населения несут ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу.

Медицинские услуги, необходимые для проведения медико-социальной экспертизы, включаются в базовую программу обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации.

В случае отказа учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения в направлении на медико-социальную экспертизу лицо или его законный представитель имеет право обратиться в бюро медико-социальной экспертизы самостоятельно при наличии медицинских документов, подтверждающих нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами, и связанное с этим ограничение жизнедеятельности.

Среди документов медико-социальной экспертизы важнейшими являются: «Акт освидетельствования», который заполняется одновременно со статистическим талоном; «Заключение» – для лечебно-профилактического учреждения; «Извещение» – для предприятия; направление в отдел соци-

ального обеспечения и «Справка о решении комиссии» – для выдачи на руки больному.

### **3.5. Медико-социальные аспекты защиты инвалидов**

Медико-социальные аспекты защиты инвалидов определены Федеральным законом от 24.11.95 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов Российской Федерации».

Согласно закону, «Социальная защита инвалидов – система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества».

Федеральными органами государственной власти в области социальной защиты инвалидов:

- определяется государственная политика в отношении инвалидов;
- принимаются федеральные законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации о социальной защите инвалидов;
- осуществляется контроль за исполнением законодательства Российской Федерации о социальной защите инвалидов;
- заключаются международные договоры Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов;
- устанавливаются общие принципы организации и осуществления медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
- определяются критерии для признания лица инвалидом;
- устанавливаются стандарты на технические средства реабилитации, средства связи и информатики, нормы и правила, обеспечивающие доступность для инвалидов среды жизнедеятельности;
- порядок и осуществление аккредитации организаций и учреждений, осуществляющих деятельность в области реабилитации инвалидов;
- разрабатываются и реализуются федеральные целевые программы в области социальной защиты инвалидов, проводится контроль за их исполнением;
- утверждается и финансируется федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду;
- создаются федеральные учреждения медико-социальной экспертизы, осуществляется контроль за их деятельностью;
- разрабатываются методические документы по вопросам социальной защиты инвалидов; устанавливается единая система учета инвалидов в Российской Федерации, в том числе детей-инвалидов, и организуется

система статистического наблюдения за социально-экономическим положением инвалидов и их демографическим составом.

В комплексе мероприятий по трудоустройству и быту человека с ограниченными возможностями значительное место отводится медико-социальному направлению.

При оказании медико-социальной помощи инвалидам социальный работник руководствуется как запросами самого инвалида, так и целесообразностью и полезностью проводимых мероприятий в конкретных условиях проживания и пребывания пациента. Осуществляя уход за инвалидами, решая в определенной степени вопросы врачевания, социальный работник воздействует на образ жизни пациента, способствует его психической реабилитации.

В обязанности социального работника входит организация медицинской помощи инвалидам. Совместно с медицинскими работниками территориальной поликлиники или диспансера социальный работник оказывает организационную помощь при проведении медико-социальной реабилитации в условиях стационара или на дому, помогает в организации санаторно-курортного лечения, способствует приобретению необходимых тренажеров, средств передвижения, корригирующих аппаратов, организует по показаниям медико-генетическую консультацию родителей больных детей, оказывает помощь в обеспечении диетическим питанием детей-инвалидов, страдающих сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью и другими заболеваниями.

К таким мероприятиям можно отнести предоставление дополнительных рабочих мест для людей с ограниченными возможностями, организацию рабочих мест на дому.

### **3.6. Медико-социальная реабилитация**

*Реабилитация* – это система государственных социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических и психологических мероприятий, направленных на предупреждение патологических процессов, ведущих к временной и стойкой утрате трудоспособности, и на возвращение больных и инвалидов к общественно полезному труду (резолюция Совещания министров здравоохранения и социального обеспечения по вопросам реабилитации в 1987 г. в Праге). Термин «реабилитация» (восстановление) принят ВОЗ в 1969 г.

Согласно Федеральному закону «О социальной защите инвалидов Российской Федерации» от 24.11.95 г. № 181-ФЗ, «Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нару-

шением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество».

Целями реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Государственная политика в области реабилитации в России основывается на следующих принципах:

- государственный характер гарантий соблюдения прав инвалидов в области реабилитации;
- приоритет интересов инвалидов при проведении реабилитационных мероприятий;
- доступность мероприятий, проводимых в соответствии с индивидуальной программой реабилитации;
- последовательность этапов реабилитационных мероприятий;
- многообразие форм и методов реабилитации.

Основные направления реабилитации инвалидов включают в себя:

- восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию;
- социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Методические, организационные и научные аспекты проблемы реабилитации инвалидов разработаны в программе «Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 16.01.95 г. № 59.

Реабилитационные мероприятия направлены на восстановление целостности поврежденных тканей и органов (регенерацию), восстановление их деятельности и воздействие на процессы, связанные с замещением или восполнением утраченных функций организма.

Реабилитация тесно связана с восстановительным лечением и адаптацией. *Адаптация* – приспособление организма к окружающим условиям с использованием резервов организма. Лечение направлено на устранение болезненных процессов, а реабилитация воздействует на восстановление остаточных функций.

**Виды реабилитации.** Реабилитация является наиболее эффективным направлением социальной защиты инвалидов, так как именно она позволяет восстановить и компенсировать нарушенные или утраченные способности инвалидов к выполнению профессиональной, общественной и бытовой

деятельности в соответствии с индивидуальными интересами и возможностями. Различают: медицинскую, социально-средовую, профессионально-трудовую, психолого-педагогическую реабилитацию.

Программы *медицинской реабилитации* включают мероприятия, услуги, технические средства реабилитации, необходимые для устранения причин, условий и факторов, обуславливающих инвалидность. Это комплекс медицинских мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных функций организма. Медицинские меры включают в себя конкретные виды восстановительной терапии, в которой нуждается инвалид, с указанием формы их проведения (амбулаторно-поликлиническая, стационарная, на дому); реконструктивной хирургии; протезно-ортопедической помощи; санаторно-курортного лечения (с предписанием профиля, кратности, сезона и срока рекомендованного лечения); технические средства медицинской реабилитации и необходимость медико-социального патронажа семьи, имеющей инвалида.

Программа *профессиональной реабилитации*, которая составляется для лиц в возрасте 14 лет и старше, представляет собой комплекс мер, направленных на восстановление профессиональной трудоспособности инвалидов в доступных для них условиях труда, на достижение инвалидами материальной независимости. Программа содержит рекомендации о противопоказаниях и доступных условиях и видах труда. Профессиональная реабилитация включает в себя экспертизу возможных профессиональных способностей; профессиональную ориентацию и отбор (профессиональное информирование, профессиональное консультирование, профессиональный подбор и др.); профессиональное обучение и переобучение (вносится запись о профессии, рекомендуемой к приобретению, профессиональном уровне и форме обучения). Основой профессионально-трудовой реабилитации инвалидов является обучение в специальных техникумах и учреждениях профессионального обучения, учебно-производственных предприятиях обществ инвалидов (для обучения на рабочих местах). Программа профессиональной реабилитации включает также содействие в трудоустройстве, которое содержит: подбор подходящего рабочего места, организацию трудоустройства по специальным программам содействия трудоустройству, включая содействие самозанятости. Технические средства реабилитации для профессионального обучения (переобучения) или труда включают перечень средств, необходимых для обеспечения мероприятий по обучению, профессиональной тренировке, трудового процесса на рабочем месте и помощи по пути на место работы и с места работы.

Программа *социальной реабилитации* предполагает создание оптимальной среды жизнедеятельности инвалидов и включает в себя:

- информирование и консультирование по вопросам реабилитации;
- оказание юридической помощи;

- социально-психологический и социально-культурный патронаж семьи, имеющей инвалида;
- адаптационное обучение для осуществления бытовой и общественной деятельности (обучение навыкам персонального ухода, технике и методическим приемам самообслуживания, пользованию техническими средствами реабилитации, передвижению, организации быта и др.);
- технические средства реабилитации для бытовой и общественной деятельности;
- психологическая реабилитация (психотерапия, психологическая коррекция, психологическое консультирование и т.д.);
- социокультурная реабилитация (информирование и консультирование по вопросам социокультурной реабилитации, оказание содействия во взаимодействии с учреждениями культуры, показания к занятиям видами искусства);
- реабилитация средствами физической культуры и спорта (обучение навыкам занятий физкультурой и спортом, оказание содействия во взаимодействии со спортивными организациями, рекомендации о показаниях к занятиям видами физической культуры и спорта).

Программа *социальной реабилитации* включает в себя условия проживания, передвижения, доступ к социально значимым объектам жизнедеятельности и осуществляется в двух направлениях:

1) приспособление объектов окружающей среды к потребностям инвалида (специально оборудованные для инвалидов квартиры, специальные жилые дома с комплексом социально-бытовых услуг, оборудованные тротуары, подземные переходы, пандусы, широкие лифты, поручни настенные в жилых помещениях, обеспечение инвалидов протезно-ортопедической помощью, слуховыми протезами, средствами для труда и быта, обучения, досуга, физкультуры и спорта и т.д.);

2) приспособление инвалида к окружающей среде, развитие навыков, позволяющих обслужить себя. Для этого используют специальные устройства для чтения, поднятия предметов с пола, для настенной фиксации приборов личного пользования (электробритв, зубных щеток, расчесок и т.д.).

Программа *психолого-педагогической реабилитации* предусмотрена для детей в возрасте до 18 лет и предполагает восстановление престижа в собственных глазах и глазах окружающих, коррекцию внутренней картины болезни, коррекцию отношений к семье, друзьям, обществу в целом. Включает мероприятия:

- получение дошкольного воспитания и обучения (конкретный тип или вид дошкольного образовательного учреждения);
- получение общего образования с указанием уровня образования (начальное, среднее), типа образовательного учреждения (обычное общеобразовательное, специальная группа общеобразовательного

учреждения, специальное коррекционное общеобразовательное учреждение и др.) и формы обучения (индивидуальная программа, надомное обучение, заочное обучение и др.);

- психолого-педагогическая коррекционная работа (коррекция несформированности высших психических функций, эмоционально-волевых нарушений и поведенческих реакций, речевых недостатков, взаимоотношений в семье, детском коллективе, с учителями, формирование мотивации к обучению, социально-бытовых навыков и др.);
- технические средства реабилитации для обучения;
- социально-педагогический патронаж семьи, имеющей ребенка-инвалида.

Реабилитация инвалидов в настоящее время является одним из актуальных и приоритетных направлений государственной политики в социальной сфере. Основными принципами реабилитации являются: комплексный медико-социальный подход; максимально раннее начало проведения реабилитации; непрерывность; преемственность; поэтапность.

**Индивидуальная программа реабилитации инвалидов.** Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР) – это комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

В индивидуальной программе отражены все виды реабилитации, и в каждой из них указываются способы реализации программы. Например, в медицинской реабилитации используются медикаментозное лечение, диспансерное наблюдение, санаторно-курортное лечение и т.д. Социальная реабилитация предполагает обучение навыкам самообслуживания, специальное оборудование жилья и пр. Профессиональная реабилитация включает в себя профориентацию, профобучение и трудоустройство. В каждом виде выбирается соответствующее средство (или средства), возможны различные варианты.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с федеральной базовой программой реабилитации инвалидов, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. Объем реабилитацион-

ных мероприятий, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации инвалида, не может быть меньше установленного федеральной базовой программой реабилитации инвалидов.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации, включая кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами.

Если предусмотренное индивидуальной программой реабилитации техническое или иное средство либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если инвалид приобрел соответствующее средство либо оплатил услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости технического или иного средства, услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду.

Сроки проведения реабилитационных мероприятий также индивидуальны. В конце реабилитационного периода необходимо заключение об эффективности той или иной формы реабилитации.

В случае необходимости программа реабилитации может быть откорректирована. Социальный работник в процессе социальной работы по реализации программы реабилитации должен составить наиболее рациональные планы по реабилитации.

Новым нормативно-правовым документом является Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.11.2004 г. № 287 «Об утверждении формы индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемой федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы».

**Реабилитационные учреждения.** К реабилитационным учреждениям относятся: научно-производственные комплексы (как правило, федерального значения); региональные центры реабилитации инвалидов; реабилитационные отделения и кабинеты (на местном уровне); дома-интернаты для инвалидов и лиц пожилого возраста. Дома-интернаты, как правило, профилированы: дома-интернаты общего типа для пожилых людей и инвалидов, инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата и внутренних органов; психоневрологические интернаты для инвалидов с хроническими психическими заболеваниями и глубокой умственной отсталостью; детские дома-интернаты для умственно отсталых и для детей с физическими недостатками.

Материально-технической базой реабилитации инвалидов, находящихся в домах-интернатах, являются лечебно-трудовые мастерские, подсобные

хозяйства, специальные цехи. Лечебно-трудовые мастерские могут быть швейными, картонажными, сборочными и т.д. В подсобных хозяйствах инвалиды занимаются огородничеством, садоводством, цветоводством, животноводством и др.

Основные задачи реабилитационных учреждений заключаются в реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, разработке планов и программ проведения реабилитации в конкретном учреждении, в осуществлении мероприятий по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов.

Создание и содержание учреждений федерального уровня осуществляется за счет средств федерального бюджета, регионального уровня – за счет бюджета региона. Деятельность учреждений реабилитации должна быть лицензирована.

### **Контрольные вопросы**

1. Дайте определение понятию «экспертиза трудоспособности».
2. Перечислите виды и причины нетрудоспособности.
3. Как проводится экспертиза временной нетрудоспособности?
4. Какими документами удостоверяется временная нетрудоспособность?
5. При каких обстоятельствах врач вправе выдать листок нетрудоспособности?
6. Дайте определение понятию «стойкая нетрудоспособность».
7. Что означают понятия «инвалид», «ограничение жизнедеятельности»?
8. Перечислите и охарактеризуйте группы инвалидности.
9. Охарактеризуйте правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.
10. Расскажите о задачах медико-социальной экспертизы.
11. Охарактеризуйте понятие «реабилитация».
12. Охарактеризуйте виды реабилитации.
13. Что понимают под индивидуальной программой реабилитации?
14. Перечислите существующие реабилитационные учреждения.

## *ГЛАВА 4.*

### **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

С давних времен сердце считается символом духовного и физического здоровья. В организме человека сердце является одним из главных органов, который снабжает клетки и другие органы жизненно необходимой кровью. К сожалению, на сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания являются частой причиной для обращений к врачам или госпитализации. По статистике, на первом месте как у мужчин, так и у женщин стоят причины смертности от заболеваний, связанных с кровеносной системой [9].

#### **4.1. Атеросклероз и ишемическая болезнь сердца. Профилактика атеросклероза**

XX в. войдет в историю медицины как эпоха эпидемии атеросклероза [62]. В настоящее время атеросклеротическое поражение сосудов занимает первенство среди причин смертности населения промышленно развитых стран мира, опередив в этом отношении онкологические, инфекционные, вирусные заболевания, вместе взятые [28, 103, 105]. По данным ВОЗ, от сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, в высоко-развитых странах умирает 45,6% населения [108]. Ишемическая болезнь сердца находится в ряду ведущих причин внезапной смерти у лиц пожилого и старческого возраста [9, 95, 106]. Поэтому атеросклероз, клинически манифестирующийся ишемической болезнью сердца, является одной из центральных проблем медицины.

*Атеросклероз* – это медленно развивающийся патологический процесс, характеризующийся отложением в эндотелии артерий бляшки, приводящей к сужению просвета сосуда. Клиническая картина атеросклероза зависит от его локализации и характера поражения артерии [18]. Так, коронарный атеросклероз – ведущая причина стенокардии, инфаркта миокарда и внезапной сердечной смерти. Атеросклероз церебральных артерий приводит к транзиторным ишемическим атакам и инсульту. Атеросклероз периферических артерий – причина перемежающейся хромоты и гангрены нижних конечностей. Атеросклероз нередко поражает артерии брыжейки, а также почечные артерии, приводя к симптоматической реноваскулярной артериальной гипертензии.

Течение атеросклероза носит волнообразный характер. Его первые проявления в виде липидных пятен и полосок находят уже в артериях новоро-

жденных. В дальнейшем скорость роста атеросклеротических бляшек непостоянна. Иногда заболевание характеризуется многолетним бессимптомным течением, которое может внезапно смениться такими проявлениями, как инфаркт миокарда, инсульт или внезапная сердечная смерть. В других случаях течение болезни может приобретать хронический характер, проявляясь стабильной стенокардией напряжения, синдромом перемежающейся хромоты и др.

Способствуют развитию атеросклероза такие факторы, как курение, нерациональное питание, повышенное содержание холестерина и глюкозы в крови, высокое кровяное давление, нервное перенапряжение, сахарный диабет, малоподвижный образ жизни и недостаточная физическая активность, а также наследственность.

Атеросклероз артерий *сердца*, также называемый атеросклерозом коронарных артерий, влияет на работоспособность сердца и может привести к заболеванию, которое может выражаться в стенокардии, инфаркте или сердечной недостаточности. Атеросклероз *шейных артерий* и сосудов *головного мозга* является причиной нарушения питания головного мозга. Предупреждающими сигналами краткосрочных нарушений кровоснабжения мозга являются непродолжительные проходящие спазмы (судороги), нарушения речи или внезапно наступающие непродолжительные ослепления (затуманивания). Более тяжелым по воздействию является инсульт (или кровоизлияние в мозг), который происходит в результате закупорки или разрыва артерии, питающей кровью головной мозг. Инсульт, прежде всего, может привести к длительным онемениям и нарушениям речи.

Заболевания, связанные с закупоркой периферических артерий, обусловлены выраженным атеросклерозом артерий нижних конечностей. Лица, страдающие этим заболеванием, испытывают при ходьбе сильные боли в икрах и бедрах. Боли прекращаются только в состоянии покоя, когда снижается потребность мускулатуры ног в кровоснабжении. Если такие нарушения кровоснабжения прогрессируют, то это может привести к повреждениям кожи и мускулатуры ног. Без операции сосудов, пораженных атеросклерозом, ткань со временем умирает, что приводит к так называемой никотиновой гангрене.

#### **Профилактика атеросклероза:**

1. Контроль уровня холестерина (1-2 раза в год). Известно, что у людей, контролирующих уровень холестерина, отмечается на 30-40 % меньше серьезных осложнений со стороны сердца и на 20-30 % меньше смертей от любых причин.

2. Коррекция питания. Для снижения уровня холестерина в крови и уменьшения вероятности развития и прогрессирования атеросклероза и его осложнений целесообразно:

- потреблять пищевые продукты с низким содержанием холестерина и насыщенных жиров (оливковое, рапсовое, подсолнечное, кукуруз-

ное, льняное и соевое масла, рыбий жир, рыба, особенно холодных морей – лосось, макрель, сельдь, скумбрия, сардины, тунец, палтус и др.);

- ограничить потребление продуктов, богатых холестерином и насыщенными жирными кислотами (жирное мясо, субпродукты, жирные молочные продукты, жирные сорта сыра, яичный желток);
- увеличить потребление продуктов, выводящих излишки холестерина из организма, содержащих: 1) пищевые волокна (не менее 30 г в день – они находятся в большом количестве во фруктах (груша, яблоко, апельсин, персик), ягодах (малина, клубника, черника), овощах (цветная капуста, брокколи, зеленая фасоль) и бобовых (горох, чечевица, фасоль); 2) пектиновые вещества (не менее 15 г в день – они образуются как при созревании фруктов (яблоко, слива, абрикос, персик), ягод (черная смородина) и овощей (морковь, столовая свекла), так и при их варке.

3. Регулярная физическая активность. Рекомендуются динамические аэробные нагрузки – езда на велосипеде, дозированная ходьба, плавание, игровые виды спорта (футбол, волейбол), желателно, на свежем воздухе и др. Такие нагрузки умеренной интенсивности (по 30-40 мин не менее 3 раз в неделю) улучшают состояние сердечно-сосудистой системы, снижают уровень холестерина в крови, в том числе у людей, перенесших инфаркт миокарда.

Не рекомендованы статические нагрузки (подъем тяжестей, перенос груза и т.п.), провоцирующие рост холестерина в крови, уровень артериального давления и т.д.

4. Регулярный контроль за артериальным давлением и поддержка его на уровне ниже 140 и 90 мм рт. ст. у лиц с повышенным содержанием холестерина в крови.

5. Контроль массы тела.

6. Отказ от курения.

7. Исключение конфликтных ситуаций, уделение времени аутотренингу и методам релаксации.

## 4.2. Инсульт, факторы риска, профилактика

**Инсульт** – нарушение мозгового кровообращения с очаговым повреждением головного мозга.

Несмотря на значительные успехи борьбы с цереброваскулярными заболеваниями в целом, заболеваемость и смертность от инсульта в России остается одной из самых высоких в мире. Ежегодно в России заболевает инсультом более 400 тыс. человек, а в последние 20 лет отмечается рост заболеваемости в 1,6 раза. При этом 35 % инсультов заканчивается летально и примерно треть вызывает тяжелую инвалидизацию [76].

Согласно данным статистики, на долю ишемических инсультов приходится в среднем 80 % всех случаев инсультов, на долю внутримозговых кровоизлияний – 15-17 %, на долю субарахноидальных кровоизлияний – 3-5 % [26].

**Факторы риска инсультов.** Различают некорректируемые (т.е. не поддающиеся медикаментозному и иному воздействию) факторы риска (возраст, наследственная предрасположенность) и корректируемые факторы. К числу корректируемых факторов относятся:

1. *Артериальная гипертензия.* Артериальная гипертензия является ведущим фактором риска всех видов инсульта и дисциркуляторной энцефалопатии, часто приводящей к слабоумию. Риск развития инсульта при артериальном давлении выше 160 и 95 мм рт. ст. возрастает в 4 раза (по сравнению с нормотониками), при артериальном давлении выше 200 и 115 мм рт. ст. – в 10 раз.

К группе очень высокого риска относятся больные артериальной гипертензией, у которых одновременно наблюдаются: ишемическая болезнь сердца, нефропатия, хроническая почечная недостаточность, гипертрофия левого желудочка сердца, поражение периферических сосудов нижних конечностей, сахарный диабет.

2. *Дислипидемия:* гиперхолестеринемия, повышение содержания липопротеинов низкой плотности, понижение содержания липопротеинов высокой плотности, гипертриглицеридемия. Дислипидемия способствует развитию атеросклероза.

3. *Патология магистральных артерий головы* (внутренних сонных и позвоночных): стенозы, перегибы, гипоплазия.

4. *Заболевания сердца:* мерцательная аритмия (ежегодно из каждых 100 тыс. больных, страдающих мерцательной аритмией, у 5 возникает инсульт) различного генеза, ишемическая болезнь сердца, ревматизм, бактериальный эндокардит, искусственные клапаны, миксома, дилатационная миокардиопатия, постинфарктная аневризма.

5. *Курение* – один из главных факторов риска развития ишемического инсульта. Курение приводит к поражению сосудистой стенки, снижению ее атромбогенного потенциала, к повышению фибриногена крови и агрегации тромбоцитов. Курение увеличивает риск развития инсульта на 40 % у мужчин и на 60 % у женщин. Риск развития инсульта при воздержании от курения ежегодно существенно уменьшается, и по истечении 5 лет после прекращения курения риск развития инсульта у курильщиков практически не отличается от такового у некурильщиков.

6. *Сахарный диабет* вызывает ангиопатию мелких сосудов конечностей и мозга, усиливает дислипидемию.

7. *Ятрогенное снижение* артериального давления в результате передозировки гипотензивных препаратов может привести к развитию ишемического (гемодинамического) инсульта и углублению клинических проявлений дисциркуляторной энцефалопатии.

8. *Другие факторы риска*: повышение массы тела, малоподвижный образ жизни, хронические стрессы, злоупотребление алкоголем, прием оральных контрацептивов с высоким содержанием эстрогенов, гиперфибриногенемия.

Определенную роль в развитии инсульта играют такие *некорректируемые факторы*, как пол, возраст и наследственная предрасположенность. Инсульт чаще встречается у мужчин, чаще возникает в пожилом и старческом возрасте, чаще – в семьях, где у одного из родителей развился инсульт. Наследственная предрасположенность по сосудистой патологии встречается у 10 % практически здоровых лиц и у 53 % больных ИБС.

*Профилактика* инсульта представляет собой комплекс мер, направленных на предупреждение инсульта за счет идентификации и коррекции возможных факторов риска его развития.

#### **4.3. Артериальная гипертония, факторы риска. Медицинские и социальные проблемы больных артериальной гипертонией**

**Артериальная гипертония** является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. В России ею страдает около 40 % взрослого населения, в старших возрастных группах ее частота достигает 80 %. Известно, что артериальная гипертония – основной фактор риска развития таких грозных осложнений, как инфаркт миокарда, инсульт, гипертоническая энцефалопатия, сердечная и почечная недостаточность. Так, наличие артериальной гипертонии у лиц в возрасте старше 60 лет увеличивает общую смертность в 2 раза и кардиоваскулярную – в 3 раза, она же «ответственна» за 42 % инсультов у мужчин и 70 % – женщин [53].

Артериальная гипертония – хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром повышенного артериального давления, отличающийся постоянством и не связанный с высокими физиологическими нагрузками на организм.

Артериальная гипертония может быть проявлением не только гипертонической болезни. Более 40 заболеваний сопровождается развитием данного симптома: поражение почек, нарушение функции надпочечников, пороки сердца, сахарный диабет, ожирение и т.д.

Причины и механизмы гипертонической болезни до конца не изучены. Большинство исследователей придает решающее значение сочетанию наследственной предрасположенности с воздействием некоторых внешних факторов. В результате происходит длительное сужение внутреннего просвета мелких артерий и артериол во всем организме, ухудшается проходимость крови через суженные сосуды, отмечается повышение артериального давления.

Факторами риска развития артериальной гипертензии являются:

1. Избыточная масса тела – у лиц, страдающих ожирением, гипертоническая болезнь встречается в 2 раза чаще.
2. Злоупотребление алкоголем (отмечено у 10 % больных артериальной гипертонией).
3. Курение – повышает вероятность развития болезни в 2 раза.
4. Злоупотребление поваренной солью: клиницистами установлено, что ограничение потребления соли до 2,5 г в сутки эффективно нормализует артериальное давление у больных гипертонической болезнью.
5. Нерациональное питание с преобладанием жирной высококалорийной пищи.
6. Малоподвижный образ жизни.
7. Длительный психоэмоциональный стресс.
8. Наличие предшествующих или сопутствующих заболеваний: сахарный диабет, нефропатия беременных, нейро-циркуляторная дистония, бронхиальная астма и др.

Кроме того, в возникновении гипертонической болезни играют роль наследственность (наличие у родственников артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, инсульта, сахарного диабета), возраст (в основном пожилой и старческий), пол (до 50 лет гипертония чаще встречается у мужчин, после 59 лет – у женщин, что связано с гормональной перестройкой организма при климаксе).

Артериальная гипертензия в течение многих лет может протекать бессимптомно и выявиться только на стадии осложнений.

Осложнениями артериальной гипертонии являются:

1. Гипертонический криз – резкое внезапное повышение артериального давления, при этом может произойти разрыв сосуда и кровоизлияние в различные органы и ткани.
2. Поражение сердца – ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда.
3. Со стороны мозга – острое нарушение мозгового кровообращения и дисциркуляторная энцефалопатия.
4. Поражение почек – хроническая почечная недостаточность.

*Медицинскими проблемами* больных артериальной гипертензией являются: длительное латентное течение болезни, трудность диагностики на ранних стадиях, низкая эффективность лечения.

*Социальные проблемы больных артериальной гипертонией.* Главная социальная проблема заключается в высокой распространенности этого заболевания среди населения и в значительной инвалидизации данной патологии.

Другая социальная проблема данного заболевания заключается в его «омоложении». В 2000 г. число призывников, освобожденных от призыва в армию по причине артериальной гипертонии, составило более 7 тысяч.

Кроме того, общество несет значительные экономические потери от артериальной гипертонии и ее осложнений. По экспертным оценкам, эти потери составляют 34 млрд рублей в год, из них затраты на лечение и реабилитацию больных – более 22 млрд рублей и в связи с преждевременной смертностью населения – около 12 млрд рублей.

Правительством РФ 23.07.2001 г. утверждена Федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации». Программа является отражением приоритетного направления здравоохранения, в которой профилактика и лечение артериальной гипертонии рассматриваются как меры, направленные на снижение сердечно-сосудистой заболеваемости.

Целью программы является комплексное решение проблем профилактики, диагностики и лечения артериальной гипертонии, реабилитация больных с ее осложнениями. Программа рассчитана на период с 2002 по 2008 гг.

**Профилактика артериальной гипертонии.** Все профилактические мероприятия можно условно разделить на три вида профилактики: первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика включает в себя комплекс мероприятий, направленных на устранение причин, вызывающих стойкое повышение артериального давления: отказ от курения, снижение избыточной массы тела, уменьшение потребления поваренной соли, коррекцию диеты, увеличение физической нагрузки, ограничение потребления алкоголя.

Вторичная профилактика включает в себя комплекс мероприятий, направленных на раннюю диагностику артериальной гипертонии. Это, прежде всего, профилактические медицинские осмотры населения.

Третичная профилактика – комплекс мероприятий, направленных на эффективное лечение больных гипертонической болезнью с целью предупреждения развития у них инвалидизирующей патологии.

Наблюдения показывают, что в экономически развитых странах осуществление широкомасштабных мероприятий, направленных на профилактику, раннюю диагностику и обеспечение регулярного лечения больных артериальной гипертонией, позволило снизить развитие инсультов на 40-50 % и ишемической болезни сердца на 10-14 %.

#### **4.4. Организация медицинского обслуживания больных сердечно-сосудистыми заболеваниями**

В зависимости от характера заболевания и состояния больного проводится лечение в поликлинике, стационаре, учреждениях санаторно-курортного типа.

В поликлиниках больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы находятся под наблюдением у врачей-кардиологов, которые оказывают

квалифицированную лечебно-профилактическую помощь больным, ведут диспансерное наблюдение больных ишемической болезнью сердца с частыми приступами стенокардии, с нарушением сердечного ритма, гипертонической болезнью, перенесших инфаркт миокарда и т.д. В случае необходимости кардиолог направляет больного в стационар или в кардиологический диспансер.

Основным специализированным лечебно-профилактическим центром по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями является кардиологический диспансер. Вопрос о плановой госпитализации пациента в кардиологический диспансер решается врачом-кардиологом поликлиники или кардиологического диспансера после консультации.

Оказание специализированной медицинской помощи больным ревматизмом возложено на ревматологическую службу. В поликлинике – это врач-ревматолог, который занимается не только лечением больных, но и вторичной профилактикой ревматизма. Должность врача-ревматолога установлена на каждые 50 тыс. человек взрослого населения.

Специализированную стационарную помощь больным с ревматологическими заболеваниями оказывают ревматологические отделения, являющиеся подразделениями многопрофильных больниц. В областных, краевых и столичных городах организуют ревматологический центр.

Сложные операции на сердце (аортокоронарное шунтирование, оперативное лечение пороков сердца, пересадка сердца и др.) проводятся в клиниках федерального уровня, которые организованы на базе медицинских университетов, научно-исследовательских институтов, Российской академии медицинских наук.

#### **4.5. Медико-социальная работа с больными сердечно-сосудистыми заболеваниями**

Работа включает:

I. Медицинское направление:

- 1) раннюю диагностику артериальной гипертонии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы у различных групп населения путем проведения массовых медицинских осмотров, диспансерного наблюдения;
- 2) внедрение и использование современных эффективных методов диагностики, лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний с целью предупреждения возникновения осложнений и преждевременной смерти от атеросклероза и гипертонической болезни;
- 3) медицинский патронаж больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;
- 4) организацию медико-социальной экспертизы больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;

- 5) пропаганду медицинских знаний по профилактике артериальной гипертензии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы;
- 6) участие в разработке индивидуальной программы инвалида;
- 7) организацию лечения и медицинского контроля;
- 8) проведение мер медицинской реабилитации инвалидов: восстановительного и санаторно-курортного лечения, клиничко-функционального контроля.
- 9) медицинский патронаж инвалидов вследствие заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Основными исполнителями этого раздела работы должны быть региональные, муниципальные лечебно-профилактические учреждения (участковые врачи-терапевты, врачи общей практики, врачи кабинетов профилактики, кардиологи, педиатры, неврологи). Большая роль отводится кабинетам профилактики неинфекционных заболеваний по выявлению лиц с артериальной гипертензией, пропаганде здорового образа жизни.

## II. Социальное направление:

- 1) определение потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- 2) содействие инвалиду в реализации его прав, представление интересов в органах власти;
- 3) участие в определении дееспособности, возможной опеки и попечительства;
- 4) содействие в получении пенсий, пособий и выплат;
- 5) содействие в получении материальной помощи;
- 6) содействие в решении жилищных проблем;
- 7) социально-правовое консультирование;
- 8) проведение мер социальной реабилитации инвалидов – создание безбарьерной среды жизнедеятельности, социальную помощь и социальные услуги, обеспечение средствами передвижения и вспомогательными техническими средствами;
- 9) проведение мер профессиональной реабилитации – профессиональную подготовку и профессиональное образование, содействие в изменении режима и характера труда, в трудоустройстве, переквалификации;
- 10) помещение клиента в стационарные учреждения социального обслуживания;
- 11) организацию психологической поддержки клиенту с медико-социальными проблемами членами семьи и ближайшим окружением;
- 12) вовлечение членов семьи и ближайшего окружения клиента в деятельность сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового и благотворительного характера;
- 13) психотерапию и психокоррекцию.

Основными исполнителями этого раздела работы должны быть региональные, муниципальные отделы социального обеспечения.

**III. Обязанности клиента:**

- 1) регулярно посещать профилактические медицинские осмотры;
- 2) участвовать в реабилитационных программах;
- 3) выполнять рекомендации врача;
- 4) устранять факторы риска прогрессирования атеросклероза, артериальной гипертензии;
- 5) активно участвовать в проведении мер профессиональной реабилитации – профессиональной переподготовке и профессиональном образовании.

**Контрольные вопросы**

1. Что такое атеросклероз? Каковы его осложнения?
2. Расскажите о профилактике атеросклероза.
3. Каковы причины развития гипертонической болезни?
4. Расскажите о профилактике гипертонической болезни.
5. В чем заключаются особенности медико-социальной работы с больными сердечно-сосудистыми заболеваниями?
6. Перечислите социальные проблемы больных артериальной гипертензией.

## *ГЛАВА 5.* **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ**

### **5.1. Понятие травматизма и его виды. Производственный травматизм**

Среди причин смертности населения большинства экономически развитых стран третье место занимают несчастные случаи и травмы, количество которых растет с каждым годом. Среди взрослого населения показатель травматизма составляет около 120 случаев на 1000 жителей. Удельный вес смертности от несчастных случаев за последние 20-25 лет возрос на 8-10 %.

Травматизм является важной медико-социальной проблемой, решение которой неразрывно связано с улучшением состояния здоровья населения, со снижением инвалидности, смертности, увеличением средней продолжительности предстоящей жизни. Кроме большого личного горя, травматизм наносит значительный общественный и экономический ущерб. Особенности современного общества являются урбанизация, усиление миграционных процессов, перенаселенность крупных городов, увеличение транспортных средств, повышение скорости передвижения, распространение новых технологических процессов на производстве и в сельском хозяйстве, использование техники в быту и т.д. Все это увеличивает риск травматизма у современного человека. В результате во всем мире наблюдается резкое увеличение числа несчастных случаев, что позволяет говорить об «эпидемии травматизма».

**Травматизм** – совокупность вновь возникших травм у определенной группы населения за определенный промежуток времени (например, за год). Различают производственный, непроизводственный (бытовой), спортивный травматизм и травматизм у детей.

Производственный травматизм делится на промышленный и сельскохозяйственный. К непроизводственному относятся: причиненный транспортом, бытовой и уличный. К спортивному травматизму относятся травмы, полученные при занятиях спортом и физической культурой.

Медико-социальная работа складывается из профилактики травматизма и организации травматологической помощи пострадавшим.

**Производственный травматизм.** Производственными считаются травмы:

- на территории предприятия в течение рабочего времени (включая установленные перерывы);
- вне территории предприятия при выполнении пострадавшим трудовых обязанностей;
- при следовании на работу или с работы на транспорте предприятия;
- при острых отравлениях, тепловых ударах, поражении молнией, обморожениях, происшедших на производстве;
- при несчастных случаях, происшедших с рабочими (учащимися, студентами), направленными в установленном порядке на другое предприятие и выполнявшими там работу под руководством его персонала;
- в состоянии алкогольного опьянения, если основной технической или организационной причиной явилось нарушение правил и норм охраны труда.

Кроме того, к несчастным случаям на производстве приравнивается утрата трудоспособности при выполнении: донорских функций; государственных или общественных обязанностей, а также выполнении специальных заданий государственных, профсоюзных или иных общественных организаций, даже если эти задания не были связаны с основной работой; долга гражданина по спасению человеческой жизни, по охране государственной собственности и правопорядка.

Пути первичной профилактики производственного травматизма:

- укрепление трудовой и производственной дисциплины;
- соблюдение правил техники безопасности и строгий контроль за ее исполнением;
- устранение вредных и опасных условий труда, обеспечение работников средствами индивидуальной и коллективной защиты;
- психогигиена труда на производстве.

**Транспортный травматизм** составляет 30-40 % от всех несчастных случаев. Характеризуется преобладанием сложных комбинированных травм, треть которых приходится на тяжелые травмы головы. Основными причинами транспортного травматизма являются грубые нарушения дорожного движения водителями автотранспорта и пешеходами. Имеет значение недостаточный врачебный контроль при отборе лиц для обучения вождению автомобиля. Уменьшение тяжести последствий транспортных происшествий зависит от своевременности оказания медицинской помощи на месте происшествия, характера этой помощи и способа доставки пострадавшего в стационар.

## **5.2. Детский травматизм. Причины и виды бытового травматизма у детей**

Значительной медико-социальной проблемой является детский травматизм. По статистике, травмы, полученные при несчастных случаях, стали

главной причиной смерти и инвалидности детей. В России каждый год один ребенок из трех получает повреждения, требующие медицинского вмешательства или ограничивающие повседневную активность ребенка, в том числе и учебу. В структуре детского травматизма преобладает бытовой (70 %). Различают также следующие виды детского травматизма: транспортный, спортивный и школьный.

К числу наиболее угрожаемого контингента относятся дети первых 6 лет жизни: на их долю приходится около 42 % от общего числа несчастных случаев и травм. Частота травм у мальчиков в 2-3 раза выше, чем у девочек.

**Причины и виды бытового травматизма у детей.** Наиболее частый вид бытового травматизма у детей – различного рода повреждения: ушибы, ссадины, раны, переломы, вывихи и сотрясение мозга, в основном возникающие в результате падений со стульев, табуреток, подоконников, а на улице – с крыш, деревьев, качелей, горок и т.д.

К бытовым травмам относятся ожоги. Более половины обожженных детей нуждается в госпитализации, каждый из 10 – в повторных операциях. Большая часть обожженных – дети в возрасте до 4-5 лет. Самые маленькие обычно опрокидывают на себя горячие жидкости, ребята среднего и старшего возраста получают ожоги во время игр с огнеопасными предметами и вблизи костров. Весьма опасны поражения детей электрическим током, который вызывает не только ожоги, но и остановку сердца, дыхания. Причины поражения детей электрическим током: неисправная электропроводка, желание исправить самостоятельно, исследование содержимого электророзеток (введение в них шпилей, скрепок, проволоки), маленькие дети берут в рот концы оголенных проводов.

Актуальной у детей является и проблема отравлений и инородных тел: она занимает четвертое место в структуре травматизма (после уличной, ожоговой травм и утоплений). Статистика свидетельствует, что в 75-80 % случаев отравления происходят из-за небрежного хранения лекарств. Не менее 20 % случаев отравлений детей лекарственными средствами – следствия ошибки родителей, когда они используют фармакологические препараты по своему разумению.

Доля уличных травм заметно увеличивается с возрастом, и самый значительный удельный вес их среди детей 3-6 лет (свыше 40 %). Это связано со значительным ослаблением присмотра со стороны взрослых. Из каждых 100 травмированных детей на улице 17 получают их в детских дошкольных учреждениях: падения, удары предметами или о предметы, ранения ножницами, разбитой стеклянной посудой. Пик детского уличного травматизма приходится на апрель и летние месяцы. Это связано с более длительным пребыванием детей в теплое время года на улице, зачастую без присмотра взрослых.

Пики транспортного травматизма приходятся на школьные каникулы и начало учебного года. Травмы, полученные на улице при пешеходном

движении, составляют около 20 % всех повреждений. Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий – чуть более 1 %, однако эти травмы отличаются наибольшей тяжестью, всегда требуют госпитализации и нередко становятся основной причиной инвалидности детей в раннем возрасте.

Причинами спортивного травматизма у детей чаще всего являются недостаточная проверка подготовки спортивного инвентаря, неблагоустроенность спортивных залов, недостаточная квалификация преподавателей физкультуры, отсутствие надзора со стороны взрослых при занятиях спортом вне школьных занятий.

В школе на первом месте по числу случаев стоят травмы, полученные на переменах. Скованные железной дисциплиной урока, дети выплескивают накопившуюся энергию в коридорах. Нередко это превращается в неконтролируемую беготню со столкновениями, потасовками и даже в драки. Оборудование рекреационных помещений также таит в себе опасность (ребра чугунного радиатора отопительной системы, стеклянные двери, шербокие ступеньки лестниц и т.д.). Существует группа травм, которые ученики получают во время занятий: опыты с химическим и физическим оборудованием, неумелое пользование электроприборами и др.

#### ***Социальные проблемы детского травматизма:***

- безнадзорность детей;
- неорганизованный быт в семье;
- неорганизованные занятия спортом;
- необустроенность дворов, детских площадок для игр у домов, недостаточное количество хорошо организованных детских парков для развлечений;
- несоблюдение водителями правил дорожного движения вблизи пешеходных переходов;
- недостаточное количество инвалидных колясок, протезного оборудования.

#### ***Медицинские проблемы детского травматизма:***

- необходимость применения широкого комплекса реабилитационных мероприятий, позволяющих вернуть обществу здорового ребенка;
- трудности протезирования (в связи с ростом ребенка протезы необходимо менять каждые полгода);
- практическое отсутствие специализированных медицинских учреждений санаторно-курортного типа, в которых дети с травмами после лечения могли бы получить полный курс реабилитационной терапии, совмещая его с учебной.

Для профилактики детского травматизма необходимы совместные усилия широкой общественности, педагогов, органов милиции, медиков.

*К мероприятиям профилактической направленности* можно отнести следующее [4]:

- регулярное освещение средствами массовой информации причин детского травматизма и мер его профилактики;
- усиление санитарно-просветительской работы среди родителей, учителей, воспитателей, с привлечением к этому процессу работников службы безопасности дорожного движения, детских хирургов, ортопедов-травматологов, педагогов;
- обучение правилам дорожного движения детей в дошкольных детских учреждениях и в школах;
- организация работы образовательных учреждений по планированию классных часов и работы с родителями по безопасности дорожного движения;
- организация работы по проведению тестирования учащихся 1-6 классов по ситуационной транспортной культуре;
- проведение викторин по проблемам безопасности дорожного движения и травматизма у детей;
- выпуск наглядных пособий в виде листовок и буклетов;
- подготовка и повышение квалификации педагогических кадров школ, колледжей по проблемам профилактики травматизма и оказания неотложной медицинской помощи при травмах и отравлениях;
- создание благоприятного двигательного режима учащихся в школе (физкультминутки во время занятий и пр.);
- усиление ответственности комиссий по приемке спортивных сооружений образовательных учреждений на готовность к новому учебному году, а также в комиссиях по испытанию спортивного оборудования и приемке в эксплуатацию вновь устанавливаемого спортивного и тренажерного оборудования;
- проведение занятий по физкультуре и тренировок в присутствии инструктора, обеспечение надежной «страховки», правильная организация врачебного контроля.

*Мероприятия медико-социальной работы патогенетической направленности:*

- содействие в организации лечения и медицинского контроля;
- организация медико-социальной помощи и ухода за больным;
- содействие в обеспечении специфического долгосрочного лечения в оптимальных условиях с учетом особенностей травмы;
- семейное консультирование и семейная психокоррекция;
- направление на медико-социальную экспертизу;
- психотерапия и психокоррекция;
- участие в разработке индивидуальной программы реабилитации инвалида;

- проведение мер медицинской реабилитации инвалидов – восстановительного и санаторно-курортного лечения, клинико-функционального контроля;
- проведение мер социальной реабилитации пострадавших детей (социальная помощь и социальные услуги, обеспечение средствами передвижения, протезами, соответствующими возрасту, и вспомогательными техническими средствами);
- обеспечение преемственности во взаимодействии со специалистами смежных профессий;
- содействие в оказании финансовой помощи.

### 5.3. Этапы травматологической помощи и профилактика травматизма

*Этапы травматологической помощи.* Медицинская помощь пострадавшим оказывается поэтапно. Сначала – на месте происшествия. Первую неотложную помощь должны уметь оказывать сами люди, что достигается путем обучения широких масс населения приемам само- и взаимопомощи. Доврачебную помощь оказывают средние медицинские работники. Первую врачебную помощь – бригада Скорой медицинской помощи. Специализированную врачебную помощь оказывают врачи-хирурги в хирургических кабинетах поликлиник или хирургических отделениях, а также врачи-травматологи, травматологи-ортопеды в травматологических пунктах или травматологических отделениях больниц.

*Профилактика травматизма.* Травматизм занимает третье место в структуре инвалидности. В целях профилактики травматизма в нашей стране действуют законодательные акты об охране труда и внедрении современных безопасных методов работы. Каждый случай серьезной травмы на предприятии рассматривается на заседании специальной комиссии. В профилактических мероприятиях на производстве участвуют представители администрации, профсоюзов, работники здравоохранения и представители органов охраны труда.

Профилактика производственного травматизма очень сложна в организации. Большую часть производственного травматизма составляют травмы в быту (в связи с использованием бытовой техники, систем отопления, уличный травматизм зимой в связи с гололедом и пр.). Чаще всего это травмы верхних конечностей: ушибы и растяжения (около 50 %), переломы и вывихи, реже ожоги. В профилактике производственного травматизма главную роль играет санитарно-просветительская работа среди населения.

Профилактика транспортного травматизма заключается в основном в обучении правилам дорожного движения (в детских садах, школах),

в ужесточении мер по штрафованию нарушителей правил дорожного движения, как среди водителей, так и среди пешеходов.

### **Контрольные вопросы**

1. Дайте определение понятию «травматизм». Назовите виды травматизма.
2. Какой травматизм называют производственным?
3. Расскажите о направлениях профилактики производственного травматизма.
4. Назовите причины и виды травматизма у детей.
5. Охарактеризуйте социальные и медицинские проблемы детского травматизма.
6. Перечислите мероприятия по профилактике детского травматизма.
7. Перечислите мероприятия патогенетической направленности медико-социальной работы при травмах у детей.

## **ГЛАВА 6.**

### **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

#### **6.1. Организация психиатрической помощи в Российской Федерации**

В соответствии с Федеральным законом от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» *психиатрическая помощь* включает в себя обследование психического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установленном законами Российской Федерации, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия. Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей.

Информация о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

Государством гарантируются:

- неотложная психиатрическая помощь;
- консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;
- все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;
- социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;
- решение вопросов опеки;
- консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;

- социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;
- обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;
- психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной защиты государство:

- создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;
- организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;
- создает лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цехи или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;
- устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;
- применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;
- создает общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;
- принимает иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами (ст. 16).

## **6.2. Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь**

Психоневрологическая помощь оказывается в специализированных учреждениях с особым статусом, структурой и внутренним режимом, Положения о которых утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 25.05.1994 г. № 522. Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры, прошедшие в установленном порядке лицензирование и получившие право на деятельность по оказанию психиатрической помощи.

К учреждениям по оказанию специализированной психиатрической помощи относятся: диспансеры, психиатрические и психоневрологические стационары (дневные и ночные), психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением, психиатрическая больница с усиленным наблюдением, детская психиатрическая больница,

дома инвалидов для психоневрологических больных, специализированные детские ясли и сады, санатории.

Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, выполняют следующие функции:

- оказывают неотложную психиатрическую помощь;
- осуществляют консультативно-диагностическую, лечебную, психопрофилактическую, социально-психологическую, реабилитационную помощь во внебольничных и стационарных условиях;
- проводят все виды психиатрической экспертизы, в том числе определение временной нетрудоспособности;
- оказывают социально-бытовую помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;
- принимают участие в решении вопросов опеки указанных лиц;
- проводят консультации по правовым вопросам;
- осуществляют социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами;
- организуют обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;
- оказывают психиатрическую помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

Основным учреждением для оказания психоневрологической помощи является *диспансер*.

Задачи диспансера:

- выявление среди населения больных с нервно-психическими нарушениями, взятие их на учет, динамическое наблюдение и лечение;
- медико-социальный патронаж;
- социальная помощь больным;
- трудовое обучение и трудоустройство больных с остаточной трудоспособностью (совместно с органами социальной защиты);
- судебно-психиатрическая, трудовая, военная и другие виды экспертиз;
- профилактическая работа; консультативная помощь врачам общей лечебно-профилактической сети.

Оказание психоневрологической помощи строится по территориально-участковому принципу, что обеспечивает постоянную связь диспансера с другими лечебно-профилактическими учреждениями. В сельской местности за больными с нервно-психическими заболеваниями наблюдает врач общей практики под контролем районного психоневролога. В областном психоневрологическом диспансере к каждому психиатру прикреплены определенные районы области для предоставления консультативной помощи.

*Психиатрическая больница* является лечебно-профилактическим учреждением, осуществляющим стационарное обследование, лечение и социально-трудовую реабилитацию лиц, страдающих психическими расстрой-

ствами (Приложение 1 «Положение о психиатрической больнице» к Приказу Минздрава СССР от 21.03.88 г. № 225).

Для осуществления полноценного обследования, лечения и социально-трудовой реабилитации больных в составе психиатрической больницы организируются лечебные, лечебно-диагностические, экспертные, лечебно-восстановительные и другие отделения, подразделения и службы.

Приему в психиатрическую больницу подлежат:

- больные, нуждающиеся по своему психическому состоянию в лечебно-восстановительных мероприятиях в условиях психиатрического стационара;
- больные, направленные судебными органами в установленном порядке на принудительное лечение;
- лица, направленные судебно-следственными органами в установленном порядке на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу;
- лица, направленные в установленном порядке на стационарное обследование для уточнения диагноза, экспертизы трудоспособности, годности службы в армии, для решения других экспертных вопросов.

Больные, нуждающиеся в стационарном лечении, принимаются в психиатрическую больницу по направлению врачей-психиатров психоневрологических диспансеров, врачей специализированных бригад скорой психиатрической помощи, органов здравоохранения, а также без всякого направления при наличии срочных медицинских показаний для госпитализации.

Лица, направленные на стационарное обследование для уточнения диагноза, врачебно-трудовой или военно-врачебной экспертизы, принимаются в психиатрический стационар по направлениям органов здравоохранения, участковых врачей-психиатров, а также врачебно-трудовых экспертных или военно-врачебных комиссий.

Поступающие в психиатрическую больницу дети в возрасте 4-14 лет принимаются в детские отделения, подростки в возрасте 15-17 лет – в подростковые и экспертные отделения и палаты.

*Психоневрологическая больница* является специализированным лечебно-профилактическим учреждением, осуществляющим стационарное обследование, лечение, социально-трудовую реабилитацию, военную и трудовую экспертизу лиц, страдающих пограничными психическими, в том числе психосоматическими, расстройствами, неврозоподобными и компенсированными психопатоподобными расстройствами эндогенного и экзогенно-органического характера, эпилепсией без выраженных явлений изменения личности, легкой степенью умственной отсталости, патологии речи и т.п. (Приложение 2 «Положение о психоневрологической больнице» к Приказу Минздрава СССР от 21.03.88 г. № 225).

Противопоказанием к приему больных в психоневрологическую больницу является наличие у них выраженных аутоагрессивных (суицидальных) и агрессивных тенденций, эксплозивности, выраженных дефицитар-

ных расстройств и частых эпилептических (эпилептиформных) припадков, соматических заболеваний, требующих лечения в специализированных стационарах.

Не подлежат приему в психоневрологическую больницу лица без определенного места жительства, страдающие наркоманией и токсикоманией, представляющие опасность для себя или окружающих.

*Психиатрическая больница со строгим наблюдением* является лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным для проведения, по определению суда, принудительного лечения душевнобольных, совершивших общественно опасные деяния и представляющих по своему психическому состоянию и характеру содеянного особую опасность для общества, нуждающихся в больничном содержании и лечении в условиях строгого наблюдения (Приложение 3 «Временное положение о психиатрической больнице со строгим наблюдением» к Приказу Минздрава СССР от 21.03.88 г. № 225).

Основанием для приема и содержания психически больного является определение суда о применении к нему принудительного лечения в психиатрической больнице со строгим наблюдением.

В психиатрическую больницу со строгим наблюдением для принудительного лечения в соответствии с уголовным законодательством направляются лица, представляющие особую общественную опасность:

- совершившие общественно опасные деяния в состоянии невменяемости;
- заболевшие после совершения преступления, но до вынесения приговора душевной болезнью, лишаящей их возможность отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, либо временным расстройством душевной деятельности, которое препятствует определению психического состояния во время совершения общественно опасного деяния;
- заболевшие во время отбывания наказания хронической душевной болезнью, препятствующей дальнейшему отбыванию наказания.

Прием больных в психиатрическую больницу со строгим наблюдением производится дежурным врачом и дежурным представителем контролерского состава МВД при наличии копии определения суда, копии акта судебно-психиатрической экспертизы или акта психиатрического освидетельствования, паспорта или иного документа, удостоверяющего личность больного (удостоверение личности, военный билет, справка об освобождении из мест лишения свободы). На лиц, содержащихся до вынесения определения суда под стражей, представляются также личное дело и справка соответствующей формы о времени пребывания под стражей.

### 6.3. Психиатрическое освидетельствование

*Психиатрическое освидетельствование* проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи (ст. 23). Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого:

- в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе и с согласия его родителей либо иного законного представителя;
- в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, – по просьбе или с согласия его законного представителя.

Врач, проводящий освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его представителю как психиатр (исключение составляют случаи, когда освидетельствуемый представляет непосредственную опасность для себя или окружающих). Данные освидетельствования, заключение о состоянии психического здоровья, причины обращения к психиатру, медицинские рекомендации должны быть зафиксированы в медицинской документации.

В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано через суд.

При отсутствии непосредственной опасности психиатр действует на основании заявления о необходимости освидетельствования. Заявление должно быть письменным и содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость освидетельствования, и указание об отказе лица или его законного представителя от обращения к психиатру. Психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для решения. Установив отсутствие оснований для освидетельствования, врач письменно отказывает в нем. Если же заявление обоснованно, то психиатр обращается в суд по месту жительства больного с письменным мотивированным заключением о необходимости освидетельствования и прилагает к заявлению другие материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок. Действия судьи могут быть обжалованы в установленном порядке.

### 6.4. Оказание амбулаторной и стационарной психиатрической помощи

*Лечение в психоневрологическом диспансере.* Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстрой-

ством, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя.

Лица, страдающие хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, находящиеся под диспансерным наблюдением, могут быть освидетельствованы без их согласия. Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.

Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде. При изменении психического состояния лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя.

**Лечение в психиатрическом стационаре.** Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьбы.

Законодательством также предусмотрена судебно-психиатрическая экспертиза, проводимая по уголовным или гражданским делам (ст. 14), либо экспертиза для решения вопроса о годности гражданина к военной службе (ст. 15).

Судебно-психиатрическая экспертиза производится в предназначенных для этой цели учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных законом. Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра. Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им указанных выше сведений.

Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его. При этом им должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

В ст. 37 Федерального закона от 02.07.1992 г. № 3185-1-ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» указаны права пациентов, находящихся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре. Пациенты имеют право:

- обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара;
- подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;
- встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;
- исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибуты и литературу;
- выписывать газеты и журналы;
- получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;
- получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или глав-

ным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:

- вести переписку без цензуры;
- получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;
- пользоваться телефоном;
- принимать посетителей;
- иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

Стационарная помощь должна оказываться при минимальных ограничениях больного и при соблюдении его прав и интересов. Меры физического стеснения и изоляции (фиксация к кровати, ограничение движений) должны применяться только в тех случаях, когда, по мнению психиатра, иными действиями невозможно предотвратить действия больного, представляющие непосредственную опасность для него самого, персонала и других больных. О формах стеснения и времени его применения в медицинской документации делается соответствующая запись.

Выписка пациентов, находящихся на стационарном лечении, проводится на основании решения лечащего врача в случае выздоровления или улучшения состояния больного, при котором более не требуется госпитализации, а также в добровольном порядке на основании заявления пациента или его законного представителя при завершении обследования и экспертизы. Если комиссия врачей-психиатров установит основания для продолжения стационарного лечения, в выписке больному может быть отказано, даже если он поступил в стационар добровольно.

### **6.5. Принудительное лечение**

Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации.

Лица, госпитализированные принудительно, подлежат обязательному освидетельствованию комиссией психиатров в течение 48 часов для решения вопроса обоснованности госпитализации. При отсутствии оснований для госпитализации и нежелании больного остаться в стационаре он немедленно должен быть выписан из психиатрического стационара (ст. 32).

Если оснований для госпитализации достаточно, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрической больницы. Судья обязан рассмотреть дело в течение 5 дней с момента принятия заявления (в помещении суда или в больнице, если пациент по состоянию здоровья не может быть в суде). Постановление суда об удержании пациента в больнице может быть обжаловано в 10-дневный срок самим лицом или его законным представителем.

Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев. По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения.

Судья в порядке, предусмотренном законом, постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно (ст. 36).

#### **6.6. Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения**

Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, – решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, а в отношении дееспособного лица – также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

Орган опеки и попечительства обязан принимать меры для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в психоневрологические учреждения для социального обеспечения (ст. 41).

Администрация психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствования лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности (ст. 43).

Основаниями для помещения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет, страдающего психическим расстройством, в психоневрологическое учреждение для специального обучения являются заявление его родителей либо иного законного представителя и обязательное заключение комиссии, состоящей из психолога, педагога и врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о необходимости обучения несовершеннолетнего в условиях специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития.

Основанием для перевода лица из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа является заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психоневрологическом учреждении.

Выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения производится:

- по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья лицо способно проживать самостоятельно;
- по заявлению родителей, иных родственников или законного представителя, обязующихся осуществлять уход за выписываемым несовершеннолетним в возрасте до 18 лет либо за лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным.

### **6.7. Срочная и неотложная психиатрическая помощь**

Служба скорой и неотложной психиатрической помощи в крупных городах организуется либо при управлении городского психиатра, либо при городском или областном психоневрологическом диспансере. В небольших городах и в сельской местности такую помощь оказывают районные психоневрологические диспансеры и лечебные учреждения общесоматической сети.

До оказания специализированной психиатрической помощи необходимые меры принимает врач общей практики. К таким мерам, в частности, относится: госпитализация в психиатрическую больницу по неотложным показаниям, которая в отсутствие участкового психиатра или дежурного психиатра службы скорой помощи осуществляется по направлению врачей территориальных поликлиник и общесоматических больниц. О предстоящей госпитализации необходимо поставить в известность ближайших родственников.

Врач обязан представить обоснование медицинских и социальных показаний к неотложной госпитализации. Таким показанием является опас-

ность больного для окружающих лиц и для себя самого, вытекающая из манифестирующих у него психических нарушений, а именно:

- острые психические состояния со склонностью к агрессии и импульсивным действиям;
- систематизированный, в том числе ипохондрический бред, если он определяет общественно опасное поведение больного, агрессию в отношении окружающих;
- депрессии с суицидальными тенденциями;
- маниакальные состояния с агрессией и нарушением общественного порядка;
- острые психотические состояния олигофренов и у больных с остаточными явлениями органического поражения ЦНС, проявляющимися возбуждением, агрессией и другими поступками, опасными как для самих больных, так и для окружающих.

Не подлежат неотложной госпитализации в психиатрическую больницу лица в состоянии простого (даже тяжелого) алкогольного опьянения, а также в состоянии интоксикации наркотическими веществами (за исключением острых интоксикационных и алкогольных психозов), при антисоциальных поступках и отсутствии психического заболевания (даже если выражены остаточные явления черепно-мозговой травмы либо психопатические черты характера).

В ряде случаев состояние больных требует безотлагательных (предшествующих госпитализации) мер по надзору и организации лечебной помощи. Чаще всего такая ситуация возникает при психомоторном возбуждении, а также при незавершенном суициде. В состоянии психомоторного возбуждения больные обычно агрессивны, гневливы, насторожены, не спят, мечутся, совершают неожиданные поступки, стремятся куда-то бежать, выпрыгнуть в окно, наносят самоповреждения. Психомоторное возбуждение может возникнуть при галлюцинаторно-бредовых, кататонических и гебефренных состояниях, помраченном сознании, а также при мании и агитированной депрессии. Особого внимания требуют состояния эпилептиформного возбуждения, протекающие с аффектом злобы и агрессивно-разрушительными действиями. Возбуждение у психопатов более целенаправленно и зависит от тех или иных установок; больные раздражительны, грубы, проявляют агрессию в отношении лиц, с которыми ранее вступали в конфликт, не только сами нарушают покой окружающих, но и подстрекают к этому людей.

Больные, находящиеся в состоянии психомоторного возбуждения, подлежат срочной госпитализации в психиатрическую больницу. Если психиатрический стационар расположен недалеко, то введения лекарств на время транспортировки можно избежать. Но если возбуждение препятствует транспортировке больного – вводят медикаменты.

В России госпитализацию больных с острыми психиатрическими и психосоматическими заболеваниями осуществляют в последние годы психиатрические бригады. Вызовы для выезда психиатрических бригад принимают через центральную диспетчерскую Станции скорой помощи. Специализированную бригаду скорой медицинской помощи возглавляет врач-психиатр, в состав ее входят фельдшер и санитар.

В большинстве случаев психиатрические бригады выезжают к больным, страдающим эндогенными психозами (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия) и психическими нарушениями, обусловленными хронической алкогольной и острой лекарственной интоксикацией (белая горячка, бред ревности, интоксикационные психозы).

Экстренная психиатрическая помощь на догоспитальном этапе в основном преследует цель быстрого медикаментозного купирования психомоторного возбуждения, начала адекватной терапии острой соматической патологии и направления больных с психотическими состояниями и психосоматическими заболеваниями в профильные отделения стационара.

## **6.8. Психиатрические учреждения для хронических больных**

К медико-социальным учреждениям для хронических больных относятся детские дома-интернаты для умственно отсталых детей (или для детей с аномалиями психического развития), психоневрологические интернаты для взрослых.

Детский дом-интернат для умственно отсталых детей (или для детей с аномалиями психического развития) предназначен для постоянного проживания детей, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, а также социально-трудовой адаптации. Как правило, для более полного обслуживания населения организуют отделение или группу с дневным или шестидневным режимом содержания.

В дом-интернат принимаются дети-инвалиды в возрасте от 4 до 18 лет с отклонениями в умственном развитии, нуждающиеся по состоянию здоровья в постороннем уходе, бытовом обслуживании, медицинской помощи, социальной и трудовой реабилитации, обучении и воспитании и находящиеся в иной трудной жизненной ситуации.

Мероприятия, организуемые в детском доме-интернате, направлены на максимальное развитие потенциальных способностей умственно отсталых детей с целью частичной компенсации интеллектуального дефекта и облегчения наиболее полной адаптации их к различным житейским ситуациям, с которыми они будут сталкиваться в дальнейшей жизни. В этой связи ведущее место занимает обучение воспитанников, которое позволяет профилировать учреждения. Выделяют:

- дома-интернаты для обучаемых детей, где основная деятельность направлена на привитие бытовых и трудовых навыков, а также обучение элементам грамоты;
- дома-интернаты для необучаемых детей (с глубокой степенью умственной отсталостью, нередко сочетающейся с поражением опорно-двигательного аппарата, судорожными припадками и т.д.), где они получают медицинский уход и лечение.

В соответствии с нормативными актами, в детский дом-интернат для детей с аномалиями психического развития принимают больных со следующими заболеваниями и состояниями:

- олигофрения в степени имбецильности, идиотии;
- эпилепсия с редкими (не чаще 5 раз в месяц) припадками при наличии слабоумия;
- шизофрения с выраженным дефектом без продуктивной симптоматики;
- слабоумие после перенесенных органических поражений головного мозга;
- умственная отсталость всех степеней, включая дебильность, при наличии грубых нарушений двигательных функций, затрудняющих обучение во вспомогательных классах соответствующих специализированных школ-интернатов (не передвигающихся без посторонней помощи, не обслуживающих себя в силу тяжести двигательных нарушений, требующих индивидуального ухода);
- слепота (слабовидение) или глухота (слабослышание) с умственной отсталостью всех степеней, включая дебильность, при наличии грубых нарушений двигательных функций, затрудняющих обучение в специализированных школах-интернатах.

Противопоказаниями к направлению в детский дом-интернат для детей с аномалиями психического развития являются:

- шизофрения с наличием продуктивной симптоматики без выраженного дефекта личности;
- эпилепсия с частыми (более 5 раз в месяц) припадками, склонностью к серийным припадкам, эпилептическому статусу, сумеречным состояниям сознания, дисфориям;
- психопатоподобная симптоматика в рамках любой нозологической принадлежности;
- психические заболевания, сопровождающиеся грубыми нарушениями влечения и расстройством поведения, опасным для самого больного и окружающих;
- любые психические заболевания, при которых возможно обучение ребенка в общеобразовательной школе или специализированных учреждениях системы образования.

В возрастном отношении контингент детских домов-интернатов представляет три группы: дошкольную (дети в возрасте от 4 до 8 лет), школьную (от 9 до 15 лет) и подросткового возраста (от 16 до 18 лет). По нозологической принадлежности в структуре доминирует олигофрения (83,7 %), кроме этого, наблюдаются органические заболевания сложного генеза – 9,0 %, эпилепсия – 5,2 %, шизофрения – 0,8 %. Мальчики в стационарных учреждениях социальной защиты составляют 59,1 %, девочки – 40,9 %.

Психоневрологические интернаты для взрослых входят в общую систему психиатрической помощи и предназначены для проживания больных с хроническими формами заболеваний. Обычно это люди, не способные жить в семье и в обществе в силу утраты либо недоразвития способностей к самообслуживанию, самообеспечению и продуктивной коммуникативной деятельности.

В соответствии с нормативными актами, в психоневрологические интернаты принимают лиц с умственной отсталостью в степени выраженной дебильности, имбецильности и идиотии, а также больных, страдающих тяжелыми формами психических заболеваний. Психоневрологические интернаты в значительной степени отличаются от психиатрических больниц системы здравоохранения по структуре контингента. Обычно больные поступают в учреждения социальной защиты населения на постоянное проживание, т.е. до естественного конца. Поэтому в организации работы психоневрологических интернатов значительное место занимают вопросы социального и бытового устройства инвалидов, проживающих в них. Отмечается смещение акцентов с купирующей на поддерживающую терапию, с симптоматической на общеукрепляющую. Характерен переход с медикаментозного лечения на немедикаментозное, в частности на терапию занятостью. Терапия занятостью в условиях психоневрологических интернатов направлена на восстановление утраченных (или формирование новых) трудовых и коммуникативных навыков, на поддержание или формирование активного образа жизни, поэтому наиболее широко используют хозяйственно-бытовой труд, стимулирующий самообслуживание и неформальные контакты.

В психоневрологических стационарах большую часть составляют больные олигофренией (40,7 %), затем шизофренией (25,0 %), сосудистой деменцией (17,9 %). Эпилепсией болеют 6,1 % проживающих, другие виды деменции составляют 5,6 %.

Наиболее актуального решения требует проблема ухода за неизлечимыми психическими больными. Следует использовать только персонал, подготовленный психологически для такой работы. Очень важны личные качества: умение сочувствовать, доброта, неистощимое терпение и тактичность.

## Контрольные вопросы

1. Расскажите об основах организации психиатрической помощи в Российской Федерации.
2. Перечислите учреждения, оказывающие психиатрическую помощь.
3. Что понимают под психиатрическим освидетельствованием?
4. Каким образом оказывается амбулаторная и стационарная психиатрическая помощь?
5. Что вы знаете о принудительном лечении?
6. Расскажите о порядке помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения.
7. Расскажите о срочной и неотложной психиатрической помощи.
8. В каких учреждениях оказывается психиатрическая помощь хроническим больным?

## **ГЛАВА 7.**

### **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С БОЛЬНЫМИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Проблема злокачественных новообразований является общемировой. Ежегодно во всем мире диагностируется 10 млн случаев злокачественных опухолей. При этом около 8 млн больных умирает от рака. В России в 2006 году рак был диагностирован почти у 450 тыс. человек [86]. Злокачественные новообразования остаются одной из сложнейших проблем здоровья населения и являются одной из основных причин тяжелых осложнений, причиной инвалидности и смертности (10 на 10 000 человек). В последние годы отмечается увеличение частоты возникновения новообразований: если в 2000 г. общая заболеваемость взрослого (старше 18 лет) населения по новообразованиям в России составляла 3869,2 случая на 100 тыс. населения, то в 2004 г. – уже 4225,3 случая. Среди заболеваний, послуживших причиной первичной инвалидности, злокачественные новообразования последние пять лет занимают второе место после патологии системы кровообращения.

Однако показатели смертности от злокачественных новообразований в различных странах несколько отличаются друг от друга. Практически везде первое место по частоте занимает рак желудка, второе – рак легких, далее следует рак матки и молочной железы у женщин и рак пищевода у мужчин.

#### **7.1. Характеристика опухолевого процесса. Факторы, способствующие развитию опухолей**

**Опухоли** (новообразования) – избыточное разрастание тканей, состоящие из изменившихся клеток организма, утративших свою обычную форму и функции. Их особенностью является то, что они продолжают размножаться и после прекращения действия факторов, вызвавших опухоль.

Опухолевые заболевания бывают доброкачественными и злокачественными. Доброкачественная опухоль имеет капсулу, ограничивающую ее от окружающих тканей, очень медленно растет, лишь раздвигая (иногда сжимая) окружающие ткани, и легко поддается лечению. Однако некоторые доброкачественные опухоли иногда могут стать злокачественными. Например, темное пигментное пятно может превратиться в самую злокачественную опухоль – меланому, полип желудка – в рак желудка.

Для злокачественных опухолей характерны отсутствие капсулы, неуправляемый рост с прорастанием в соседние ткани и разрушение их. При этом повреждаются сосуды, в них могут врастать опухолевые клетки, ко-

торые затем разносятся током крови или лимфы по организму, оседают в различных тканях и органах. В результате образуются метастазы – вторичные узлы опухоли. Из-за массивной интоксикации организма больного нарастает общее истощение и развивается кахексия. При неполном удалении опухоль вырастает снова – рецидивирует. Доброкачественные опухоли не метастазируют, но могут быть опасны в связи со своим расположением (например, опухоль мозга).

Степень тяжести злокачественного опухолевого процесса принято обозначать стадиями. Первая стадия – небольших размеров поверхностная язва или опухоль, не прорастающая в глубь ткани и не сопровождающаяся поражением близлежащих региональных лимфатических узлов. Лечение, проведенное в этой стадии, наиболее успешно. При второй стадии опухоль уже прорастает в окружающие ткани, имеет небольшие размеры и дает метастазы в ближайшие лимфатические узлы. Малая подвижность и крупный размер опухоли наряду с поражением лимфатических узлов характерны для третьей стадии болезни. В этой стадии еще возможно излечение с применением комплекса современных методов. В четвертой стадии имеется обширное распространение опухоли с глубоким прорастанием в окружающие ткани, с метастазами не только в региональные лимфатические узлы, но и в отдаленные органы, выражена кахексия. В этой стадии редко удастся добиться положительного эффекта, даже с применением химио- и лучевой терапии.

Причины необузданного роста клеток до настоящего времени окончательно не изучены. Рак – это полиэтиологическое заболевание (табл. 2). Спо-

*Таблица 2*

**Смертность от онкологических заболеваний, обусловленных различными факторами [4]**

Фактор	Процент всех случаев смерти от рака	
	Средняя оценка	Диапазон колебаний
Питание, диета	35	10-70
Курение	30	25-40
Алкоголь	3	2-4
Профессия	4	1-5
Репродуктивная и сексуальная активность	7	1-13
Загрязнение атмосферы, воды и почвы	2	1-5
Лекарственные препараты и лечебно-диагностические процедуры	1	0,5-3
Геофизические факторы	3	2-4
Инфекции	10	–
Неизученные факторы	5	–

способствуют возникновению рака различные химические вещества, в том числе содержащиеся в табачном дыме, ультрафиолетовое облучение, стресс и возникающее в результате изменение баланса гормонов в организме, различные вирусы, ионизирующая радиация. Не исключена и роль наследственности: рак относят к заболеваниям с наследственной предрасположенностью.

Многочисленными исследованиями доказано, что несбалансированное питание может приводить к возникновению рака. На долю издержек питания относят около 40 % злокачественных опухолей, в том числе 2-4 % на пищевые добавки. Исключение из рациона питания продуктов, содержащих крахмал, привело к росту заболеваемости раком толстого кишечника. Пищевой рацион с большим количеством жира вызывает избыточную секрецию желчи и развитие рака прямой кишки и рака молочной железы. Обжаривание мяса приводит к образованию канцерогенных веществ. Температурная деструкция растительного масла и жиров ведет к образованию мутагенов и канцерогенов.

Международное агентство по изучению рака придает большое значение факторам окружающей среды. В настоящее время доказано, что выраженными канцерогенными свойствами обладают 26 химических соединений, в том числе полициклические ароматические углеводороды, тяжелые металлы (ртуть, мышьяк, кобальт, кадмий и др.), нитрозосоединения.

Особенно опасны канцерогенные вещества при длительном профессиональном контакте с ними. Так, анилиновые красители, типографская краска, асбест и т.д. могут способствовать возникновению профессионального рака.

Кроме химических канцерогенов на повышение уровня онкологической заболеваемости оказывает влияние ионизирующее излучение.

Как экзогенные, так и эндогенные вещества могут проходить через плаценту и действовать на плод. Эмбриональные ткани особенно чувствительны к влиянию даже малых доз токсических веществ. В результате у потомства сравнительно рано и в большом числе случаев могут возникать различные опухоли.

Все канцерогенные факторы окружающей среды можно разделить на 2 группы:

- воздействие которых мало зависит от отдельного человека (например, химикаты и излучения на рабочем месте, асбест и т.д.);
- те, для которых зависимость от человека значительна (канцерогены табачного дыма и пищи).

Таким образом, при огромном разнообразии причин и видов мутаций, наличии многих разновидностей злокачественных опухолей трудно найти лечебные средства против всех их форм. Главные усилия человечества должны быть направлены на устранение вызывающих их причин.

## 7.2. Медико-социальные проблемы в онкологии

Организация медицинской помощи больным с далеко зашедшими формами злокачественных опухолей представляет собой одну из сложных и не решенных до сих пор проблем.

К медицинским проблемам в онкологии относятся:

1. Недостаточно изученные механизмы и причины злокачественного перерождения клеток.
2. Длительный латентный (скрытый) период болезни и практически отсутствие эффективных способов диагностики заболевания на этой стадии.
3. Трудности диагностики начальных стадий заболеваний внутренних органов (кишечника, желудка, легких, поджелудочной железы, яичников и др.).
4. Сложные комбинированные медицинские технологии лечения и реабилитации (хирургические, химические, лучевые).
5. Профилактика и лечение побочных эффектов основного лечения.
6. Взаимодействие врача и больного, управление психикой больного.

Социальные проблемы онкологических больных:

1. Психоэмоциональный стресс у пациента и ближайшего окружения.
2. Дороговизна и длительность лечения, падение материального благосостояния в семье.
3. Беспокойство о потере работы, трудности продвижения по службе.
4. Изменение образа жизни членов семьи, связанное с необходимостью длительного ухода.
5. Самоизоляция больных и изоляция от привычного общества.

В общегосударственном масштабе социальные проблемы онкологических заболеваний связаны с их широким распространением, неуклонной тенденцией к росту заболеваемости и «омоложением» рака. У половины больных рак диагностируется в запущенных стадиях, когда полное излечение уже невозможно. Большинство больных получает симптоматическое лечение в домашних условиях. Средняя продолжительность жизни таких больных колеблется от нескольких месяцев до 1,5-2 лет, при этом последние месяцы жизни больного, как правило, сопровождаются тяжелыми болями, связанными с прогрессированием основного заболевания и нарастающей кахексией [86]. Несомненно, многие из этих больных нуждаются в госпитализации. Однако специализированные онкологические стационары не могут взять на себя заботу об этих пациентах, поскольку ввиду запущенности опухолевого процесса они не подлежат радикальному лечению. Такие люди нуждаются в паллиативной помощи.

На сегодняшний день в России умирает на дому свыше 90 % онкологических больных [86]. Согласно Приказу МЗ РФ № 590 от 1986 г., онкологи-

ческие больные получают помощь либо участкового терапевта в виде назначения наркотиков, либо в терапевтическом отделении по месту жительства. Отсутствие гарантий обезболивания, страх боли, превышающий страх смерти, социальная и экономическая незащищенность и беспомощность вызывают целую гамму реактивных состояний, что приводит порой к очень трагическому финалу – суициду среди больных и их родственников [86].

### 7.3. Организация медико-социальной помощи инкурабельным больным в России

Для проведения симптоматического лечения больных в терминальных стадиях, организации им квалифицированного ухода, социально-психологической помощи больным и их родственникам создаются благотворительные медицинские учреждения – *хосписы*. Хоспис осуществляет обслуживание населения прикрепленного района численностью до 400 тыс. чел. Согласно Приложению к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 08.09.1992 г. № 247 «О включении в номенклатуру учреждений здравоохранения хосписов», хосписы и отделения паллиативной помощи являются государственными медико-социальными учреждениями.

Основными задачами хосписа являются:

- формирование новой формы медицинского и социального обслуживания инкурабельных (неизлечимых) больных – благотворительной медицины;
- повышение доступности стационарной медицинской помощи больным терминальной стадии и улучшение им медицинской помощи на дому;
- проведение симптоматического лечения больных в терминальных стадиях, организация им квалифицированного ухода с применением психотерапевтических и традиционных методик;
- подбор и проведение необходимой обезболивающей терапии;
- оказание социально-психологической помощи больным и родственникам, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными.

Следует отметить, что сегодняшние принципы работы хосписов, создававшихся для облегчения страданий в основном раковых больных на поздних стадиях развития болезни, берут свое начало еще в раннехристианской эре. Зародившись вначале в Восточном Средиземноморье, идея хосписов достигла Латинского мира во второй половине четвертого века нашей эры, когда Фабиола, римская матрона и ученица святого Jerome, открыла хоспис для паломников и больных. Обычно первые хосписы располагались вдоль дорог, по которым проходили основные маршруты христианских паломников. Они были своего рода домами призрения для истощенных или больных людей.

Первое употребление слова хоспис в применении к уходу за умирающими появилось лишь в XIX веке. В 1842 г. Жане Гарнье (Jeanne Garnier), молодая женщина, потерявшая мужа и детей, открыла первый из приютов для умирающих в Лионе. Он назывался хоспис, а также «Голгофа». Тридцать лет спустя, в 1879 г. ирландские Сестры Милосердия независимо от хосписов Жане Гарнье основали хоспис Богоматери для умирающих в Дублине. Орден Матери Марии Айкенхэд был основан значительно раньше, еще в начале века, этот орден всегда заботился о бедных, больных и умирающих, но хоспис Богоматери был первым местом, созданным специально для ухода за умирающими. К тому времени, когда орден открыл еще один хоспис, хоспис Святого Иосифа в лондонском Ист-Энде в 1905 г., в городе уже действовали по меньшей мере три протестантских хосписа, которые назывались «Дом отдохновения» (1885), «гостиница Божия», позднее «хоспис Святой Троицы» (1891) и «дом святого Луки для бедных умирающих» (1893). Последний, основанный Говардом Барретом и Методисткой миссией в Восточном Лондоне, публиковал подробные и живые Годичные отчеты. Доктор Баррет размещал там захватывающие истории об отдельных пациентах, их личности. Он писал очень мало о симптоматическом лечении, но живо описывал характер своих пациентов, их мужество перед лицом смерти. Он глубоко сочувствовал семьям умерших, оставшимся дома в такой нищете, которой не могла помочь ни одна социальная организация. Именно в этот хоспис в 1948 г. пришла Сисилия Сандерс, основательница современного хосписного движения.

Первый современный хоспис – хоспис святого Христофора – создан в 1967 г. усилиями Сисилии Сандерс. С начала 1980-х гг. идеи хосписного движения начинают распространяться по всему миру.

В России первый хоспис появился в 1990 г. в Санкт-Петербурге по инициативе Виктора Зорза – английского журналиста и активного участника хосписного движения. Через некоторое время в Москве создается Российско-Британская Ассоциация хосписов для оказания профессиональной поддержки российским хосписам. В 1992 г. в Москве организуется небольшая группа добровольцев и медицинских работников, помогающая неизлечимо больным на дому. В 1997 г. при финансовой и административной поддержке правительства Москвы в центре города, на улице Доватора, открывается новое здание для Первого Московского хосписа. Всего в России сейчас функционирует 45 хосписов, еще около 20 находится в стадии формирования [86].

Хосписы представляют собой стационары, предусматривающие помещение больных на 2-3 недели для оказания того или иного вида симптоматического лечения, в том числе обезболивания, когда это невозможно осуществить в домашних условиях или в дневном стационаре. Причиной госпитализации пациентов в стационары хосписов в 30 % случаев являются социальные или социально-медицинские показания. Поэтому медицинский

аспект помощи инкурабельным больным неразрывно связан с деятельностью социального работника в хосписе.

**Содержание профессиональной деятельности социального работника в хосписе.** Возможные направления профессиональной деятельности социального работника в хосписе делятся на четыре блока:

- 1) работа с клиентом (семьей);
- 2) работа с персоналом;
- 3) информационная работа;
- 4) развитие хосписного движения.

*Работа социального работника с клиентом (семьей):*

1. Работа по выявлению контингента больных и определение критериев отбора в хоспис.
2. Сбор первичной информации о клиенте, первое посещение клиента и определение объема необходимой помощи согласно запросам клиента (семьи).
3. Посещение клиентов (семьи) по месту проживания для оказания услуг согласно имеющимся потребностям (закупка продуктов, чтение книг, кормление, уход, беседа и пр.).
4. Проведение оценки состояния клиента и семьи, которая включает в себя относящиеся к делу социальные, духовные, финансовые, психологические, юридические, средовые и бытовые ресурсы и потребности больного и его близких. Проведение оценки безопасности и комфортабельности жизнедеятельности клиента.
5. Составление и реализация плана ухода как части командного плана ухода.
6. Участие в координации действий по обслуживанию семьи клиента.
7. Помощь в социальной, психологической адаптации, реабилитации клиента (семьи).
8. Консультирование клиента (семьи) об имеющихся ресурсах помощи для удовлетворения общественных, финансовых, транспортных, юридических, психологических, духовных потребностей.
9. Разработка программы поддержки членов семей, родственников, друзей на всех этапах умирания близкого человека (например, создание групп самопомощи и взаимопомощи).
10. Содействие в оформлении документов (оформление инвалидности, советы по оптимизации принятия решений, связанных с последней волей, завершением планирования последних дней, участие в организации похорон).
11. Координация перемещения клиента, привлечение к работе членов семьи и ближайшего окружения.
12. Установление и поддержка связи с трудовыми коллективами, где раньше работал клиент.

13. Обеспечение конфиденциальности всех обстоятельств болезни и жизни клиента, а также его семьи.
14. Сотрудничество со службой социальной защиты, связь со специалистами здравоохранения и других государственных и общественных организаций города для удовлетворения потребностей клиента.

*Работа с персоналом:*

1. Участие в подготовке и социальной поддержке добровольцев, составление обучающих программ, отбор и обучение персонала хосписа.
2. Осуществление работы с персоналом хосписа (разрешение конфликтных ситуаций, снятие психоэмоциональной нагрузки, психологическая поддержка и т.д.).
3. Содействие в профессиональной подготовке и переподготовке, повышение квалификации специалистов хосписа, отбор и обучение волонтеров.
4. Планирование и организация проведения занятий (индивидуальных и групповых) с персоналом хосписа, волонтерами по вопросам социальной, психологической помощи клиентам и их семьям.
5. Правовое информирование и консультирование.

*Информационная работа:*

- изыскание возможностей для продвижения идей и услуг хосписа;
- участие в презентациях для хосписной команды и использование возможностей для публичных выступлений;
- налаживание общественных связей;
- сотрудничество с религиозными конфессиями, содействие развитию духовной помощи клиентам (семьям) в хоспесе;
- привлечение внимания к проблемам хосписа, инкурабельных больных, членов их семей благотворительных фондов, общественных организаций, спонсоров.

*Развитие хосписного движения:*

- разработка социальных проектов и программ развития хосписного движения;
- участие в конференциях;
- разработка и внедрение в практику новых методов социальной помощи и поддержки клиентов (семей);
- разработка и проведение мероприятий по координации и преемственности в работе с лечебно-профилактическими учреждениями по вопросам социальной помощи инкурабельным больным и их семьям;
- формирование и постоянное пополнение электронного банка данных обо всех действующих законах, инструкциях и т.д., касающихся интересов инкурабельных больных и их семей;
- изучение отечественной и зарубежной литературы, научных публикаций по вопросам организации социальной работы в хоспесе, соци-

альной помощи инкурабельным больным и их семьям, подготовка аналитических обзоров и т.д.;

- разработка памяток и брошюр ухода, помощи и поддержки инкурабельных больных для родственников, волонтеров.

Следует отметить, что универсальность организации социально-медицинской помощи инкурабельным больным в хосписе является наиболее эффективной формой, которая позволяет наиболее полно удовлетворять их социальные, психологические и медицинские нужды.

Важными характеристиками социального работника являются гуманистическое, позитивное отношение, высокая положительная самооценка, легкость выражения эмоций, эмоциональная открытость и теплота, эмоциональная устойчивость, отсутствие тревожности как личностной черты, толерантность к фрустрации, неагрессивное поведение в конфликтных ситуациях, высокая степень личностной социальной ответственности.

#### 7.4. Профилактика онкологических заболеваний

*Первичная профилактика рака* – это система социально-гигиенических мероприятий и усилий самого населения, направленных на предупреждение возникновения злокачественных опухолей и предшествующих им предопухоловых состояний путем устранения, ослабления или нейтрализации воздействия факторов окружающей среды и образа жизни, а также путем повышения неспецифической резистентности организма.

К настоящему моменту опубликованы сотни исследований, позволившие сформулировать важные профилактические рекомендации. Некоторые из этих рекомендаций каждый человек может и должен выполнять самостоятельно. Роль социальных и медицинских работников – предупредить население о существующей опасности и мерах индивидуальной профилактики. Другие мероприятия носят общественный характер и не могут быть осуществлены одним человеком, например, очистка водопроводной питьевой воды. Система мероприятий должна охватывать всю жизнь человека, начиная с антенатального периода.

1. Онкогигиеническая профилактика – выявление и устранение возможности действия на человека канцерогенных факторов окружающей среды, включая воздух, воду и пищевые продукты:

- сбалансированное питание, употребление пищевых волокон, рациональная кулинарная обработка пищевых продуктов, снижение содержания жиров в рационе и увеличение продуктов растительного происхождения;
- борьба с курением, в первую очередь среди подростков и беременных женщин;

- ограничение поступления радона в жилые помещения (отказ от использования бытового газа в квартирах, тщательная проверка строительного материала);
  - ограничение применения труда женщин детородного возраста на работах с вредными условиями труда;
  - комплекс мероприятий по профилактике психического стресса и его последствий;
  - строгий контроль за качеством питьевой воды (низкая минерализация питьевой воды, отсутствие в воде селена являются факторами риска развития злокачественных опухолей);
  - приостановление широкого и повсеместного использования в коллективах ультрафиолетового облучения;
  - совершенствование технологий и средств индивидуальной защиты на онкоопасных производствах с целью снижения профессионального рака;
  - усовершенствование двигателей внутреннего сгорания, рационализация сжигания топлива в отопительных системах, усовершенствование технологии коксохимического, нефтеперерабатывающего и металлургических производств с целью уменьшения выбросов онкогенных веществ в окружающую среду;
  - ограничение использования полимерных материалов для отделки жилых и общественных помещений, т.к. в состав продуктов их деструкции входят и канцерогенные вещества.
2. Биохимическая профилактика рака включает применение препаратов, обладающих антиоксидантными свойствами (витамины Е, С, А, продукты, их содержащие).
3. Медико-генетическая профилактика предполагает выявление семей с наследственными опухолевыми и предопухолевыми заболеваниями и организацию мероприятий по снижению опасности возможного действия на них канцерогенных факторов (организация трудоустройства, рекомендации по сбалансированному питанию, отказ от вредных привычек, диспансерное наблюдение и др.).
4. Иммунобиологическая профилактика включает выявление отдельных лиц и формирование контингентов с иммунологической недостаточностью для проведения мероприятий по ее коррекции и защите от возможных канцерогенных воздействий. В эту группу, прежде всего, должны войти длительно и часто болеющие дети.
5. Эндокринно-возрастная профилактика предполагает выявление дисгормональных состояний, а также возрастных нарушений гомеостаза, способствующих возникновению и развитию опухолей, и их коррекцию (заболевания щитовидной, половых желез, климактерический период и др.).

6. Информационная профилактика: проведение бесед, обеспечение населения научно-популярной литературой, брошюрами по профилактике раковых заболеваний, плакатами и фотовитринами, в которых показаны характерные черты рака и предраковых заболеваний.

К мероприятиям профилактической направленности следует отнести формирование групп повышенного риска и более пристальное наблюдение за пациентами этой группы с проведением комплекса корригирующих мероприятий.

В группу повышенного риска должны быть включены взрослые и дети, отвечающие одному из следующих критериев:

- а) выявлены предопухолевые заболевания;
- б) высокий генеалогический риск (наследственная предрасположенность);
- в) проживает на загрязненной радионуклидами территории;
- г) работает в контакте с производственными канцерогенными факторами;
- д) злоупотребляет курением;
- е) получает длительную иммунодепрессивную или гормональную терапию.

**Вторичная профилактика рака** – система мероприятий, направленных на раннее выявление предопухолевых и начальных стадий опухолевых заболеваний. В основном эта профилактика – забота общества, т.к. ведущая роль в плане выявления заболеваний и диспансерного наблюдения за больными по-прежнему принадлежит амбулаторно-поликлиническим учреждениям, санитарно-просветительной работе, ознакомлению населения с начальными признаками заболевания. Однако велика и роль каждого человека: внимание к своему здоровью, регулярное профилактическое медицинское обследование. Вторичная профилактика включает:

1. Проведение профилактических осмотров населения с применением цитологических, эндоскопических методов обследования и крупнокадровой флюорографии.

2. Обязательное проведение всестороннего онкологического обследования для выявления предопухолевых и опухолевых заболеваний у больных, находящихся на лечении в стационарах и лечебно-профилактических учреждениях.

3. Проведение первичного цитологического скрининга среди лиц, работающих на онкоопасных производствах.

К мероприятиям *профилактической направленности* социального плана следует отнести:

1. Участие в разработке и реализации комплексных целевых профилактических программ.
2. Проведение социально-гигиенического мониторинга.
3. Определение факторов риска.

Медико-социальная работа *патогенетической направленности* с онкологическими больными включает в себя следующие направления:

1. Проведение медицинской реабилитации (лечение болезни всеми возможными и доступными современными способами и средствами): содействие в обеспечении специфического, долгосрочного лечения, санаторно-курортного лечения.
2. Содействие в проведении медико-социальной экспертизы и участие в разработке индивидуальной программы реабилитации.
3. Определение потребности больного в различных видах социальной защиты, социально-правовое консультирование, содействие в получении пособий и выплат; оказание социальной помощи и социальных услуг.
4. Оказание помощи в трудоустройстве и профессиональной переориентации.
5. Организация психологической поддержки клиента членами его семьи и ближайшим окружением, психокоррекция и психотерапия для клиента и членов его семьи.
6. Помещение клиента в стационарные учреждения социального обслуживания (дом инвалидов, хоспис).
7. Проведение социологических исследований по проблемам медицинской и социальной помощи онкологическим больным.

В заключение необходимо сказать, что проблема рака сложна, но разрешима. Активно ведется поиск новых, более совершенных методов диагностики, лечения и профилактики этого грозного заболевания. Однако уже сейчас имеются реальные возможности не только своевременно диагностировать, но и радикально лечить большинство форм злокачественных опухолей. Основой современной онкологии остается профилактика рака.

### **Контрольные вопросы**

1. В чем заключается сущность опухолевого процесса?
2. Перечислите известные в настоящее время факторы риска развития онкологических заболеваний.
3. Расскажите о медико-социальной работе профилактической направленности.
4. Расскажите о медико-социальной работе патогенетической направленности.
5. Что вы знаете о хосписах?
6. Расскажите об оказании помощи инкурабельным больным в России.
7. Расскажите о профилактике онкологических заболеваний.

## **ГЛАВА 8.**

### **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

#### **8.1. Значимость социальной работы с пожилыми людьми**

В настоящее время происходит переход от общества с высокой рождаемостью и высокой смертностью к обществу с низкой рождаемостью и увеличивающейся продолжительностью жизни. Увеличение продолжительности жизни населения способствует тому, что важной демографической чертой современного мира становится прогрессирующее старение населения и увеличение числа пожилых людей. По данным Всероссийской переписи населения 2002 г., доля людей старше 60 лет составляет 20,3 %, а к 2035 г. ожидается, что каждый четвертый человек будет в возрасте старше 65 лет.

Интересной особенностью сегодняшнего дня является постоянное увеличение доли долгожителей, доживающих до 90-100 лет и более. Количество долгожителей в возрасте от 85 лет и старше в ряде стран, по переписям населения последних лет, варьирует от 12 до 68, а в возрасте 100 лет и более – от 0,5 до 1,1 на 10 000 человек населения. Предполагается, что в 2018 г. средний возраст в момент смерти будет 85,6 года. Казалось бы, мечта человечества сбывается, «человек всегда жаждал жить века, а его фантазия в этом направлении была безудержной» (Давыдовский И.В.), если бы не отрицательные стороны старческого периода жизни.

Совершенно естественно и закономерно, что увеличение абсолютного и относительного числа лиц старшего возраста и долгожителей ведет к растущей вероятности появления у них множественной патологии. По мнению Д.Ф. Чеботарева, патологию больных старых людей можно сравнить с айсбергом, у которого 1/4 объема скрыто под водой. Жалобы старых людей направляют внимание врача на вершину этого айсберга, между тем для правильного лечения и ухода необходимо знать всю патологию, т.е. «увидеть весь айсберг».

Для социальной же сферы главным является тот факт, что среди старых людей обнаруживается тенденция к медленно нарастающим болезненным патологическим процессам, принимающим хроническое течение и трудно поддающимся лечению. Если принять во внимание, что с 40-45 лет уже происходит «накопление» болезней, то понятно, почему так много среди

очень старых людей лиц, не способных даже к самому элементарному самообслуживанию.

Интересно, что старые люди с нарушениями повседневных функций составляют приблизительно 60 % всех тех, кто сообщает о наличии у них каких-либо заболеваний; лишь половина из них в состоянии выделить какое-то основное заболевание. По данным польских геронтологов, только 24 % лиц старше 60 лет, живущих в комфортных условиях, можно считать практически здоровыми; среди живущих в неудовлетворительных условиях таких старых людей всего 9 %; 10 % лиц старше 60 лет не могут самостоятельно выходить из дома и нуждаются в постоянной семейной, социальной или медицинской помощи [98].

Удручающими оказались и результаты клинико-эпидемиологических исследований психического здоровья населения пожилого и старческого возраста. С увеличением продолжительности жизни неуклонно растет число психически больных старых людей, преимущественно с деменциями. Согласно демографическим предсказаниям, число дементных старых людей увеличилось в начале XXI в. на 50 %. Некоторые геронтопсихиатры высказывают мнение, что распространение деменций и других интеллектуально-мнестических нарушений у старых людей в последние годы приобретает характер эпидемии («молчаливая эпидемия»), а сенильная деменция в ближайшем будущем станет «болезнью века».

С увеличением продолжительности жизни возрастает и период беспомощного существования старых людей с различными хроническими и психическими заболеваниями. Прогрессирование последствий хронических патологических процессов не всегда можно остановить с помощью новейших фармакологических средств.

Преобладающее большинство старых людей нуждается в самом широком спектре услуг и помощи, оказываемой им посторонними людьми, будь то члены семьи, соседи, медицинские, социальные или благотворительные организации. Применительно к России в основной своей массе семьи неспособны взять на себя все заботы о старых и беспомощных родственниках. Вся тяжесть по уходу за старыми людьми ляжет в первую очередь на плечи государственных социальных служб, а также на органы здравоохранения.

В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения к пожилому возрасту относится население в возрасте от 60 до 74 лет, от 75 до 89 лет – к старому, а 90 лет и старше – к долгожителям.

## **8.2. Особенности состояния здоровья у лиц пожилого возраста**

Важными особенностями, характерными для пожилого возраста, являются снижение общего содержания воды в организме в среднем на 20 %, приводящее к клеточной дегидратации, уменьшение мышечной массы и ее

перерождение в жировую ткань [37]. К 70 годам основной обмен составляет 60 % от нормы, что означает замедление метаболизма и выведения токсических продуктов.

Отмечается снижение плотности нейронов серого вещества мозга, замедление мозгового кровотока, а следовательно, и обеспечения мозга кислородом, замедляется обмен веществ, затрудняется выработка медиаторов мозговой тканию.

Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечаются повышение артериального давления, снижение сердечного выброса (у 75-летних пациентов на 40 % по сравнению с показателями у 30-летних), за счет атеросклеротического процесса уменьшается кровоснабжение всех органов и тканей организма. Развиваются такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца и ее осложнения, гипертоническая болезнь, атеросклероз мозговых артерий с возможным возникновением инсультов.

Со стороны дыхательной системы отмечается снижение эластичности бронхиального дерева, повышение ригидности грудной клетки, что сопровождается уменьшением жизненной емкости легких и ухудшением насыщения крови кислородом. Наблюдаемые заболевания – хронические обструктивные болезни легких, эмфизема и пневмосклероз.

В почках уменьшаются кровоток, клубочковая фильтрация и концентрационная способность. Происходит постепенное угасание функции почек – на 1 % в год после 30 лет. Это ведет к затруднению выведения лекарств и естественных метаболитов из организма. Часто наблюдается у мужчин гипертрофия и опухоль предстательной железы.

Со стороны эндокринной системы – развиваются остеопороз, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы. Отмечается снижение температуры тела.

У пожилых людей после 60-70 лет начинается инволюция слюнных желез, слизистой оболочки полости рта, что приводит к уменьшению слюноотделения, возникновению сухости в полости рта и к снижению защитных свойств слизистой оболочки. Она становится легко ранимой, нарушается процесс заживления ран. При незначительном повреждении слизистой оболочки протезами нередко образуются болезненные, долго не заживающие раны. У 80% людей старшего возраста развивается пародонтит, ведущий к потере зубов. Возникают проблемы протезирования [75].

Следует отметить, что в пожилом возрасте люди чаще и тяжелее болеют. Более высокая заболеваемость и смертность от инфекций у пожилых по сравнению с молодыми (табл. 3) обусловлены целым рядом факторов, среди которых наибольшее значение имеют следующие:

– нарушения иммунитета, связанные с возрастом и сопутствующей патологией;

– более частые госпитализации пожилых с высоким риском развития нозокомиальных (развивающихся через 48 часов после госпитализации) инфекций;

– нарушения фармакокинетики медикаментов, в том числе и антибиотиков;

– повышенный риск медикаментозных осложнений;

– запоздавшая диагностика инфекций и несвоевременное начало адекватной терапии.

**Таблица 3**

**Основные гериатрические инфекции и смертность от них [20]**

<b>Инфекции</b>	<b>Относительная смертность по сравнению с молодыми (разы)</b>
Пневмонии	3
Инфекции мочевыводящих путей	5-10
Инфекционный эндокардит	2-3
Бактериальный менингит	3
Туберкулез	10
Сепсис	3
Холецистит	2-8
Аппендицит	15-20

Предрасполагающими факторами являются угнетение противoinфекционной защиты организма вследствие инволюционного иммунодефицита, различных хронических заболеваний, алиментарной недостаточности, лекарственной терапии, часто назначаемой данной категории пациентов. Некоторые из факторов риска являются органоспецифическими, обусловленными анатомо-физиологическими особенностями гериатрического контингента. Так, например, высокая частота инфекций мочевыводящих путей у пожилых отчасти обусловлена возрастными анатомическими изменениями мочевого тракта (гипертрофия предстательной железы, повышение остаточного объема мочи в мочевом пузыре) [20].

**8.3. Старение и инфекционные болезни**

Диагностика инфекционных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста представляет определенные трудности. Такие признаки, как спутанность сознания, возбуждение, сонливость, анорексия, необъяснимые падения, нарушения двигательной активности, общемозговая симптоматика, недержание мочи, могут быть единственным проявлением инфекции в начале заболевания. Кроме того, при бактериемии могут отсутствовать повышение температуры тела и наблюдаться гипотония, одышка, спутанность сознания.

Следует считать, что любое нарушение функционального состояния у пожилых может быть проявлением острого инфекционного заболевания. У 20-30 % стариков с тяжелыми бактериальными или вирусными инфекциями лихорадочная реакция не выражена или вообще отсутствует. Такие заболевания, как бактериемия, эндокардит, пневмония, менингит, могут протекать у лиц пожилого и старческого возраста с более низкой температурой тела по сравнению с молодыми. Острые хирургические заболевания (острый холецистит, перфорации, аппендицит) у больных в возрасте старше 80 лет часто протекают с температурой тела ниже 37,5 °С.

Таким образом, хотя лихорадка и является кардинальным признаком инфекции, ее отсутствие у пожилых не является редкостью. Ориентировка на лихорадку как на обязательное проявление инфекций у данного возрастного контингента больных приводит к запоздалой диагностике и несвоевременному назначению антибактериальной терапии.

Одним из частых проявлений инфекции у лиц пожилого и старческого возраста являются состояния внезапно наступающей спутанности сознания. По некоторым данным, она среди больных старше 60 лет, находящихся в соматических стационарах, встречается в 41 % случаев [20]. Клиническая картина спутанности включает следующие остро развившиеся признаки:

- нарушение сознания в виде оглушенности различной степени;
- расстройство внимания;
- потеря ориентации в месте и времени;
- нарушения памяти;
- расстройство понимания происходящего с больным и вокруг него;
- нарушения ночного сна и выраженная сонливость днем;
- эмоциональные, галлюцинаторные и бредовые расстройства.

Факторами, способствующими развитию спутанности у стариков, наряду с инфекцией являются декомпенсация хронических заболеваний, прием различных медикаментов, гипоксия, ухудшение зрения и слуха, госпитализация, хирургические вмешательства. Наиболее часто она у больных пожилого возраста возникает при наличии инфекции и сердечной недостаточности. Появление спутанности у пожилого человека является нарастающим симптомом, требующим немедленного обращения к врачу.

Одним из проявлений инфекций у лиц пожилого и старческого возраста может быть ухудшение их *соматического состояния*, связанного с декомпенсацией нередко имеющихся различных хронических заболеваний. Так, у больных *сердечной недостаточностью* на фоне ишемической болезни сердца обычно наблюдаются усиление признаков недостаточности, снижение толерантности к физической нагрузке, появившаяся устойчивость к лечению, увеличение потребности в мочегонных препаратах, различные нарушения ритма. Если исключены такие причины, как инфаркт миокарда, инфекционный эндокардит, тромбоз легочной артерии, то всякое

необъяснимое утяжеление сердечной недостаточности или появление аритмий у пожилых требует исключения инфекции (пневмония, внутрибрюшная инфекция, сепсис и др.).

*Хроническая обструктивная болезнь легких.* Чаще всего обострение заболевания связано с бронхолегочной инфекцией (бронхит, пневмония) или инфекцией другой локализации. Основным клиническим проявлением является усиление имеющейся дыхательной недостаточности наряду с усилением кашля, ухудшением отделения мокроты, лихорадки.

*Сахарный диабет* сам по себе является одним из факторов риска развития различных инфекций у лиц пожилого и старческого возраста. Декомпенсация сахарного диабета и появление признаков кетоацидоза может быть одним из первых проявлений инфекции у данного возрастного контингента. Чаще всего декомпенсация сахарного диабета развивается на фоне обострения инфекции мочевыводящих путей, а также нагноительных заболеваний брюшной полости.

#### 8.4. Психические болезни позднего возраста

Различают психические заболевания, возникающие в предстарческом (пресенильном, инволюционном) и собственно старческом (сенильном) возрасте. В психиатрии к инволюционному относят возраст 45-60 лет, к старческому – свыше 60 лет.

К пресенильным деменциям относятся болезни Пика, Альцгеймера, Паркинсона и хорея Гентингтона, возникающие в возрасте от 40 до 60 лет, но имеющие определенную связь со старением центральной нервной системы и головного мозга в особенности. Старческие (сенильные) деменции возникают в более поздний возрастной период (от 65 лет и старше).

По данным разных авторов, в США старческим слабоумием страдают от 5 до 15 % жителей старше 65 лет. Согласно популяционным исследованиям деменция встречается у 5-20 % лиц старше 60 лет [53]. Имеются сообщения о нарастании частоты старческого слабоумия, его удельного веса среди всех психических больных за последние десятилетия [72].

#### Пресенильные деменции

**Болезнь Альцгеймера.** Представляет собой заболевание, в основе которого лежит атрофический процесс в головном мозге, завершающийся тотальным слабоумием. Поражаются теменно-височные отделы полушарий головного мозга, чаще слева. Болезнь описана как самостоятельное заболевание в 1907 г. А. Alzheimer.

Заболевание обычно начинается в возрасте 50-55 лет. Чаще (в 8-15 раз) встречается у женщин, чем у мужчин. В течение болезни выделяют три стадии: начальную, фазу фокальных расстройств и терминальную.

В начальной стадии у больных наблюдаются головная боль, головокружение. Проявления органического поражения психики выявляются медленно и нерезко в виде утраты творческих комбинаторных возможностей интеллекта, ослабления сообразительности, незначительного падения обобщающего уровня суждений и нарастающего ослабления памяти.

По особенностям клинической картины начальной стадии болезни и продолжительности всего заболевания выделяют два клинических варианта. В одних случаях в дебюте болезни на фоне снижения интеллекта появляется бред ущерба и ревности, который возникает в возрасте 45-47 лет. В этом случае начальный этап длится до 10 лет, а все заболевание затягивается до 20 лет и проявляется в виде развернутого слабоумия.

В других случаях болезнь начинается на десятилетие позже, продолжается в целом 8-9 лет с быстрым развитием специфической деменции и быстрым появлением корковых расстройств.

Основное место в картине слабоумия при болезни Альцгеймера занимают расстройства памяти. Дебютная забывчивость больных в сочетании со слабостью активного внимания и невозможностью стойкого зрительного сосредоточения на окружающей обстановке особенно сказывается на пространственной памяти, нарушает ориентировку в месте. В результате больные, еще относительно сохранные по личности и интеллекту, оказываются беспомощными в родном городе, легко теряют дорогу домой, блуждают, не могут найти нужного им места. Однако на данном этапе болезни еще не наступает катастрофического распада психики, они даже обнаруживают чувство своей психической несостоятельности, в беседе пытаются «уйти» от непосильных вопросов, реагируют смущением. В целом такие люди эмоционально раздражительны, гневливы, порой даже злобны.

На стадии фокальных расстройств больные не могут составить целое из частей, в тестовых условиях построить геометрические фигуры; у них нарушается порядок слов при письме (параграфия), становится заметной неспособность выполнять сложные автоматизированные действия на работе и в быту (осуществлять хорошо знакомую им сборку узла из нескольких деталей, стирать, готовить пищу и т.п.).

На далеко зашедших стадиях заболевания, когда больные не могут сами зажечь спичку, одеться и т.п., нарушаются системные двигательные рефлексы: походка становится медленной, неуверенной, куклоподобной, больные не могут подниматься по ступеням, садиться, наконец, ходить.

Чрезвычайно многообразны при болезни Альцгеймера речевые расстройства: от первоначальной забывчивости на имена, названия и даты до затруднения, задержки на первых буквах и слогах и многократного повторения слогов, коротких слов или просто звуков. На этой стадии болезни наблюдаются судорожные спазмы в структурах речедвигательного анализатора, могут возникать развернутые судорожные припадки. Страдает восприятие пространственных отношений, больные не узнают окружающей

знакомой обстановки, простых привычных предметов и оказываются совершенно беспомощными.

На заключительной, терминальной стадии болезни на фоне глубокого слабоумия все эти расстройства достигают предельной выраженности: больные не способны ни встать, ни садиться, ни ходить, в состоянии беспомощности при общем повышении мышечного тонуса все время находятся в вынужденной позе эмбриона. Появляются рефлексы орального автоматизма и хватательные рефлексы: больные все тянут в рот, раскрывают рот при приближении предмета и пытаются хватать его зубами и т.п. Не способны говорить, больные издают нечленораздельные звуки, появляются насильственный смех, крик, плач, они могут часами кричать. Наступает кахексия (истощение). Больные умирают в состоянии маразма.

**Болезнь Пика.** Заболевание возникает в пресенильном возрасте и характеризуется атрофическим поражением головного мозга (преимущественно лобных и лобно-височных отделов). Проявляется тотальным слабоумием и характерными расстройствами высших корковых функций.

Болезнь описана А. Pick в 1892 г. Встречается в 4 раза реже, чем болезнь Альцгеймера.

Заболевание обычно начинается в возрасте 55 лет, но может начаться и раньше. Возникает в 2 раза чаще у женщин. Уже в самом начале болезни наблюдаются легкие расстройства памяти, интеллекта, появляется несвойственная ранее больным забывчивость: они забывают названия профессионального характера, необходимые им по работе, не могут вспомнить, куда положили тот или иной нужный предмет; возникают затруднения в понимании сложных рабочих процессов и жизненных ситуаций, становятся рассеянными, безответственно оставляют рабочее место, куда-то уходят, утрачивают чувство такта и дисциплины и т.п. В последующем эти расстройства памяти и мышления все более нарастают. Кроме того, в начальный период заболевания больные жалуются на слабость, головную боль и бессонницу. Редко возникают идеи преследования, ущерб и ревности.

Довольно быстро и четко появляется главное проявление болезни – нарастающее глобальное слабоумие. В наибольшей степени и в первую очередь у больных страдают абстрактные, высшие интегрирующие функции мышления, все более грубо снижается обобщающий уровень суждений, нивелируются творческие возможности интеллекта. Больные не только не ориентируются в сложных ситуациях, но не понимают простых вопросов, не знают, что от них требуется в обычной житейской ситуации, быстро теряют критический взгляд на мир, совершают нелепые поступки. Одновременно нарастают и становятся резко выраженными расстройства памяти: больные забывают имена своих знакомых, затем родных и близких, не могут запомнить текущие факты и в равной степени теряют память на события недавнего и отдаленного прошлого. На этапе развитой деменции больные не способны выполнять и простые автоматизированные бытовые дей-

ствия, например, приготовить обед, так как забывают последовательность необходимых действий и выглядят бездеятельными и беспомощными. Распад речи проявляется в форме прогрессирующего обеднения словарного запаса и снижения ее смысловой функции. На самые различные вопросы больной отвечает одним и тем же ограниченным набором слов, речевыми штампами.

Возникновение и развитие слабоумия при болезни Пика происходит на фоне беззаботно-эйфорического благодушного настроения: больные в состоянии слабоумия, утратившие критику, при соответствующих вопросах выражают удовлетворение, заявляют, что довольны и питанием, и уходом за ними, не тяготятся больничной обстановкой. Бредовых идей величия при этой патологии не бывает.

В заключительной стадии болезни (чаще длящейся 4-6 лет) возможны обездвиженность с падением общего мышечного тонуса. Судорожных припадков, оральных и хватательных автоматизмов, свойственных терминальным состояниям болезни Альцгеймера, при болезни Пика не наблюдается.

**Хорея Гентингтона.** Это атрофическое заболевание головного мозга возникает в возрасте 30-45 лет и проявляется генерализованными гиперкинезами и разнообразными психическими расстройствами, в основном по типу пресенильной деменции. Описано в 1872 г. G. Huntington. Связано с возникновением атрофических процессов в подкорковых структурах головного мозга.

Больные в начальный период заболевания легко возбудимы, злобны. Возникают идеи преследования и ревности, галлюцинации. Слабоумию при хорее Гентингтона присущи медленное развитие с возможностью длительных приостановок и нетотальных форм деменции. В связи с этим больные могут работать при простых, привычных обязанностях. Сохраняется возможность к самообслуживанию в бытовой домашней обстановке. В то же время обнаруживается выраженная мыслительная несостоятельность при необходимости освоения новых знаний, приобретения новых навыков, осмысления умственных задач и сложных ситуаций, требующих участия обобщающих форм мышления, абстрактных понятий, достаточного интеллектуального уровня. Появляются генерализованные гиперкинезы с медленным темпом подергиваний с небольшой амплитудой и относительно продолжительными интервалами. Нарушения речи чаще всего обусловлены гиперкинезами речевой мускулатуры, хотя возможно и усиливающееся оскудение речи.

По мере прогрессирования болезни наблюдается все большая интеллектуальная несостоятельность больных: они плохо понимают уже простые задачи, не могут оценить несложные ситуации, запоминание текущих событий резко нарушается, утрачивается память на прошлые этапы жизни.

Хорея Гентингтона обычно длится в течение 12-15 лет и завершается гибелью больных в состоянии тотального слабоумия, психического маразма.

**Болезнь Паркинсона.** Чаще заболевание начинается в возрасте 50-60 лет и имеет хроническое неблагоприятное течение. Для него характерны равномерное дрожание («тремор покоя»), бедность, замедленность движений, скованность на фоне повышенного мышечного тонуса, своеобразно измененная походка и характерные вегетативные нарушения. Психические расстройства выявляются у 30 % больных.

На начальной стадии болезни наблюдаются психопатоподобные состояния возбужденного, истериформного типа, а также глубокие депрессивные и депрессивно-ипохондрические состояния. На этапе развернутого заболевания чаще очевидны признаки умственного снижения с ослаблением памяти и интеллекта, а также свертывание психической активности с равномерным замедлением всех психических процессов на фоне апатии и безразличия. На далеко зашедших этапах болезни психические расстройства достигают степени выраженного слабоумия, весьма сходного со старческим.

### Старческие психозы

**Простое старческое слабоумие.** Возникает в основном в возрасте 65-78 лет на фоне признаков увядания организма. У женщин встречается в 2-3 раза чаще, чем у мужчин. Заболевание начинается постепенно с переходящего усиления характерологических свойств человека. Затем появляются совершенно новые, несвойственные больным ранее такие особенности, как скупость, подозрительность, чрезмерный эгоизм, черствость и бездушность по отношению к окружающим и даже близким, общее оскудение высших чувств и сужение круга интересов.

Дальнейшее усиление этих изменений на фоне снижения критики и угрюмости больных приводит к огрубению их личности, эгоцентризму и, сопровождаясь расторможенностью инстинктивных влечений, грубо меняет поведение больных, которые становятся прожорливыми и склонными к сексуальным эксцессам, часто в отношении детей. У больных наблюдается извращение формулы сна (сонливость днем и бессонница ночью) так, что по ночам они не спят, ходят по квартире, суетятся, переставляют мебель.

На этом фоне выявляется и неуклонно нарастает тотальное слабоумие, составляющее главное проявление болезни. Возникают расстройства памяти: из памяти больного выпадают события от более позднего времени к более раннему. Однако сохраняются и воспроизводятся правильные и четкие воспоминания юности, отрочества и детства. Они настолько яркие, что больные теряют ориентировку в ситуации, месте и времени, переселяются в свой прошлый жизненный этап. На заключительных стадиях старческого слабоумия больные перестают узнавать окружающих, путают

своих детей со своими сестрами и братьями, последних принимают за родителей, наконец, перестают узнавать себя, глядя в зеркало, свое отражение там называют «незнакомой старухой», своей «бабушкой» и т.п. (симптом зеркала).

Типичным симптомом являются также нелепые бредовые идеи обкрадывания и обнищания. Больные обвиняют окружающих, в том числе и своих близких, в воровстве, в хищении их вещей, денег и других ценностей; утверждают, что у них ничего нет, все разворовано и они остались на погибель без средств к существованию. Собирают всякий хлам на улице, дома, прячут в постели и по углам, увязав в узел, забывают, куда спрятали, не расставаясь с этим узлом, выходят с ним на прогулку. Фон настроения, мрачно-недовольный с раздражительностью в начале болезни, затем сменяется безразличием, вплоть до эмоционального отупения больных, движимых уже только инстинктивными влечениями.

Несмотря на глубокую деменцию, речь у больных сохраняется даже на заключительных стадиях болезни, когда больные не способны к элементарным суждениям и полностью утратили память, способность узнавать окружающих и сознавать себя; тогда же больные выглядят внешне более сохранными, так как психический маразм обгоняет маразм физический. Затем больные в связи с нарастанием физической слабости резко худеют, в основном лежат в позе эмбриона, становятся неопрятными.

### **8.5. Остеопороз: причины развития, формы, профилактика**

Остеопороз – чрезвычайно распространенное заболевание, особенно среди женщин, вступивших в период постменопаузы. Так, в Москве остеопороз был выявлен у 34 % женщин в возрасте 50 лет и старше, еще у 43 % была отмечена остеопения (предостеопороз). По данным анализа, проведенного в 12 крупных городах России, перелом проксимального отдела бедра, причиной которого является остеопороз, отмечается у 1-2 человек из 1000 жителей 50 лет и старше. Перелом предплечья наблюдается еще чаще – у каждой сотой женщины той же возрастной группы. Распространенность остеопоротических переломов позвонков в Москве у лиц 50 лет и старше составляет у женщин 12,7 %, у мужчин – 10,3 % [35].

Статистические данные свидетельствуют не только о росте заболеваемости, но и неуклонном увеличении числа остеопоротических переломов [63]. По прогнозам экспертов, к 2050 г. в мире частота переломов шейки бедра, связанных с остеопорозом, возрастет с 1,7 млн случаев в год до 6,3 [цит. по 38]. Самое серьезное осложнение остеопороза – перелом проксимального отдела бедра, который является причиной высоких показателей смертности и инвалидности. Так, показатели смертности в течение первого года после перелома составляют от 12 до 40 % [10]. Особенно высока смертность в течение первых 6 месяцев после перелома, которая на 5-20 %

выше по сравнению с лицами того же возраста без переломов, а в некоторых городах России летальность в 8 раз выше общегородских показателей смертности. У половины больных, выживших после перелома бедра, снижается качество жизни, треть больных утрачивает способность к самообслуживанию, нуждается в длительном постоянном уходе, теряет независимость. Цена лечения по поводу остеопороза в госпиталях Европы (13 стран) достигает свыше 3 млн евро ежегодно [10].

Остеопороз – прогрессирующее системное заболевание скелета, характеризующееся снижением массы кости и нарушением структуры костной ткани, приводящим его к увеличению хрупкости кости и риска переломов.

Выделяют две основные формы остеопороза: первичный и вторичный. В свою очередь первичный остеопороз условно подразделяется на постменопаузальный и сенильный [63]. Первичный остеопороз может развиваться у мужчин и женщин в любом возрасте, но чаще у женщин в период менопаузы и у мужчин в пожилом возрасте.

Вторичный остеопороз обычно является осложнением различных заболеваний (эндокринных, воспалительных, гематологических, гастроэнтерологических и др.) или лекарственной терапии (например, глюкокортикоидный остеопороз).

#### ***Факторы, предрасполагающие к развитию остеопороза [46]***

##### *Генетические или конституциональные:*

- принадлежность к европеоидной или монголоидной расам;
- семейная предрасположенность (нетравматические переломы у родственников первой степени родства);
- хрупкое телосложение;
- большая осевая длина шейки бедра.

##### *Образ жизни и питания:*

- низкое потребление кальция и витамина D;
- курение;
- алкоголизм;
- низкая физическая активность;
- длительная иммобилизация;
- длительное парентеральное питание;
- низкая масса тела;
- отсутствие беременности.

##### *Заболевания*

- нарушение менструального статуса (длительная вторичная аменорея, преждевременная менопауза – до 45 лет, позднее начало менструаций);
- эндокринные болезни (первичный гиперпаратиреоз, тиреотоксикоз, сахарный диабет, синдром Кушинга, болезнь Аддисона, первичный гипогонадизм, гиперпролактинемия);
- болезни крови (множественная миелома, лимфома, лейкоз, пернициозная анемия);

- воспалительные ревматические заболевания (ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, полимиозит/дерматомиозит, системная красная волчанка);
- заболевания желудочно-кишечного тракта (нарушение всасывания, вызванное желудочно-кишечными заболеваниями), болезнь Крона, хронические заболевания печени;
- хронические обструктивные заболевания легких;
- хронические неврологические заболевания;
- застойная сердечная недостаточность;
- хроническая почечная недостаточность;
- состояние после пересадки органов.

Клиническое значение остеопороза определяется в первую очередь риском переломов костей скелета. Наиболее частыми и характерными являются возникающие после минимальной травмы (нетравматические) переломы позвоночника, дистального отдела лучевой кости и проксимального отдела бедренной кости (перелом шейки бедра).

**Остеопороз позвоночника.** Остеопороз является «безмолвной болезнью» и развивается бессимптомно до тех пор, пока не появляются переломы. Частота переломов позвонков повышается вскоре после менопаузы и продолжает нарастать с возрастом.

В отличие от остеопоротических переломов других локализаций большинство переломов позвоночника происходит не при падении, а в результате компрессионной нагрузки, возникающей при подъеме груза, изменении положения тела и др., или выявляется случайно. Вместе с тем микропереломы могут происходить при обычной ежедневной активности.

Компрессия позвонка обычно развивается остро при подъеме тяжести, кашле, чиханье либо тряской езде. У пациента внезапно развивается острая боль в спине, имеющая опоясывающий характер и усиливающаяся при движении. Наиболее частая локализация боли – нижнегрудной и верхнепоясничный отделы позвоночника. Боль при компрессионном переломе позвонка обычно продолжается 2-4 недели и постепенно проходит. При микропереломах хрупкие тела позвонков оседают и деформируются под действием собственной тяжести постепенно. Характерна постоянная боль в спине, усиливающаяся при перемене положения тела (особенно из горизонтального положения в вертикальное, и наоборот), кашле, чиханье, натуживании.

Обычно первые деформации и переломы при остеопорозе развиваются в X-XII грудном и I, II поясничном позвонках. Это связано с тем, что на стыке грудного и поясничного отделов ход позвоночника имеет угол. Сила тяжести, направленная вертикально, в первую очередь именно в этом отделе способствует «сминанию» тел позвонков, часто приводя к клиновидным деформациям. Со временем, если костная ткань позвонков не укрепляется, а условия, способствующие деформации, сохраняются, переломы продолжают. При этом, как правило, добавляются переломы вышележа-

щих позвонков, однако шейный и верхнегрудной отделы позвоночника вовлекаются крайне редко.

При объективном исследовании у пациента с множественными переломами позвонков отмечается снижение роста. Обычно сравнение проводится с ростом в молодом и зрелом возрасте. С переломом каждого позвонка рост уменьшается на 1-3 см, и в целом пациент может потерять до 9-15 см. Как результат деформаций позвонков формируется выраженный грудной кифоз («вдовий горб»), который компенсируется поясничным лордозом. Наблюдается также укорочение торса, из-за чего пожилой человек с множественными переломами позвонков выглядит длинноруким. В случае выраженного остеопороза с компрессионными переломами, значительным кифозом и снижением роста расстояние между нижними ребрами и тазовыми костями существенно уменьшается, и ребра соприкасаются с тазовыми костями. Это может привести к болям в боковой области.

Рекомендации *по профилактике* остеопороза и остеопоретических переломов представлены в табл. 4.

*Таблица 4*

**Рекомендации по профилактике остеопороза и остеопоретических переломов [46]**

Основные направления профилактики	Рекомендации
Физическая активность	Гимнастика, изометрические упражнения, плавание
Питание	Потреблять пищу с высоким содержанием кальция и витамина D (молочные продукты) и относительно низким содержанием фосфатов, поваренной соли и клетчатки
Устранение факторов риска остеопороза	Избегать курения, избыточного приема алкоголя, кофеина, тяжелых физических нагрузок
Устранение факторов риска случайных потерь равновесия	Избегать приема снотворных, седативных препаратов и т.п.
Снижение риска переломов при потере равновесия	Защита тазобедренного сустава
Лекарственные препараты	Препараты кальция и витамин D (особенно в зимнее время года и у пожилых больных)

Примечательно, что прием только витамина D, без кальция, как и кальций без витамина D, не оказывает столь положительного влияния на костную ткань и риск переломов костей скелета, как их сочетанный прием. По-

ребление 800 МЕ витамина D и 1200 мг элементарного кальция в сутки рекомендуется всем лицам в возрасте старше 60 лет. К сожалению, в молоке (основной источник витамина D в пище) содержится недостаточное количество витамина D (только 100 МЕ на 250 мл). Поэтому следует настоятельно рекомендовать всем лицам этой возрастной группы дополнительный прием препаратов кальция и витамина D в дозе не менее 400-800 МЕ витамина D и 1000-1200 мг элементарного кальция в зависимости от особенностей питания.

*Снижение риска падений и переломов [35].* Переломы позвонков обычно развиваются тогда, когда хрупкий позвоночник испытывает чрезмерную для него нагрузку. Так как остеопоротические переломы позвонков возникают без предшествующей тяжелой травмы при повседневной жизнедеятельности, важно изменить ее так, чтобы уменьшить риск возможных переломов. Пациенты должны быть проинструктированы о том, что:

- следует избегать движений, связанных со сгибанием и одновременным поднятием тяжестей. Предметы лучше поднимать, приседая, или с коленей, стараясь держать спину прямо;
- ношение обуви с мягкой подошвой ослабляет повреждающее действие на позвоночник;
- использование трости обеспечивает равновесие, снижает возможность падений и болей в нижней части спины вследствие нагрузок;
- для избежания выраженного сгибания спины противопоказаны тяжелые физические нагрузки и ношение тяжести на спине. Пожилым людям и пациентам с остеопорозом не рекомендуется поднимать тяжелые грузы;
- обуваться необходимо, не сгибаясь в позвоночнике, а устанавливая ногу на подставку.

Важно научиться правильно стоять и сидеть, держа спину прямо.

При уже развившемся остеопорозе необходимо предупреждать падения и изменить повседневную активность так, чтобы до минимума свести риск переломов. Так, пациент должен знать, что ему нельзя ездить на задней площадке автобусов и троллейбусов, поскольку там наиболее высок риск осевого удара по позвоночнику при тряской езде. В машине пациенту с остеопорозом позвоночника следует быть пристегнутым ремнем безопасности, что в случае тряской езды предупредит удары, провоцирующие новые переломы.

Больному с остеопорозом необходимо посоветовать не выходить из дома в гололедицу или передвигаться только с помощью устойчивой трости. Подошва обуви должна быть нескользкой. С этой целью можно применять специальные покрытия, продающиеся в обувных магазинах.

*Рекомендации по предупреждению падений у пожилых людей*

- Нужно регулярно проверять остроту зрения и правильно подбирать очки.

- Нельзя злоупотреблять снотворными препаратами, которые нарушают координацию движений, усиливают головокружение, что увеличивает риск падений.
- Необходимо использовать дополнительные средства (трость, опорная коляска) для сохранения безопасности при ходьбе. Трость обеспечивает хорошую поддержку, способствуя равновесию при ходьбе.
- Рекомендуется устанавливать специальные перекладки в ванной для опоры, а также использовать резиновые нескользящие коврики в ванной и туалетной комнате.
- Необходимо подбирать удобную обувь с нескользящей подошвой.
- Важно создать хорошее освещение в квартире, использовать прикроватные светильники и ночники. Нельзя ходить по квартире в темноте.
- Необходимо освободить проходы от ненужных предметов, в том числе от электрических проводов, ковриков и др. Если края дорожек или ковров загибаются (за них можно запнуться), их надо прибить или приклеить.
- Не рекомендуется использовать стремянки или стулья, чтобы что-то достать – это опасно. Надо попросить окружающих помочь.
- Следует помнить, что несчастные случаи происходят чаще всего тогда, когда люди спешат.

*Физические упражнения у больного с остеопорозом.* Физическая активность имеет принципиальное значение как в профилактике остеопороза, так и в лечении уже развившегося заболевания. Если остеопороз развился, риск возможных переломов ограничивает проведение ряда динамических упражнений. В такой ситуации упражнения подбираются индивидуально в зависимости от состояния пациента, его функциональных возможностей и тяжести остеопороза. Общими принципами упражнений при остеопорозе являются:

1) исключение нагрузки на позвоночник, что уменьшает риск развития переломов позвонков;

2) ограничение упражнений со сгибанием и ротацией позвоночника;

3) упражнения должны быть направлены на растяжение мышц и укрепление группы мышц, разгибающих позвоночник;

4) упражнения выполняются осторожно, в медленном темпе без резких движений;

5) при выполнении упражнений пациенты должны стараться выпячивать грудную клетку, глубоко дышать, выпрямлять спину и избегать кифотической позы;

6) важна регулярность упражнений (оптимально – ежедневно), так как после прекращения упражнений их положительный эффект быстро теряется.

Физические упражнения должны применяться как на доклинической стадии (osteoporosis по денситометрии без переломов), так и на стадии пе-

реломов или деформаций. Упражнения должны способствовать укреплению мышц, сохранению минеральной плотности костной ткани, улучшению осанки и координации движений. Выбор конкретных упражнений зависит от состояния пациента, выраженности болевого синдрома и тяжести остеопороза. При осложненном остеопорозе начинают с более легких упражнений, выполняемых в положении лежа для избежания усиления болевого синдрома. Постепенно можно переходить на более сложные упражнения, выполняемые в положении сидя и стоя. Нагрузки должны быть нарастающими по интенсивности. Возрастных ограничений в физической активности при остеопорозе нет. Интенсивность нагрузки определяется общим состоянием и самочувствием пациента, наличием сопутствующих заболеваний.

Важным аспектом профилактики и лечения остеопороза является отказ от вредных привычек. На первом месте среди них стоит курение, причем имеет значение и количество выкуриваемых сигарет, и стаж курения. Поэтому прекращение курения при любом стаже и любой продолжительности заболевания имеет принципиальное значение для предупреждения остеопороза и ассоциированных с ним переломов. Наконец, одним из важнейших факторов риска остеопороза является малая масса тела, поэтому ее нормализация предупреждает заболевание.

В целом остеопороз – заболевание с серьезными медико-социальными последствиями. При этом очень важно активное участие самого пациента в процессе принятия решений, выборе тактики лечения и ее выполнения.

### **8.6. Оказание медико-социальной помощи пожилым гражданам**

Больничная помощь лицам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации осуществляется учреждениями общей системы здравоохранения. Вместе с тем множественный характер хронических заболеваний у данной категории людей, затяжной период выздоровления, особенности проведения реабилитационных мероприятий требуют организации специализированных стационаров долговременного пребывания для хронических больных в составе крупных больниц и реабилитационных центров.

Организация стационаров для долговременного лечения определяется не только потребностями в этих учреждениях. Необходимость создания имеет и экономический эффект, который заключается в более низкой стоимости койко-дня в стационарах долговременного пребывания и более эффективном использовании коек в общих стационарах.

К числу таких учреждений отнесены дома и отделения сестринского ухода, хосписы. Основной задачей дома (отделения) сестринского ухода является повышение доступности медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста, страдающим хроническими заболеваниями.

*Дом (отделение) сестринского ухода* осуществляет:

- квалифицированный медицинский уход и социальное обслуживание больных и пожилых людей;
- своевременное выполнение врачебных назначений и процедур;
- медицинскую реабилитацию больных и престарелых с элементами трудотерапии;
- динамическое наблюдение за состоянием больных и престарелых;
- своевременную диагностику осложнений или обострений хронических заболеваний;
- выписку больных в сроки, установленные органом здравоохранения и закрепленные в договоре (соглашении);
- оформление одиноких престарелых граждан в дома-интернаты.

*Дом (отделение) сестринского ухода* обеспечивает:

- первую экстренную и неотложную помощь;
- своевременный перевод больных и престарелых при обострении хронических заболеваний или ухудшении их состояния в соответствующие лечебно-профилактические учреждения;
- периодические врачебные осмотры госпитализированных лиц, в зависимости от состояния, но не реже 1 раза в неделю;
- консультативную помощь хроническим больным по рекомендации врачей;
- психологическую помощь и адекватную симптоматическую терапию;
- питание, в том числе диетическое, в соответствии с врачебными рекомендациями.

Противопоказаниями для направления в дом (отделение) сестринского ухода общесоматического профиля являются: активные формы туберкулеза, венерические, острые инфекционные и психические заболевания.

Нормативным документом, утверждающим единую номенклатуру государственных и муниципальных учреждений здравоохранения России, в том числе хоспис, дом сестринского ухода и др., является Приказ Минздрава РФ № 229 от 03.06.2003 г. «О единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения». Согласно данному документу в раздел «Специализированные больницы» включена **гериатрическая больница**, в раздел «Центры» – **гериатрический центр**.

В Приложении № 1 «Положения об организации медицинской помощи» Приказа министра здравоохранения и социального развития № 633 от 13.10.2005 г. сказано, что гериатрическая медицинская помощь может быть организована в муниципальном районе (дом сестринского ухода), в городском округе (городская поликлиника, центр, медсанчасть, городская больница, дом сестринского ухода). Гериатрическая специализированная медицинская помощь может быть организована в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации (областная, краевая,

республиканская, окружная больница, диспансер, специализированная больница, поликлиника, госпиталь, центр).

Приказом Минздрава России от 09.04.98 г. № 110 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения» утверждено «Положение об организации деятельности гериатрического центра», который организуется в субъекте РФ или муниципальном образовании с численностью населения от 300 тыс. человек.

Центр предназначен для оказания специализированной стационарной и консультативно-диагностической медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста и лицам с признаками преждевременного старения организма, а также обеспечения организационно-методического руководства деятельностью медицинских, медико-социальных учреждений и специалистов по вопросам оказания гериатрической помощи.

В задачи гериатрического центра входит:

- мониторинг состояния здоровья лиц старших возрастных групп и потребности их в медицинской и медико-социальной помощи;
- анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в общей лечебной сети гериатрических и медико-социальных учреждений и подразделений по оказанию лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременного старения организма;
- мониторинг выполнения государственных гарантий, в том числе льгот по медицинскому и лекарственному обеспечению, отдельным видам протезирования;
- участие в разработке региональных и территориальных программ по совершенствованию медицинской помощи и лекарственного обеспечения указанным категориям граждан;
- оказание консультативной, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременного старения;
- подбор адекватных лекарственных и немедикаментозных методик лечения в различных возрастных группах;
- внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации, адаптированных к применению у пожилых больных и лиц с признаками преждевременного старения;
- проведение санитарно-просветительной работы, содействие в социально-психологической адаптации пожилым и обучение навыкам ухода за ними;
- оказание организационно-методической и практической помощи лечебно-профилактическим учреждениям и специалистам общей лечебной сети по вопросам гериатрии, проведение совещаний, конференций и семинаров по актуальным вопросам геронтологии и гериатрии.

## 8.7. Опыт социально-медицинской работы с пожилыми людьми в зарубежных странах

Одной из главных целей мирового сообщества, провозглашенных в Уставе Организации Объединенных Наций, является утверждение веры в основные права человека, в достоинство и ценность человеческой личности. Во всех развитых цивилизованных странах человек, его жизнь и здоровье, честь и достоинство, неотъемлемо принадлежащие ему права и свободы отнесены к высшим ценностям общественного бытия. Свобода и равноправие граждан принадлежат к числу азбучных истин демократического режима. Вместе с тем в составе населения любой страны всегда имеются социальные группы, которые нуждаются в повышенном внимании со стороны общества, в особой охране их прав со стороны государства. Это самые уязвимые социальные слои, к которым принадлежат и лица преклонного возраста, те, кто отдал свою жизнь служению обществу и вправе рассчитывать, что общество оплатит им сторицей.

Демографические изменения, происходящие в развитых странах, свидетельствуют о стремительном росте относительной доли и абсолютного числа пожилых людей. По прогнозам бюро переписи населения США, число американцев в возрасте старше 85 лет и более, составляющее ныне 3,3 млн человек, должно возрасти до 18,7 млн человек к 2080 г. Примерно аналогичные тенденции прослеживаются и в западноевропейских странах. В условиях относительного сокращения рождаемости происходит процесс «старения» населения, что порождает комплекс больших и сложных проблем.

Происходящие изменения резко усиливают давление на различные государственные и общественные структуры, призванные заботиться о пожилых людях, защищать их права и интересы. При этом важно видеть не только сегодняшнее состояние дел, но и более отдаленные перспективы развития, к наступлению которых нужно готовиться сегодня, чтобы они не застали врасплох завтра.

В настоящее время только в 12 странах Европы, входящих в ЕЭС, 30 млн человек страдают от серьезных и длительных заболеваний физического или психического характера. Среди них более 10 млн человек – лица преклонного возраста. Уже одно это позволяет оценить масштабы медицинской, санитарной, социальной и правовой помощи, в которой эти лица нуждаются. К этому следует добавить, что в ближайшие 35 лет число лиц весьма преклонного возраста удвоится.

Основными проблемами лиц пожилого и старческого возраста являются: прекращение активной трудовой деятельности, физическое и духовное

здоровье, одиночество, которые в силу возрастания продолжительности жизни будут вызывать нарастающие трудности при решении вопросов, затрагивающих доходы (пенсионные права), жилищные права, уход за лицами преклонного возраста и его финансирование и т.п.

Рассмотрим, как решаются социально-медицинские вопросы для лиц пожилого возраста в различных странах мира.

В Швеции конституционная защита социальных прав находит свое выражение в Законе о социальном обеспечении 1982 г. Это закон-рамка, который подчеркивает право индивида на получение помощи со стороны коллектива в соответствии с пятью основными принципами.

1. Принцип нормализации. По мере возможности, каждый гражданин должен обладать правом трудиться и жить в условиях и окружающей среде, максимально близким к нормальным.

2. Принцип глобальности человеческих потребностей. Все, что необходимо для благополучия человека, будь то его психологические, физические и социальные потребности, должно быть принято во внимание, составляя единую и цельную совокупность.

3. Принцип самоопределения. Он предполагает уважение единства и неприкосновенности человеческой личности. Каждый имеет право выбирать свой образ жизни и принимать самостоятельные решения. Права на личную безопасность и самостоятельное распоряжение собой должны согласовываться с императивами ухода, необходимого для лиц преклонного возраста.

4. Принцип участия. Каждый человек должен иметь возможность не только воздействовать на собственные условия жизни, но и на жизнь коллектива в его совокупности. Лица преклонного возраста также хотят брать на себя ответственность и чувствовать себя необходимым.

5. Принцип здравого стимулирования. Лицам преклонного возраста должно поручаться выполнение задач в соответствии с их возможностями и в сотрудничестве с другими лицами в условиях нормальной и стимулирующей их окружающей среды.

Таким образом, каждому гражданину обеспечено единообразие социальных условий, гарантии равного доступа ко всем услугам, предлагаемым местными коллективами, независимо от места его проживания и финансового положения.

Наиболее важную часть закона составляет ст. 6 «Право на помощь». В ней говорится, что «комитет по социальным делам обязан следить за тем, чтобы лица преклонного возраста могли вести автономное, активное и наполненное существование. Жилище, снабженное всеми необходимыми удобствами, специально приспособленные средства транспорта, семейная помощь – таковы лишь некоторые из мер, среди прочих, позволяющие успешно выполнять эту задачу».

Этот закон подтверждает право каждого лица преклонного возраста на помощь со стороны коллектива и обязанность каждой коммуны предоставлять, в частности, лицам преклонного возраста, утратившим самостоятельность, все необходимые помощь и услуги, чтобы обеспечить их автономию.

Защита лиц преклонного возраста основывается на обеспечении их материальной безопасности. Каждый шведский гражданин имеет право на пенсию по старости, независимо от своих доходов. И независимо от того, участвовал ли он в трудовой жизни. Это – базовая национальная пенсия. К ней может добавляться дополнительная пенсия, исчисляемая пропорционально профессиональному доходу и находящаяся в ведении единого финансового института.

У каждого пожилого человека в Швеции должно быть жилье, удовлетворяющее потребности лиц преклонного возраста. Весьма важно, чтобы они имели жилище хорошего качества и по соседству со службами оказания социальных, коммерческих, медико-социальных и культурных услуг. В соответствии с законом о социальном обеспечении комиссия по социальным делам, создаваемая в каждой коммуне, следит за тем, чтобы лица преклонного возраста располагали хорошими жилищными условиями.

Лицо преклонного возраста обладает правом на целый ряд пособий и/или жилье:

- жилищное пособие или дотация для обустройства жилища;
- обычное или специально приспособленное жилище;
- жилье с повышенным уровнем комфортности для тяжелых инвалидов, предоставляемое коммуной. Подобное жилье обеспечивает одновременно и независимость, и безопасность лицам преклонного возраста. Это повышенной комфортности жилище обладает рядом услуг и специальным устройством теленаблюдения;
- отдельное жилище в рамках общежития;
- дома-пансионаты по уходу или институты медицинского характера для лиц преклонного возраста с особо тяжелым состоянием здоровья.

Социальная помощь и социальное обеспечение оказывается коммунами, которые, в соответствии с законом, несут ответственность за социальное обеспечение, социальный уход за лицами преклонного возраста, обеспечивают разнообразные и многоплановые услуги, создающие лицам преклонного возраста максимально автономное существование.

Помощь в ведении хозяйства включает разнообразную деятельность (приготовление пищи, уборку, стирку, помощь в личных нуждах и т. п.). Оказание такой помощи может обеспечиваться специальным транспортом, который доставляет все необходимое для уборки, технической помощи, специальный санитарный материал, книги во всех случаях, когда лицо преклонного возраста живет далеко от центра. Помощь лицам преклонного возраста включает также транспортные услуги с тем, чтобы позволить лицу

преклонного возраста поддерживать контакты с другими лицами. Некоторые из этих услуг полностью бесплатны, а другие оплачиваются частично.

Медицинские услуги и уход обеспечиваются в соответствии с законом об общественном здравоохранении и медицинских услугах, вступившим в силу в 1983 г. Согласно этому закону, службы здравоохранения находятся в ведении местных коллективов, которые предоставляют в распоряжение жителей необходимые санитарные и медицинские услуги и создают условия, благоприятные для общественного здравоохранения. Причем медицинские услуги должны быть весьма доступны и учитывать право пациента на свободный выбор.

Медицинский уход финансируется главным образом за счет сборов, взимаемых советами графств, дополняемых различными государственными дотациями и всеобщей системой страхования. Это национальная служба здравоохранения, которая является почти бесплатной. Уход в общественных больницах бесплатен. Некоторая оплата взимается за оказание консультаций вне больницы.

Ответственность за выработку национальной политики в области здравоохранения лежит на парламенте и правительстве. Основные положения, одобренные парламентом в 1985 г., включали и особо подчеркивали, прежде всего, следующее:

- равенство всех, кто нуждается в уходе за здоровьем, при предоставлении преимуществ группам с высоким уровнем риска;
- предоставление санитарных и медицинских услуг в зависимости от потребностей индивида;
- уход за лицами преклонного возраста, душевнобольными и инвалидами; предпочтение, по сравнению с уходом в специализированных институтах, должно отдаваться как можно дольше содержанию в домашних условиях;
- принятие превентивных мер на коллективном и индивидуальном уровнях;
- оказание первичной медицинской помощи рассматривается как базовая основа всей системы здравоохранения.

Политика в области здравоохранения применительно к лицам преклонного возраста, утратившим самостоятельность, состоит из их максимальной интеграции в коллектив. Эта система рассматривается как обеспечивающая высокое качество и экономическую эффективность медицинского обслуживания. К специализированной медицинской помощи прибегают в тех случаях, когда лицо преклонного возраста страдает недугом, требующим длительного медицинского лечения, либо когда ослабление физических и умственных способностей требует постоянного наблюдения и существенной помощи со стороны медицинского персонала. В этих случаях прибегают к оказанию медицинской помощи на дому при помощи врача и медсестры, которые несут ответственность за обслуживание больного.

Им помогают члены семьи или иные близкие лица преклонного возраста. Служба скорой помощи обеспечивает медицинскую помощь лицу, страдающему острым заболеванием, в любое время суток.

Государственная политика **Великобритании** в отношении престарелых граждан и инвалидов ориентирована на создание полноценных условий для их проживания в домашних условиях, в первую очередь за счет широкого предоставления нестационарных форм и видов социального обслуживания.

Одной из причин этого является недостаточное развитие сети интернатных учреждений, часто не располагающих возможностями оказания полноценной помощи этой категории лиц из-за отсутствия собственной медицинской службы, условий интенсивного медицинского и бытового ухода. Социальная и медицинская помощь, предоставляемая престарелым и инвалидам на дому, рассматривается в качестве важного элемента реализации всей социальной политики в стране, в значительной мере позволяющей разрешить многие проблемы этой категории лиц, связанные с одиночеством и утратой интереса к жизни, способствующей развитию контактов с окружающими, улучшению жизненных условий.

Государство через министерства здравоохранения, социального обеспечения, труда, жилищного строительства координирует реализацию общих принципов социальной политики и осуществляет финансовый контроль. Организация социального обслуживания возлагается на органы местного самоуправления, предоставляющие как обязательные, так и дополнительные услуги. Реализация социальных программ осуществляется небольшим числом штатных служащих и многочисленными добровольцами из различных общественных, религиозных, благотворительных, молодежных и других организаций. Вся эта система в общенациональном масштабе координируется Государственным комитетом социального обслуживания пожилых людей.

Основная ответственность за предоставление социальных услуг для пожилых людей лежит на отделах социальной службы местных органов власти в Англии и Уэльсе, отделах социальной работы в Шотландии и департаментах социальной службы в Северной Ирландии.

Большая часть из предоставляемых социальными службами средств направлена на оказание клиентам помощи для того, чтобы они могли независимо жить в своих собственных домах. Трудности по ведению домашнего хозяйства могут быть облегчены визитами сотрудников «помощи на дому», а также предоставлением услуг по стирке и доставке обедов на дом. Сюда входят и услуги органов здравоохранения по месту жительства: например, визит участковой сестры, чтобы помочь старому человеку принять ванну, сделать уколы, перевязки. Посещение дневных центров может помочь облегчить изоляцию, в которой обычно живут одинокие люди. В этих дневных центрах действуют ланчен-клубы, мастерские, могут предостав-

ляться услуги по посещению мозольного оператора, другого медицинского обслуживающего персонала, преподавателей для получения дальнейшего образования.

Для тех, кто не может больше жить в своих домах, в специальных домах предлагается не только постоянное жилье, но и временное, чтобы облегчить бремя тех, кто ухаживает за старыми родственниками. Обслуживающий персонал этих домов предоставляет широкий круг услуг в дополнение к удовлетворению физических потребностей. Весь персонал, включая социальных работников, будет вовлечен в удовлетворение эмоциональных, социальных потребностей живущих в этом доме, будет заботиться о досуге как отдельного человека, так и всей группы. Там, где возможно, способствовать и помогать живущим в этом доме время от времени возвращаться домой.

Самая большая категория из всех существующих в стране домов-интернатов предназначена для старых людей, не имеющих семей или родственников которых не могут присматривать за ними, даже если им предоставлена помощь социальных служб, работающих по месту жительства. В других домах осуществляется уход за людьми с особыми проблемами, такими как слепота, глухота, умственные недостатки, но большая часть домов для старых людей – неспециализированного типа.

Обеспечение также предусмотрено для более активных старых людей для осуществления ухода за ними в специальных поселениях, которые, по сути, представляют собой группы маленьких домиков, квартир или одноэтажных строений с верандой, где жильцы могут жить независимо. Им предоставляются разного рода удобства, а смотритель, проживающий по месту службы, окажет им срочную помощь в случае необходимости.

Те социальные работники, которые не работают в учреждениях, предназначенных специально для старых людей, не занимаются исключительно такими клиентами. Но они часто могут дать совет и оказать поддержку в том, чтобы как-то примириться с проблемами старения: потеря супруга, увеличивающаяся зависимость от других людей, физическая немощь, госпитализация в больницу или необходимость поступления в дом-интернат, когда независимая жизнь уже более невозможна.

Социальные работники могут также работать с семьей старого человека, которой, возможно, нужны совет и поддержка, чтобы справиться с увеличивающейся зависимостью от нее их старого родственника.

Социальные работники и персонал социальной службы могут наниматься на работу добровольными организациями или владельцами частных домов, специально занимающимися благосостоянием старых людей. В дополнение к оплачиваемому персоналу, работающему в различных агентствах, добровольцы предоставляют ряд услуг, которые осуществляются через государственные и добровольные организации. Например, посещение

старых людей, которые не могут выйти из дома или находятся в госпитале, оказание помощи в покупках, уходе за садом, предоставление транспорта.

К числу наиболее распространенных организационных форм оказания социальной помощи престарелым и инвалидам следует отнести «социальные клубы» или «социальные кафе», создаваемые обычно религиозными и общественно-благотворительными организациями. Основные направления их работы – организация общения престарелых, их досуга, предоставление им недорогих обедов, медицинских, юридических, социально-психологических консультаций. Единой структуры или программы деятельности этих учреждений нет. Некоторые клубы имеют медицинские и физиотерапевтические кабинеты, залы лечебной физкультуры, комнаты социальных работников, другие только столовую или помещение для отдыха.

Часть таких социальных клубов организована на основе возрастного критерия, т.е. предназначена только для обслуживания престарелых, остальные – на общности интересов, и членство в них не зависит от возраста. Характерно, что подавляющее большинство престарелых отдает предпочтение клубам по интересам, в которых создаются кружки по прикладному искусству, рукоделию и другим увлечениям.

Для удовлетворения потребности пожилых граждан в труде и улучшения их материального положения по инициативе общественных организаций в ряде графств созданы специальные цехи с использованием простых видов труда и оборудования. Многие местные фирмы в качестве благотворительной деятельности предоставляют таким цехам бесплатно материалы и обеспечивают их заказами.

Большой популярностью среди пожилых граждан, особенно одиноких, пользуются дневные центры, тоже ориентирующие свою деятельность на организацию досуга и питания этих лиц, а также на оказание помощи семьям, имеющим в своем составе престарелых и инвалидов, нуждающихся в постоянном уходе. Дневные центры, как правило, располагаются вблизи мест проживания обслуживаемых лиц и в районах с хорошим транспортным сообщением.

В ряде мест получили распространение общественные службы организации отдыха престарелых, которые ежегодно предоставляют пожилым гражданам возможность недельного или двухнедельного отдыха на природе, у моря на базе домов отдыха или пансионатов. Плата за такие услуги обычно не превышает стоимости жизни в домашних условиях.

Обслуживание престарелых со значительной степенью утраты способности к самообслуживанию осуществляется под руководством территориальных органов самоуправления преимущественно добровольцами через системы «добрососедства» или визитов на дом. Характерно, что многие из добровольцев сами пенсионеры. Наиболее распространенным видом помощи является доставка обедов на дом, причем для наиболее немощных горячее питание может доставляться на дом специальной службой «передвижная столо-

вая». Многим престарелым оказывается помощь в уборке помещений, приобретении продуктов питания, приготовлении пищи, стирке белья и т.д. Не меньшее значение придается посещению престарелых с целью проведения с ними бесед, оказания морально-психологической поддержки.

Обслуживание на дому престарелых осуществляется и через отделения. Это службы, имеющиеся при многих домах для престарелых, в функции которых входит доставка горячего питания лицам, проживающим вблизи этого учреждения, уборка жилых помещений, стирка белья, помощь в отопливании квартиры.

Заслуживает внимания опыт, накопленный по созданию оптимальных условий проживания престарелых и инвалидов. В тех случаях, когда жилье перестает соответствовать их состоянию, местные органы власти или общественные организации могут провести переоборудование жилья или предоставить за умеренную плату специально приспособленные квартиры, оснащенные средствами связи с работниками службы помощи на дому или с родственниками. При наличии в одном районе большого числа переоборудованных для престарелых квартир территориальные комитеты социальных услуг часто вводят оплачиваемую должность специального управляющего таким жилым фондом, причем нередко он имеет медицинское образование и может при необходимости оказать первую помощь.

Большая роль в социальной защите престарелых и инвалидов отводится органам здравоохранения. Медицинские сестры регулярно посещают их на дому, оказывают доврачебную помощь, дают советы им и их родственникам в отношении профилактики заболеваний, диеты, ухода и т.п. Учреждения здравоохранения часто предоставляют в распоряжение пожилых граждан различные предметы санитарии и гигиены. Достаточно распространенным видом услуг является дежурство на дому дневных или ночных сиделок, оказывающих существенную помощь родственникам в уходе за престарелыми или инвалидами.

Если престарелые не имеют возможности получить необходимую медицинскую помощь на дому, их могут направить для лечения и проведения реабилитационных мероприятий в специализированные стационары, предназначенные для длительного пребывания, частные лечебницы или в дома-интернаты.

Кроме этого, в стране насчитывается около 200 гериатрических госпиталей, задачей которых является не только оказание специализированной лечебной и профилактической помощи, но и медицинское и бытовое обслуживание тяжело больных престарелых на дому во время отпуска родственников. При многих гериатрических госпиталях организованы дневные стационары для престарелых, основное предназначение которых — долечивание и оказание социально-бытовой помощи старикам после выписки из больницы.

В этих отделениях престарелые проходят клиническое и лабораторное обследование, получают курсы физио- и трудотерапии.

В **Норвегии** при некоторых домах-интернатах для престарелых созданы отделения дневного пребывания. Такие отделения, рассчитанные на 30 человек, обычно располагают помещениями для культурно-массовых мероприятий, кабинетами для лечебной физкультуры и массажа, лечебно-трудовыми мастерскими, столовой, двухместными комнатами отдыха. Штат отделения состоит из заведующей, имеющей квалификацию социального работника, и медицинской сестры.

Во многих городах страны ведется строительство квартир для престарелых. Например, в центре Осло в непосредственной близости от магазинов, банков, предприятий бытового обслуживания за счет средств муниципалитета для них построен по специальному проекту 90-квартирный жилой дом. Дом возглавляется заведующий, а в его штат входят два социальных работника, обязанностью которых является оказание помощи во время болезни, доставка при необходимости питания из дома-интерната, оказание проживающим других мелких услуг. При доме имеются кафе-клуб, кабинет врача, ведущего прием два раза в неделю, прачечная самообслуживания. Для престарелых, проживающих в доме, введены льготы по оплате жилья и электроэнергии.

В **Нидерландах** наряду со специальными муниципальными службами, оказывающими социальную помощь престарелым по территориальному принципу, в т.ч. на дому, значительную роль играют частные и добровольные организации.

В стране функционирует около 500 дневных пансионатов, в том числе для престарелых, для психически больных, для детей с умственной отсталостью и т.п. Лица, посещающие пансионаты, могут получить в них различные бытовые услуги, двухразовое питание. Доставка обслуживаемых из дома в пансионат производится транспортом последнего. Дети посещают пансионат бесплатно, малоимущим взрослым часть расходов оплачивает муниципалитет.

Представляют интерес «дома обслуживания престарелых», находящиеся в государственном ведении. Один из таких домов размещается в пригороде Гааги в специально построенном здании, имеет зал для проведения общественных мероприятий, библиотеку, комнаты для занятий по интересам, кабинеты социальных работников. Пенсионеры, посещающие этот дом, могут принять участие в различных играх, в работе кружков – иностранных языков, вязания, народных танцев, посетить кафетерий. В определенные дни организуются встречи со специалистами социальной сферы, юристами, психологами и т.д. В случае необходимости престарелым, посещающим дом, может оказываться помощь на дому путем заключения договоров с частными организациями. Вся работа с престарелыми организует один человек – администратор.

Во Франции одной из основных целей предоставления престарелым и инвалидам социально-бытовой помощи является создание условий для их максимально долгого пребывания в привычных домашних условиях. Наибольшее распространение получили два вида такой помощи – оказание услуг так называемыми «домашними помощниками» и сестринский уход за престарелыми на дому.

Служба «домашних помощников» или социально-бытового обслуживания на дому предназначена для оказания услуг преимущественно бытового характера пожилым людям, испытывающим затруднения в приобретении продуктов питания, приготовлении пищи, содержании жилых помещений и т.п. Финансируется она или за счет системы государственного страхования, или частных страховых компаний.

Для престарелых со значительной степенью утраты способности к самообслуживанию предназначается служба «сестринского ухода», которая включает в себя как элементы обычного надомного обслуживания, так и предоставление доврачебной медицинской помощи и услуг гигиенического характера. Основанием к принятию престарелых на такое обслуживание является решение лечащего врача, а самообслуживание осуществляется бригадным методом – медицинской сестрой и ее помощницей (няней). Медицинские сестры выполняют врачебные назначения и контролируют работу своих помощников, которые, в частности, могут переодеть больного, умыться его, сделать клизму и т.п. Оплата услуг по установленным расценкам проводится за счет страхования по болезни.

Для лиц пожилого возраста, выписываемых из стационарных медицинских учреждений и не требующих интенсивного лечения, может быть организован «госпиталь на дому». Обслуживание таких лиц осуществляется врачами и медицинскими сестрами совместно с социальными работниками, оказывающими услуги бытового характера.

Во многих городах и районах Франции также имеются клубы для пенсионеров, работа которых преимущественно нацелена на организацию их досуга, устранение социальной изоляции и содействие активному участию в общественной жизни.

Заслуживает внимания тот факт, что для поддержки новаций в деле оказания социально-бытовых услуг населению, в т.ч. престарелым и инвалидам, государство может предоставить организациям или добровольным объединениям финансовую помощь.

Комиссия национального комитета пенсионеров и лиц преклонного возраста выдвинула 5 принципов оказания помощи лицам преклонного возраста. Они включают:

– Достоинство личности. Лицо преклонного возраста, каковы бы ни были его конкретный возраст, состояние здоровья, степень утраты самостоятельности и уровень доходов имеет право на помещение в институт

признания, на содержание и на квалифицированное и достойное его лечение и обращение.

– Свобода выбора. Каждое лицо преклонного возраста, состояние здоровья или заболевание которого требует специального вмешательства, должно иметь возможность выбрать между содержанием на дому и коллективным, временным или окончательным.

– Координация помощи. Поддержка, оказываемая домашнему режиму и режиму содержания, взаимопомощи. Их осуществление требует согласованных и эффективных усилий и соответствующего финансирования, максимально приближенных к потребностям личности.

– Помощь оказывается, прежде всего, самому нуждающемуся.

– Только состояние здоровья лица преклонного возраста, как в первоначальный период, так и его последующая эволюция, определяет уровень и степень необходимой помощи, учитывающей также характер его окружения.

В Финляндии в сфере социального обеспечения действует централизованная система планирования. Центральные государственные органы руководят и контролируют осуществление социальных услуг, кроме этого, государство в обязательном порядке предоставляет муниципалитетам дотации на оказание социальной помощи населению, составляющие не менее половины от суммы всех их затрат на эти цели. Непосредственное предоставление социально-бытовых услуг престарелым возложено на муниципалитеты, действующие по принципу самоуправления и организующие свою работу в этом направлении на основании пятилетних планов. Наряду с муниципалитетами социальные услуги оказываются также частными организациями и церковью.

В оказании социальной помощи престарелым и инвалидам в Финляндии выбрано направление, ориентированное на предоставление услуг в нестационарных условиях и создание наиболее оптимальных жилищных условий для этой категории лиц.

Наиболее распространенной формой нестационарного обслуживания является предоставление услуг на дому, причем эти услуги оказываются как одиноким престарелым, так и семьям, требующим социальной поддержки, их условно можно разделить на два вида. Для престарелых и инвалидов, сохранивших в достаточной мере способность к самообслуживанию, предоставляется помощь в уходе за квартирой; лицам, практически не выходящим из дома, оказывается содействие в обеспечении питанием, приготовлении пищи, предлагаются санитарно-гигиенические услуги. Такая помощь может оказываться престарелым на постоянной основе или на определенный период времени, например, на период отпуска родственников. Предоставлением социальной помощи на дому в стране занято более 13 тыс. социальных работников, предварительно прошедших специальную подготовку. Значительной части престарелых и инвалидов помощь оказы-

вается родственниками или частными лицами, причем в этом случае им выплачивается специальное пособие на уход.

Широкий набор услуг могут предложить центры социальной помощи, в которых для пенсионеров и инвалидов имеются помещения для отдыха и досуга, медицинские кабинеты, залы лечебной физкультуры и массажа, сауна, бассейн, столовая, лечебно-трудовые мастерские.

Обычно через такие центры обеспечиваются горячим питанием лица, обслуживаемые на дому. Доставка обедов на дом производится в индивидуальных термосах на автотранспорте центра или арендуемой машине. Многие центры социальной помощи в вечернее время предоставляют разнообразные услуги и другим категориям населения за плату.

Большое значение в Финляндии придается и обустройству жилья престарелых и инвалидов, включающее оснащение квартир системой круглосуточной связи с социальными работниками.

В **Германии** традиционно важную роль в социальном обслуживании престарелых и инвалидов играют добровольные объединения, в первую очередь церковные благотворительные союзы и Немецкий Красный Крест. Однако в современных условиях часть их функций вынуждено брать на себя государство. Большое распространение в стране получили центры дневного пребывания, различные клубы для пожилых. Несколько лет назад начали создаваться социальные отделения для оказания престарелым социальной и медицинской помощи в домашних условиях и включающие в себя службы помощи в хозяйственных делах, ухода за больными.

В **США** также прослеживается четкая тенденция создания условий для проживания престарелых граждан в домашних условиях. Реализация ее осуществляется через систему нестационарных видов социальной помощи, предоставляемых государственными или частными организациями, а также путем денежных выплат престарелым для самостоятельного приобретения ими тех или иных социальных услуг. В стране существует значительное число различных фондов, обеспечивающих, в частности, оплату медицинской помощи, предоставление дешевого жилья, продуктов питания, транспортных услуг и т.п. Все большее распространение получает система выплат пособий семьям на организацию ухода за престарелыми в домашних условиях.

Социальное обслуживание на дому характеризуется большим числом предоставляемых услуг, в числе которых доставка на дом обедов, купание в ванне, смена белья, педикюр, стрижка, укладка волос, стирка, чистка вещей, обеспечение автотранспортом, лечебная гимнастика. Услуги пожилым в ряде случаев включают ремонт и благоустройство их квартир, предоставление телефона во временное пользование, организацию культурных мероприятий, досуга и развлечений.

Помимо обычных центров дневного пребывания для престарелых в США быстрыми темпами развивается сеть специальных платных цен-

тров, предназначенных для оказания социально-бытовой и медицинской помощи пенсионерам-инвалидам, в частности страдающим тяжелыми заболеваниями нервной системы. Лица, посещающие такие центры обеспечиваются диетическим питанием, получают физиотерапевтические процедуры, занимаются лечебной гимнастикой, трудотерапией, к их услугам логопед. Большое внимание уделяется организации их досуга: организуются экскурсии, танцы, щадящие спортивные игры, беседы или диспуты на различные темы с привлечением врачей, психиатров, сексопатологов, работает салон красоты. За обслуживаемыми центром инвалидами наблюдают медицинские сестры; регулярно сообщают лечащим врачам об изменениях их здоровья. Пребывание в таких центрах значительно дешевле, чем в стационарных учреждениях. Кроме этого, немаловажное значение придается и возможности освобождения родственников инвалидов от необходимости постоянного ухода за ними.

В Японии, как в одной из высокоразвитых индустриальных стран, продолжительность жизни в 2005 г. достигла 78,4 года для мужчин и 85,4 года для женщин. В начале XXI в. Япония стала страной, в которой престарелые составляют более 20 % населения. Изменение демографической ситуации предполагает и совершенствование системы социального обслуживания пожилых людей.

На местном уровне в Японии действуют различные службы здравоохранения для лиц от 40 лет и более. Они включают:

- ведение медицинской книжки;
- санитарное просвещение;
- медицинские советы;
- проверку состояния здоровья: общую и специальную;
- проверка на заболевание раком (рак желудка, рак матки);
- переобучение;
- советы, сопровождаемые медицинским обслуживанием на дому.

Медицинская помощь лицам в возрасте 65-70 лет и 70 лет и старше обеспечивается местными государственными властями и системами страхования.

Старение населения требует изменения организации не только медицинского обслуживания, но и в области пенсионного обеспечения, различных социальных действий, обеспечения жильем и др. Новая политика в области социального обслуживания предусматривает быстрое развитие сети промежуточных (между домом и госпиталем) медико-социальных учреждений для престарелых.

### Контрольные вопросы

1. Какие изменения происходят в организме человека при старении?
2. Какие психические заболевания развиваются в пожилом и старческом возрасте?
3. Что такое сенильные психозы?
4. Какие состояния относятся к пресенильным отклонениям?
5. С чем связано развитие остеопороза? Расскажите о его профилактике.
6. Что вы знаете об оказании социально-медицинской помощи пожилым гражданам в России?
7. Расскажите о профессиональной деятельности социального работника в хосписе.
8. Расскажите о социально-медицинской работе, проводимой с пожилыми людьми в странах Западной Европы.
9. Охарактеризуйте социально-медицинскую работу, проводимую с пожилыми людьми в США.
10. Расскажите о социально-медицинской работе, проводимой с пожилыми людьми в Великобритании.
11. Охарактеризуйте особенности социально-медицинской работы в Японии.

## ГЛАВА 9.

### МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ

#### 9.1. Дети и общество. Ребенок и семья

Факторами, определяющими положение ребенка в обществе, являются: его материальная обеспеченность, состояние здравоохранения и развитие сети лечебно-оздоровительных учреждений, система образования, воспитательные возможности семьи, степень заботы государства о детях, законодательство, защищающее жизненно важные права ребенка.

В 1989 г. Генеральная Ассамблея ООН приняла «Конвенцию о правах ребенка». Основы данной конвенции – выживание, развитие, защита детей, обеспечение участия в жизни общества.

Конвенция признала ребенка самостоятельным субъектом права, определила обязанности государства по отношению к детям, потребовала от государств соблюдения приоритетности интересов детей при решении вопросов (политических, экономических, социальных) вне зависимости от мирного времени или военных действий, экономических условий, политической системы, а также установила границы ответственности государств за положение детей. Конвенция обязала человечество задуматься над проблемой недопустимости авторитаризма по отношению к детям как со стороны родителей, так и педагогов и специалистов, работающих с детьми, призывая взрослых и детей выстраивать взаимоотношения на доброжелательной нравственно-правовой основе, уважая мнения и взгляды друг друга, соблюдая права каждого человека.

Конвенция гарантирует защиту ребенка от экономической эксплуатации и выполнения работы, которая может представлять опасность для его здоровья или служить препятствием для получения им образования, наносить ущерб физическому, умственному и социальному развитию, а также определяет меру ответственности в отношении лиц, нарушающих гарантии.

Государство, согласно Конвенции, должно обеспечить защиту ребенка от всех форм дискриминации, признавая права ребенка, находящегося на территории страны, без каких-либо различий (расовых, языковых, национальных, религиозных, половых и др.).

В Конвенции предусматривается принятие государственных мер, направленных на то, чтобы «ребенок не разлучался со своими родителями». Однако в случаях жестокого обращения родителей с ребенком и при отсутствии заботы о нем, разлучение может быть необходимо. Основная ответ-

ственность за воспитание и развитие ребенка должна лежать на родителях. Государство обязано принимать все меры защиты ребенка (законодательные, административные, социальные, просветительные) от «физического и психологического оскорбления или злоупотребления, отсутствия заботы и небрежного обращения, грубого обращения или эксплуатации, включая сексуальное злоупотребление со стороны родителей, законных опекунов или другого лица, заботящегося о ребенке».

Особая защита должна предоставляться детям, лишенным семейного окружения, а также детям с ограниченными возможностями (детям-инвалидам) в умственном и физическом отношении. Необходимо обеспечить защиту прав и помощь со стороны государства. Конвенцией закреплено право каждого ребенка «на уровень жизни, необходимый для физического, умственного и социального развития».

На родителей возлагается ответственность за обеспечение в пределах своих возможностей необходимых условий для развития ребенка. Государство оказывает помощь родителям, воспитывающим ребенка, причем в случае необходимости и материальную помощь. В настоящее время реальной помощью родителям является увеличение размеров единовременного пособия на рождение ребенка и ежемесячного пособия на воспитание ребенка. При этом учитывается прожиточный минимум и индекс стоимости жизни, чтобы обеспечить право ребенка на социально-правовую защиту от инфляции и роста цен.

Рассматривая положение детей в России, необходимо отметить, что часть детей находится в состоянии депривации. Депривацией обозначается устойчивая ситуация, в которой длительно не удовлетворяются существенные потребности ребенка. Социальной депривацией определяют лишение, ограничение материальных и духовных ресурсов. Проявлением социальной депривации является социальное сиротство – сиротство при живых родителях. Это асоциальные семьи, где господствуют жестокость и безответственность по отношению к детям. Большая часть детей, воспитывающаяся в детских домах и интернатах, имеют живых родителей, не способных воспитывать их.

Семья – первичная ячейка общества. Особенности современных семей в нашей стране: имеют одного или двух детей, растет число бездетных семей, увеличивается количество разводов и неполных семей. Именно в семье ребенок подготавливается к жизни, приобретает социальные идеалы, закладывается основа гражданственности. Только в семье познаются такие категории, как материнство и отцовство, семейные отношения и традиции.

Существует прямая зависимость между отношением родителей к ребенку, его воспитанием и возникновением нарушений поведения или личностными деформациями. Родительские отношения, как правило, не выступают в чистом виде, они сложны, изменчивы и противоречивы. Так, любовь соседствует с раздражением, душевное расположение с отверже-

нием. Только внимательное изучение, которое включает расспросы, наблюдение, психологические исследования, позволит выявить тип воспитания ребенка.

Разнообразны типы воспитания ребенка в семье. Можно отметить следующие наиболее часто встречающиеся:

– Эмоциональное отвержение. Такой тип воспитания часто наблюдается у матерей с психологической незрелостью, неустойчивостью, чаще всего лишенной родительской любви в детстве. Причинами могут быть нежеланный ребенок, алкоголизм отца, несовместимость родителей, брак по принуждению.

– Гипоопека. Может быть в различных проявлениях. Это может быть воспитание по типу «Золушки», когда ребенок никогда не удостоивается ласки и внимания, не получает одобрения и поощрения. Враждебность со стороны матери может быть открытой и завуалированной. В последнем случае мать преждевременно отлучает ребенка от груди, слишком рано выходит на работу и т.п. Разновидностью гипоопеки является перфекционизм – когда ребенку говорят, что он не тот (например, девочке, что вот была бы ты мальчиком), убеждают, что он плохой, нервный, упрямый. При этом ребенок начинает испытывать чувство вины, перестает верить в свои силы.

– Гипопротекция. Недостаток воспитания. Ребенка забывают накормить, переодеть, вымыть. У ребенка нет своего места, игрушек, книг. У родителей отсутствует интерес к тому, как ребенок проводит время. Возможна скрытая гипопротекция, когда создается лишь видимость какого-то интереса к ребенку.

– Гиперопека. Этот тип воспитания характеризует чрезмерную родительскую заботу. У матери причиной такого отношения могут быть длительный период бесплодия, предшествующие выкидыши, утрата или болезнь ребенка. Но чаще всего виноваты отцы. Пассивные отцы, не помогающие матери по дому, недостаточно активные в общественной жизни, заставляют матерей перенести всю энергию на заботу о ребенке.

– Противоречивое воспитание. Различное отношение родителей к ребенку и к своим обязанностям. Это приводит к развитию хитрости и изворотливости у ребенка. С данным типом может быть связан такой вариант, как «смена образцов воспитания» (резкое изменение в воспитании ребенка, например, связанное с рождением второго ребенка или в случае распада семьи).

– Повышенная моральная ответственность. Чаще всего такой тип воспитания связан с нереализованными мечтами родителей. Родители, идентифицируя себя с детьми, стремятся заставить их осуществить то, что не получилось у них.

Во всеобщей Декларации прав человека записано, что семья является естественной и основной ячейкой общества и имеет право на защиту со стороны общества и государства. В настоящее время необходимо обратить

внимание на семьи, от которых зависит будущее нашей страны, которые сами себя обеспечивают, воспитывают детей, думают об их образовании и перспективах. Решение этого вопроса возможно через реализацию приоритетных национальных проектов, федеральных и областных программ поддержки семьи и ребенка.

## 9.2. Дети с ограниченными возможностями

Государственная политика в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации определяется Федеральным законом РФ № 181-ФЗ от 24.11.1995 г. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Согласно концепции ВОЗ, поводом для установления инвалидности у детей является не утрата трудоспособности, как у взрослых, и не сама болезнь или травма, а их последствия, проявляющиеся в виде нарушения той или иной психологической, физиологической и анатомической структуры или структуры, приводящей к ограничению жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Увеличение числа детей-инвалидов в России отмечено в период с 1990 по 1993 гг., в период социально-экономического кризиса. Рост наблюдается и в последние годы. Отмечается увеличение количества детей-инвалидов в Самарской области. Если в 1999 г. их число составило 9762 человек, то в 2002 г. – уже 13 648 человек, а это более 2 % от всего детского населения области. Первичная инвалидность у детей в 1999 г. составила 26,8 %, в 2002 г. – 26,4 %. Приводятся данные, что в настоящее время 28 % детей в возрасте до 3 лет – инвалиды. Причем детская инвалидность – более тяжелое явление, чем у взрослых, поскольку у детей легче формируются предпосылки социальной дезадаптации.

В последние годы более всего из гуманных целей термин «инвалид» заменен на термин «дети с ограниченными возможностями».

Концепция последствий болезни отражена в Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

**Нарушение** – это любая потеря или аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры или функции здоровья. Международная номенклатура выделяет следующие основные нарушения применительно к индивидууму:

1. Умственные.
2. Другая психологическая патология.
3. Языковые и речевые нарушения.
4. Ушные (слуховые и вестибулярные).
5. Зрительные.
6. Висцеральные и метаболические нарушения, расстройства питания.
7. Двигательные.

8. Уродующие.

9. Патологические изменения общего характера.

**Ограничение жизнедеятельности у детей** – это любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для данного возраста. Ограничение жизнедеятельности ребенка определяется как отклонение от возрастной нормы жизнедеятельности вследствие нарушения здоровья. Характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучением, игровой и трудовой (с 14 лет) деятельностью.

**Классификация ограничений жизнедеятельности:**

1. Снижение способности адекватно вести себя.
2. Снижение способности общаться с окружающими.
3. Снижение способности передвигаться.
4. Снижение способности действовать руками.
5. Снижение способности владеть телом при решении некоторых бытовых задач.
6. Снижение способности ухаживать за собой.

**Международная шкала рубрик тяжести ограничения жизнедеятельности:**

- 0 – нет ограничений;
- 1 – трудности в деятельности;
- 2 – деятельность при помощи вспомогательных средств;
- 3 – деятельность при содействии окружающих лиц;
- 4 – зависимая деятельность;
- 5 – выраженная неспособность действовать;
- 6 – полная неспособность действовать;
- 7 – тяжесть не уточненная.

**Социальная недостаточность** в характеристиках здоровья понимается как недостаток данного индивида, связанный с нарушением или ограничением жизнедеятельности, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или не может выполнять совсем обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения).

**Международная классификация социальной недостаточности.**

1. Социальная недостаточность из-за ограничения физической независимости.
2. Социальная недостаточность из-за ограничения мобильности.
3. Социальная недостаточность из-за ограничения способности заниматься обычной деятельностью.
4. Социальная недостаточность из-за ограничения способности к профессиональной деятельности.
5. Социальная недостаточность из-за ограничения экономической самостоятельности.

6. Социальная недостаточность из-за ограничения способности к интеграции в обществе.

На основании Постановления Правительства РФ «О порядке и условиях признания лица инвалидом» № 95 от 20.02.2006 г. признание гражданина инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы. Медико-социальная экспертиза проводится для установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина (в том числе степени ограничения способности к трудовой деятельности) и его реабилитационного потенциала.

Инвалидам, в зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид». Категория «ребенок-инвалид» присваивается на 1 или 2 года либо до достижения гражданином возраста 18 лет.

Анализируя причины возникновения детской инвалидности, можно выделить факторы, провоцирующие возникновение инвалидности у детей:

- биологические (высокий уровень хронических, врожденных и генетических заболеваний родителей, патология внутриутробного периода; имеют значение: возраст матери (старше 30 лет); наличие профессиональных вредностей, алкоголизм, наркомания у родителей и др.;

- факторы медико-организационного характера (выявление заболевания, продолжительность периода от выявления заболевания до оформления инвалидности и начала реабилитации и др.);

- социально-средовые (ухудшение экологической обстановки, социальное неблагополучие семей, неблагоприятные условия труда женщин, отсутствие возможности для здорового образа жизни).

По статистическим данным, среди заболеваний, обуславливающих возникновение инвалидности по России, на первом месте стоят болезни нервной системы и органов чувств (почти половина из них детский церебральный паралич); на втором месте – психические расстройства (более 70 % – умственная отсталость); на третьем месте – врожденные аномалии, на четвертом – болезни органов дыхания (в основном бронхиальная астма). Наибольшими темпами происходит увеличение числа инвалидов от туберкулеза, затем следуют болезни кожи и подкожной клетчатки, внутриутробная патология, болезни костно-мышечной системы, мочеполовой системы, органов пищеварения, врожденных аномалий.

В России сложилась достаточно развитая система оказания медико-социальной помощи детям с ограниченными возможностями. Детям-инвалидам предоставляются медицинская помощь и диспансерное наблюдение в ряде учреждений (медицинские центры детей-инвалидов, стационары, детские поликлиники). Для детей-инвалидов создана и функционирует развитая сеть специальных (коррекционных) образовательных учреждений.

Образовательные учреждения совместно с органами социальной защиты населения и органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов, получение ими среднего общего образования, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Детям-инвалидам дошкольного возраста предоставляются необходимые реабилитационные меры и создаются условия для пребывания в детских дошкольных учреждениях общего типа. Для детей-инвалидов, состояние здоровья которых исключает возможность их пребывания в детских дошкольных учреждениях общего типа, создаются специальные дошкольные учреждения.

При невозможности осуществлять воспитание и обучение детей-инвалидов в общих или специальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях органы управления образованием и образовательные учреждения обеспечивают с согласия родителей обучение детей-инвалидов по полной общеобразовательной или индивидуальной программе на дому.

Порядок воспитания и обучения детей-инвалидов на дому, в негосударственных образовательных учреждениях, а также размеры компенсации затрат родителей на эти цели определяются Правительством Российской Федерации. Содержание детей-инвалидов в дошкольных и общеобразовательных учреждениях осуществляется за счет средств бюджета соответствующего субъекта Российской Федерации.

Процесс социальной реабилитации – это процесс взаимодействия личности и общества; это сложный процесс взаимодействия личности с социальной средой, в результате которого формируются качества человека как подлинного субъекта общественных отношений. Главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в нарушении его связи с миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченном общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей. Одной из главных целей социальной реабилитации является приспособление, адаптация к социальной реальности, что служит условием нормального функционирования общества.

В настоящее время реабилитацию рассматривают как динамическую систему взаимосвязанных компонентов, направленных на устранение не только болезненных клинических проявлений, но и восстановление личностного и социального статуса. Необходима система реабилитации детей-инвалидов, объединяющая усилия всех ведомств и учреждений, на основе индивидуальных реабилитационных программ.

Мощным импульсом по улучшению положения детей стали федеральные целевые программы «Дети России», «Дети-инвалиды», «Развитие социального обслуживания семьи и детей», областная программа «Дети Самарской области». В ходе реализации программы «Дети-инвалиды»

в Санкт-Петербурге, Москве, Самаре созданы инновационные модели специальных служб, единая система оказания различных видов помощи детям с ограниченными возможностями. Эта система включает в себя:

- Педиатрическое бюро медико-социальной экспертизы.
- Систему реабилитации, объединяющую учреждения и ведомства в обеспечении комплексной реабилитации детей-инвалидов. Реализуется через открытые центры (областные, городские) реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями нового типа (на междисциплинарной основе).
- Совершенствование качества реабилитационной помощи и развития всех видов оздоровительного семейного отдыха (санатории, профилактории).
- Организацию подготовки кадров и повышения их квалификации по психологической, медицинской и социальной реабилитации детей с отклонениями в развитии.
- Создание служб социально-консультативной и социально-психологической помощи для родителей, создание служб социального патронажа и домашнего сопровождения семей с детьми-инвалидами.
- Обучение специалистов по раннему вмешательству (физиотерапевтов, социальных педагогов и педиатров развития).

Эффективность социализации и реабилитации детей с ограниченными возможностями во многом зависит от взаимодействия различных организаций, ведомств, социальных институтов. Только благодаря совместным усилиям и комплексному подходу, дети-инвалиды будут готовы к вхождению в общество, но и общество сможет их принять не с жалостью, а с конкретной помощью.

### **9.3. Беспризорность и безнадзорность**

Во многих российских городах заметным явлением стали бродящие по улицам дети, лишённые родительского надзора, в поисках пропитания и развлечения. Приводятся различные данные по численности беспризорных детей – до 4,5 млн, безнадзорных – около 1 млн (по данным Министерства здравоохранения и социального развития, МВД, независимых экспертов). Около 50 тысяч детей постоянно убегают из дома, и это только те, которые зарегистрированы. По официальной статистике, детей, которые не посещают школу, насчитывается около 20 тыс., а по неофициальной – значительно больше.

Современное состояние проблемы беспризорности имеет свои исторические корни. На Руси беспризорными считали детей, бродяжничавших и побиравшихся вместе с родителями, проживавших в сообществе воров. Термин «беспризорный» возник еще в XVII в. с зарождением государственной заботы о нищих и бездомных. Так, при царе Алексее Федоровиче создается «Приказ призрения». Призреть – значит обратиться участливое

внимание, окружить заботой, предоставить физическую и моральную опеку. Соответственно, беспризорный – человек, лишенный полноценной заботы. Первоначально значение этого термина не было четко сформулировано, и употреблялся он как в отношении детей, так и взрослых, притом достаточно редко. Только к концу XVIII в. им все чаще обозначают несовершеннолетних, преимущественно до 14-16 лет.

В те времена значительное число нищих и бродяг скапливалось в городах в связи с бедствиями государственного масштаба. Например, таким бедствием был неурожай хлеба из-за дождей и успешных морозов 1601 г. Наличие в городах большого количества приезжих караванщиков, купцов, гостей упрощало добывание хлеба воровством и нищенством, позволяло легче затеряться в толпе и найти укромное убежище среди торжищ, разросшихся хозяйственных пристроек, мостов, каналов. Часть малолетних бродяжек разбирали по домам, так как рабочих рук при общинном укладе всегда не хватало. Обычно они работали в домашних ремесленных мастерских. С начала XVIII в. в дополнение к нищим по несчастью, в волостях, прилегающих к крупным городам, среди крестьян бурно развивается профессиональное нищенство. По праздникам в Москву «на заработки» специально, чтобы пополнить свой бюджет нищенством, стекались дети и матери с детьми. К середине века такой вид промысла уже передавался из поколения в поколение, и целые села регулярно выставляли своих нищих к церквям и трактирам.

Во второй половине XIX в. образовалось Общество призрения детей, просящих милостыню в Москве, которое объединило усилия всех общественных организаций, помогающих детям. При Московской городской думе был создан Городской совет по призрению беспризорных, в состав которого вошли многие видные общественные деятели и меценаты. Советом проводилась работа по изучению беспризорной среды, отработке принципов и системы оказания помощи беспризорным детям, создавались приюты. В эту работу активно включились врачи, педагоги, полиция и специально созданные группы социальных (трудовых) инспекторов. В 1914 г., с началом Первой мировой войны, поток детей, лишившихся отцов, дома, и тех, кто подался на поиски лучшей доли из обнищавших вдовствующих дворов, быстро наводнил Екатеринбург, Петербург, Москву и другие крупные города. Но, несмотря на все трудности военного времени, активная работа Городского совета продолжалась до декабря 1917 г.

Октябрьская революция и Гражданская война приводят к стремительному росту беспризорности. В беспризорной среде в 1918 г. полные сироты, лишившиеся родителей из-за войны, голода и революционных репрессий, составляли 40-45 %. С первых лет Советской власти вся работа по защите прав детей, включая и борьбу с беспризорностью, была возложена на Совет защиты детей при Народном комиссариате просвещения, созданном в 1919 г. Однако политика Советской власти, в частности программа прод-

разверстки (1920), засуха и неурожай, неумелое управление продовольственным снабжением, создали крайне тяжелую ситуацию в стране. За два года (1920-1922) количество беспризорных выросло, из них около 70 % были сиротами. Но главная проблема в том, что на фоне всеобщего обнищания, голода, отсутствия элементарных предметов потребления, неэффективности денежного обращения основными способами добывания пропитания становятся криминальные (воровство, грабежи, спекуляция).

Такая ситуация требовала решительных действий. В 1921 г. создана специальная Деткомиссия ВЦИК (Комиссия по улучшению жизни детей), возглавил которую Ф. Дзержинский. В марте 1922 г. создается дополнительный контрольный орган – Детская социальная инспекция при Отделе правовой защиты детей Наркомпроса. Она занималась не только вопросами беспризорности, но и защитой несовершеннолетних в семьях, на производстве и в детских учреждениях. При ЦИК СССР организован Специальный фонд им. Ленина (1924) для помощи голодающим и беспризорным детям. Все слои общества были вовлечены в борьбу с беспризорностью, проводились широкие агитационные кампании, выпускались плакаты и листовки. В 1931 г. вышло Постановление СНК СССР и ЦК ВКП(б) «О ликвидации детской беспризорности», в котором предлагалось усилить меры ответственности родителей и опекунов, ужесточить исполнение законодательства и ввести меры материальной ответственности за действия детей. Количество беспризорных удалось сократить. Это связано, конечно, с колоссальной проделанной работой и изменившимся экономическим положением страны.

Стремительная трансформация общества и экономический кризис в России в 90-е годы повлияли на рост беспризорности и безнадзорности. Вновь эта проблема стала приоритетной. Основными правовыми документами по урегулированию проблемы беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних в настоящее время являются Федеральный закон РФ № 120-ФЗ от 24.06.1999 г. «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» и Федеральный закон РФ от 22.04.2005 г. № 39-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

Безнадзорность и беспризорность, как правило, имеют между собой тесную связь, но существуют и определенные различия между этими двумя категориями.

*Безнадзорным* считается несовершеннолетний, контроль за поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или законных представителей либо должностных лиц. Безнадзорные дети лишены заботы и присмотра, но они живут с родителями, сохраняя связь с семьей.

*Беспризорным* является тот же безнадзорный, но не имеющий места жительства и (или) места пребывания. Для безнадзорности характерны следующие признаки: полное прекращение всякой связи с семьей, родственниками; обитание в местах, не предназначенных для жилья людей; подчинение кастовым криминальным законам беспризорников, добывание средств для обеспечения жизни асоциальными и преступными способами.

Улица становится основным местом пребывания безнадзорных и беспризорных, поэтому часто эти понятия объединяются терминами «уличные дети» или «уличная молодежь». «Уличные дети» – это несовершеннолетние, для которых улица представляет основную социальную и экономическую среду и которые наиболее часто лишены доступа к жилью. Беспризорники живут в подвалах, на чердаках домов, в люках. Их много на вокзалах и рынках, где они добывают себе пищу попрошайничеством и воровством. В большинстве случаев у данной категории детей появляется необходимость самим находить средства к существованию. Тем самым они фактически лишаются детского статуса, в соответствии с которым взрослые должны о них заботиться, и становятся членами неформальных уличных сообществ.

Такая обстановка, которая вследствие беспризорности и безнадзорности представляет опасность для здоровья и жизни несовершеннолетнего, не отвечает требованиям к его воспитанию и содержанию, приводит к правонарушениям или антиобщественным поступкам, определяется как *социально опасное положение*.

Истоки детской беспризорности и безнадзорности – в их семьях: пьянство родителей, безработица, жестокое обращение с детьми, конфликтные ситуации. Еще в 30-е годы А.С. Макаренко отметил: «Беспризорные 1921-1924 гг. уже давно исчезли... Наш теперешний беспризорный – это не продукт классового распада... Теперешний беспризорный – это прежде всего ребенок, потерявший семью. Причин этому много: более свободная форма семьи, отсутствие принудительного сожительства, более напряженное движение человека в обществе, большая загруженность отца и матери работой, отход женщины от семейной ограниченности, материальные и прочие формы противоречий».

Очень много семей совсем не занимаются воспитанием детей, родители грубо обращаются с ними, бьют, заставляют попрошайничать на улице. В таких семьях самым бесправным оказывается ребенок. Зачастую конфликты в семье в сочетании с трудностями в обучении подталкивают ребенка к уходу из дома и школы. *К семьям, находящимся в социально опасном положении*, относятся такие, в которых имеются дети, находящиеся в социально опасном положении, или родители (законные представители несовершеннолетних) не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение либо жестоко обращаются с детьми.

Бродяжничество и попрошайничество особую остроту стали принимать с изменением социально-экономической ситуации и экономическим кризисом после распада СССР: снижение уровня жизни людей повлекло увеличение миграционного потока из стран СНГ в крупные города России; ускоренная приватизация муниципальной собственности; активизация криминальных элементов; обманы при купле-продаже жилья. Эти обстоятельства отражались и отражаются прежде всего на детях. Большая часть безнадзорных детей, задержанных на улицах Москвы, являются мигрантами. Часть из них приезжает с родителями в поисках заработков. В Москве существует целая инфраструктура мест, где живут такие семьи. Это дешевые гостиницы, квартиры, как правило, недалеко от вокзалов, поезда, стоящие в отстойниках. Дети часто являются основными добытчиками в таких семьях, поскольку они более успешно, чем взрослые, могут заработать попрошайничеством или мелкой торговлей.

Существует определенная группа несовершеннолетних безнадзорных, склонных к бродяжничеству и попрошайничеству, совершивших побег из дома или воспитательных учреждений, не имеющих постоянного места жительства. По официальным данным, в Санкт-Петербурге около 5 тыс. детей группы «бомж» (без определенного места жительства) и более 30 тыс. «уличных», которых выгнали из дома родители побоями, голодом, насилием.

В ряде случаев жестокое обращение со стороны родителей заставляет ребенка покинуть дом. Термин «жестокое обращение» с детьми включает в себя физическую и психическую травму, сексуальное насилие, плохой уход за ребенком до 18 лет, создающие угрозу его здоровью и благополучию.

Жестокое физическое обращение с детьми чаще всего проявляется в следующем: запоздалое сообщение и противоречивое изложение о здоровье ребенка и причинах возникновения травм; неадекватная реакция родителей на тяжесть полученной ребенком травмы; наличие множества травм в разных стадиях заживления, специфических поражений кожи, повторных травм.

Эмоциональные признаки жестокого обращения проявляются в задержке эмоционального развития, речи; у маленьких детей может быть недоверчивость, пассивность либо, наоборот, они сильно тянутся к понравившимся взрослым. Эмоциональные отклонения становятся более выраженными в школьном возрасте, развиваются трудности во взаимоотношениях с учителями и сверстниками.

Сексуальное насилие классифицируется как изнасилование или инцест (насилие совершает родственник). Отмечаются у ребенка физические признаки насилия, изменение в поведении, выявляются инфекции, передаваемые половым путем.

Плохой уход за ребенком заключается в недостаточном обеспечении физических потребностей ребенка, в пренебрежении медицинской помощью, эмоциональном отвержении.

Медицинские проблемы «уличных детей» связаны также с ростом заболеваемости. У детей, находящихся вне надзора семьи, родственников, опекунов, могут выявляться, как и любых других детей, инфекционные и неинфекционные заболевания. Но у данной категории детей на первый план выходят наиболее социально значимые болезни: туберкулез, ВИЧ-инфицирование, паразитарные заболевания, хронические расстройства питания, психические расстройства и неврозы, заболевания, передаваемые половым путем, токсикомания и наркомания, алкогольная интоксикация, суицидальные попытки. В стационары беспризорники поступают с ОРВИ, острой кишечной инфекцией, дистрофией, анемией, рахитом, чесоткой, в состоянии алкогольного опьянения. Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ № 307 от 14.07.2003 г. «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним», при поступлении в лечебно-профилактическое учреждение беспризорных и безнадзорных детей обязательно проводятся:

- лабораторные обследования: общий анализ крови, мочи, кала на яйца глистов, кишечную группу, обследование на гепатит В, гепатит С, сифилис, ВИЧ-инфекцию, на дифтерийное носительство, на туберкулез (реакция Манту, флюорография – несовершеннолетним старше 15 лет);
- осмотры специалистами: врачом-педиатром, психиатром, наркологом, гинекологом, дерматовенерологом и консультация других специалистов по показаниям.

После оказания неотложной медицинской помощи и лечения таких детей направляют в социальные структуры.

Работу по выявлению беспризорных и безнадзорных детей выполняют различные организации. Органы внутренних дел и их оперативно-поисковые группы выявляют попрошак, бродяг и лиц «бомж». Лечебно-профилактические учреждения при поступлении детей этой категории для оказания им медицинской помощи передают информацию в УВД.

Дети, не имеющие места жительства, родителей, опекунов, помещаются в социальные приюты. Они находятся в приюте не более 6 месяцев. Если за этот период ребенок не будет возвращен в свою семью или его не усыновит другая семья, то ребенка переводят в интернат. При отсутствии приюта беспризорных несовершеннолетних, не совершивших правонарушений, нельзя помещать в приемник-распределитель. В «Центр временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей» (приемник-распределитель) принимаются только преступившие закон (ст. 22 ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»). В таких случаях беспризорных помещают в многопрофильную больницу и затем переводят в интернат.

Реабилитация безнадзорных детей в настоящее время является острой проблемой. Довольно часто безнадзорных детей выявляют работники милиции в экстренных ситуациях и помещают в центры социальной реабилитации. Дальнейшую реабилитацию детей целесообразно организовать следующим образом (по опыту работы службы семьи, материнства и детства Самарской области):

1. Определенная группа детей в перспективе может быть реадaptирована в биологические семьи. Такая технология требует межведомственной координации: социальное, психолого-медико-педагогическое сопровождение. Наблюдение и сопровождение осуществляют комплексные центры «Семья».
2. Когда отсутствует возможность вернуть ребенка в биологическую семью, его помещают в социально-реабилитационный центр. Но центр «Семья» продолжает работу с биологической семьей для восстановления утраченных функций. Через 3-6 месяцев, если биологическая семья не реадaptируется, решается вопрос о социальном статусе ребенка и его направлении в замещающую семью. За это время проводится комплексная реабилитация ребенка.
3. Безнадзорные дети, подвергшиеся насилию в семье, помещаются в центр социально-психологической реабилитации. Если ребенка нельзя возвратить в биологическую семью, то в судах рассматривается вопрос о лишении родителей родительских прав, и ребенок приобретает статус оставшегося без попечения родителей.

*Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних* – система социальных, правовых, педагогических и иных мер, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих безнадзорности, беспризорности, правонарушениям и антиобщественным действиям несовершеннолетних, осуществляемых в совокупности с индивидуальной профилактической работой с несовершеннолетними и семьями, находящимися в социально опасном положении.

Учитывая, что основная причина безнадзорности в семье, основные формы работы по профилактике безнадзорности включают: укрепление семьи, материальную поддержку семьи, психолого-педагогическую поддержку семьи, своевременную диагностику, восстановление родительско-детских отношений. Организуют работу комитеты (отделы) по вопросам семьи, материнства и детства городов и районов. Исполняющими звеньями служат центры социального обслуживания семьи и детей. Специалисты по социальной работе выявляют проблему ребенка и, при необходимости изъять его из семьи, помещают в центр социальной реабилитации для несовершеннолетних.

Политика органов власти по защите детей от жестокого обращения должна осуществляться по следующим направлениям: законодательное обеспечение прав детей; обеспечение приоритетного права ребенка жить

и воспитываться в условиях семьи; поддержка семьи в целом; комплексное социально-психолого-медико-педагогическое сопровождение детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Работа по защите детей от жестокого обращения должна включать: профилактику жестокого обращения; выявление факторов жестокого обращения с детьми; реабилитацию детей и реадaptацию; социальный патронаж.

### **Контрольные вопросы**

1. Какова роль семьи в формировании здорового поколения?
2. Что понимают под ограничением жизнедеятельности?
3. Каковы причины детской инвалидности?
4. Что вы знаете о реабилитации детей-инвалидов?
5. В чем заключаются проблемы беспризорных и безнадзорных детей?
6. Расскажите, что вы знаете о профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

**ГЛАВА 10.**  
**СОДЕРЖАНИЕ И МЕТОДИКА ТЕХНОЛОГИЙ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ В ЦЕНТРАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ**

Существование в каждом сообществе людей, не вписывающихся в стандарты социальной структуры, обусловлено разными причинами. Речь идет о людях, не способных существовать в рамках установленных правил поведения и обеспечить собственную жизнедеятельность. Собственно, дезадаптированными являются любые граждане, образ жизни которых и физические (психологические) возможности рассогласованы с окружением. Каждый человек рано или поздно, чаще или реже попадает в положение дезадаптированного, когда его знания, умения, навыки и т.п. вдруг отстают от требований окружающей среды и недостаточны для выживания. Это вынуждает человека изменяться (адаптироваться) либо изменять среду, что является обязательным для прогресса. Однако есть ситуации, когда подобные изменения невозможны либо в силу слабости самого человека, либо в силу длительности и трудоемкости (энергоемкости, материалоемкости и пр.) процессов изменения. Тогда наступает длительная адаптация, которая вынуждает прибегать к мерам социальной помощи для сохранения культуры общества.

Среди категорий граждан, длительно дезадаптированных к окружающей среде и социуму, можно отнести:

- беженцев и вынужденных переселенцев;
- пострадавших в результате стихийных бедствий, техногенных катастроф и военных действий;
- преступников, находящихся в местах лишения свободы;
- преступников, укрывающихся от правосудия;
- бывших преступников, отбывших срок наказания;
- лиц без определенного места жительства (бомжей);
- профессиональных нищих;
- инвалидов всех категорий;
- престарелых одиноких граждан;
- военнослужащих военной службы либо находящихся в особых условиях (длительные военные сборы, казарменное положение, заставы и отдаленные воинские части и пр.);
- несовершеннолетних в возрасте до 16 лет.

Этот перечень не может быть закрытым, так как ситуации, приводящие к дезадаптированности, совершенно непредсказуемы.

### **10.1. Медико-социальные аспекты пенитенциарной системы**

Термин «пенитенциарность» по значению связан с исправительной мерой, тюремным заключением. Пенитенциарная система – это места лишения свободы, тюрьмы, лагеря, колонии. Основным смысл пенитенциарной системы – наказание за преступление путем лишения свободы или жизни и перевоспитание (исправление) преступника. Пенитенциарные учреждения создаются обществом для защиты от людей, признанных виновными в преступлениях или ожидающих суда.

Исправительные учреждения являются органами государства, входящими в пенитенциарную систему, на которую возложено исполнение лишения свободы на определенный срок и пожизненное лишение свободы в целях исправления осужденных и предупреждения с их стороны новых преступлений, а также обеспечение правопорядка и законности в их деятельности, безопасности осужденных и персонала, должностных лиц, привлечение осужденных к труду, организация их общего и профессионального образования, обеспечение охраны здоровья осужденных.

Систему пенитенциарных учреждений определяет классификация осужденных к лишению свободы.

Вид исправительного учреждения определяет суд при вынесении приговора. При этом он учитывает возраст и пол осужденного, тяжесть совершенного преступления, форму вины, срок назначенного наказания, факт отбывания ранее назначенного наказания в виде лишения свободы, рецидив, опасный и особо опасный рецидив преступлений. Указанные категории призваны обеспечить раздельное отбывание, чтобы гарантировать личную безопасность осужденных, предупредить отрицательное влияние наиболее запущенных в криминальном отношении осужденных на других и создать предпосылки для их исправления.

Исправительные колонии предназначены для отбывания осужденными, достигшими совершеннолетия, лишения свободы. Они подразделяются на: колонии общего режима (где содержатся осужденные первый раз за преступления, не являющиеся тяжкими), колонии строгого режима (где содержатся осужденные за особо опасные преступления) и колонии особого режима (где содержатся особо опасные рецидивисты, которым смертная казнь заменена лишением свободы пожизненно). В колониях-поселениях отбывают наказание осужденные к лишению свободы за преступления, совершенные по неосторожности, а также осужденные, переведенные из исправительно-трудовых колоний общего и строгого режима.

В тюрьмах отбывают наказание осужденные на срок свыше пяти лет за совершение особо тяжких преступлений, при особо опасном рецидиве пре-

ступлений, а также осужденные, являющиеся злостными нарушителями установленного порядка отбывания наказания, переведенные из исправительно-трудовых колоний. Тюремь бывает особого и строгого режима.

В воспитательно-трудовых колониях отбывают наказание несовершеннолетние осужденные, а также осужденные, оставленные в воспитательных колониях до достижения ими 21 года. Согласно ч. 6 ст. 88 УК РФ, несовершеннолетние мужского пола, осужденные к лишению свободы, а также несовершеннолетние женского пола отбывают наказание в воспитательных колониях общего режима, несовершеннолетние мужского пола, ранее отбывавшие лишение свободы, – в колониях усиленного режима.

Таким образом, все вышеперечисленные учреждения и составляют пенитенциарную систему РФ.

В процессе отбывания наказания в виде ограничения свободы многим осужденным может понадобиться медицинская помощь. Потребность в медицинском обслуживании зачастую связана с асоциальным поведением правонарушителей (злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами и др.) и развитием многих заболеваний. Серьезную проблему представляет распространенность в тюрьмах различных «социальных» болезней, таких как туберкулез, ВИЧ-инфицирование, СПИД. Кроме этого часть осужденных может нуждаться в продолжении лечения, начатом в исправительных учреждениях.

Лечебно-профилактическая и медико-социальная помощь лицам, осужденным к ограничению свободы, оказывается в соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» и Кодексом порядка отбывания наказания.

Для амбулаторного медицинского обслуживания осужденных по решению МВД и МЗ РФ могут создаваться специальные медицинские учреждения на территории исправительных заведений. В необходимых случаях для медицинского обслуживания, стационарной помощи осужденным лицам, нуждающимся в специализированной помощи, длительном лечении, администрацией исправительного центра может быть разрешен выезд за пределы учреждения. В данных случаях стационарное медицинское обслуживание осужденных лиц осуществляется органами здравоохранения по месту нахождения исправительных колоний в порядке, установленном нормативными актами МЗ РФ по согласованию с МВД. За выполнение установленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований ответственность несет администрация исправительных центров.

Медицинские учреждения в пенитенциарной системе осуществляют:

- медицинское обследование осужденных лиц при их поступлении в исправительные учреждения;
- диспансерное наблюдение и лечение осужденных с хроническими заболеваниями;

- санитарный надзор за условиями размещения, питания и труда осужденных;
- оказание неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях и травмах.

Проблема оказания медицинской помощи в тюрьме зачастую связана с тем, что тюремный врач является сотрудником тюрьмы, подчиненным тюремному начальству. Такое подчинение в ряде случаев не позволяет в полной мере выполнить свои обязанности в соответствии с медицинскими моральными принципами. Важным шагом к морализации и гуманизации медицинской практики в тюрьме является создание медицинских структур, независимых от руководства пенитенциарной системы. В соответствии с рекомендациями ООН в ряде стран врачи являются свободными специалистами, не являются сотрудниками пенитенциарной системы, которые приходят в тюрьму для выполнения профессионального долга. С 1977 г. в нашей стране тюрьмы стали передавать из ведения МВД Министерству юстиции, но до настоящего времени врачи тюрем остаются на должности офицеров внутренней службы.

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Врач не должен предоставлять информацию о состоянии здоровья пациента без разрешения пациента. Сведения о состоянии здоровья могут быть использованы для давления на заключенного или подсудимого. Вопрос о раскрытии врачебной тайны рассматривается в соответствии с законодательством.

Ориентация карательной системы на преимущественное лишение свободы привела к кризису пенитенциарной системы. Деятельность исправительно-трудовых учреждений направлена зачастую не на исправление осужденного, а на формирование образа «идеального» заключенного. В настоящее время исправительная система России не имеет научно обоснованных программ формирования законопослушной личности, не отвечает современным требованиям и социально-бытовое обеспечение заключенных. Особенно тяжелы последствия кризиса исправительно-трудовой системы в социальном отношении. Каждый третий третий освободившийся из мест лишения свободы совершает новое преступление, велико количество суицидов в исправительно-трудовых учреждениях.

Необходимо реформировать основы уголовно-исполнительной политики для вывода пенитенциарной системы из кризиса. Исправительно-трудовые учреждения должны стать своеобразными социальными клиниками, где будет происходить организация педагогического процесса перевоспитания, «лечение» социально запущенных заключенных. Такое решение возможно при участии в пенитенциарной деятельности социальных работников, ориентированных на нравственно-гуманистические принципы по отношению к заключенным. Опыт зарубежных стран наглядно это по-

казывает: в странах, где деятельность по перевоспитанию осужденных опирается именно на гуманистические принципы, а не на карательные меры, наиболее низок процент рецидивной преступности и общий уровень преступности в обществе.

Преобразование деятельности пенитенциарной системы, так же как и перестройка принципов пенитенциарной политики с репрессивных на гуманистически ориентированные, возможно при участии независимых общественных институтов гражданского общества для контроля и регулирования пенитенциарной системы. Одним из таких институтов является медико-социальная работа.

### **Содержание медико-социальной работы**

Медико-социальная работа в пенитенциарной системе имеет две направленности: профилактическую и патогенетическую.

В зависимости от контингента, с которыми проводится медико-социальная работа, обозначают группы клиентов: группу повышенного риска (все заключенные и обслуживающий персонал) и больные заключенные.

*Медико-социальная работа профилактической направленности с группой повышенного риска:*

- проведение профилактических мероприятий социально зависимых нарушений соматического, психического здоровья на индивидуальном и групповом уровнях;
- гигиеническое воспитание и формирование установок на здоровый образ жизни с учетом специфики клиентов групп повышенного риска, в том числе предупреждение распространения туберкулеза и ВИЧ-инфекции;
- проведение социально-гигиенического мониторинга;
- участие в организации профилактических осмотров.

*Медико-социальная работа патогенетической направленности с группой повышенного риска:*

- проведение социальной экспертизы семьи;
- медико-социальный патронаж семей осужденных;
- содействие в обеспечении государственных гарантий прав осужденных лиц в охране здоровья и оказании медико-социальной помощи;
- содействие в решении правовых вопросов клиента;
- психокоррекционная работа.

*Медико-социальная работа профилактической направленности с больными заключенными:*

- профилактика неблагоприятного развития и декомпенсации соматического или психического статуса, инвалидности, смертности;
- выявление и оздоровление неблагоприятной микросреды;

- предупреждение общественно опасных действий;
- социально-правовое консультирование;
- представление в органах власти интересов клиентов, нуждающихся в медико-социальной помощи;
- содействие клиентам в преодолении социально-бытовых трудностей, представляющих угрозу для их здоровья и здоровья окружающих;
- разрешение социального конфликта в микросоциуме заключенного, связанного с состоянием здоровья клиента;
- предоставление информации о льготах и мерах социальной защиты;
- содействие в получении медицинской, психологической, правовой и материальной помощи.

*Медико-социальная работа патогенетической направленности с больными заключенными:*

- оказание медико-социальной помощи, включающей организацию ухода и лечения;
- обеспечение преемственности во взаимодействии со специалистами смежных профессий;
- организация специализированной медицинской помощи;
- психотерапия;
- коммуникативный тренинг и тренинг социальных навыков;
- обеспечение социальной защиты ВИЧ-инфицированных.

## **10.2. Медико-социальные проблемы беженцев и вынужденных переселенцев**

Среди дезадаптированных групп людей можно выделить граждан, бедственное положение которых признается общественностью в качестве следствия объективных причин: инвалиды; престарелые; военнослужащие; несовершеннолетние; беженцы, пострадавшие в катастрофах. Поэтому их скорейшая адаптация входит в социальную политику государства, что дает право на обеспечение среди прочих мер медико-социальной помощью, регламентированной нормативными и правовыми актами.

Беженцы – вынужденные мигранты, появляющиеся вследствие экономической нестабильности, межнациональных конфликтов, углубления процесса распада государственности. Федеральный закон «О беженцах» дает определение тех, кто может получить статус беженца: «Беженец – это лицо, которое не является гражданином РФ и которое в силу обоснованных опасений может стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, национальности, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений, находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны, или не желает пользоваться такой защитой, или, не имея определенного гражданства и находясь вне страны своего прежнего

обычного места жительства в результате подобных событий, не может или не желает вернуться в нее вследствие таких опасений».

В соответствии с Законом РФ «О вынужденных переселенцах» от 20.12.1995 г., «вынужденный переселенец – это гражданин России, покинувший место жительства вследствие совершенного в отношении его или членов его семьи насилия или преследования в иных формах либо вследствие реальной опасности подвергнуться преследованию по признаку расовой или национальной принадлежности, вероисповедания, языка, а также по признаку принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений, ставших поводами для проведения враждебных кампаний в отношении конкретного лица».

Следовательно, разделение происходит по принципу гражданства: вынужденный переселенец – это гражданин той страны, в пределах которой он передвигается, беженец – нет.

Действующее законодательство РФ предоставляет лицам, имеющим статус беженца или вынужденного переселенца, весьма широкие права, осуществление которых предусматривается в значительной мере за счет субъектов РФ. В частности, ст. 7 Закона «О вынужденных переселенцах» предусматривает, что органы исполнительной власти субъектов РФ включают вынужденных переселенцев в список граждан на получение жилья, строительство которого ведется за счет местного бюджета, причем независимо от срока проживания в данной местности (пункт 2), предоставляют также переселенцам, нуждающимся в улучшении жилищных условий, безвозмездные субсидии (пункт 4), оказывают всевозможное содействие в обустройстве, производят выплату пенсий, пособий, обеспечивают медицинское обслуживание, образование и т.д.

Федеральный закон «О беженцах» (ст. 6 и 8) также предусматривает весьма значительные затраты на обеспечение предоставленных беженцам прав. Каждому, претендующему на получение такого статуса, необходимо обеспечить услуги переводчика, оказать содействие в обеспечении проезда и провоза багажа, выплатить единовременное пособие на каждого члена семьи, выдать направление в центр временного размещения, обеспечить безопасность в местах размещения силами органов внутренних дел, обеспечить питание и пользование коммунальными услугами, медицинскую и лекарственную помощь, оказать содействие в направлении на профессиональное обучение.

Основания для отказа в предоставлении статуса переселенца или беженца, предусмотренные федеральными законами, не позволяют субъекту Федерации (территориальному органу миграционной службы) направлять лиц, ходатайствующих о предоставлении статуса, в другие регионы, в частности по причине целесообразности размещения этой категории лиц в данном регионе. Таким образом, в законе полностью предусмотрена возможная защита интересов вынужденных мигрантов, но механизм управле-

ния миграционными потоками в масштабе всей страны, который должен учитывать и законные интересы регионов, до сих пор не отлажен.

Вынужденная миграция привлекает все более пристальное внимание общественных организаций, правоохранительных органов, государственных структур и средств массовой информации.

Субъекты вынужденной миграции – это лица, ищущие убежища. Правовые основы предоставления убежища, определение статуса и оказание помощи таким лицам регулируются законами Российской Федерации «О беженцах», «О вынужденных переселенцах», «О гражданстве Российской Федерации» и иными правовыми актами.

Несмотря на помощь, получаемую от городских, федеральных и международных источников, условия социально-психологического развития детей из семей вынужденных мигрантов как в целом, так и по отдельным категориям весьма неблагоприятны:

- преобладающая часть детей проживает в крайне стесненных жилищных условиях на площади от 3-4 до 6 м<sup>2</sup> на одного члена семьи;
- для отдельных категорий детей существует языковой и общекультурный барьер в получении образования и профессиональной подготовке;
- наличие детей в семьях социально незащищенных категорий (многодетные, трое и более детей, без одного или обоих родителей);
- пребывание части детей в семьях, относящихся к группе риска по медицинским показаниям (семьи с хроническими инфекционными и психическими заболеваниями) и криминальным (с членами семьи, совершившими правонарушение и преступления) показаниям;
- пребывание в городе детей из отдельных категорий семей незарегистрированных вынужденных мигрантов, фактически полностью находящихся вне контроля и помощи со стороны органов здравоохранения, образования, служб социального комплекса города. До сих пор не решены вопросы медицинского обслуживания беженцев и вынужденных переселенцев и их детей в период рассмотрения ходатайства о предоставлении статуса беженца и вынужденного переселенца, то есть в тех условиях, когда люди не имеют полиса обязательного медицинского страхования.

Рассматривая вопрос о состоянии здоровья беженцев, необходимо учитывать стадию, на которой находятся граждане этой категории. Если оценивать состояние здоровья и медицинского обслуживания беженцев и вынужденных переселенцев в короткие сроки после смены ими места жительства, то, несомненно, можно обнаружить много негативных явлений: нарушение индивидуального здоровья вследствие процессов, приведших к перемещению; отсутствие интегрированности в существующую систему оказания медицинской и профилактической помощи; неготовность здравоохранения к оказанию помощи. В местах временной концентрации бежен-

цев и вынужденных переселенцев обостряются эпидемиологические ситуации, особенно с кишечными инфекциями и инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем. Часто в местах временного пребывания беженцев и вынужденных переселенцев не налажен санитарно-противоэпидемический режим, бесперебойное водоснабжение, уборка отходов и т.д. Однако на следующем этапе жизнеустройства беженцев и вынужденных переселенцев обычно происходят положительные изменения: граждане получают необходимое медицинское обслуживание и медицинское страхование, обустроиваются в населенных пунктах и рассредоточиваются среди местного населения.

Выход из сложившейся достаточно трудной ситуации может дать социальная медицина, ориентированная на беженцев и вынужденных переселенцев, детей и женщин, стариков, лиц с ограниченными физическими возможностями, матерей-одиночек, детей-сирот, мужчин, потерявших социальный статус, а значит, положение в семье как кормильца и защитника. Ни хорошо организованная миграционная служба, ни клиническая и профилактическая медицина не в состоянии решить проблем, которые являются приоритетными для социальной медицины.

Беженцам свойственны психологические особенности: специфическое мировосприятие, угнетенность психики, повышенная чувствительность к несправедливости и др.

Социальная работа с беженцами и мигрантами – это:

- профессиональная деятельность по оказанию помощи беженцам и мигрантам в повседневной жизни и в способности социального функционирования в новой иноэтнической среде;
- создание условий для преодоления кризисного состояния и возвращения к самостоятельной жизни и жизнеобеспечению;
- содействие в реализации возможностей и получении необходимых материальных ресурсов, предназначенных беженцам и мигрантам в соответствии с действующим законодательством.

Конкретный специалист по социальной работе с рассматриваемыми группами населения выполняет следующие функции:

- социально-терапевтическую – восстановление физических сил клиента, оказание ему необходимой медицинской помощи;
- предупредительно-профилактическую – комплекс мер по предупреждению негативных последствий в развитии социальной ситуации, в которой находится беженец, мигрант;
- диагностическую – сбор информации о клиенте и его ситуации, ее анализ с целью определения средств, методов оказания эффективной помощи;
- организационно-коммуникативную – привлечение к разрешению проблем беженцев и мигрантов специалистов различных ведомств и налаживание действенной связи между ними;

- психологическую – создание необходимых условий и оказание психологической помощи для восстановления способности индивида к активной социальной деятельности;
- охранно-защитную – использование правовых норм и гарантий для защиты прав клиента.

### 10.3. Медико-социальные проблемы граждан с девиантным поведением

Группа дезадаптированных граждан с девиантным поведением включает в себя категории, находящиеся в конфликтных отношениях с государством и большей частью общества: профессиональные преступники, бродяги и нищие, проститутки, лица, страдающие алкогольной или наркотической зависимостью и др.

Под девиантным поведением принято понимать поведение индивидов и социальных групп, не соответствующее общепринятым или официально установленным социальным нормам и ожиданиям.

Самая общая и самая важная проблема этой группы людей – отсутствие медицинской помощи во всех ее видах. Нет медицинской страховки, нет возможности оплатить медицинские услуги и пр. Порой им отказывают даже в предоставлении срочной медицинской помощи.

Отсутствие прописки (в других странах – вида на жительство) не дает возможности охватить эти категории диспансеризацией и различными видами профилактики. Они становятся источниками заболеваний, носителями, неиммунизированной прослойкой, в которой могут сохраняться различные инфекционные агенты.

Труднопредсказуемый, непрогнозируемый и неконтролируемый контакт с людьми из других слоев общества приводит к выбросу инфекционного начала в эти слои.

Существование особых видов субкультуры или общественно нормируемых поведенческих и прочих отношений, на которые не распространяется организация лечебно-профилактической помощи, является дополнительной нагрузкой для общества.

Повышенная восприимчивость к психическим заболеваниям (с одной стороны, эти заболевания могут быть причинами маргинальности, с другой – стрессы, вызванные маргинальностью, приводят к психическим заболеваниям) – отличительная черта граждан с девиантным поведением.

Поддержание здоровья этих граждан является личной заботой каждого, при этом ни государство, ни другие организации не несут никакой ответственности.

На сегодняшний день общепризнанной ведущей стратегией противодействия маргинальности является профилактика как система комплексных государственных и общественных, социально-экономических и меди-

ко-социальных, психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, на всемерное укрепление здоровья. Не менее важны и программы реабилитации лиц с девиантным поведением, которые отличаются чрезвычайным разнообразием. Важнейшими компонентами, присущими большинству реабилитационных программ, являются: реабилитационная среда, терапия занятостью, психотерапия и психокоррекция, работа с семьей, работа с социальным окружением, образовательные программы.

Основные правила медико-социальной работы с этой группой населения – признание, неосуждение, индивидуализация, самоопределение, рефлексия, партнерство и доверие.

Необходима концепция, основанная на комплексном подходе к проблеме, подразумевающая согласованные действия различных служб: социальной, психологической, медицинской.

#### **10.4. Медико-социальные проблемы бомжей**

Социологи определяют категорию «бездомных» как людей, не имеющих жилья: ни собственного, ни служебного, ни взятого внаем, ни предоставленного на долговременной основе родственниками или друзьями; или пользующихся доступом к жилью на эпизодической основе и рискующих остаться без него в любой момент.

Люди без особого места жительства – бомжи – появились как социальный феномен в нашей стране в конце 80-х годов XX в. Главные причины их появления – приватизация и свободная продажа жилья.

В настоящее время в России числится 4 млн бомжей – лиц без определенного места жительства. Неоднородность данной категории граждан, потерявших жилье и работу (утративших жилье в результате операций с недвижимостью, вернувшихся из мест заключения, иногородних и т.д.), социальная деградация большей части из них и неопределенность с перспективой получения жилья создает дополнительные трудности в организации работы с этим контингентом. Решения проблемы социально-трудовой адаптации лиц без определенного места жительства являются весьма актуальными. Особое внимание необходимо уделять той группе бомжей, которая оказалась в таком положении в известной степени случайно, в силу, например, сложившихся обстоятельств, характерных для настоящей социально-экономической ситуации в стране. Речь идет о бомжах, еще сохранивших человеческий облик и профессиональные навыки. Они еще стремятся восстановить свой социально-трудовой статус. Эти граждане отличаются от другой группы бомжей, характеризующейся особым социально-психологическим статусом: асоциальным поведением, разрывом всех связей с другими членами общества (родственниками, друзьями, бывшими

сослуживцами или даже сокамерниками), для которых «бездомность» стала философией жизни и смерти.

В социальной работе с бездомными можно выделить два направления:

- терапевтическое, направленное на преодоление уже сложившейся ситуации крайне бедственного положения;
- профилактическое, предполагающее оказание помощи до наступления крайней нужды и предотвращающее ее. Профилактические меры возможны и необходимы при массовых перемещениях населения по каким-либо причинам.

Срочная терапевтическая помощь нужна людям, которые уже оказались на улице в экстремальных условиях. Правительством Российской Федерации принят ряд нормативных документов, определяющих меры социальной защиты для этой категории граждан. Постановление «О мерах по развитию сети учреждений социальной помощи для лиц, оказавшихся в экстремальных условиях без определенного места жительства и занятий», принятое в 1995 г., предполагает формирование сети учреждений в каждом регионе, которая включает в себя следующие виды социальных служб: дома ночного пребывания, социальные приюты, социальные гостиницы, социальные центры. Постановление Правительства РФ «Об утверждении примерного Положения об учреждениях социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий» от 08.06.1996 г. регулирует деятельность этих служб. В ряде регионов приняты собственные программы помощи бездомным, включающие организацию бесплатного питания, выдачу одежды, материальной помощи.

Некоторую роль в заполнении вакуума социально-медицинской работы с этой категорией граждан играют дома ночного пребывания – ночлежки, основной задачей которых является предоставление приюта и убежища. Кроме того, в домах ночного пребывания имеется медицинская служба, сотрудники которой способны выявить наиболее актуальные заболевания среди поступающих к ним граждан и направить их в лечебные учреждения. Однако условия приема на обслуживание предусматривают проведение санитарно-гигиенических мероприятий с каждым клиентом. По этой причине и по ряду других дома ночного пребывания не пользуются популярностью у бродяг со стажем, поэтому их влияние на санитарно-эпидемиологическую ситуацию среди данной категории граждан незначительно.

К сожалению, очевидным в отношении бомжей является то, что почти все они больны инфекционными заболеваниями, в том числе и теми, которые при снижении общего иммунитета народонаселения в состоянии вызывать эпидемии (например, туберкулез). С точки зрения профилактической и превентивной медицины бомжи – носители инфекционных и психических болезней.

Бомжей можно было бы спасти, если, основываясь сугубо на медицинских показателях (инфекционных, психиатрических), всех их госпитализировать в соответствующие больницы. Но это – нарушение прав человека, морали и религиозных установок. Возвращение бомжей в общество путем не клинического, а социального «лечения» – самая трудная задача социальной медицины. Но методов такого воздействия ни в нашей стране, ни за рубежом не существует.

### **Контрольные вопросы**

1. Что определяет термин «пенитенциарная система»?
2. Объясните необходимость медицинского обслуживания в пенитенциарных учреждениях.
3. Как организовано медицинское обслуживание в пенитенциарной системе?
4. В чем заключается содержание медико-социальной работы в пенитенциарной системе?
5. Что вы знаете о беженцах и мигрантах?
6. Расскажите о проблемах беженцев и временных переселенцев.
7. Что включает в себя социальная работа с беженцами и мигрантами?
8. Какие функции выполняет специалист по социальной работе с мигрантами и беженцами?
9. Что понимают под девиантным поведением?
10. Какие проблемы возникают у лиц с девиантным поведением?
11. Чем может помочь социальный работник гражданину с девиантным поведением?
12. Кто такие бездомные люди?
13. Какие направления медико-социальной работы выделяют при работе с бомжами?
14. Какие документы определяют меры социальной защиты этой категории граждан?

## ГЛАВА 11. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ГРАЖДАНМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

### 11.1. Общие представления о чрезвычайных ситуациях

В Федеральном законе Российской Федерации от 21.12.94 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» представлены основные понятия:

- **Чрезвычайная ситуация** – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.
- **Предупреждение чрезвычайных ситуаций** – это комплекс мероприятий, проводимых заблаговременно и направленных на максимально возможное уменьшение риска возникновения чрезвычайных ситуаций, а также на сохранение здоровья людей, снижение размеров ущерба окружающей природной среде и материальных потерь в случае их возникновения.
- **Ликвидация чрезвычайных ситуаций** – это аварийно-спасательные и другие неотложные работы, проводимые при возникновении чрезвычайных ситуаций и направленные на спасение жизни и сохранение здоровья людей, снижение размеров ущерба окружающей природной среде и материальных потерь, а также на локализацию зон чрезвычайных ситуаций, прекращение действия характерных для них опасных факторов.
- **Зона чрезвычайной ситуации** – это территория, на которой сложилась чрезвычайная ситуация.

В стране, согласно данному закону, создана единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС). Основными ее задачами являются:

- разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций;
- осуществление целевых и научно-технических программ, направленных на предупреждение чрезвычайных ситуаций и повышение устойчиво-

сти функционирования организаций, а также объектов социального назначения в чрезвычайных ситуациях;

- обеспечение готовности к действиям органов управления, сил и средств, предназначенных и выделяемых для предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций;

- сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций;

- подготовка населения к действиям в чрезвычайных ситуациях;

- прогнозирование и оценка социально-экономических последствий чрезвычайных ситуаций;

- создание резервов финансовых и материальных ресурсов для ликвидации чрезвычайных ситуаций;

- осуществление государственной экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций;

- ликвидация чрезвычайных ситуаций;

- осуществление мероприятий по социальной защите населения, пострадавшего от чрезвычайных ситуаций, проведение гуманитарных акций;

- реализация прав и обязанностей населения в области защиты от чрезвычайных ситуаций, а также лиц, непосредственно участвующих в их ликвидации;

- международное сотрудничество в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 21.05.2007 г. № 304 «О классификации чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», вместо классификации, ранее введенной в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 13 сентября 1996 г. № 1094, устанавливается новая классификация чрезвычайных ситуаций.

Классификация предусматривает в зависимости от территории распространения, количества людей, погибших или получивших ущерб здоровью либо размера ущерба чрезвычайные ситуации:

- **локального характера** (не выходящая за пределы территории объекта, при этом количество пострадавших – не более 10 человек или размер ущерба не более 100 тыс. руб.);
- **муниципального характера** (не выходит за пределы территории одного поселения или внутригородской территории города федерального значения, при этом количество пострадавших – не более 50 человек либо размер ущерба составляет не более 5 млн руб.);
- **межмуниципального характера** (затрагивает территорию двух и более поселений, внутригородских территорий города федерального значения или межселенную территорию, при этом количество пострадавших либо ущерба аналогично критериям предшествующей ситуации);

- **регионального характера** (не выходит за пределы территории одного субъекта РФ, количество пострадавших составляет свыше 50 человек, но не более 500 человек либо размер ущерба составляет свыше 5 млн руб., но не более 500 млн руб.);
- **межрегионального характера** (затрагивает территорию двух и более субъектов РФ, количество пострадавших либо размер ущерба аналогичны региональной);
- **федерального характера** (количество пострадавших свыше 500 человек либо размер ущерба свыше 500 млн руб.).

Кроме того, чрезвычайные ситуации классифицируются на:

- 1) природные;
- 2) техногенные;
- 3) биологические;
- 4) социально-экономические;
- 5) террористические;
- 6) космические.

Существует несколько основных направлений борьбы с катастрофами:

- сведение к минимуму числа пострадавших, если бедствие нельзя предотвратить, т.е. проведение защитных мероприятий, включая и медицинскую защиту;
- спасение жертв катастрофы;
- своевременное обеспечение первой медицинской помощи;
- оказание раненым последующих видов (доврачебной и первой врачебной) медицинской помощи с эвакуацией в медицинские учреждения;
- обеспечение квалифицированной и специализированной медицинской помощи;
- создание пострадавшим нормальных условий для жизнедеятельности.

Эффективным средством уменьшения пагубных последствий стихийного бедствия или катастрофы являются также медицинские профилактические мероприятия:

- предоставление соответствующего укрытия для пострадавших;
- создание условий для выполнения элементарных норм личной гигиены;
- обеспечение доставки питьевой воды;
- снабжение доброкачественным продовольствием.

Причины травматизации, заболеваемости и смертности людей при стихийных бедствиях и катастрофах можно объединить в 4 основные группы [80]:

- травматические (термические) повреждения;
- психоэмоциональные стрессы;
- эпидемические (эндемические) заболевания;
- комбинированные поражения.

Соотношение числа погибших и получивших травмы бывает различным в зависимости от вида стихийного бедствия и (или) катастрофы. Число травм и заболеваний обычно превышает число смертельных случаев при пожарах, наводнениях, землетрясениях, эпидемиях. Число же смертельных случаев часто выше при ураганах, извержениях вулканов, оползнях, сходах лавин.

Неотложная медицинская помощь особенно необходима в течение первых 6-24 часов после катастрофы. Лечение пострадавших при стихийных бедствиях и других катастрофах может проводиться как на месте или в ближайших лечебных учреждениях, так и в лечебно-профилактических учреждениях, находящихся на удалении от места катастрофы.

При скоротечных чрезвычайных ситуациях (ураганах, смерчах, взрывах и т.д.) возможность оказания медицинской помощи представляется только после окончания действия поражающих факторов, а при длительно текущих (пожарах, наводнениях, эпидемиях и др.) она организуется непосредственно в момент действия поражающих факторов. Причем такие стихийные бедствия и техногенные катастрофы, как землетрясения, случаи массового отравления и др., могут потребовать привлечения значительных сил и средств для оказания медицинской помощи.

## 11.2. Стихийные бедствия

*Стихийные бедствия* – природные явления или процессы, которые вызывают катастрофические ситуации, характеризующиеся внезапным нарушением жизнедеятельности населения, разрушением и уничтожением материальных ценностей, поражением или гибелью людей. К стихийным бедствиям относятся: массовые лесные, торфяные и другие пожары; затопления и наводнения, вызванные цунами и другими природными явлениями; землетрясения, извержения вулканов, селевые потоки, оползни, обвалы, ураганы, бури и смерчи, снежные заносы и снежные лавины, эпидемии, эпизоотии, эпифитотии и массовое распространение вредителей лесного и сельского хозяйства.

В результате стихийных бедствий население остается без крова, одежды, продуктов питания, повреждаются водопроводные и канализационные системы, и т.д. Временное отсутствие элементарных санитарно-гигиенических условий может привести к обострению заболеваний и возникновению эпидемий.

Пострадавшему населению в ходе спасательных работ оказываются следующие виды помощи:

- доставка населению районов, пострадавших при стихийных бедствиях (авариях) питьевой воды, продовольствия, одежды;
- обеспечение палатками или другим временным жильем;
- оказание необходимой медицинской помощи;

- опознание и захоронение погибших;
- спасение домашних животных, материальных ценностей и их охрана;
- обеспечение общественного порядка;
- охрана государственного и личного имущества и другие.

Следует учитывать, что не всякое стихийное бедствие (авария) является чрезвычайной ситуацией.

Природные опасные явления подразделяют по следующим признакам:

- гидрологические (наводнения, паводки и пр.);
- геологические (землетрясения);
- метеорологические, когда так называемые волны холода приходят в виде резких падений температуры и сопутствующих им наледей, метелей, буранов, снежных бурь, обильных снегопадов.

**Землетрясение** – это подземные колебания и толчки в результате сейсмических волн и подвижек определенных участков земной коры. Проявления: колебание земли, образование трещин, обвалы, оползни, сели и т.д. Землетрясения занимают первое место в ряду стихийных бедствий по человеческим жертвам и ущербу.

Основные опасности для жизни и здоровья людей создаются:

- в результате разрушения (обрушения) строительных конструкций зданий и сооружений;
- при разрушениях на потенциально опасных объектах, нефтепродукто- и газопроводах;
- при разломах земной коры;
- при образовании завалов;
- при разрушении систем жизнеобеспечения.

Землетрясение интенсивностью в 6-7 баллов и выше нарушает нормальную жизнедеятельность людей и представляет опасность для их здоровья и жизни. Людские потери и материальный ущерб при землетрясении обусловлены прежде всего степенью разрушения зданий, поэтому при интенсивности его более 9 баллов в течение нескольких минут и даже секунд возможна массовая гибель людей. Наиболее сложная обстановка возникает в больших городах, когда в результате землетрясения разрушаются здания, сооружения, коммуникации, системы газо-, водоснабжения и канализации, возникают пожары, появляется значительное число пострадавших с травмами, ожогами, синдромами длительного сдавливания.

*Признаки близкого землетрясения:*

- запах газа в районе, где раньше этого не замечалось;
- беспокойство птиц и домашних животных;
- вспышки в виде рассеянного света зарниц;
- искрение близко расположенных (но не соприкасающихся) электрических проводов.

*Меры помощи.* Для выполнения мероприятий по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций необходимо привести в действие все силы и средства медицинской службы и обеспечить круглосуточный режим работы.

В зоне стихийного бедствия во время проведения спасательных работ оказывается первая медицинская помощь. Она осуществляется в порядке само- и взаимопомощи, а также личным составом спасательных формирований. На пострадавших объектах этот вид помощи оказывается здравпунктами, а в жилых районах – подвижными формированиями сборно-эвакуационного пункта. Важная задача возлагается на врачей бригад, первыми прибывших в очаг бедствия. Они должны сориентироваться в масштабе и характере катастрофы, качестве и виде поражений, найти возможности для информирования органов здравоохранения. Кроме первой медицинской (доврачебной) помощи в очаге оказывается также и первая врачебная помощь с возможными элементами квалифицированной. После оказания первой врачебной помощи пострадавшие сразу же доставляются в ближайшие больницы для оказания им квалифицированной и специализированной медицинской помощи и проведения необходимого лечения.

В перечень медицинских мероприятий по организации жизнеобеспечения населения в случае землетрясения входит:

- организация работы бригад экстренной медицинской помощи;
- уточнение мест размещения, состояния сохранившихся стационарных лечебных учреждений, их койкоемкости;
- выяснение возможности использования административных зданий под лечебные учреждения;
- определение необходимости и дополнительной потребности в уникальной аппаратуре (аппарат искусственной почки и др.), медикаментах, запасах донорской крови и т.д.;
- уточнение потребного количества медперсонала, его специализации;
- определение путей ликвидации дефицита за счет перераспределения внутренних ресурсов, а также по объему поставок из других регионов, направление соответствующих заявок;
- принятие мер по созданию складов медицинского оборудования, лекарств и т.д.;
- определение потребности в дополнительном развертывании лечебной базы с учетом возможностей армейских и флотских госпиталей и других медицинских учреждений водой, теплом, энергетикой;
- организация противоэпидемических мероприятий в целях предупреждения инфекционных заболеваний;
- при наличии большого количества погибших следует предусмотреть создание моргов, ведение работы по опознаванию погибших, установлению и регистрации фактов смерти.

**Наводнение** – это временное затопление водой местности в пределах речной долины и населенных пунктов, расположенных выше ежегодно затопляемой поймы, вследствие обильного и сосредоточенного притока воды в результате снеготаяния или дождей либо вследствие загромождения русла реки льдом (весной) или шугой (осенью), причиняющих материальный ущерб, наносящих урон здоровью населения или приводящих к гибели людей. Среди климатических бедствий является наиболее значимым. От наводнения больше, чем от какого-либо другого стихийного бедствия, страдают люди, так как оно приводит к затоплению населенных пунктов, дорог, сельскохозяйственных угодий и т.д.

**Затопление** – покрытие какой-либо территории водой в период половодья или паводков либо вследствие устройства водоподъемного сооружения (плотины) в русле и долине реки. Затопление может быть долговременным, при котором хозяйственное использование затопляемых земель невозможно или нецелесообразно, и временным.

**Катастрофический паводок** – выдающийся по величине паводок (половодье) редкой повторяемости, на пропуск которого рассчитываются водосбросные отверстия гидротехнических сооружений.

**Зона вероятного катастрофического затопления** – зона вероятного затопления, в которой ожидаются или вероятны массовая гибель людей, сельскохозяйственных животных и растений, значительное повреждение или уничтожение материальных ценностей, в первую очередь зданий и сооружений, а также ущерб окружающей природной среде.

**Поражающие факторы.** Совместное воздействие волн, ветра, ливневых осадков вызывает значительный размыв побережья, что приводит к разрушению зданий и сооружений, размыву железнодорожных и автомобильных дорог, авариям на коммунально-энергетических сетях, уничтожению посевов и другой растительности, жертвам среди населения и гибели животных. После спада воды проседают здания и земля, начинаются оползни и обвалы.

К наводнению могут привести заторы и зажоры на реках. Заторы образуются во время ледохода. Они вызывают подъем уровня воды выше места скопления льда. Зажоры – скопление внутриводного и донного льда в русле реки. Они держатся долго и причиняют большой материальный ущерб.

*Меры предупреждения наводнений:*

- заготовка строительных материалов для борьбы с наводнениями (мешки с песком, камни, грунт);
- обучение населения правилам поведения в зоне наводнения;
- обваловывание зданий и сооружений;
- разрушение скопившегося льда;
- эвакуация людей, материальных ценностей и сельскохозяйственных животных и др.

Допустимое время пребывания человека в воде: при температуре воды 24 °С – 420-540 минут; 10-15 °С – 210-270 минут; 2-3 °С – 10-15 минут; – 2 °С – 5-8 минут.

*Особенности наводнений как ЧС и меры помощи.* При наводнениях любого вида отмечаются характерные медицинские последствия: утопления (асфиксия), механические травмы, воспалительные заболевания со стороны бронхолегочной системы, появление у значительной части населения нервно-психического перенапряжения, обострение различных хронических болезней. Отмечается гипотермия в связи с переохлаждением, ухудшается санитарно-гигиеническое и санитарно-эпидемиологическое состояние пострадавшего региона. При наводнении или катастрофическом затоплении водой населенных пунктов на значительных территориях большое количество людей оказывается без крова, питьевой воды и продуктов питания, подвергается воздействию холода, ветра и других метеорологических факторов.

Как показывает опыт, вслед за катастрофическим затоплением в первую очередь активизируются традиционные кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез, вирусный гепатит А), за которыми появляется волна зоонозных болезней (лептоспироз, туляремия и др.).

Первая медицинская помощь пострадавшим при наводнении включает прежде всего согревание, искусственную вентиляцию легких, непрямой массаж сердца, а также наложение повязок при травмах, транспортную иммобилизацию при переломах, введение обезболивающих средств. Первая врачебная помощь включает простейшие мероприятия, направленные на поддержание жизненных функций организма, – введение сердечных и успокаивающих средств, ингаляцию кислорода, при переломах – транспортную иммобилизацию, согревание, введение обезболивающих средств и т.д.

В лечебных учреждениях, куда эвакуируются пострадавшие, для них готовятся палаты в основном терапевтического профиля, устанавливается необходимое оборудование, создается запас определенных медикаментов.

Для организации санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий в зону катастрофического затопления направляются санитарно-эпидемиологические отряды и бригады экстренной санитарно-профилактической помощи, которые создаются на базе центров гигиены и эпидемиологии разного уровня.

В перечень медицинских мероприятий по организации жизнеобеспечения населения в случае наводнения входит:

- организация работы бригад экстренной медицинской помощи;
- подготовка лечебно-эвакуационных мероприятий;
- уточнение мест размещения, состояния стационарных лечебных учреждений, их койкоемкости;

- определение необходимости и дополнительной потребности медикаментов, запаса донорской крови и других средств;
- уточнение потребного количества медперсонала, его специализации;
- определение путей ликвидации дефицита в медикаментах и медицинском имуществе за счет перераспределения внутренних ресурсов, а также объемов поставок из других регионов, подготовка и отправка соответствующих заявок;
- создание запасов лекарств, оборудования и другого медицинского имущества в необходимых объемах и номенклатуре;
- определение потребности в дополнительном развертывании лечебной базы с учетом возможностей армейских и флотских госпиталей;
- организация бесперебойного снабжения больниц, госпиталей и других медицинских учреждений водой, теплом, электроэнергией;
- организация противоэпидемических мероприятий в целях предупреждения инфекционных заболеваний.

### 11.3. Природные пожары

*Ландшафтные (природные) пожары* – на территории РФ представляют собой наиболее распространенные бедствия для населения, экономики и экологии. Самыми опасными являются лесные пожары. Причины: неосторожное обращение с огнем, нарушение правил пожарной безопасности, самовозгорание сухой растительности и торфа, разряд атмосферного электричества (молния). Пожары, возникающие в лесах и на торфяниках, могут становиться причиной возгорания зданий в населенных пунктах, деревянных мостов, линий электропередачи и связи на деревянных столбах, складов нефтепродуктов и других горючих материалов, а также поражения людей и сельскохозяйственных животных. Лесные пожары психологически сильно воздействуют на людей, вызывая панику и приводя к многочисленным жертвам. Лесной пожар, площадь которого больше 2 км<sup>2</sup>, считается крупным и, как правило, сочетает в себе элементы различных видов пожаров. При особо благоприятных условиях лесные верховые пожары могут перерасти в огневые штормы, когда окружающий воздух с ураганной скоростью засасывается к центру пожара, а высокая температура и громадной высоты пламя полностью уничтожают все.

Степные пожары имеют вид перемещающейся кромки горения. При сильном ветре фронт огня может передвигаться со скоростью до 30 км/час, а в гористой местности (вверх) – до 50 км/час.

При пожаре образуются «столбчатые завихрения» золы и горячей торфяной пыли, гари и дыма, которые при сильном ветре могут переноситься на значительные расстояния, вызывая новые возгорания. Происходит задымление больших районов, оказывающее раздражающее действие на лю-

дей, а в некоторых случаях – их отравление окисью углерода. Сильно ограничивается видимость.

Вторичными последствиями пожаров могут быть взрывы и утечки ядовитых или загрязняющих веществ в окружающую среду; кроме того, большой ущерб нетронутым огнем помещениям и хранящимся в них предметам может нанести применяемая для тушения пожара вода.

#### 11.4. Пожарная безопасность в учреждениях социальной защиты

**Пожарная безопасность** – система государственных и общественных мероприятий, направленных на охрану от огня людей и материальных ценностей.

Пожарная безопасность состоит из двух основных направлений: предупреждения и тушения возникших пожаров.

**Причины пожаров в учреждениях социальной защиты** [56]:

- курение в постели, брошенная непотушенная спичка, сигарета;
- шалости с огнем, неправильное устройство и размещение костров;
- короткое замыкание и перегрузки в электросетях, старая проводка, большое число электроприборов, включенных в одну розетку, использование тройников;
- оставление без наблюдения включенных утюгов, обогревателей, гирлянд, иных электроприборов;
- неосторожное обращение с бенгальским огнем, фейерверками, хлопушками, петардами, свечами;
- оставление без контроля газовых плит и горелок, сушка одежды, разогревание красок и лаков над газовой плитой;
- установка без должной защиты печей-буржуек, отогревание замерзших труб, мотоциклов и автомашин открытым огнем (паяльной лампой, факелом);
- отсутствие контроля в зоне сварочных работ в течение пяти часов после их завершения;
- перегрев телевизора, его запыленность, размещение в нише мебельной стенки;
- хранение в помещениях легковоспламеняющихся жидкостей (бензин, ацетон, керосин), лаков, красок;
- близкое размещение бумажных абажуров, газет, синтетических и других горючих материалов к лампам, печкам, электрокаминам;
- чистка одежды, деталей бензином, использование бензина для разжигания печей, костров;
- мойка вещей в бензине, ацетоне.

Таким образом, наиболее частыми факторами пожарной опасности являются несоблюдение (иногда и незнание) элементарных правил пожарной безопасности и бесконтрольность со стороны должностных лиц, пассив-

ность и равнодушие окружающих, неправильные, неуверенные, некомпетентные действия лиц, обнаруживших признаки возгорания.

Основными нормативными правовыми документами в области пожарной безопасности являются:

– Федеральный закон от 21 декабря 1994 г. № 69-ФЗ «О пожарной безопасности»;

– Правила пожарной безопасности в РФ (ППБ 01-03);

– ГОСТ ССБТ, СНиП, нормы пожарной безопасности и др.;

– Региональные документы – правила пожарной безопасности, законы о пожарной безопасности для конкретных регионов;

– Ведомственные (объектовые) документы – инструкции о мерах пожарной безопасности и действиях при пожаре; приказы, инструкции, планы, указания руководителя образовательного учреждения.

**Правила и обязанности граждан и должностных лиц в области пожарной безопасности.**

Граждане обязаны:

- соблюдать требования пожарной безопасности;
- иметь в помещениях и строениях, находящихся в их собственности (пользовании), первичные средства тушения пожаров и противопожарный инвентарь в соответствии с правилами пожарной безопасности;
- до прибытия пожарной охраны принимать посильные меры по спасению людей, имущества и тушению пожаров;
- оказывать содействие пожарной охране при тушении пожаров;
- выполнять предписания, постановления и иные законные требования должностных лиц пожарной охраны.

Ответственность должностных и других лиц за соблюдение пожарной безопасности регулируется ст. 38 и 39 ФЗ «О пожарной безопасности», а также УК РФ и другими кодексами РФ. При этом может налагаться дисциплинарная, административная, материальная или уголовная ответственность.

В соответствии с ППБ 01-03 в каждой организации приказом должен быть установлен соответствующий их пожарной опасности режим, в том числе:

– определены и оборудованы места для курения;

– определены места и допустимое количество одновременно находящихся в помещении сырья, полуфабрикатов и готовой продукции;

– установлен порядок обесточивания электрооборудования в случае пожара и по окончании рабочего дня;

– установлен порядок проведения временных огневых и пожароопасных работ;

– установлен порядок осмотра и закрытия помещений после окончания работы;

- определены действия работников при обнаружении пожара;
- определен порядок и сроки прохождения противопожарного инструктажа и занятий по пожарно-техническому минимуму, а также назначены ответственные за их проведение.

Во всех производственных и административных, складских и вспомогательных помещениях на видных местах должны быть вывешены таблички с указанием номера телефона вызова пожарной охраны.

Правила применения открытого огня, проезда транспорта, допустимость курения и проведения пожароопасных работ устанавливаются общеобъектовыми инструкциями о мерах пожарной безопасности.

В зданиях и сооружениях (кроме жилых домов) при одновременном нахождении на этаже более 10 человек должны быть разработаны и вывешены на видных местах планы (схемы) эвакуации людей в случае пожара, а также предусмотрена система (установка) оповещения людей о пожаре.

Очень важно выполнять требования законодательства об обязательной проверке всех учреждений о неукоснительном выполнении предписаний государственного пожарного надзора, о ежегодном инструктаже каждого работника и его росписи в журнале об ознакомлении с правилами безопасности. В соседней графе расписывается тот, кто провел инструктаж и отвечает за его качество.

*Противопожарный инструктаж* – это доведение до работников учреждения основных требований пожарной безопасности, изучение средств противопожарной защиты и действий в случае возникновения пожара. В зависимости от характера и времени проведения инструктаж может быть вводным, первичным, повторным, плановым, целевым.

*Пожар* – это неконтролируемое горение, причиняющее материальный ущерб, вред жизни и здоровью граждан, интересам общества и государства. Горение под контролем человека не является пожаром, если оно не наносит ущерба.

Несанкционированное возгорание, начало горения может быть ликвидировано своими силами с использованием первичных средств пожаротушения (огнетушителей, песка, пожарного водопровода). Однако руководителям учреждений социальной защиты, образования необходимо понимать, что если горение усилилось и переросло в пожар, то привлекать к тушению пожара даже обученных сотрудников небезопасно, а школьников – недопустимо.

*Горение* – это экзотермическая реакция окисления вещества, сопровождающаяся по крайней мере одним из трех факторов: свечением, пламенем, появлением дыма; *тление* – беспламенное горение материала.

*Самовозгорание* – это возгорание в результате самоинициируемых экзотермических процессов; воспламенение – начало пламенного горения под воздействием источника зажигания. В отличие от возгорания воспламенение сопровождается только пламенным горением.

Горение возникает при наличии трех обязательных составляющих: горючего вещества, окислителя и источника зажигания.

*Горючее вещество* – это вещество, которое способно самостоятельно гореть после того, как будет удален внешний источник зажигания. Горючее вещество может находиться в твердом, жидком или газообразном состоянии. Горючими веществами являются большинство органических веществ, ряд газообразных неорганических соединений и веществ, многие металлы и т.д. Наибольшую взрывоопасность представляют газы.

Для воспламенения горючей жидкости над ее поверхностью сначала должна образоваться паровоздушная смесь. Горение жидкостей возможно только в паровой фазе; при этом поверхность самой жидкости остается сравнительно холодной. Среди горючих жидкостей выделяют класс наиболее опасных – легковоспламеняющиеся жидкости. К легковоспламеняющимся жидкостям относятся бензины, ацетон, бензол, толуол, некоторые спирты, эфиры и т.п.

Существует ряд веществ (газообразных, жидких или в твердом состоянии), которые способны самовоспламеняться при контакте с воздухом без предварительного нагрева (при комнатной температуре). К ним относятся: белый фосфор, гидриды и металлоорганические соединения легких металлов.

Существует также группа веществ, при контакте которых с водой или водяными парами, находящимися в воздухе, начинается химическая реакция с выделением большого количества теплоты. Под действием теплоты происходит самовоспламенение. К этой группе относятся щелочные и щелочноземельные металлы (литий, натрий, калий, кальций, стронций, уран), гидриды, карбиды, фосфиды указанных металлов, низкомолекулярные металлоорганические соединения (триэтилалюминий, триизобутилалюминий, триэтилбор и др.).

Горение твердого вещества идет в несколько стадий. При воздействии внешнего источника происходит прогрев поверхностного слоя твердого вещества, из него начинается выделение газообразных летучих продуктов. Этот процесс может сопровождаться или плавлением поверхностного слоя твердого вещества, или его возгонкой (образованием газов, минуя стадию плавления). При достижении определенной концентрации горючих газов в воздухе они воспламеняются и начинают сами воздействовать на поверхностный слой, вызывая его плавление и поступление в зону горения новых порций горючих газов и паров твердого вещества.

**Опасные факторы пожара** – это факторы, воздействие которых может привести к людскому и (или) материальному ущербу. Опасные факторы пожара подразделяются на первичные и вторичные.

К первичным относятся:

- пламя и искры;
- повышенная температура окружающей среды;

- токсические продукты горения и термического разложения;
- дым и плохая видимость;
- пониженная концентрация кислорода (до 17 %).

Наиболее опасными из них являются токсические продукты горения и термического разложения, представляющие собой раскаленную до 300-400 °С смесь высокотоксичных отравляющих веществ, парализующих органы дыхания человека за один-два вдоха. Статистика гибели людей на пожарах показывает, что более 70 % погибших было поражено именно этим опасным фактором пожара. Предельно допустимая повышенная температура окружающей среды составляет для человека 70 °С.

Динамика нарастания температуры продуктов горения при пожаре в помещении на выходе из него на высоте роста человека:

- в течение первой минуты – примерно до 160 °С;
- в течение второй минуты – примерно до 350 °С.

Следовательно, предельно допустимая температура продуктов горения достигается в помещении примерно за 2 минуты, что необходимо учитывать при эвакуации людей.

К вторичным опасным факторам пожара относятся:

- осколки, части разрушающихся механизмов, обрушение конструкций зданий и т.д.;
- токсические вещества и материалы из разрушенных механизмов и агрегатов;
- электрическое напряжение вследствие потери изоляции токоведущими частями механизмов;
- опасные факторы взрыва, возникающие в результате пожара;
- паника и растерянность.

В динамике развития пожара выделяют несколько основных фаз.

*Первая фаза* (до 10 мин) – начальная стадия, включающая переход возгорания в пожар за время примерно в 1-3 мин и рост зоны горения в течение 5-6 мин. При этом происходит преимущественно линейное распространение огня вдоль горючих веществ и материалов, что сопровождается обильным дымовыделением. На этой фазе очень важно обеспечить изоляцию помещения от поступления наружного воздуха, т.к. в некоторых случаях в герметичном помещении наступает самозатухание пожара.

*Вторая фаза* – стадия объемного развития пожара, занимающая по времени 30-40 мин. Характеризуется бурным процессом горения с переходом в объемное горение; процесс распространения пламени идет дистанционно, за счет передачи энергии горения на другие материалы.

Через 15-20 мин возможно разрушение остекления, резко увеличивается приток кислорода, максимальных значений достигают температура (до 800-900 °С) и скорость выгорания. Стабилизация пожара при максимальных его значениях происходит на 20-25-й мин и продолжается еще 20-30 мин. При этом выгорает основная масса горючих материалов.

*Третья фаза* – стадия затухания пожара, т.е. догорание в виде медленного тления, после которого пожар прекращается.

Технические системы пожарной безопасности (сигнализации и автоматического тушения пожара) срабатывают до достижения максимальной интенсивности горения, в начальной стадии пожара. Это позволяет иметь запас времени, чтобы организовать эвакуацию и другие мероприятия по защите людей.

*Классификация пожаров по характеристикам горючей среды:*

- класс А – горение твердых веществ (древесина, бумага, текстиль, пластмассы);
- класс В – горение жидких веществ;
- класс С – горение газов;
- класс Д – горение металлов и металлосодержащих веществ;
- класс Е – горение электроустановок.

### ***Неотложные действия при пожаре***

1. При появлении огня, запаха дыма или гари сразу же позвонить по телефону «01». Сообщить диспетчеру пожарной охраны: что горит, ваш точный адрес и фамилию. Следует назвать все быстро и четко. Можно посоветовать, как лучше проехать к месту пожара. При отсутствии телефонной связи направьте людей в разные места с целью дозвониться, поймать машину, передать милиции.

Некоторые руководители тянут «до последнего», боясь огласки. Помните, что огонь в образовательном учреждении распространяется во все стороны со скоростью около 1 м в мин. Поэтому промедление в 10 мин может привести к распространению пожара на площади свыше 300 м<sup>2</sup>.

2. Поднять тревогу, дать серию звонков. Кричите «Пожар!», зовите на помощь, стучите в стены, по трубам, чтобы все услышали сигнал тревоги.

3. Объясните четко и громко: «Намочить шарфы и платки для защиты глаз и органов дыхания, одеться (от огня и холода), приготовиться покинуть опасную зону!» Объясните порядок движения и начинайте покидать здание. Правильная и четкая команда даст положительный психологический настрой, ускорит правильные действия и предотвратит панику. Все должны выполнять подаваемые команды руководителя.

4. Если огонь небольшой (вроде костра), попробуйте справиться с ним силами подготовленных сотрудников и старшеклассников с помощью первичных средств пожаротушения. Укрыв лицо, облившись водой и соблюдая осторожность, можно срывать горящие занавески, топтать огонь ногами, заливать водой, накрывать одеялом, сбивать одеждой, полотенцем, книгами, использовать огнетушители, воду из обычных и пожарных кранов, землю из цветочных горшков. Помните, что тушить включенные в сеть электроприборы опасно для жизни. Их предварительно необходимо отключить на электрощите или выдернуть провод из розетки. Для тушения

электроустановок под напряжением до 1000 В можно взять порошковые огнетушители. Углекислотные огнетушители можно применять при напряжении до 10 кВ.

5. При усилении огня или дыма, невозможности потушить огонь следует покинуть горящее помещение и защищать до прибытия пожарных новый рубеж, если это возможно по ситуации, например, в кирпичном здании. В деревянном здании пожар развивается иногда так стремительно, что покидать опасное место необходимо без промедления.

Организуйте встречу пожарных на подъезде, чтобы указать удобный путь, заранее откройте ворота, уберите лишних людей и машины с проезда.

К моменту прибытия пожарной помощи желательно найти копию плана эвакуации или поэтажный план здания и передать его руководителю пожарного подразделения.

Кроме того, следует сказать, какие помещения охвачены огнем, куда огонь распространяется, а также о местах размещения наиболее ценного имущества, которое необходимо эвакуировать в первую очередь.

При эвакуации из здания при пожаре, когда в помещении полно ядовитого дыма, необходимо выполнять следующие рекомендации:

- Дышите через влажную ткань, прикрыв ею рот и нос.
- По задымленному помещению, коридору передвигайтесь на четвереньках или ползком (внизу меньше дыма).
- Чтобы уберечься от огня, намочите и накиньте на себя одеяло, пальто, ковер.
- Если дверь наружу нагрелась, то не открывайте ее, а поливайте водой и заделывайте щели от дыма и сквозняка.
- Не ждите команды, возьмите свои документы, оденьте для защиты больше одежды и выходите на улицу (с первого и второго этажа – можно через окно).
- Не следует пользоваться лифтом. При пожарах могут отключить электроэнергию и тогда трагедия в задымленном лифте неизбежна.
- Если покинуть помещение невозможно, то быстрее заложите дверные щели мокрыми тряпками. После этого закройте за собой дверь и из окна зовите на помощь. Собравшиеся внизу люди могут разными способами страховать ваш спуск, например, 5-6 человек сильно растянут под окном ковер, одеяло, пальто. Можно попросить поискать лестницу, у водителей взять буксировочные тросы и забросить наверх клубок веревки для их подъема, сложить горку из пустых картонных коробок и верхней одежды, подогнать вплотную к стене автобус (грузовик), что снизит высоту спуска, прыжка или падения на целый этаж. Как правило, до критического момента, когда пора прыгать, есть 10-15 мин для поиска и подготовки подручных средств спасения.

- Используйте для спуска веревки, связанные шторы, брюки, колготки, шарфы, ремни и любые другие подручные материалы.
- Пересчитав выведенных людей, составьте список отсутствующих с указанием причины. Ни в коем случае не пускайте никого обратно в опасную зону «за вещами». Отведите в сторону, чтобы не мешать пожарным.

Чтобы не усиливать опасности от поражающих факторов, **не рекомендуется:**

- Распахивать окна и двери в горящем помещении – кислород способствует горению, а дым его уменьшает.
- Ближе подходить к огню из-за опасности взрывов, обрушения конструкции зданий. При больших пожарах образуются воздушные потоки, которые могут затянуть человека в огонь.
- Бороться с пламенем самостоятельно, не защитив себя и свои органы дыхания, не вызвав пожарной охраны (если вы не справитесь с возгоранием за несколько минут, его распространение приведет к большому пожару).
- Поддаваться панике и мешать тем, кто тушит пожар, спасает людей и имущество.
- Тушить водой включенные в сеть электробытовые приборы, электрошты и провода.
- Пытаться выйти через задымленный коридор или лестницу без защиты органов дыхания (дым очень токсичен, а горячий воздух может обжечь легкие).

**Тушение пожаров.** Для прекращения горения необходимо выполнение хотя бы одного из следующих условий:

- прекращение поступления в зону горения новых порций паров горючего;
- прекращение поступления окислителя (кислорода воздуха);
- уменьшение теплового потока от факела пламени;
- уменьшение концентрации активных частиц (радикалов) в зоне горения.

Таким образом, возможными принципами (способами) тушения огня могут быть:

- снижение температуры очага горения ниже температуры самовоспламенения или температуры вспышки горючего путем введения в пламя веществ, которые в результате испарения, сублимации или разложения забирают на себя некоторое количество теплоты (классическим веществом является вода);
- уменьшение количества паров горючего, поступающего в зону горения, путем изоляции горючего вещества от воздействия факела очага горения (например, при помощи плотного покрывала);

– снижение концентрации кислорода в газовой среде путем разбавления среды негорючими добавками (например, азотом, углекислым газом);

– снижение скорости химической реакции окисления за счет связывания активных радикалов и прерывания цепной реакции горения, протекающей в пламени, путем введения специальных химически активных веществ (ингибиторов);

– создание условий гашения пламени при прохождении его через узкие каналы между частицами огнетушащего вещества (эффект огнепреграждения);

– срыв пламени в результате динамического воздействия струи огнетушащего вещества на очаг горения.

Как правило, процесс тушения имеет комбинированный характер. Так, пена оказывает изолирующее и охлаждающее воздействие, порошковые составы обладают ингибирующим, огнепреграждающим и динамическим действием.

#### *К основным огнетушащим веществам относятся:*

- вода и ее растворы;
- песок (грунт);
- огнетушащие порошки;
- химические и воздушно-механические пены;
- газы.

*Вода* обладает хорошими огнегасящими свойствами. Необходимо иметь в виду, что недопустимо:

- тушить водой электроустановки под напряжением;
- применять воду при тушении горящих нефтепродуктов;
- использовать воду при тушении химических веществ, вступающих с ней в реакции.

Вода используется также для создания водяных завес и охлаждения объектов, находящихся вблизи очага пожара.

*Песок и землю* применяют для тушения небольших очагов горения, в том числе проливов горючих жидкостей (керосин, бензин, масла, смолы). Насыпая песок главным образом по внешней кромке горячей зоны, стараются окружать песком место горения, препятствуя дальнейшему растеканию жидкости. Затем при помощи лопаты необходимо покрыть горящую поверхность слоем песка, который впитает жидкость.

Наиболее распространенными огнетушителями являются: порошковые (ОП-2, ОП-5), углекислотные (ОУ-2, ОУ-5, ОУ-8), водяные, аэрозольные и воздушно-пенные (ОВП-10). На корпусе каждого огнетушителя имеется инструкция по его использованию. Химически-пенные огнетушители (ОХП-10) запрещены к производству и применению.

*Порошковые огнетушители, содержащие диоксид углерода*, рекомендуются для тушения электроустановок под напряжением; способны прервать горение почти всех горючих материалов, за исключением метал-

лического натрия, калия, магния и его сплавов. Углекислый газ токсичен при больших концентрациях в воздухе, поэтому углекислотный огнетушитель нельзя применять в малых помещениях. При работе такого огнетушителя нельзя касаться раструба, так как температура его за счет испарения жидкого углекислого газа понижается до  $-70^{\circ}\text{C}$ .

Ручной порошковый огнетушитель ОП-5 предназначен для тушения небольших загораний на мотоциклах, легковых и грузовых автомобилях, тракторах и других машинах. Огнетушитель эффективно работает при температуре от  $-50^{\circ}\text{C}$  до  $+50^{\circ}\text{C}$ .

При *тушении пожара* условно можно выделить периоды его локализации и ликвидации.

Пожар считается *локализованным*, когда:

- нет угрозы людям и животным;
- нет угрозы взрывов и обрушений;
- развитие пожара ограничено;
- обеспечена возможность его ликвидации имеющимися силами и средствами.

Пожар считается *ликвидированным*, когда:

- горение прекращено;
- обеспечено предотвращение его возникновения.

Крайне важно оказать *первую медицинскую помощь* пострадавшему при пожаре:

- При остановке сердца – закрытый массаж сердца.
- При остановке дыхания – искусственная вентиляция легких.
- При ожогах – немедленно остановить процессы глубокого омертвления тканей путем немедленного охлаждения. Используются вода, снег, сок, лимонад, лед или продукты из холодильника. Прикладываются не менее 10 мин.
- При переломах особенно опасен болевой шок. Поэтому необходимо немедленно дать анальгин, баралгин, сделать инъекцию промедола.
- При удушениях, отравлениях, поражении током – вынести на свежий воздух. Ослабить одежду, при угасании дыхания начать реанимацию.
- При поражении глаз – начать промывание глаз холодной водой как можно быстрее. Промывать 15-20 мин.

Не нужно бояться оказывать помощь, предполагая, что могут возникнуть нежелательные последствия. Статья 41 «Обоснованный риск» Уголовного кодекса РФ гласит: «Не является преступлением причинение вреда... при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели. Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам». Таким образом, закон за-

щищает спасающего и его риск, потому что для пострадавшего это иногда единственный шанс выжить.

Особую опасность с точки зрения возможных потерь и материального ущерба представляют взрывы.

**Взрыв** – это освобождение большого количества энергии в ограниченном объеме за короткий промежуток времени. Он приводит к образованию сильно нагретого газа (плазмы) с очень высоким давлением, который при моментальном расширении оказывает ударное механическое воздействие на окружающие тела. Взрыв в твердой среде сопровождается ее разрушением и дроблением, в воздушной или водной – вызывает образование воздушной или гидравлической ударных волн, которые и оказывают разрушающее воздействие на помещенные в них объекты.

Основными поражающими факторами взрыва являются:

- воздушная ударная волна, возникающая при ядерных взрывах, взрывах, инициирующих и детонирующих веществ, при взрывных превращениях облаков топливно-воздушных смесей, взрывах резервуаров с перегретой жидкостью и резервуаров под давлением;
- осколочные поля, создаваемые летящими обломками разного рода предметов технологического оборудования, строительных деталей и т.п.

Взрывоопасный объект – объект, на котором хранятся, используются, производятся, транспортируются вещества, приобретающие при определенных условиях способность к взрыву. К взрывоопасным объектам относятся: предприятия оборонной, нефтедобывающей, нефтеперерабатывающей, нефтехимической, химической, газовой, хлебопродуктовой, текстильной и фармацевтической промышленности, склады легковоспламеняющихся и горючих жидкостей, сжиженных газов.

При пожарах и взрывах люди получают термические и механические повреждения, наиболее характерны ожоги.

### **11.5. Чрезвычайные ситуации техногенного характера**

Чрезвычайные ситуации, сопровождающиеся разрушением зданий, сооружений и инженерных сетей, промышленных объектов, уничтожением материальных ценностей и оборудования, гибелью людей, возникают не только во время военных конфликтов (войн) и террористических актов. В мирное время источником чрезвычайной ситуации также может быть опасное природное явление или антропогенное происшествие.

**Чрезвычайная техногенная ситуация** – состояние, при котором, в результате возникновения источника техногенной ЧС на объекте, определенной территории или акватории, нарушаются нормальные условия жизни и деятельности людей, возникает угроза их жизни и здоровью, наносится ущерб имуществу населения, народному хозяйству и окружающей природной среде.

*Причины возникновения техногенных ЧС:*

- нарушение установленных норм и правил размещения вновь строящихся и реконструируемых химически опасных объектов;
- физический износ технологического оборудования в результате длительной его эксплуатации;
- недостаточно высокий уровень трудовой и производственной дисциплины у обслуживающего персонала химически опасных производств.

### **11.5.1. Химические аварии**

**Химические аварии** – аварии, сопровождающиеся утечкой или выбросом опасных химических веществ из технологического оборудования или поврежденной тары, способные привести к гибели или заражению людей, животных и растений либо загрязнению окружающей среды в опасных для людей, животных и растений концентрациях.

Согласно ГОСТ Р 22.0.05-94 и ГОСТ Р 22.9.05-95 следует различать:

*Опасное химическое вещество* – химическое вещество, прямое или опосредованное, воздействие которого на человека может вызвать острые и хронические заболевания людей или их гибель.

*Аварийно химически опасное вещество* – опасное химическое вещество, применяемое в промышленности и сельском хозяйстве, при аварийном выбросе (разливе) которого может произойти заражение окружающей среды в поражающих живые организмы концентрациях (токсодозах).

В Российской Федерации функционирует более 3600 объектов экономики, располагающих значительными запасами опасных химических веществ. Более 50 % из их числа имеет запасы аммиака, 35 % хлора, 5 % - соляной кислоты. Суммарный запас этих веществ на предприятиях достигает около 1 млн тонн, что составляет около  $10^{12}$  смертельных токсодоз.

Химические вещества (всего 51 вещество), способные вызвать массовые поражения при авариях, сопровождаемых их выбросом (утечкой), разделены на группы:

**1-я группа** – вещества с преимущественным удушающим действием: с выраженным прижигающим действием (хлор, треххлористый фосфор, оксихлорид фосфора); со слабым прижигающим действием (фосген, хлорпикрин, хлорид серы);

**2-я группа** – вещества преимущественно общедовитого действия (окись углерода, синильная кислота, динитрофенол, динитроортокризол, этиленхлоридгидрин, этиленфторгидрин);

**3-я группа** – вещества, обладающие удушающим и общедовитым действием: с выраженным прижигающим действием (акрилонитрил); со слабым прижигающим действием (сернистый ангидрид, сероводород, окислы азота);

**4-я группа** – нейротропные яды, вещества, действующие на генерацию, проведение и передачу нервного импульса (сероводород, фосфор, органические соединения);

**5-я группа** – вещества, обладающие удушающим и нейротропным действием (аммиак);

**6-я группа** – метаболические яды (этиленоксид, метилбромид, метилхлорид, диметилсульфат);

**7-я группа** – вещества, нарушающие обмен веществ (диоксин).

*Химически опасный объект* – это объект, на котором хранят, перерабатывают, используют или транспортируют опасные химические вещества, при аварии на котором или при разрушении которого может произойти гибель или химическое заражение людей, сельскохозяйственных животных и растений, а также химическое заражение окружающей природной среды.

Масштабы и продолжительность заражения при аварии на химически опасных объектах обуславливаются:

- физико-химическими свойствами веществ;
- количеством вредных веществ, выброшенных на местность, в атмосферу и в источники воды;
- метеорологическими условиями;
- оперативностью оповещения и принятия мер;
- подготовленностью обслуживающего персонала к ликвидации последствий разлива веществ;
- характеристиками объектов заражения (для местности – наличием и характером растительного покрова, местами возможного застоя воздуха; для источников воды – площадью поверхности, глубиной, скоростью течения; наличием грунтовых вод, состоянием берегов, характеристикой прибрежных грунтов; для населения – степенью защищенности от поражения химическими веществами, характером деятельности; для материальных средств – характеристикой материалов, подвергшихся заражению, в том числе их пористостью, наличием и составом лакокрасочных покрытий).

**Отравление хлором.** *Хлор* – газ желто-зеленого цвета с резким запахом (запах хлорной извести), в 2,5 раза тяжелее воздуха, поэтому скапливается в низинных участках местности, проникает в нижние этажи и подвальные помещения зданий. Сильно раздражает органы дыхания, глаза и кожу. При разливе из неисправных емкостей «дымит».

*Меры предосторожности:*

- не подходите к опасной зоне ближе чем на 200 м;
- держитесь наветренной стороны;
- избегайте низких участков поверхности, подвалов;
- не прикасайтесь к пролитому веществу;
- при пожаре не прикасайтесь к емкостям;

- после выхода из очага пройдите медицинское обследование.

При вдыхании хлора возможно острое и хроническое отравления. Клинические формы зависят от концентрации газа в воздухе и продолжительности экспозиции. Различают четыре формы отравления хлором: молниеносная, тяжелая, средней тяжести и легкая.

Для всех этих форм типична первичная реакция на воздействие газа. Неспецифическое раздражение хлором рецепторов слизистой оболочки дыхательных путей вызывает рефлекторные защитные симптомы (кашель, першение в горле, слезотечение и др.).

В результате взаимодействия хлора с влагой слизистой оболочки дыхательных путей образуются соляная кислота и активный кислород, которые и оказывают токсическое действие на организм.

*Молниеносная форма* развивается при высоких концентрациях хлора в окружающей среде, при этом пострадавший может погибнуть через несколько минут. Симптомы: возникают стойкий ларингоспазм (сужение голосовой щели, ведущее к остановке дыхания), потеря сознания, судороги, цианоз, вздутие вен на лице и шее, непроизвольное мочеиспускание и дефекация.

При *тяжелой форме* отравления происходит кратковременная остановка дыхания, затем дыхание восстанавливается, но оно поверхностное, судорожное. Человек теряет сознание. Смерть наступает в течение 5-25 мин.

При отравлении хлором *средней тяжести* сознание у пострадавшего сохраняется; рефлекторная остановка дыхания непродолжительна, но в течение первых двух часов могут повторяться приступы удушья. Отмечается жжение и резь в глазах, слезотечение, боль за грудиной, приступы мучительного сухого кашля, а через 2-4 часа развивается токсический отек легких.

При *легкой форме* острого отравления хлором выражены только признаки раздражения верхних дыхательных путей, которые сохраняются в течение нескольких суток.

*Неотложная помощь:* надеть противогаз или ватно-марлевую повязку (сложенный носовой платок, шарф, полотенце и т.д.), смоченную 2 %-ным раствором соды; вынести на свежий воздух; промыть кожу 2 %-ным раствором соды, глаза – 1 %-ным раствором борной кислоты; промыть открытые участки тела проточной водой в течение 15 мин, наложить на ожоги асептические повязки; при попадании кислотных паров в желудок дать выпить 2 %-ный раствор соды; согреть больного и обеспечить покой; дать теплое обильное питье (чай, молоко), вызвать «скорую помощь». *Нельзя вызывать рвоту, давать вдыхать кислород и делать искусственное дыхание!*

*Отдаленные последствия перенесенного острого отравления хлором* проявляются как хронический фарингит, ларингит, трахеит, трахеобронхит, пневмосклероз, эмфизема легких, бронхоэктатическая болезнь, легоч-

но-сердечная недостаточность. Воздействие на незащищенную кожу хлор-содержащих соединений вызывает хлорные угри, дерматит, пиодермию.

**Отравление аммиаком.** Аммиак – бесцветный газ с резким запахом «нашатырного спирта», легче воздуха. Острое отравление аммиаком приводит к поражению дыхательных путей и глаз.

*Меры предосторожности:*

- не подходите к опасной зоне ближе, чем на 200 м;
- держитесь наветренной стороны;
- соблюдайте меры пожарной безопасности;
- не курите;
- устраните источники огня и искр;
- не прикасайтесь к пролитому веществу;
- при пожаре не приближайтесь к емкостям;
- после выхода из очага пройдите медицинское обследование.

*Признаки отравления:* учащение сердцебиения и пульса, возбуждение, возможны судороги, удушье, резь в глазах, слезотечение, насморк, кашель, покраснение и зуд кожи. Смерть может наступить из-за отека легких, спазма голосовой щели и падения сердечной деятельности.

*Неотложная помощь:* надеть противогаз; дать вдыхать теплые водяные пары или надеть ватно-марлевую повязку (сложенный носовой платок; шарф, полотенце и т.д.), смочив ее водой или 5 %-ным раствором лимонной кислоты; вынести на свежий воздух; промыть открытые участки тела проточной водой в течение 15 мин, а глаза – 1 %-ным раствором борной кислоты, наложить на ожоги асептические повязки; согреть больного и обеспечить покой; вызвать «скорую помощь». При необходимости проводить искусственное дыхание. *Нельзя вызывать рвоту и давать вдыхать кислород!*

**Защита населения от АХОВ** представляет собой комплекс организационных и организационно-технических мероприятий, проводимых с целью исключения или максимального снижения числа пострадавших от воздействия опасных химических веществ людей при химических авариях и катастрофах.

*Химическая защита* – комплекс мероприятий, направленных на исключение или ослабление воздействия АХОВ на персонал химически опасного объекта и население, уменьшение масштабов последствий химических аварий. Необходимость проведения мероприятий химической защиты обуславливается токсичностью АХОВ, попадающих в окружающую среду в результате аварий на химически опасном объекте и других событий.

Мероприятия химической защиты выполняются, как правило, заблаговременно, а также в оперативном порядке в ходе ликвидации возникающих ЧС химического характера.

Заблаговременно проводятся следующие мероприятия химической защиты:

- создаются и эксплуатируются системы контроля за химической обстановкой в районах химически опасных объектов и локальные системы оповещения о химической опасности;
- разрабатываются планы действий по предупреждению и ликвидации химической аварии;
- накапливаются, хранятся и поддерживаются в готовности средства индивидуальной защиты (СИЗ) органов дыхания и кожи, приборы химической разведки, дегазирующие вещества;
- поддерживаются в готовности к использованию убежища, обеспечивающие защиту людей от АХОВ;
- принимаются меры по защите продовольствия, пищевого сырья, фуража, источников (запасов) воды от заражения АХОВ;
- проводится подготовка населения к действиям в условиях химических аварий, подготовка аварийно-спасательных подразделений и персонала химически опасного объекта;
- обеспечивается готовность сил и средств подсистем и звеньев РСЧС, на территории которых находится химически опасный объект, к ликвидации последствий химических аварий.

Мероприятия, осуществляемые в случае возникновения химической аварии:

- проводится подготовка населения к действиям в условиях химических аварий, подготовка аварийно-спасательных подразделений и персонала химически опасного объекта;
- обеспечивается готовность сил и средств подсистем и звеньев РСЧС, на территории которых находится химически опасный объект, к ликвидации последствий химических аварий;
- соблюдение режимов поведения на территории, зараженной АХОВ, норм и правил химической безопасности;
- обеспечение населения, персонала аварийного объекта, участников ликвидации последствий химической аварии средствами индивидуальной защиты органов дыхания и кожи, применение этих средств;
- эвакуация населения, при необходимости, из зоны аварии и зон возможного химического заражения;
- укрытие населения и персонала в убежищах, обеспечивающих защиту от АХОВ;
- оперативное применение антидотов и средств обработки кожных покровов;
- санитарная обработка населения, персонала аварийного объекта, участников ликвидации последствий аварии;
- дегазация аварийного объекта, объектов производственного, социального, жилого назначения, территории, технических средств, средств защиты, одежды и другого имущества.

### *Первая медицинская помощь при поражениях АХОВ*

Крупные химически опасные аварии или применение отравляющих веществ могут приводить к поражениям большого количества населения. Степень поражения людей в очагах химического заражения зависит от ряда факторов, в том числе:

- обеспеченности индивидуальными средствами защиты;
- наличия средств медицинской защиты.

В очагах заражения возникает сложная обстановка для оказания медицинской помощи как по объему работ, так и по условиям их проведения. Часто эта обстановка усложняется тем, что пострадавших приходится дополнительно защищать от сопутствующих аварии опасностей (пожаров, взрывов и т.п.). Пострадавшим в зоне заражения или в районе аварии оказывается первая медицинская помощь непосредственно на месте их обнаружения в ходе спасательных работ. Первую медицинскую помощь оказывают спасатели, личный состав медицинских формирований ГО, а также сами пораженные в порядке само- и взаимопомощи с использованием индивидуальных аптечек, индивидуальных противохимических пакетов типа ИПП-8 и средств индивидуальной защиты органов дыхания. После оказания первой медицинской помощи необходимо принять меры к срочной эвакуации пораженных в лечебные учреждения для проведения последующих этапов неотложной (врачебной) помощи. Своевременно оказанная медицинская помощь пострадавшим при опасных химических авариях позволяет значительно снизить, а в ряде случаев полностью исключить летальные исходы среди пораженных.

Основные принципы сохранения жизни пострадавшим в результате воздействия АХОВ или отравляющих веществ базируется на:

- 1) возможно быстром прекращении дальнейшего поступления яда в организм пострадавшего и обеспечении выделения яда из организма;
- 2) возможно быстрой нейтрализации токсического действия яда (антидотная терапия);
- 3) патогенетической и симптоматической терапии, направленной на устранение отдельных патологических явлений, вызванных действием яда.

При оказании первой помощи пострадавшим необходимо учитывать пути поступления яда в организм, количество попавшего в него яда, длительность действия, а также исходное состояние организма и его важнейших органов. При отравлении ядами, проникающими в организм через органы дыхания, первой задачей является быстрое удаление пострадавшего из зараженной вредными веществами атмосферы и предоставление ему возможности дышать чистым воздухом, тем самым прекращаются дальнейшее накопление яда в организме и развитие под влиянием этого фактора глубоких патологических изменений. Поэтому первой мерой оказания помощи пострадавшему является надевание на него (в случае отсутствия у пораженного) противогаза. При необходимости – применение антидотов.

Если одежда или кожные покровы загрязнены АХОВ, необходимо, пользуясь защитными перчатками, как можно быстрее обмыть загрязненные участки кожи водой с целью удаления токсических веществ с поверхности тела. Для обеззараживания капельно-жидких токсических веществ, попавших на открытые кожные покровы и одежду, используются индивидуальные противохимические пакеты.

Обязательные мероприятия, после получения сигнала «отбой химической тревоги»: проветривание всех помещений, медицинское обследование предъявляющих жалобы на самочувствие работников, дегазация помещений, при необходимости – территории, а также полная санитарная обработка персонала.

Целесообразно иметь на каждого работника заранее изготовленную ватно-марлевую повязку и соответствующие пропитки для АХОВ (аммиака и хлора).

### 11.5.2. Радиационная авария

В Федеральном законе Российской Федерации от 09.01.96 г. № 3-ФЗ «О радиационной безопасности населения» применяются следующие основные понятия:

**радиационная безопасность населения** – состояние защищенности настоящего и будущего поколений людей от вредного для их здоровья воздействия ионизирующего излучения;

**ионизирующее излучение** – излучение, которое создается при радиоактивном распаде, ядерных превращениях, торможении заряженных частиц в веществе и образует при взаимодействии со средой ионы разных знаков;

**естественный радиационный фон** – доза излучения, создаваемая космическим излучением и излучением природных радионуклидов, естественно распределенных в земле, воде, воздухе, других элементах биосферы, пищевых продуктах и организме человека;

**техногенно измененный радиационный фон** – естественный радиационный фон, измененный в результате деятельности человека;

**эффективная доза** – величина воздействия ионизирующего излучения, используемая как мера риска возникновения отдаленных последствий облучения организма человека и отдельных его органов с учетом их радиочувствительности;

**санитарно-защитная зона** – территория вокруг источника ионизирующего излучения, на которой уровень облучения людей в условиях нормальной эксплуатации данного источника может превысить установленный предел дозы облучения для населения. В санитарно-защитной зоне запрещается постоянное и временное проживание людей, вводится режим ограничения хозяйственной деятельности и проводится радиационный контроль;

**зона наблюдения** – территория за пределами санитарно-защитной зоны, на которой проводится радиационный контроль;

**радиационная авария** – потеря управления источником ионизирующего излучения, вызванная неисправностью оборудования, неправильными действиями работников (персонала), стихийными бедствиями или иными причинами, которые могли привести или привели к облучению людей выше установленных норм или к радиоактивному загрязнению окружающей среды.

Следует отметить, что естественный радиационный фон сопутствует жизни на Земле. Его значения колеблются в разных точках планеты в различных пределах. Например, 1/6 часть населения Франции (около 7 млн человек) проживает в районах, где радиационный фон повышен и мощность дозы составляет 1,8-3,5 мЗв / год.

В Самарском регионе считаются:

- нормальными показателями: 0,1-0,2 мкЗв / ч (10-20 мкР / ч);
- допустимыми: 0,2-0,6 мкЗв / ч (20-60 мкР / ч);
- превышающими норму: 0,6-1,2 мкЗв / ч (60-120 мкР / ч).

К настоящему времени в мире зафиксировано более 150 аварий на атомных электростанциях с уткой радиоктивности.

**Основные факторы, обуславливающие радиоактивное загрязнение окружающей среды:**

1. Аварии различной степени во время транспортировки радиоактивных материалов.
2. Аварии на атомных электростанциях.
3. Испытания ядерного оружия, как в атмосфере, так и под землей.
4. Попадание спутников, космических кораблей и ракет, имеющих на борту радиоизотопные (материалы) источники энергии, в атмосферу Земли в связи с аварийным режимом их работы.
5. Прямое попадание радионуклидов в морскую среду в результате аварий и гибели подводных и надводных кораблей с ядерными энергетическими установками, а также вследствие захоронения на дне океанов радиоактивных отходов; и ряд других.

На случай радиационной аварии рассматривают 5 зон, имеющих различную степень опасности для здоровья людей и характеризующихся той или иной возможной дозой облучения.

**Зона экстренных мер защиты населения** – территория, в пределах которой доза внешнего  $\gamma$ -облучения населения за время формирования радиоактивного следа выброса при аварии на радиационно опасных объектах может превысить 75 рад, а доза внутреннего облучения щитовидной железы за счет поступления в организм человека радиоактивного йода – 250 рад.

**Зона профилактических мероприятий** – территория, в пределах которой доза внешнего  $\gamma$ -облучения населения за время формирования радиоактивного следа выброса при аварии на радиационно опасных объектах

может превысить 25 рад (но не более 75), а доза внутреннего облучения щитовидной железы за счет поступления в организм человека радиоактивного йода – 30 рад (но не более 250).

*Зона ограничений* – территория, в пределах которой доза внешнего  $\gamma$ -облучения населения за время формирования радиоактивного следа выброса при аварии на радиационно опасных объектах может превысить 10 рад (но не более 25), а доза внутреннего облучения щитовидной железы не превышает 30 рад.

*Зона возможного опасного радиоактивного загрязнения* – территория, в пределах которой прогнозируются дозовые нагрузки, превышающие 10 бэр в год.

*Зона радиационной аварии* – территория, на которой могут быть превышены пределы дозы и пределы годового поступления.

Согласно Закону № 3-ФЗ (ст. 9), устанавливаются следующие основные гигиенические нормативы (допустимые пределы доз) облучения на территории Российской Федерации в результате использования источников ионизирующего излучения:

– для населения средняя годовая эффективная доза равна 0,001 зиверта или эффективная доза за период жизни (70 лет) – 0,07 зиверта; в отдельные годы допустимы большие значения эффективной дозы при условии, что средняя годовая эффективная доза, исчисленная за пять последовательных лет, не превысит 0,001 зиверта;

– для работников средняя годовая эффективная доза равна 0,02 зиверта или эффективная доза за период трудовой деятельности (50 лет) – 1 зиверт; допустимо облучение в годовой эффективной дозе до 0,05 зиверта при условии, что средняя годовая эффективная доза, исчисленная за пять последовательных лет, не превысит 0,02 зиверта.

Регламентируемые значения основных пределов доз облучения не включают в себя дозы, создаваемые естественным радиационным и техногенно измененным радиационным фоном, а также дозы, получаемые гражданами (пациентами) при проведении медицинских рентгенорадиологических процедур и лечения. Указанные значения пределов доз облучения являются исходными при установлении допустимых уровней облучения организма человека и отдельных его органов.

В случае радиационной аварии организация, осуществляющая деятельность с использованием источников ионизирующего излучения, обязана (ст. 20 Закона № 3-ФЗ):

- обеспечить выполнение мероприятий по защите работников (персонала) и населения от радиационной аварии и ее последствий;
- проинформировать о радиационной аварии органы государственной власти, в том числе федеральные органы исполнительной власти, осуществляющие государственный надзор и контроль в области обеспечения радиационной безопасности, а также органы местного

самоуправления, население территорий, на которых возможно повышенное облучение;

- принять меры по оказанию медицинской помощи пострадавшим при радиационной аварии;
- локализовать очаг радиоактивного загрязнения и предотвратить распространение радиоактивных веществ в окружающей среде;
- провести анализ и подготовить прогноз развития радиационной аварии и изменений радиационной обстановки при радиационной аварии;
- принять меры по нормализации радиационной обстановки на территории организаций, осуществляющих деятельность с использованием источников ионизирующего излучения, после ликвидации радиационной аварии.

В перечень мероприятий по организации жизнеобеспечения населения в случае радиационного, химического, бактериологического загрязнения (заражения) входит:

- Организация работы бригад экстренной медицинской помощи в период йодной и другой профилактики и оказания помощи пострадавшим.
- Организация лечебно-эвакуационных мероприятий.
- Уточнение потребного количества медперсонала, его специализации, медикаментов и медицинского имущества, определение путей ликвидации дефицита за счет перераспределения внутренних ресурсов, а также по объему поставок из других регионов, направление соответствующих запросов.
- Определение потребности в дополнительном развертывании вне зон заражения (загрязнения) лечебной базы с учетом возможностей армейских и флотских госпиталей.
- Обеспечение бесперебойного снабжения больниц, госпиталей и других медицинских учреждений водой, теплом, электроэнергией.
- Организация противоэпидемических мероприятий в целях предупреждения инфекционных заболеваний.
- Организация регулярной санитарно-просветительной работы среди населения.
- Для спасателей и пострадавших должен проводиться комплекс фармаколога-психологических мероприятий.
- Для профилактики и лечения прогнозируемых ближайших и отдаленных медицинских последствий необходимо предусмотреть комплекс специальных мероприятий (наблюдение, контроль пораженных и др.)

Основные мероприятия по медицинской защите населения при аварии на АЭС:

- организация и проведение йодной профилактики среди населения;

- лечебно-эвакуационное обеспечение пораженных ионизирующим излучением;
- обеспечение средствами индивидуальной защиты и укрытие больных и персонала учреждений здравоохранения в убежищах;
- медицинское обеспечение эвакуации населения из зоны радиоактивного загрязнения;
- участие в контроле за уровнями радиации, определение режима работы и поведения населения на загрязненной радиоактивными веществами территории;
- радиометрический контроль за содержанием радиоактивных веществ в продуктах питания и питьевой воде;
- санитарный надзор за радиационной безопасностью;
- медицинский контроль за состоянием здоровья населения, подвергшегося радиационному воздействию.

### 11.5.3. Понятие йодопрофилактики

Радиоактивный изотоп йода  $I^{131}$  с периодом полураспада 8 суток,  $I^{135}$  с периодом полураспада 7 часов и  $I^{133}$  с периодом полураспада 20 часов чрезвычайно селективно отлагаются в щитовидной железе. После попадания  $I^{131}$  в человеческий организм радиоактивность щитовидной железы может повысить радиоактивность всех остальных тканей более чем в 200 раз. Это представляет особую опасность для грудных детей, щитовидная железа которых по массе в 10 раз меньше, чем у взрослых (2 и 20 граммов соответственно). Таким образом, при одной и той же концентрации радионуклидов йода во вдыхаемом воздухе или потребляемом молоке доза облучения щитовидной железы ребенка оказывается на порядок больше, чем взрослого человека.

*Порядок проведения йодопрофилактики* определяется рекомендациями по применению препаратов стабильного йода населением для защиты щитовидной железы и организма от радиоактивных изотопов йода. Для защиты организма от накопления радиоактивных изотопов йода в критическом органе – щитовидной железе и теле применяются препараты стабильного йода. Препараты стабильного йода вызывают блокаду щитовидной железы, снимают накопление радиоактивного йода в щитовидной железе и ее облучение. В стране рекомендован йодистый калий. Своевременный прием йодистого калия обеспечивает снижение дозы облучения щитовидной железы на 97-99 % и в десятки раз всего организма.

*Дозы применения* стабилизированных таблеток йодистого калия: для взрослых и детей старше 2 лет – по 1 таблетке по 0,125 г, детям до 2 лет – по 1 таблетке 0,040 г на прием внутрь ежедневно. Срок хранения таблеток – 4 года. Для расширения арсенала средств защиты щитовидной железы от радиоизотопов йода в дополнение к йодиду калия рекомендуются другие пре-

параты йода: раствор Люголя и 5%-ная настойка йода, оказывающая равное с йодистым калием защитное действие при поступлении внутрь радиоioda. 5 %-ная настойка йода применяется взрослыми и подростками старше 14 лет по 44 капли 1 раз в день или по 20-22 капли 2 раза в день после еды на 1/2 стакана молока или воды. Детьми от 5 лет и старше – в два раза меньшем количестве, чем взрослыми, т.е. по 20-22 капли один раз в день или по 10-11 капель два раза в день на 1/2 стакана молока или воды. Детям до 5 лет настойку йода внутрь не назначают. Настойка йода может применяться путем ее нанесения на кожу. Защитный эффект нанесения настойки йода на кожу сопоставим с ее приемом внутрь в тех же дозах. Настойка йода наносится тампоном в виде полос на предплечье, голени. Этот способ защиты особенно приемлем у детей младшего возраста (младше 5 лет), поскольку перорально настойка йода у них не применяется. Для исключения ожогов кожи целесообразно использовать не 5 %-ную, а 2,5 %-ную настойку йода. Детям от 2 до 5 лет настойку йода наносят из расчета 20-22 капли в день, детям до 2 лет – в половинной дозе, т.е. 10-11 капель в день – наносят на кожу. Раствор Люголя применяется взрослыми и подростками старше 14 лет по 22 капли один раз в день или по 10-11 капель два раза в день после еды на 1/2 стакана молока или воды. Детям от 5 лет и старше раствор Люголя назначается в 2 раза меньшем количестве, чем взрослым, т.е. по 10-11 капель 1 раз в день или по 5-6 капель 2 раза в день на 1/2 стакана молока или воды. Детям до 5 лет раствор Люголя не назначается. Препараты йода применяются до исчезновения угрозы поступления в организм радиоактивных изотопов. Для осуществления своевременной защиты населения от радиоактивных изотопов йода лечебно-профилактические учреждения создают запас йодида калия на все обслуживаемое население из расчета приема его 7 дней. Прием препаратов йода осуществляется населением самостоятельно согласно рекомендациям по их применению. Часть запасов йодистого калия медицинские учреждения передают в детские дошкольные учреждения, где они могут быть применены. Следует избегать передозировки.

Йодная профилактика начинается немедленно при угрозе загрязнения воздуха и территории, в результате аварии ядерных реакторов, утечки и выбросов предприятиями продуктов, содержащих радиоизотопы йода. После изучения радиационной обстановки специально созданной комиссией принимается решение о продолжении или отмене йодной профилактики.

## **11.6. Оказание медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях**

*Основные задачи медицинского обеспечения в зонах чрезвычайных ситуаций:*

1. Проведение мероприятий по медицинской защите населения и личного состава от поражающих факторов источников ЧС.

2. Лечебно-эвакуационное обеспечение пораженных.
3. Санитарно-противоэпидемическое обеспечение в зоне ЧС.
4. Сохранение здоровья личного состава спасательных формирований в период ликвидации последствий ЧС, оказание медицинской помощи пострадавшим.
5. Оказание экстренной психологической помощи населению и спасателям в зоне ЧС.
6. Проведение судебно-медицинской экспертизы погибших, судебно-медицинское освидетельствование пораженных.

*Факторы, определяющие особенности медицинского обеспечения в чрезвычайных ситуациях:*

- массовость, одномоментность возникновения санитарных потерь среди населения;
- нарушение работоспособности учреждений здравоохранения;
- возможное заражение местности, продовольствия и воды радиоактивными веществами, отравляющими веществами, в том числе аварийно опасными, и бактериальными средствами;
- напряженность эпидемической обстановки в зонах ЧС, на путях эвакуации и в районах отселения населения,
- несоответствие потребности в силах и средствах здравоохранения их наличию;
- проблемы управления медицинскими силами и средствами при ликвидации последствий чрезвычайной ситуации.

Организация лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших предусматривает двухэтапную систему оказания медицинской помощи и лечения пораженных с их эвакуацией по назначению. При этом пострадавшие обеспечиваются следующими видами медицинской помощи: догоспитальными – первой медицинской, доврачебной, первой врачебной и специализированной медицинской помощью.

Первый этап медицинской эвакуации – это оказание доврачебной и первой врачебной помощи, которая осуществляется сохранившимися в зоне бедствия лечебными учреждениями, временными медицинскими пунктами, развернутыми бригадами скорой медицинской помощи, фельдшерскими и врачебно-сестринскими бригадами, направленными в очаг катастрофы из близлежащих лечебных учреждений, а возможно, и медицинскими пунктами воинских частей.

Первая медицинская помощь – это помощь, которая оказывается непосредственно на месте получения повреждения (в очаге) или вблизи его преимущественно в порядке само- и взаимопомощи, а также личным составом спасательных формирований, медицинскими работниками здравпунктов (медико-санитарных частей). Для ее оказания, как правило, не требуется развертывания каких-либо штатных медицинских подразделений и используются медицинские и подручные средства. Она заключается

в проведении простейших медицинских и других мероприятий, которые направлены на спасение жизни пострадавшего, предупреждение тяжелых осложнений (асфиксия, шок, кровотечение, раневая инфекция и т.п.), а также в подготовке пострадавшего к эвакуации.

Среди мероприятий первой медицинской помощи особое значение приобретают: временная остановка наружного кровотечения (тампонада раны содержимым индивидуального перевязочного пакета, наложение давящей повязки, жгута, жгута-закрутки из подручных средств), введение обезболивающих препаратов, устранение асфиксии (восстановление проходимости и прямого дыхательных путей), проведение искусственного дыхания и непрямого массажа сердца с целью восстановления дыхательной и сердечной деятельности, иммобилизация поврежденных конечностей, закрытие раневых поверхностей с помощью асептических повязок, использование препаратов из аптечки АИ-2 и др.

Следует отметить, что первая медицинская помощь должна быть оказана в кратчайшие сроки, не позднее первых 30 мин, независимо от масштабов и вида катастрофы, так как с течением времени спасение жизни пострадавших становится проблематичным.

Так, по данным ВОЗ, спустя час после катастрофы умирает 30 % тяжелопострадавших, которым своевременно не была оказана первая медицинская помощь, через 3 часа – 60 %, а через 6 часов – 90 %. С промедлением оказания первой медицинской помощи также быстро нарастает и частота осложнений у раненых. Поэтому первую медицинскую помощь оказывают уже в ходе ведения спасательных работ, которые идут круглосуточно и на всей территории района катастрофы. При этом необходимо учитывать радиационную и химическую обстановку, которая в ряде случаев требует использования индивидуальных средств защиты (респираторы, противогазы, средства защиты кожи и др.).

Таким образом, основная цель первой медицинской помощи – спасение жизни пострадавшего – может быть достигнута после устранения продолжающегося воздействия поражающего фактора, устранения последствий поражения и при быстрой эвакуации пострадавшего из опасной зоны.

В районе катастрофы работу по оказанию медицинской помощи пострадавшим условно можно разделить на три фазы:

*изоляция* – с момента возникновения катастрофы до начала организованного проведения спасательных работ;

*спасение* – от начала спасательных работ до завершения эвакуации пострадавших за пределы очага;

*восстановление* – с медицинской точки зрения характеризуется проведением планового лечения и реабилитации пострадавших до окончательного исхода.

Продолжительность периода изоляции может быть от нескольких минут до нескольких часов – при землетрясении в Армении (1988). Учитывая

это, необходимо отметить, что все население должно быть обучено правилам поведения в ЧС и особенно методам оказания первой медицинской помощи в порядке само- и взаимопомощи.

Лечебно-эвакуационные мероприятия относятся к одним из основных и наиболее трудоемких видов деятельности здравоохранения при ликвидации медицинских последствий в чрезвычайных ситуациях. Принципы организации экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС отражают медико-социальные особенности этого периода и основаны на общих положениях охраны здоровья населения. В этой связи для организации лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных в зонах катастроф возникла необходимость в использовании специальной системы лечебно-эвакуационных мероприятий и соответствующих формирований и учреждений службы экстренной медицинской помощи для ее реализации, а также в разработке новых форм и методов работы службы.

Она предусматривает оказание в кратчайшие сроки и в оптимальных объемах медицинской помощи большому контингенту пострадавших. Для достижения этих целей необходимо проведение целого ряда мероприятий организационного характера, объединенных понятием «лечебно-эвакуационное обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях».

Как показывает практика, в районе катастрофы или стихийного бедствия условия для оказания пострадавшим медицинской помощи и лечения в полном объеме почти всегда отсутствуют. Сохранившихся медицинских работников и лечебно-профилактических учреждений вблизи очага катастрофы, как правило, совершенно недостаточно, а перемещение в очаг бедствия в короткий срок большого количества учреждений здравоохранения извне практически невозможно. В связи с этим в настоящее время признано целесообразным расчленять единый процесс оказания помощи и лечения по месту и времени, т.е. сочетать оказание помощи с эвакуацией пострадавших, что и называется лечебно-эвакуационным обеспечением.

*Лечебно-эвакуационное обеспечение* представляет собой систему научно обоснованных мероприятий по оказанию медицинской помощи пострадавшим, их лечению с одновременной эвакуацией в специализированные учреждения для продолжения лечения до окончательного исхода.

*Санитарно-противоэпидемические мероприятия в зоне чрезвычайных ситуаций* включают:

- проведение эпидемиологической и биологической разведки в зоне ЧС;
- проведение экстренной и специфической профилактики по эпидемическим показаниям;
- выявление и изоляцию инфекционных больных;
- осуществление санитарно-эпидемиологического надзора за объектами питания, водоснабжения в зоне ЧС;
- проведение карантинных мероприятий при угрозе и после появления очагов опасных инфекционных заболеваний.

## 11.7. Структура службы медицины катастроф

Служба медицины катастроф предназначена для проведения комплекса мероприятий по предупреждению медико-санитарных последствий и медико-санитарного обеспечения населения при стихийных бедствиях, авариях, катастрофах, эпидемиях, локальных вооруженных конфликтах, террористических актах и других чрезвычайных ситуациях, а также для организации и оказания экстренной и консультативной медицинской помощи населению.

Структура учреждений, обеспечивающих медико-санитарную помощь в условиях чрезвычайных ситуаций, на федеральном уровне складывается из:

- Всероссийского центра медицины катастроф (ВЦМК) «Защита» Минздрава России с входящим в него штабом, формированиями, подразделениями экстренной и планово-консультативной помощи населению, специализированными формированиями и учреждениями Госсанэпидслужбы и Федерального управления «Медбиоэстрем»;
- Всеармейского центра экстренной медицинской помощи и медицинских отрядов специального назначения Минобороны России, учреждений и формирований Федерального подчинения МВД России, МЧС России, других министерств и ведомств, предназначенных для участия и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций;
- клинической базы, предназначенной для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации, оказания экстренной, планово-консультативной, скорой и неотложной медицинской помощи населению.

Органами управления службы медицины катастроф на региональном, территориальном уровнях являются филиалы ВЦМК «Защита», территориальные центры медицины катастроф, которые одновременно выполняют функции штабов службы медицины катастроф. Штабы службы медицины катастроф подчиняются начальникам служб медицины катастроф соответствующего уровня. На местном уровне функции штабов службы медицины катастроф выполняют станции (подстанции) скорой медицинской помощи, а на объектовом – специально назначенные должностные лица по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям. По решению органов исполнительной власти на местном уровне могут создаваться центры медицины катастроф.

На региональном уровне служба медицины катастроф представлена филиалами ВЦМК «Защита» в федеральных округах; центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора регионального уровня с входящими в них формированиями; клиническими базами, предназначенными для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

На территориальном уровне служба медицины катастроф представлена территориальными центрами медицины катастроф субъектов Российской Федерации – учреждениями здравоохранения Российской Федерации особого типа и филиалами ВЦМК «Защита» (Чеченская республика, Ингушская республика, Республика Дагестан); центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах Российской Федерации и городах федерального значения; клиническими базами, предназначенными для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций и оказания экстренной и планово-консультативной медицинской помощи населению.

На местном уровне служба медицины катастроф представлена центрами медицины катастроф местного уровня (где они создаются) или станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи; центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора в городах и районах, формирующих санитарно-эпидемиологические бригады и группы эпидемиологической разведки; лечебно-профилактическими учреждениями, предназначенными для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

На объектовом уровне служба медицины катастроф представлена должностными лицами по медико-санитарному обеспечению объекта в чрезвычайных ситуациях; медицинскими нештатными формированиями; лечебно-профилактическими учреждениями (медико-санитарные части, поликлиники и др.), предназначенными для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций; структурными подразделениями санитарно-эпидемиологического надзора объекта.

Основными задачами службы медицины катастроф являются:

- разработка научно-методических принципов деятельности Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК);
- организация и осуществление медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, в том числе в локальных вооруженных конфликтах и террористических актах;
- координация и руководство силами и средствами, участвующими в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций;
- обеспечение готовности органов управления, системы связи и оповещения формирований и учреждений Всероссийской службы медицины катастроф к действиям в чрезвычайных ситуациях;
- обеспечение постоянной готовности и эффективной работы подразделений экстренной и консультативной медицинской помощи населению (санитарной авиации);
- участие в подготовке и обеспечении готовности органов управления, лечебно-профилактических, санитарно-эпидемиологических и других учреждений Минздрава России к работе в чрезвычайных ситуациях;

– выявление источников чрезвычайных ситуаций, которые могут сопровождаться неблагоприятными медико-санитарными последствиями, организация постоянного медико-санитарного контроля за ними, проведение комплекса мероприятий по недопущению или уменьшению таких последствий;

– прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий стихийных бедствий, аварий и катастроф;

– сбор, обработка, обмен и предоставление информации медико-санитарного характера в области защиты населения и территорий;

– разработка, внедрение и совершенствование методов и средств оказания экстренной и консультативной медицинской помощи населению;

– разработка, внедрение и совершенствование методов и средств оказания медицинской помощи, лечения пораженных при чрезвычайных ситуациях;

– совершенствование организационной структуры Всероссийской службы медицины катастроф и системы медико-санитарного обеспечения населения при возникновении чрезвычайных ситуаций, системы экстренной и консультативной медицинской помощи населению;

– создание при участии заинтересованных министерств и ведомств системы управления Всероссийской службы медицины катастроф, поддержание ее в постоянной готовности и совершенствование;

– разработка методических основ и участие в подготовке населения и спасателей к оказанию первой медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях;

– координация и осуществление подготовки, повышения квалификации и аттестации специалистов службы медицины катастроф;

– разработка, внедрение методических основ медицинской экспертизы и реабилитации участников ликвидации чрезвычайных ситуаций;

– создание и рациональное использование резервов медицинского, санитарно-хозяйственного и специального имущества для службы, организация его хранения и обновления (освежения), оснащение им формирований и учреждений службы, обеспечение экстренных поставок лекарственных средств для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций;

– участие в осуществлении государственной экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий в условиях чрезвычайных ситуаций;

– участие в разработке и осуществлении мер по социальной защите населения, проведении гуманитарных акций в области защиты от чрезвычайных ситуаций;

– создание и рациональное использование резервов финансовых и материально-технических ресурсов для обеспечения деятельности службы медицины катастроф;

– международное сотрудничество в области медицины катастроф.

Формирования Всероссийской службы медицины катастроф включают: подвижные госпитали, отряды, бригады, группы и другие формирования, создаваемые для решения задач службы медицины катастроф в соответствии с утвержденными штатами из персонала лечебно-профилактических и научно-исследовательских учреждений и обеспеченные специальным оснащением и оборудованием. Предназначаются для работы в зонах (районах) чрезвычайных ситуаций, могут быть штатными и нештатными (существующими и создаваемыми при чрезвычайных ситуациях) формированиями. Организуются на всех уровнях Всероссийской службы медицины катастроф. Основными из них являются:

На *федеральном и региональном* уровнях:

- полевой многопрофильный госпиталь Всероссийского центра медицины катастроф «Защита»;
- бригады специализированной медицинской помощи (хирургические, травматологические, нейрохирургические, ожоговые, акушерско-гинекологические, трансфузиологические, токсикологические, психотерапевтические, инфекционные, детские хирургические, радиологические и др.);
- санитарно-эпидемиологические отряды;
- санитарно-эпидемиологические бригады (эпидемиологические, радиологические, санитарно-гигиенические (токсикологические) бригады);
- специализированные противэпидемические бригады.

На *территориальном, местном и объектовом* уровнях:

- бригады скорой медицинской помощи (врачебные, фельдшерские);
- специализированные бригады скорой медицинской помощи (интенсивной терапии, токсикологические, радиологические, психиатрические, педиатрические и др.);
- бригады специализированной медицинской помощи;
- бригады первой врачебной помощи (врачебно-сестринские бригады);
- бригады доврачебной помощи;
- санитарные посты;
- санитарно-эпидемиологические отряды;
- санитарно-эпидемиологические бригады;
- группы эпидемиологической разведки.

В зависимости от конкретных условий перечень формирования на всех уровнях может меняться.

Служба медицины катастроф в условиях чрезвычайной ситуации выполняет следующие основные мероприятия:

- оповещение личного состава органов управления, формирований и учреждений службы медицины катастроф о введении режима чрезвычайной ситуации;
- активный сбор информации об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации, ее оценка и разработка предложений по организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации чрезвычайной ситуации;
- введение в действие по указанию председателя межведомственной координационной комиссии медицины катастроф плана медико-санитарного обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях;
- выдвигание в зону чрезвычайной ситуации оперативных групп центра медицины катастроф (органов управления здравоохранением), формирований и учреждений службы медицины катастроф;
- создание системы связи службы медицины катастроф, ее координация с системой связи РСЧС;
- участие (совместно с аварийно-спасательными и другими формированиями РСЧС) в оказании пораженному первой медицинской помощи и их эвакуации из зоны (очага) чрезвычайной ситуации;
- организация и осуществление лечебно-эвакуационного обеспечения населения, пострадавшего при чрезвычайной ситуации;
- организация медико-санитарного обеспечения личного состава формирований и учреждений, участвующего в ликвидации чрезвычайной ситуации;
- организация медико-санитарного обеспечения населения, эвакуируемого из зоны (района) чрезвычайной ситуации;
- организация и проведение судебно-медицинской экспертизы погибших и судебно-медицинского освидетельствования пораженных (в том числе во взаимодействии с органами МВД России);
- организация и осуществление санитарно-эпидемиологического обеспечения населения в зоне чрезвычайной ситуации;
- организация санитарно-гигиенических мероприятий по защите населения, персонала аварийных объектов и участников ликвидации чрезвычайных ситуаций;
- медицинский контроль за состоянием здоровья личного состава формирований и учреждений, участвующего в ликвидации чрезвычайных ситуаций, обеспечением его специальной одеждой, средствами защиты и правильным их использованием;
- обеспечение непрерывного и оперативного управления формированиями и учреждениями службы медицины катастроф, участвующими в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации, их финансового, материально-технического обеспечения и снабжения медицинским имуществом;

– ведение и своевременное представление учетных и отчетных документов.

Медико-санитарное обеспечение в чрезвычайных ситуациях включает: лечебно-эвакуационное, санитарно-гигиеническое, противоэпидемическое обеспечение, медицинские мероприятия по защите населения и личного состава, участвующего в ликвидации чрезвычайных ситуаций, снабжение медицинским имуществом. При этом используются находящиеся в зоне чрезвычайной ситуации лечебно-профилактические, санитарно-профилактические учреждения, а также учреждения снабжения медицинским имуществом независимо от их ведомственной подчиненности.

Лечебно-эвакуационное обеспечение при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций организуется на основе системы этапного лечения пораженных с их эвакуацией по назначению.

*Медицинская служба гражданской обороны (МСГО)* создается по территориально-производственному принципу на базе органов и учреждений здравоохранения мирного времени независимо от ведомственной принадлежности. Начальником МСГО являются соответствующие руководители органов здравоохранения – министры здравоохранения республик, заведующие отделами здравоохранения (краев, областей, городов и городских районов), главные врачи центральных районных больниц в сельской местности, главные врачи поликлиник и медико-санитарных частей на объектах народного хозяйства. Для руководства медицинскими силами и средствами при начальниках создаются штабы медицинской службы, в состав которых входят руководящие работники здравоохранения.

В составе медицинской службы – ее органы управления (штабы МСГО и управления больничными базами), медицинские формирования и учреждения, а также массовые медицинские формирования – санитарные дружины, отряды санитарных дружин, санитарные посты, создаваемые на объектах народного хозяйства.

Основными задачами МСГО являются: своевременное оказание всех видов медицинской помощи пораженным и больным, их лечение с целью быстрого восстановления здоровья и возвращения к труду.

Специализированные противоэпидемические бригады создаются на базе специализированных противоэпидемических учреждений (институтов, станций) и предназначены для работы главным образом в очагах особо опасных инфекций, где на них возлагаются бактериологическая разведка, лабораторные бактериологические исследования и участие в организации и проведении комплекса противоэпидемических мероприятий.

Группы эпидемиологической разведки создаются на базе противоэпидемических учреждений. Они предназначаются для эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний и отбора проб с объектов внешней среды с целью последующих бактериологических исследований в лабораториях.

К медицинским учреждениям службы относятся лечебные учреждения – профильные больницы, головные больницы, сортировочно-эвакуационные госпитали, эвакуоприемники, инфекционные госпитали.

Профилированные больницы МСГО создаются на базе существующих лечебных учреждений. Предусматривается создание профилированных больниц – нейрохирургических, торако-абдоминальных, травматологических для пораженных с травмами конечностей, ожоговых, токсико-терапевтических, инфекционных, психоневрологических. Кроме того, при пунктах сбора легкопораженных создаются специальные больницы для лечения легкопораженных.

На профилированные больницы возлагается оказание специализированной медицинской помощи пораженным и их лечение до окончательных исходов.

К нештатным аварийно-спасательным формированиям ГО относятся:

*1. Формирования организаций*

- санитарные посты;
- санитарные дружины.

*2. Территориальные формирования*

- 1) мобильные медицинские отряды;
- 2) подвижные госпитали (хирургический подвижной госпиталь, терапевтический подвижной госпиталь, инфекционный подвижной госпиталь);
- 3) бригады специализированной медицинской помощи;
- 4) санитарно-эпидемиологические отряды;
- 5) специализированные противозидемические бригады;
- 6) группы эпидемиологической разведки.

### **Контрольные вопросы**

1. Дайте определение чрезвычайной ситуации.
2. Перечислите виды чрезвычайных ситуаций.
3. Охарактеризуйте поражающие факторы и меры защиты при землетрясении.
4. Расскажите о поражающих факторах, мерах предупреждения и мерах защиты при наводнениях.
5. Что такое АХОВ?
6. Какие группы химических веществ знаете?
7. Понятие химической аварии, меры защиты.
8. Расскажите о признаках отравления и оказании первой помощи при отравлении хлором и аммиаком.
9. Охарактеризуйте поражающие факторы, меры предупреждения и меры защиты при пожарах.
10. Что такое радиационная авария? Перечислите меры защиты.

11. Расскажите о комплексе мероприятий по защите населения от АХОВ?
12. Расскажите о йодопрофилактике.
13. Расскажите о путях введения и выведения отравляющих веществ из организма.
14. Какие виды отравляющих веществ вы знаете?
15. Расскажите о принципах оказания первой медицинской помощи при применении отравляющих веществ.
16. Какие мероприятия при оказании спасательных операций относятся к неотложным?
17. Расскажите, что вы знаете о службе медицины катастроф.
18. Расскажите о медицинской службе гражданской обороны.

### 11.8. Терроризм в современных условиях

Одной из актуальных проблем современного мира является борьба с терроризмом. В Российской Федерации правовую основу борьбы с терроризмом составляют:

- Федеральный закон № 130-ФЗ от 25.07.1998 «О борьбе с терроризмом»;
- Постановление Правительства РФ от 15.09.1999 № 140 «О мерах по противодействию терроризму»;
- Федеральный закон РФ от 25.07.2002 № 114-ФЗ «О противодействии экстремистской деятельности».

В этих документах даны основные понятия и принципы борьбы с терроризмом.

**Терроризм** – насилие или угроза его применения в отношении физических лиц или организаций, а также уничтожение (повреждение) или угроза уничтожения (повреждения) имущества и других материальных объектов, создающие опасность гибели людей, причинения значительного имущественного ущерба либо наступления иных общественно опасных последствий, осуществляемые в целях нарушения общественной безопасности, устрашения населения, или оказания воздействия на принятие органами власти решений, выгодных террористам, или удовлетворения их неправомерных имущественных и (или) иных интересов; посягательство на жизнь государственного или общественного деятеля, совершенное в целях прекращения его государственной или иной политической деятельности либо из мести за такую деятельность; нападение на представителя иностранного государства или сотрудника международной организации, пользующихся международной защитой, а равно на служебные помещения либо транспортные средства лиц, пользующихся международной защитой, если это деяние совершено в целях провокации войны или осложнения международных отношений.

**Террористическая деятельность** – деятельность, включающая в себя:

- 1) организацию, планирование, подготовку и реализацию террористической акции;
- 2) подстрекательство к террористической акции, насилию над физическими лицами или организациями, уничтожению материальных объектов в террористических целях;
- 3) организацию незаконного вооруженного формирования, преступного сообщества (преступной организации), организованной группы для совершения террористической акции, а равно участие в такой акции;
- 4) вербовку, вооружение, обучение и использование террористов;
- 5) финансирование заведомо террористической организации или террористической группы или иное содействие им.

**Террористический акт** – непосредственное совершение преступления террористического характера в форме взрыва, поджога, применения или угрозы применения ядерных взрывных устройств, радиоактивных, химических, биологических, взрывчатых, токсических, отравляющих, сильнодействующих, ядовитых веществ; уничтожения, повреждения или захвата транспортных средств или других объектов; посяательства на жизнь государственного или общественного деятеля, представителя национальных, этнических, религиозных или иных групп населения; захвата заложников, похищения человека; создания опасности причинения вреда жизни, здоровью или имуществу неопределенного круга лиц путем создания условий для аварий и катастроф техногенного характера либо реальной угрозы создания такой опасности; распространения угроз в любой форме и любыми средствами; иных действий, создающих опасность гибели людей, причинения значительного имущественного ущерба либо наступления иных общественно опасных последствий.

**Террорист** – лицо, участвующее в осуществлении террористической деятельности в любой форме.

**Террористическая группа** – группа лиц, объединяющихся в целях осуществления террористической деятельности.

**Террористическая организация** – организация, созданная в целях осуществления террористической деятельности или признающая возможность использования в своей деятельности терроризма.

**Борьба с терроризмом** – деятельность по предупреждению, выявлению, пресечению, минимизации последствий терроризма.

**Заложник** – физическое лицо, захваченное и (или) удерживаемое в целях понуждения государства, организации или отдельных лиц совершить какое-либо действие или воздержаться от совершения какого-либо действия как условия освобождения удерживаемого лица.

**Экстремистская деятельность (экстремизм)** – деятельность общественных и религиозных объединений, либо иных организаций, либо средств

массовой информации, либо физических лиц по планированию, организации, подготовке и совершению действий, направленных на (в том числе):

- создание незаконных вооруженных формирований;
- осуществление террористической деятельности;
- возбуждение расовой, национальной, а также социальной розни, связанной с насилием или призывами к насилию.

**Экстремистская организация** – общественное или религиозное объединение либо иная организация, в отношении которых по основаниям, предусмотренным законом, принято решение о запрете или ликвидации.

Противодействие экстремистской организации ведется по основным направлениям – принятие профилактических мер, направленных на предупреждение экстремистской деятельности, в том числе на выявление и последующее устранение причин и условий, способствующих осуществлению экстремистской деятельности общественных и религиозных объединений, иных организаций, физических лиц.

Формы и методы террора различны и развиваются по мере технического прогресса. Особое внимание обращено на методы вовлечения людей в нетрадиционные религиозные секты и общества, где воля и сознание с помощью специальных способов психического воздействия и применения психотропных средств парализуются. Происходит разрыв общественно-социальных связей членов секты, в том числе и с ближайшими родственниками. Из их числа формируются террористы-смертники. Террористами предпринимались попытки овладеть или изготовить оружие массового уничтожения, совершить диверсии против АЭС, применить сильнодействующие токсические вещества. Возможно применение против мирного населения и биологического оружия, а также бытовых или промышленных токсических веществ: аммиак, хлор и др. – они используются в производстве, более доступны, хотя поражающий эффект ниже, но требуемый резонанс в обществе будет значителен, чего и добиваются преступники.

Борьба с терроризмом в Российской Федерации осуществляется в целях:

- 1) защиты личности, общества и государства от терроризма;
- 2) предупреждения, выявления, пресечения террористической деятельности и минимизации ее последствий;
- 3) выявления и устранения причин и условий, способствующих осуществлению террористической деятельности.

*Признаками наличия взрывных устройств может служить:*

- припаркованные вблизи домов автомашины неизвестных работников;
- бесхозные портфели, чемоданы, сумки, свертки, мешки, ящики, коробки;
- растяжки из проволоки, шпагата, веревки;

- необычное размещение обнаруженного предмета;
- специфический, не свойственный окружающей местности, запах;
- шум из обнаруженного предмета (тиканье часов, щелчки);
- присутствие проводов, небольшой антенны, изолянты;
- наличие на найденном предмете источников питания (батарейка).

### *Взрывоопасные предметы армейского производства*

Взрывоопасные предметы могут быть обнаружены повсюду: в полях и огородах, в лесах, парках, в воде, в подвалах и на чердаках домов, на территории бывших артиллерийских, авиационных полигонов и складов, в других местах. Со временем, по тем или иным причинам, часть взрывоопасных предметов появляется на поверхности, а так как под влиянием смены температур и атмосферных осадков в них произошли изменения, они представляют еще большую опасность. Помимо этого, в условиях социальных, межнациональных конфликтов и войн они стали во многих регионах повседневной реальностью, а кое-где и предметом первой необходимости. Это вызывает особое беспокойство.

Ежегодно обнаруживается и обезвреживается большое количество взрывоопасных предметов. К сожалению, еще встречаются случаи, когда люди, особенно дети, столкнувшись со смертоносными боеприпасами, проявляют опасное любопытство к устройству, что часто приводит к человеческим жертвам и увечьям.

*Стрелковые боеприпасы.* К ним относят патроны, которые предназначены для стрельбы из автоматов, пулеметов, винтовок, пистолетов. Наибольшую опасность представляют патроны, снаряженные зажигательными и бронебойно-зажигательными пулями.

Из *авиационных боеприпасов* серьезную опасность представляют патроны авиационных пулеметов, снаряды пушек, которые имеют малые размеры и калибры, бомбы. Обнаружив такие взрывоопасные предметы, подростки часто кладут их в карман, забывая об их смертельной опасности. Необходимо им объяснить, что многие авиационные бомбы оснащаются взрывателями для самоликвидации, поэтому могут взрываться от малейшего постороннего воздействия (трения, изменения положения, удара).

Особенно опасны *ручные гранаты* в окончательно снаряженном виде, т.е. когда запал соединен с корпусом гранаты. Следует обратить внимание, что запалы всегда находятся в боевом положении. Разбирать их и проверять работу ударного механизма категорически запрещается.

*Взрыватели* – это устройства, обеспечивающие взрыв боеприпаса. Корпуса взрывателей, как правило, стальные, алюминиевые или латунные.

*Запалы* – средства возбуждения детонации зарядов взрывчатых веществ в различных боеприпасах. Представляют собой алюминиевые или медные

гильзы, заполненные взрывчатыми веществами с высокой чувствительностью к удару, накалу, трению и другим механическим воздействиям.

*Противотанковые и противопехотные мины.* Не все они бывают обнаружены и обезврежены саперами. Надо помнить, что любая мина может быть установлена не на извлечение.

В случае *обнаружения* взрывоопасного или внешне схожего с ним предмета необходимо:

- хорошо запомнить место обнаружения предмета;
- установить предупредительные знаки или ограждения (используя жерди, колья, проволоку, камни, веревку, куски материи, грунт и т.д.);
- немедленно сообщить об опасной находке в милицию или в любой орган власти.

***Категорически запрещается:***

- брать их в руки, наносить по ним удары, предпринимать попытки разборки;
- помещать в огонь или разводить костер под ними;
- переносить в карманах, портфелях, рюкзаках и т.п.;
- наступать или наезжать на мины, предпринимать попытки их обезвредить или извлечь из земли, обрывать или тянуть отходящие от них проволочки или провода.

**Для предотвращения возможного террористического акта:**

- не трогайте в вагоне поезда (метро), в подъезде дома или на улице оставленные без присмотра пакеты (сумки, коробки и т.п.) и не подпускайте к ним других;
- сообщите о находке сотруднику милиции;
- постарайтесь запомнить приметы подозрительных людей и сообщите их прибывшим сотрудникам спецслужб;
- если произошел взрыв – примите меры к предотвращению пожара и паники, окажите первую медицинскую помощь пострадавшим.

**Правила поведения при захвате группы людей террористами:**

- В присутствии террористов не выражайте свое неудовольствие, воздержитесь от резких движений, криков и стонов.
- Подчиняйтесь требованиям захватчиков без препирательств.
- Прежде чем что-то сделать (передвинуться, открыть портфель и т.п.), спрашивайте у террористов разрешения.
- Отдайте террористам личные вещи, которые они требуют.
- Избегайте необдуманных действий, так как в случае неудачи можно поставить под угрозу собственную безопасность и безопасность других людей.
- Постарайтесь остаться незамеченным, воздержитесь от ответных действий и просьб.

- Не реагируйте на провокационное или вызывающее поведение захватчиков.
- Сидите или лежите спокойно, не задавая вопросов и не глядя в глаза террористам.
- При угрозе использования террористами оружия ложитесь на живот, ладонями защищая затылок. Разместитесь подальше от окон, застекленных дверей, проходов, лестниц, лифтов.
- Не впадайте в панику, оставайтесь всегда внимательным, готовым использовать малейшую возможность спастись.
- Если вы ранены, старайтесь не совершать лишних движений, примите удобное положение и сохраняйте спокойствие – любое движение усиливает потерю крови.
- Если вам удастся изобразить серьезную болезнь, может появиться возможность освободиться в результате переговоров.
- Постарайтесь занять себя: читайте, пишите, играйте или разговаривайте с соседями.
- Совместно с другими заложниками участвуйте в сменном наблюдении за действиями террористов.
- Постарайтесь понять намерения захватчиков, рассматривая возможность личного сопротивления.
- Попробуйте определить число террористов, где каждый из них находится, каким оружием они располагают.
- Не способствуйте получению захватчиками дополнительной информации о заложниках (о высоком социальном статусе своих родителей и т.п.).
- При освобождении заложников группой захвата оставайтесь лежать на полу до окончания операции, подчиняйтесь приказам группы по борьбе с терроризмом. Не растирайте глаза, если применен слезоточивый газ. Не покидайте помещения без приказа. При освобождении выходите как можно быстрее.

**Как действовать, если вы попали в перестрелку.** Если стрельба застала вас на улице, следует сразу лечь и осмотреться. Выберите ближайшее укрытие и проберитесь к нему, не поднимаясь в полный рост. Укрытием могут служить выступы зданий, памятники, бетонные столбы, бордюры, канавы и т.д. При первой возможности спрячьтесь в подъезде жилого дома, подземном переходе и т.д., дождитесь окончания перестрелки в укрытии. Не желательно использовать в качестве защиты автомобиль, так как металл тонко, а горючее взрывоопасно.

Примите меры по спасению детей, при необходимости прикройте их своим телом.

По возможности сообщите о происшедшем сотрудникам милиции.

Если в ходе перестрелки вы находитесь дома – укройтесь в ванной комнате и лягте на пол, так как находиться в комнате опасно из-за возможности рикошета. Находясь в укрытии, следите, чтобы не начался пожар. Если же пожар все же начался, а стрельба не прекратилась, то покиньте квартиру и укройтесь в подъезде, дальше от окон.

**Действия попавших в ситуацию с захватом самолета (автобуса).** Если вы оказались в захваченном самолете (автобусе), не привлекайте к себе внимания террористов. Осмотрите салон, отметьте места возможного укрытия в начале стрельбы. Успокойтесь, попытайтесь отвлечься от происходящего: читайте, разгадывайте кроссворды.

Снимите ювелирные украшения. Не смотрите в глаза террористам, не передвигайтесь по салону и не открывайте сумки без их разрешения. Не реагируйте на провокационное или вызывающее поведение. Женщинам в мини-юбках желательно прикрыть ноги.

Если власти предпримут попытку штурма – ложитесь на пол между креслами и оставайтесь там до окончания штурма. После освобождения немедленно покиньте самолет (автобус), так как не исключена возможность минирования самолета террористами, а также взрыва паров бензина.

## **Биотерроризм**

Идея использования человеком живых существ для нанесения вреда другому человеку не нова. Так, согласно книге «Исход», Моисей под руководством Иеговы последовательно насылал на египтян жаб, мошек, песьих мух, а также «воспаление с нарывами на людях и на скоте». Для того чтобы вызвать последний вид поражений, Моисею достаточно было бросить к небу горсть пепла. Мотивацией для проведения перечисленных и ряда других актов была необходимость заставить фараона, угнетавшего евреев, отпустить последних из земли египетской.

Разнообразие мотивировок для проведения террористических актов или уголовных преступлений с использованием биологических агентов подробно описано в базе данных, созданной в Институте международных исследований Монтерей (Monterey), США. С 1900 по 1999 гг. на основании открытых источников было зафиксировано 415 случаев использования или попыток использования биологических, химических и ядерных материалов в уголовных, политических или идеологических целях. Диапазон мотивов чрезвычайно широк: от личной мести до попытки уничтожить основную часть человечества, чтобы вывести из оставшейся части новую расу. Практически во всех случаях у исполнителей обнаруживали психические отклонения.

Подавляющее большинство из известных случаев было предотвращено спецслужбами или являлось злонамеренной мистификацией и не повлекло сколько-нибудь серьезных последствий. Случай наиболее эффективного

использования биологических агентов произошел в 1984 г. в США, когда одна из религиозных сект в целях победы на местных выборах инфицировала возбудителем сальмонеллеза овощные полуфабрикаты, поставлявшиеся в сеть ресторанов. В результате был зарегистрирован 751 пострадавший, летальных исходов отмечено не было. Первоначально эпизод был расценен как обычная вспышка пищевых инфекций. Истинная причина была установлена только через несколько лет [63].

Пик развития биологического оружия пришелся на период с конца 40-х и до конца 60-х годов. В это время в США, Великобритании и Советском Союзе осуществлялись масштабные программы, позволившие сделать биологическое оружие реальностью. Во всех странах, разрабатывавших биологическое оружие, были получены принципиально сходные результаты. Считается, что вопросами создания биологического оружия занимались 18 государств.

После принятия в 1972 г. Конвенции о запрещении биологического оружия его производство в подавляющем большинстве стран было постепенно свернуто. Достоверно известно о продолжении производства биологического оружия до начала 90-х годов в Ираке, возможно, работы продолжались и до 1995 г. Однако биологическое оружие могут производить не только страны, но и отдельные группы лиц при наличии финансовых средств.

По своему поражающему действию на человека биологическое оружие намного превосходит химическое оружие и приближается к ядерному. При благоприятных условиях (направление и скорость ветра, влажность и температура воздуха) несколько килограммов спор сибирской язвы может вызвать такое же количество человеческих жертв, как и ядерная бомба, взорванная над Хиросимой.

*Биологическим* оружием называют патогенные микроорганизмы и вырабатываемые ими токсины, а также средства их доставки, предназначенные для поражения людей, сельскохозяйственных животных, посевов.

#### *Особенности биологического оружия:*

- 1) высокая потенциальная эффективность (способность поражать ничтожно малыми дозами – 1-5 микробов – лихорадка Ку);
- 2) наличие инкубационного периода;
- 3) высокая контагиозность;
- 4) возможность продолжительного действия за счет длительного сохранения возбудителя в окружающей среде (споры сибирской язвы, столбняка, газовой гангрены), в организме переносчиков (возбудитель чумы может сохраняться в организме блохи около года), возбудитель лихорадки Ку может находиться в клещах примерно 1300 дней);
- 5) трудность обнаружения;

- 6) избирательность (целенаправленность) действия (только для людей, людей и животных – сип, сибирская язва; возбудители смертельных болезней или временно выводящих из строя);
- 7) сильное психологическое воздействие;
- 8) относительная дешевизна производства.

#### *Способы применения:*

- 1) создание бактериальных аэрозолей;
- 2) использование инфицированных переносчиков;
- 3) диверсионный.

Наиболее опасным является аэрозольный способ применения (одномоментное инфицирование большого количества людей с высоким темпом развития эпидемического процесса).

*Зона бактериологического поражения* – местность, зараженная патогенными микроорганизмами.

*Очаг бактериологического поражения* – территория в зоне бактериологического заражения с населенными пунктами и объектами народного хозяйства, в пределах которой в результате воздействия бактериологического оружия возникли массовые поражения людей, сельскохозяйственных животных, растений.

При аэрозольном способе заражения территория будет иметь сплошной характер, заболевания появятся сразу у большого числа людей и часто будут иметь тяжелое течение. Заболеваемость может составлять до 50% из числа людей, находящихся в очаге бактериологического поражения.

В очаге бактериологического поражения население по сигналу оповещения должно немедленно укрыться в убежищах либо принять из индивидуальной аптечки противобактериальное средство № 1 (тетрациклин) – принимают из пенала сразу 5 таблеток, а через 6 часов – еще 5 таблеток из другого пенала – и использовать индивидуальные средства защиты. Проводится полная санитарная обработка и дезинфекция одежды и обуви. Необходимо соблюдение правил личной и общественной гигиены.

Для локализации и ликвидации очага бактериологического поражения вводится режим карантина или обсервации.

К наиболее грозным видам биологического оружия следует отнести чуму и натуральную оспу. В качестве бактериологического оружия могут быть использованы и возбудители других особо опасных инфекций: холеры, сибирской язвы, а также ботулизма, туляремии, лихорадки Ку.

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое терроризм, террористический акт, террористическая деятельность?
2. Расскажите о формах и методах террора.
3. Какие взрывоопасные предметы армейского производства вы знаете?

4. Как избежать возможного террористического акта?
5. Расскажите о правилах поведения при захвате заложников террористами.
6. Расскажите о правилах поведения при захвате террористами самолета.
7. Что делать, если люди попали в перестрелку?
8. Что понимают под бактериологическим оружием, его особенности.
9. В чем различие понятий «зоны» и «очага» бактериологического поражения?
10. Какие возбудители используются в качестве бактериологического оружия?
11. Перечислите меры защиты населения в очаге бактериологического поражения.

## СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

*Аборт* (выкидыш) – прерывание беременности в течение первых 28 недель, когда плод еще нежизнеспособен.

*Аварийно химически опасные вещества (АХОВ)* – опасные химические вещества, производимые, хранящиеся, транспортируемые, применяемые на объектах экономики, при аварийном выбросе (разливе) которых может произойти заражение окружающей среды в поражающих живой организм концентрациях.

*Адаптация* – приспособление организма к окружающим условиям с использованием резервов организма.

*Аклиматизация* – приспособление человека к новым, непривычным климато-географическим условиям среды.

*Аккредитация* – определение соответствия медицинских учреждений профессиональным стандартам.

*Акселерация* – ускорение темпа роста и развития организма детей и подростков по сравнению с темпами прошлых поколений.

*Анемия* – уменьшение количества эритроцитов со снижением содержания гемоглобина в крови.

*Антисептика* – система мероприятий, направленных на прекращение роста, уничтожение микробов в ране, на коже и в организме человека.

*Антропонозные инфекции* – инфекции, передающиеся от человека к человеку.

*Аппетит* – эмоциональное ощущение, связанное со стремлением к потреблению пищи.

*Асептика* – совокупность мероприятий, направленных на уничтожение микробов до их попадания в рану и ткани организма.

*Астенический синдром* – повышенная утомляемость, истощенность, ослабление или утрата способности к большому физическому или психическому напряжению.

*Атмосферный воздух* – естественная смесь газов атмосферы, находящаяся за пределами жилых, производственных и иных помещений.

*Атрофия* – уменьшение в объеме и размерах органов и тканей вследствие гибели клеточных и тканевых элементов в результате какого-либо патологического процесса, при котором либо нарушается питание тканей, либо на длительное время снижается их функциональная активность.

*Безнадзорный* – несовершеннолетний, контроль за поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения

обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или законных представителей либо должностных лиц.

*Безопасные условия для человека* – состояние среды обитания, при котором отсутствует опасность вредного воздействия ее факторов на человека.

*Бесплодие* – отсутствие на протяжении двух и более лет беременности у женщины, регулярно живущей половой жизнью без применения противозачаточных средств.

*Бесплодный брак* – отсутствие беременности в течение одного года при регулярной половой жизни без использования контрацептивов.

*Беспризорный* – безнадзорный, не имеющий места жительства и (или) места пребывания.

*Биологически активные добавки (БАД)* – композиции природных (витамины, минералы, аминокислоты, жирные кислоты и другие пищевые вещества) или идентичных природным биологически активных веществ, предназначенные для приема с пищей или для введения в состав пищевых продуктов с целью улучшения их пищевой ценности и обогащения рациона отдельными пищевыми веществами.

*Биологическое оружие* – патогенные микроорганизмы и вырабатываемые ими токсины, а также средства их доставки, предназначенные для поражения людей, сельскохозяйственных животных, посевов.

*Близорукость* – заболевание органа зрения, при котором человек плохо видит вдаль.

*Болезни, вызванные воздействием факторов окружающей среды* – экологически обусловленные заболевания, возникновение или усугубление течения которых связано с воздействием факторов окружающей среды.

*Болезнь* – это жизнь, нарушенная в своем течении повреждением структуры и функций организма под влиянием внешних и внутренних факторов (ВОЗ).

*Болезнь* – нарушение жизнедеятельности организма под влиянием чрезвычайных раздражителей внешней и внутренней среды, характеризующееся понижением приспособляемости при одновременной мобилизации защитных сил организма (БМЭ).

*Борьба с терроризмом* – деятельность по предупреждению, выявлению, пресечению, минимизации последствий террористической деятельности.

*Вакцины* – препараты, приготовленные из убитых или ослабленных болезнетворных микроорганизмов, а также из обезвреженных токсинов.

*Валеология* – наука, изучающая факторы и обстоятельства, которые укрепляют здоровье здорового человека, и разрабатывающая систему эффективных оздоровительных мероприятий.

*Взрыв* – освобождение большого количества энергии в ограниченном объеме за короткий промежуток времени.

*Витаминная недостаточность (авитаминозы, гиповитаминозы)* – группа заболеваний, развивающихся при недостаточном поступлении в организм одного или нескольких витаминов или полное отсутствие их в пище.

*Витамины* – низкомолекулярные органические соединения с высокой биологической активностью, которые необходимы для нормальной жизнедеятельности организма в чрезвычайно малых количествах, но они не синтезируются (или синтезируются недостаточно) и поэтому должны поступать в организм с пищей.

*Внутренняя миграция* – межрайонные переселения и переселение из села в город.

*Врач общей практики (семейный врач)* – врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста.

*Врачебная тайна* – информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

*Вредное воздействие на человека* – воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни или здоровью человека либо угрозу жизни или здоровью будущих поколений

*Временная нетрудоспособность* – состояние организма человека, обусловленное заболеванием или травмой, при котором нарушение функций сопровождается невозможностью выполнять работу вообще или по своей профессии.

*Вторичная профилактика* – система мероприятий, направленная на раннее выявление доклинических признаков заболеваний (на стадии предболезни), показателей наследственной предрасположенности людей, выявление факторов риска заболеваний и прогнозирование риска, а также своевременное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий с целью предупреждения развития болезни, осложнений острых заболеваний и перехода их в хроническую стадию.

*Вывих* – стойкое и необычное смещение концов костей, образующих сустав.

*Гельминтозы* – паразитарные кишечные заболевания, вызываемые червями (гельминтами, другое название – глисты).

*Гематурия* – наличие эритроцитов в моче.

*Гемолиз* – процесс разрушения эритроцитов, при котором гемоглобин выходит из них в плазму.

*Геморрагии* – истечение крови из сосудов в окружающие ткани.

*Гемоторакс* – скопление крови в полости плевры.

*Генетика человека* – наука о законах наследственности и изменчивости, которые определяют развитие организма.

*Генные болезни* – болезни, в основе которых лежат изменения гена на молекулярном уровне (генная мутация) и нарушения его функции.

*Гигиена* – медицинская наука, изучающая влияние на здоровье людей химических, физических, биологических и социальных факторов внешней среды и разрабатывающая мероприятия по предупреждению и устранению

неблагоприятного воздействия этих факторов на организм и вместе с тем по использованию положительного их влияния для укрепления здоровья.

*Гигиена труда* – наука, изучающая влияние производственного процесса и условий труда на здоровье работающих.

*Гипертонический криз* – резкое повышение артериального давления.

*Гиподинамия* – комплекс расстройств организма, затрагивающий двигательный аппарат, ведущий к ухудшению деятельности сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, снижающий обмен веществ, иммунную биологическую резистентность и работоспособность.

*Гипокинезия* – ограничение двигательной активности, обусловленное особенностями образа жизни, профессиональной деятельности, длительным постельным режимом, пребыванием человека в условиях невесомости.

*Гипоксемия* – снижение содержания и парциального давления кислорода в крови.

*Гипоксия* – понижение содержания кислорода в тканях.

*Гормональная регуляция* – регуляция жизнедеятельности организма или его отдельных систем, осуществляемая с помощью гормонов.

*Горючее вещество* – вещество, которое способно самостоятельно гореть после того, как будет удален внешний источник зажигания.

*Государственный санитарно-эпидемиологический надзор* – деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны здоровья населения и среды обитания.

*Гуморальная регуляция организма* – регуляция жизнедеятельности органов и систем, осуществляемая биологически активными веществами, растворенными в жидких средах организма.

*Дезгазация* – уничтожение сильнодействующих ядовитых и отравляющих веществ или удаление их с поверхности таким образом, чтобы зараженность снизилась до допустимой нормы или исчезла полностью.

*Дезинсекция* – уничтожение насекомых, переносчиков болезней.

*Дезинфекция* – уничтожения возбудителя болезни.

*Демография* – наука о населении, закономерностях его воспроизводства и социально-экономической обусловленности.

*Деонтология* – учение о долге.

*Дератизация* – истребление грызунов, переносчиков болезней.

*Десмургия* – учение о повязках, способах их применения и правильном наложении.

*Диагноз* – медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти, выраженное в терминах, обозначающих названия болезней (травм), их формы, варианты течения и т.п.

*Динамический стереотип* – вид деятельности человека, представляющий цепочку условных рефлексов, следующих в определенном порядке друг за другом и через определенные интервалы времени.

*Дисбактериоз кишечный* – синдром, характеризующийся нарушением подвижного равновесия микрофлоры, в норме заселяющей кишечник.

*Естественное движение населения* – изменение численности населения данной территории в результате взаимодействия рождаемости и смертности.

*Естественный прирост населения* – разность между рождаемостью и смертностью населения из расчета на 1000 чел. населения.

*Живорождение* – полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности.

*Заболеваемость* – совокупность выявленных у населения заболеваний. Показатель распространения болезней, выявленных и зарегистрированных в течение года среди населения в целом или в отдельных группах (возрастных, половых, территориальных), исчисляемый на определенное количество населения (100, 1000, 10 000, 100 000 жителей).

*Закаливание* – система процедур, способствующих повышению сопротивляемости организма неблагоприятным воздействиям внешней среды, выработке условно-рефлекторных реакций терморегуляции с целью ее совершенствования.

*Заложник* – физическое лицо, захваченное и (или) удерживаемое в целях понуждения государства, организации или отдельных лиц совершить какое-либо действие или воздержаться от совершения какого-либо действия как условия освобождения удерживаемого лица.

*Здоровый образ жизни* – структура поведения, обеспечивающая формирование, сохранение, развитие здоровья человека с учетом его индивидуальных психофизиологических особенностей и исключающая вредные привычки.

*Здоровье человека* – состояние полного телесного, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и повреждений (ВОЗ). Здоровье – динамическое состояние организма, обеспечивающее реализацию его генетических, физиологических, защитных, адаптивных, психологических, социальных, культурологических функций человека в соответствии с его возрастом, условиями обитания и профессиональной деятельностью.

*Здравоохранение* – социальная функция общества и медицины по охране и укреплению здоровья.

*Землетрясение* – подземные колебания и толчки в результате сейсмических волн и подвижек определенных участков земной коры

*Зона чрезвычайной ситуации* – территория, на которой сложилась чрезвычайная ситуация.

*Зоонозные инфекции* – инфекционные заболевания, передающиеся человеку от животных.

*Избыточная масса тела* – превышение установленных стандартов мас-

сы тела по отношению к фактическому росту, но при этом отложение жира еще не выражено и четко не определяется.

*Иммиграция* – въезд граждан из другой страны в данную.

*Иммобилизация* – создание неподвижности при различных повреждениях и заболеваниях.

*Иммунитет* – комплекс реакций, направленных на защиту организма от инфекционных агентов и чужеродных веществ.

*Инвалид* – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

*Инвалидность, или стойкая утрата трудоспособности* – нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, врожденными дефектами, последствиями травм, приводящих к ограничению жизнедеятельности и постоянной (или длительной) потере трудоспособности.

*Индивидуальная программа реабилитации инвалида* – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

*Инсульт* – нарушение мозгового кровообращения с очаговым повреждением головного мозга.

*Инфаркт миокарда* – тяжелейшая форма ишемической болезни сердца, обусловленная возникновением очагов некроза в сердечной мышце вследствие нарушения кровообращения в сосудах сердца.

*Инфекционные заболевания* – заболевания человека, возникновение и распространение которых обусловлено воздействием на человека биологических факторов среды обитания (возбудителей инфекционных заболеваний) и возможностью передачи болезни от заболевшего человека, животного к здоровому человеку.

*Инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих* – инфекционные заболевания человека, характеризующиеся тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (эпидемия).

*Искусственный аборт* – преднамеренное прерывание беременности.

*Истерия* – психическое заболевание, относящееся к группе неврозов.

*Ишемия* – уменьшение притока крови к органу.

*Карантин* – административные, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и предусматривающие особый режим хозяйственной

и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов, товаров и животных.

*Качество жизни* – степень уверенности отдельных людей или группы людей в том, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения счастья и самореализации возможности предоставляются.

*Клиническая смерть* – первые 5 минут после прекращения дыхания и остановки сердца, в течение которых можно восстановить жизнедеятельность организма путем проведения реанимационных мероприятий.

*Клонирование* – получение генетических копий животных.

*Клонирование человека* – создание человека, генетически идентичного другому живому или умершему человеку, путем переноса в лишнюю ядра женскую половую клетку ядра соматической клетки человека.

*Колика* – внезапный приступ резких схваткообразных болей, возникающий при заболеваниях органов брюшной полости и почек; обусловлен длительным судорожным спазмом мышц этих органов.

*Коллапс* – резкая сосудистая недостаточность, возникающая из-за изменения объема циркулирующей крови, падения сосудистого тонуса, перераспределения крови и др.

*Контрацепция* – предохранение от нежелательной беременности.

*Кризисы* – внезапное резкое ухудшение состояния больного, возникающее на фоне имеющегося заболевания.

*Кровотечение* – выход крови из сосудистого русла во внешнюю среду или в ткани и полости организма.

*Лекарственные препараты* – дозированные лекарственные средства, готовые к применению.

*Лекарственные средства* – вещества, применяемые для профилактики, диагностики, лечения болезни, предотвращения беременности, полученные из крови, плазмы крови, а также органов, тканей человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий. К лекарственным средствам относятся также вещества растительного, животного или синтетического происхождения, обладающие фармакологической активностью и предназначенные для производства и изготовления лекарственных средств.

*Лечебно-эвакуационное обеспечение* – система научно обоснованных мероприятий по оказанию медицинской помощи пострадавшим, их лечению с одновременной эвакуацией в специализированные учреждения для продолжения лечения до окончательного исхода.

*Ликвидация чрезвычайных ситуаций* – аварийно-спасательные и другие неотложные работы, проводимые при возникновении чрезвычайных ситуаций и направленные на спасение жизни и сохранение здоровья людей, снижение размеров ущерба окружающей природной среде и материальных потерь, а также на локализацию зон чрезвычайных ситуаций, прекращение действия характерных для них опасных факторов.

*Лицензирование* – выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования.

*Массовые неинфекционные заболевания (отравления)* – заболевания человека, возникновение которых обусловлено воздействием физических, и (или) химических, и (или) социальных факторов среды обитания.

*Медико-социальная экспертиза* – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

*Медицинская (врачебная) этика, или биоэтика* – часть общей и один из видов профессиональной этики, наука о нравственных началах в деятельности медиков.

*Медицинская активность* – деятельность людей в области охраны, улучшения индивидуального и общественного здоровья в определенных социально-экономических условиях.

*Медицинская генетика* – учение о значении наследственности в болезнях человека.

*Медицинская демография* – наука, изучающая взаимосвязь демографических процессов воспроизводства населения с позиций медицины и здравоохранения и разрабатывающая меры, направленные на обеспечение наиболее благоприятных показателей здоровья населения.

*Медицинская деонтология* – совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей.

*Мертворождение* – смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности.

*Метаболизм* – совокупность химических и физических превращений, происходящих в организме и обеспечивающих его жизнедеятельность во взаимосвязи с внешней средой. Состоит из процессов ассимиляции и диссимиляции.

*Метаболиты* – вещества, образовавшиеся в организме в результате различных биохимических реакций в процессе обмена веществ.

*Метеоризм* – вздутие живота из-за избыточного скопления газов в пищеварительном тракте.

*Механическое движение населения, или миграция* – передвижение отдельных групп людей из одного района в другой или за пределы страны, как правило, со сменой места жительства.

*Мигрень* – мучительная головная боль, возникающая вследствие чрезмерного спазма или расширения сосудов головного мозга.

*Микроциркуляция крови* – кровообращение в системе капилляров, артериол, венул.

*Младенческая смертность* – смертность детей в возрасте до 1 года, рассчитываемая на 1000 рожденных живыми в течение одного года.

*Наводнение* – затопление водой местности в результате ливней, продолжительных дождей (снегопадов), бурного таяния снегов, ветрового нагона воды на морское побережье и пр., причиняющее материальный ущерб, наносящее урон здоровью населения или приводящее к гибели людей.

*Наркомания* – патологическое влечение к приему наркотиков, обусловленное включением наркотического вещества в цикл биохимических процессов функционирования организма. Прекращение приема наркотиков ведет к тяжелым психическим и физиологическим расстройствам. Длительный прием наркотиков вызывает нарушение регуляторной деятельности систем организма и морфологические деструкции различных органов.

*Нарушение* – это любая потеря или аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры или функции здоровья.

*Население* (народонаселение) – совокупность людей, объединенных общностью проживания в пределах той или иной страны или части ее территории (область, край, район, город), а также группы стран, всего мира.

*Наследственные* или *генетические болезни* – болезни, в основе которых лежат нарушения в генетическом аппарате половых клеток обоих или одного из родителей.

*Нетрудоспособность* – невозможность вследствие медицинских или социальных противопоказаний продолжать привычную профессиональную деятельность.

*Нутрициология, или наука о питании* – наука о пище, пищевых веществах и других компонентах, содержащихся в продуктах питания, их действии и взаимодействии, роли в поддержании здоровья или возникновении заболеваний, о процессах их потребления, усвоения, переноса, утилизации (расходования) и выведения из организма.

*Обморок* – внезапная кратковременная потеря сознания вследствие недостаточного кровоснабжения мозга.

*Образ жизни* – устойчивая, долговременная система отношений человека с природной и социальной средой, представлений о нравственных и материальных ценностях, намерений, поступков, стереотипов поведения, реализации стратегий, направленных на удовлетворение разнообразных потребностей, на основе адаптации к правилам, законам и традициям общества.

*Обращение* – первое посещение врача пациентами, которое регистрируется с помощью статистического талона уточненного диагноза.

*Общая трудоспособность* – способность человека к неквалифицированному труду в обычных условиях.

*Общественное здоровье* – совокупное здоровье людей, проживающих на данной территории или государства в целом.

*Ограничение жизнедеятельности* – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоя-

тельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

*Одышка* – нарушение частоты, ритма и глубины дыхания, сопровождающееся, как правило, ощущением недостатка воздуха.

*Ожирение* – состояние, характеризующееся ненормально высоким содержанием жира в теле.

*Ожог* – повреждение тканей, вызванное воздействием высокой температуры, химических веществ, радиации.

*Опасные факторы пожара* – факторы, воздействие которых может привести к людскому и (или) материальному ущербу.

*Опухоли (новообразования)* – избыточное разрастание тканей, состоящих из изменившихся клеток организма, утративших свою обычную форму и функции.

*Остеопороз* – прогрессирующее системное заболевание скелета, характеризующееся снижением массы кости и нарушением структуры костной ткани, приводящим к увеличению хрупкости кости и риска переломов.

*Острая сосудистая недостаточность* – изменение периферического кровообращения, которое сопровождается снижением артериального давления и нарушением кровоснабжения органов и тканей.

*Острый живот* – комплекс симптомов, возникающих при внезапных заболеваниях органов брюшной полости, а также при закрытых травмах живота с повреждением внутренних органов.

*Отеки* – избыточное скопление жидкости в тканях и полостях организма.

*Отморожение* – повреждение ткани, которое возникает при действии на участок тела отрицательной температуры.

*Отравление* – болезненный процесс, вызванный попаданием в организм различными путями одного или нескольких ядовитых веществ.

*Охрана материнства и детства* – система государственных и общественных мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка.

*Паралич* – полная потеря способности производить произвольные движения.

*Парестезия* – ненормальное ощущение, испытываемое без получения раздражения.

*Парез* – резкое снижение возможности полноценно выполнять произвольные движения.

*Патогенез* – механизм возникновения и развития болезни.

*Пенитенциарная система* – места лишения свободы, тюрьмы, лагеря, колонии.

*Первая медицинская помощь* – комплекс экстренных медицинских мероприятий, проводимых внезапно заболевшему или пострадавшему на месте происшествия и в период его транспортировки в медицинское учреждение.

*Первичная профилактика* – система мероприятий, направленных на устранение причин возникновения болезней.

*Перевязка* – процесс наложения стерильного перевязочного материала на обработанные раны и окружающие их участки кожи, а также смена его.

*Перелом* – полное или частичное нарушение целостности кости, вызванное действием механической силы или патологическим процессом (опухоль, воспаление кости – остеомиелит).

*Перинатальный период* – период с 22-й полной недели (со 154-го дня) внутриутробной жизни плода до 168 ч после рождения.

*Пища или пищевые продукты* – все объекты окружающей природы и продукты их переработки, которые используются человеком для питания.

*Пищевые добавки* – природные или синтезированные соединения, преднамеренно и целенаправленно вводимые в пищевое сырье и готовые пищевые продукты по технологическим соображениям с целью сохранения или изменения природных или придания заданных свойств пищевым продуктам.

*Пищевые токсикоинфекции* – группа заболеваний, связанных с употреблением пищевых продуктов, инфицированных болезнетворными микробами, и протекающих с явлениями кишечного синдрома (тошнота, рвота, понос, боли в животе).

*Планирование семьи* – совокупность мероприятий (социально-экономических, правовых, медицинских), направленных на рождение желанных и здоровых детей, профилактику аборт, сохранение репродуктивного здоровья, достижение гармонии в браке.

*Пневмония* – воспаление легочной ткани.

*Пневмоторакс* – наличие воздуха в плевральной полости.

*Пожар* – неконтролируемый процесс горения, сопровождающийся уничтожением ценностей и создающий опасность для жизни людей.

*Пожарная безопасность* – система государственных и общественных мероприятий, направленных на охрану от огня людей и материальных ценностей.

*Показатель постарения населения* – доля лиц 60 лет и старше.

*Поликлиника* – лечебно-профилактическое учреждение, в котором оказывается медицинская помощь проходящим больным или больным на дому, а также осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению развития заболеваний и их осложнений.

*Полная временная нетрудоспособность* – утрата работающим способности к труду на определенный срок и необходимость в специальном режиме и лечении.

*Полная нетрудоспособность* – такое состояние человека, когда он вследствие заболевания или увечья не может и не должен выполнять работу и нуждается в специальном режиме.

*Пороговая токсодоза* – доза вещества, вызывающая первые признаки заражения у 50% пораженных.

*Посещение* – каждый визит пациента к врачу или врача к больному.

*Предболезнь* – латентный, скрытый период болезни или стадия функциональной готовности организма к развитию определенного заболевания.

*Предельно допустимая доза (ПДД) или предельно допустимый уровень (ПДУ)* – максимальное значение фактора, при котором этот фактор, воздействуя на человека (изолированно или в сочетании с другими факторами), не вызывает у него и у его потомства биологических изменений (даже скрытых или временно компенсируемых), в том числе заболеваний, изменений реактивности, адаптационно-компенсаторных процессов, иммунологических реакций, нарушений физиологических циклов, а также психологических нарушений (снижение интеллектуальных и эмоциональных способностей, умственной работоспособности).

*Предупреждение чрезвычайных ситуаций* – комплекс мероприятий, проводимых заблаговременно и направленных на максимально возможное уменьшение риска возникновения чрезвычайных ситуаций, а также на сохранение здоровья людей, снижение размеров ущерба окружающей природной среде и материальных потерь в случае их возникновения.

*Противопожарный инструктаж* – доведение до работников учреждения основных требований пожарной безопасности, изучение средств противопожарной защиты и действий в случае возникновения пожара.

*Профессиональная трудоспособность* – способность данного работника к труду по своей профессии (специальности) и квалификации либо по другой адекватной ей профессии (специальности).

*Профессиональная этика* – принципы поведения в процессе профессиональной деятельности.

*Профессиональные заболевания* – заболевания, в возникновении которых решающая роль принадлежит воздействию конкретных неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса.

*Профилактика* – совокупность мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения болезней человека, улучшение физического развития населения, сохранение трудоспособности и обеспечение долголетия.

*Психическая зависимость* – болезненное стремление непрерывно или периодически принимать наркотический или другой психоактивный препарат с тем, чтобы испытать определенные ощущения либо снять явления психического дискомфорта.

*Психическое здоровье* – состояние полного душевного равновесия, умение владеть собой, проявляющееся ровным устойчивым настроением, способностью быстро приспосабливаться к сложным ситуациям и преодолевать их, способностью в короткое время восстанавливать душевное равновесие.

*Радиационная авария* – нарушение пределов безопасной эксплуатации ядерно-энергетической установки, оборудования или устройства, при которых произошел выход радиоактивных продуктов или ионизирующего излучения за предусмотренные проектом пределы их безопасной эксплуатации, приводящий к облучению населения и загрязнению окружающей среды.

*Рана* – нарушение целостности кожи или слизистой оболочки с возможным глубоким повреждением структуры тканей и органов.

*Рациональное питание* – своевременное и правильно организованное обеспечение организма оптимальным количеством пищи, включающей энергию и пищевые вещества в необходимых количествах и в правильном соотношении.

*Реабилитация* – система государственных социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических и психологических мероприятий, направленных на предупреждение патологических процессов, ведущих к временной и стойкой утрате трудоспособности и на возвращение больных и инвалидов к общественно полезному труду.

*Резанимация (оживление)* – комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление (или временное замещение) угасших жизненно важных функций организма (дыхания, сердечной деятельности, кровообращения).

*Регенерация* – восстановление целостности поврежденных тканей и органов.

*Релаксация* – расслабление.

*Репродуктивная система* – совокупность органов и систем организма, обеспечивающих функцию деторождения.

*Рецептор(ы)* – высокоспециализированное образование, способное воспринимать, трансформировать и подавать энергию внешнего стимула в нервную систему. Рецепторы подразделяются в зависимости от типа адекватного для них воздействия (механо-, фото-, хеморецепторы), а также по эффектам их стимуляции (ноцицепторы, рецепторы тепловые, холодные, тактильные, давления и т.д.).

*Рецепция* – процесс восприятия (приема) и трансформации энергии внешнего по отношению к нервной системе стимула в энергию метаболических процессов, приводящих к возникновению в нервном субстрате электрических потенциалов. Протекает в специализированных образованиях – рецепторах.

*Самопроизвольный аборт* – непреднамеренное прерывание беременности, возникшее без какого бы то ни было умышленного вмешательства самой беременной или других лиц в целях прерывания беременности.

*Сертификат качества лекарственного средства* – документ, подтверждающий соответствие качества лекарственного средства государственному стандарту качества лекарственных средств.

*Смертность* – процесс вымирания поколения, один из главных процессов воспроизводства населения.

*Смог (фотохимический туман)* – многокомпонентная смесь газов и аэрозольных частиц.

*Социальная защита инвалидов* – система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

*Социальная медицина (общественное здравоохранение)* – наука, изучающая закономерности развития общественного здоровья, его обусловленность с целью выработки научно обоснованных медико-профилактических мероприятий стратегического и тактического характера по сохранению и укреплению здоровья общества и совершенствованию медицинской помощи населению.

*Средняя продолжительность предстоящей жизни* – гипотетическое число лет, которое в среднем предстоит прожить данному поколению родившихся или числу сверстников определенного возраста, если предположить, что на всем протяжении их жизни смертность будет такой же, как в год исчисления.

*Стиль жизни* – особенности поведения конкретного человека или группы людей.

*Стихийные бедствия* – природные явления или процессы, которые вызывают катастрофические ситуации, характеризующиеся внезапным нарушением жизнедеятельности населения, разрушением и уничтожением материальных ценностей, поражением или гибелью людей.

*Стойкая нетрудоспособность, или инвалидность* – длительная либо постоянная потеря трудоспособности или значительное ограничение трудоспособности, возникшая вследствие хронического заболевания или травмы, приведших к значительному нарушению функций организма.

*Страхователь* – один из субъектов медицинского страхования, уплачивающий взнос на обязательное и/или добровольное медицинское страхование.

*Терренкур* – определенные маршруты пеших прогулок.

*Травматизм* – совокупность вновь возникших травм у определенной группы населения за определенный промежуток времени.

*Третичная профилактика* – комплекс мероприятий, направленный на реабилитацию больных, утративших возможность полноценной жизни.

*Трудоспособность* – социально-правовая категория, отражающая способность человека к труду, определяемая уровнем его физического и духовного развития, а также состоянием здоровья, профессиональными знаниями, умением и опытом.

*Уровень жизни* – экономическая категория, представляющая степень удовлетворения материальных, духовных и культурных потребностей.

*Факторы среды обитания* – биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные), химические, физические (шум, вибрация, ультра-

звук, инфразвук, тепловые, ионизирующие, неионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений.

*Ферментопатии* – наследственные болезни обмена, в основе которых лежит молекулярно обусловленная патология ферментов.

*Физическое развитие* – состояние морфологических и функциональных свойств и качеств организма, а также уровень его биологического развития.

*Хоспис* – благотворительное медицинское учреждение, созданное для проведения симптоматического лечения больных в терминальных стадиях, организации им квалифицированного ухода, социально-психологической помощи больным и их родственникам.

*Хромосомные болезни* – обширная группа наследственных патологических состояний, причиной которых являются изменения количества хромосом или нарушение их структуры.

*Частичная нетрудоспособность* – такое состояние человека, когда он без нарушения процесса лечения, без ущерба для своего здоровья и для производства может выполнять прежнюю работу не в полном объеме или в облегченных условиях.

*Частная медицинская практика* – оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

*Чрезвычайная ситуация* – обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

*Экспертиза временной нетрудоспособности* – вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

*Экспертиза трудоспособности* – медицинское исследование трудоспособности человека, проводимое с целью определения степени и длительности его нетрудоспособности.

*Эмиграция* – выезд граждан из своей страны в другую на постоянное жительство или длительный срок.

*Эндэкология* – наука об экологии внутренней среды организма.

*Эпидемиологический процесс* – распространение инфекционных болезней среди людей, осуществляющееся при наличии источников заразного начала, факторов передачи и восприимчивых лиц, приводящее к возникновению новых заражений и зависящее от ряда социальных и природных условий.

*Эпидемиология* – наука, изучающая источники инфекционных заболеваний, пути их распространения, восприимчивость, а также меры предотвращения развития инфекций.

*Эпидемический очаг* – место пребывания источника инфекции, в котором он способен в данной конкретной обстановке передать инфекционное начало окружающим контактным путем.

*Этика* – философская дисциплина, изучающая мораль и нравственность.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Агаджанян, Н.А. Интерактивная антропология и экология человека: области взаимодействия (очерки) / Н.А. Агаджанян, Б.А. Никитюк, И.Н. Полунин. – М., Астрахань: Изд. АГМИ, 1995.
2. Агаджанян, Н.А. Экология человека: здоровье и концепция выживания / Н.А. Агаджанян. – М., 1998.
3. Аковбян, В.А. Основные принципы и национальные стандарты лечения наиболее распространенных ИППП. Требования ВОЗ / В.А. Аковбян // Материалы рабочего совещания дерматовенерологов и акушеров-гинекологов «Современные методы диагностики, терапии и профилактики ИППП и других урогенитальных инфекций». М., 1999. – С. 8-10.
4. Артюнина, Г.П. Основы социальной медицины: учебное пособие для вузов / Г.П. Артюнина – М.: Академический проспект, 2005.
5. Баткаев, Э.А. Актуальные вопросы антибиотикотерапии при урогенитальном хламидиозе / Э.А. Баткаев, Д.В. Рюмин // Гинекология. – 2002. – № 2.
6. Батышева, Т.Т. Хроническая ишемия мозга: механизмы развития и современное комплексное лечение // Т.Т. Батышева, И.Ю. Артемова, Т.В. Вдовиченко [и др.] // Справочник поликлинического врача. – 2004. – Т. 3. – № 4.
7. Белова, Ю.Ю. Индивидуальная йодная профилактика: кому и зачем? / Ю.Ю. Белова, М.Ю. Соколова // Гинекология. – 2007. – Т. 9. – № 1.
8. Брехман, И.И. Валеология – наука о здоровье / И.И. Брехман. – М.: ФиС, 1990.
9. Бубнова, М.Г. Как снизить уровень холестерина? Первые шаги к цели / М.Г. Бубнова // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т. 5. – № 5.
10. Верткин, А.Л. Остеопороз в практике семейного врача: что мы умеем? / А.Л. Верткин, А.В. Наумов, Л.Ю. Моргунов [и др.] // Справочник поликлинического врача. – 2006. – Т. 4. – № 3.
11. ВИЧ-инфекция / А.Г. Рахманова [и др.]. – СПб., 2004.
12. Галицкий, Л.А. К проблеме вакцинации VCG / Л.А. Галицкий, Н.Т. Русак // Большой целевой журнал о туберкулезе. – 1999. – № 3.
13. Галлямова, Ю.А. Уровень знаний об ИППП, контрацепции и личная сексуальная практика подростков / Ю.А. Галлямова // Рос. журнал кожных и венер. бол. – 2005. – № 1. – С. 65-69.
14. Галявич, А.С. Терапия больных сахарным диабетом типа 2: роль статинов / А.С. Галявич // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т. 5. – № 2.
15. Гильденскиольд, Р.Д. Среда обитания и охрана здоровья населения регионов России в условиях реформирования здравоохранения / Р.Д. Гильденскиольд, И.Л. Винокур, О.В. Бобылева. – М., 1999. – С. 69-71.
16. Городецкий, В.В. Ведение больных с неуточненной комой на догоспитальном этапе / В.В. Городецкий, А.Л. Верткин, М.И. Лукашов // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т. 5. – № 4.
17. Гришина, Л.П. Анализ инвалидности в Российской Федерации за 1970-1999 гг. и ее прогноз до 2015 г. / Л.П. Гришина, Н.Д. Талалаева,

- Э.К. Амирова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. – № 2. – С. 27-31.
18. Гуревич, В.С. Современные представления о патогенезе атеросклероза / В.С. Гуревич // Болезни сердца и сосудов. – 2006. – Т. 1. – № 4.
  19. Гусарова, Г.И. Эпидемиологическая ситуация по инфекциям, передаваемым половым путем / Г.И. Гусарова, И.Г. Шакуров // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы дерматовенерологии». – Самара, 2002. – С. 12-18.
  20. Дворецкий, Л.И. Пожилой больной и инфекция / Л.И. Дворецкий // Инфекции и антимикробная терапия. – 2002. – Т. 4. – № 6.
  21. Дефицит йода – угроза здоровью и развитию детей России. Пути решения проблемы: Национальный доклад. – М., 2006.
  22. Дибиров, М.Д. Синдром диабетической стопы у лиц пожилого и старческого возраста / М.Д. Дибиров // Справочник поликлинического врача. – 2003. – Т. 3. – № 5.
  23. Зарубежный и отечественный опыт социальной работы. – М.: Социально-технологический институт, 1999.
  24. Иванов, А.Г. Медико-социальные аспекты инфекций, передаваемых половым путем, у подростков / А.Г. Иванов // Рос. журнал кожных и венер. бол. – 2004. – № 1. – С. 55-58.
  25. Ильин, И.И. Венерические болезни / И.И. Ильин. – М.: Медицина, 1991.
  26. Кадыков, А.С. Сосудистая катастрофа / А.С. Кадыков, Н.В. Шахаронова // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т. 5. – № 2.
  27. Казначеев, В.П. Этюды интегральной медицины и валеологии / В.П. Казначеев, В.П. Петленко, С.В. Петленко. – СПб., 1997.
  28. Карпов, Р.С. Атеросклероз: патогенез, клиника, функциональная диагностика, лечение / Р.С. Карпов, В.А. Дудко. – Томск: SST, 1998.
  29. Келлер, А.А. Медицинская экология / А.А. Келлер, В.И. Кувакин. – СПб.: Петроградский и К°, 1999.
  30. Кисина, В.И. Урогенитальные инфекции, передаваемые половым путем, у детей: клинические аспекты, диагностика и лечение / В.И. Кисина // Лечащий врач. – 2004. – № 5.
  31. Козлова, В.И. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий / В.И. Козлова, А.Ф. Пухнер. – М.: Медицина, 1997.
  32. Колбанов, В.В. Валеология: Основные понятия, термины и определения / В.В. Колбанов. – СПб.: ДЕАН, 1998.
  33. Краснощеков, Г.П. Здоровье населения как критерий оценки качества среды / Г.П. Краснощеков, Г.С. Розенберг. – Тольятти, 1994.
  34. Кубанова, А.А. Эффективность цефтриаксона (роцефина) при лечении неосложненной гонорей / А.А. Кубанова, М.М. Васильев, В.И. Кисина // Вестн. дерматол. и венерол. – 2001. – № 1. – С. 65-67.
  35. Лесняк, О.М. Остеопороз позвоночника / О.М. Лесняк // Справочник поликлинического врача. – 2004. – Т. 3. – № 5.
  36. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина. – М.: Медицина, 2002.

37. Лист, В. Анестезия у пожилых людей / В. Лист // Освежающий курс лекций. – Архангельск: Тромсе, 1998. – Вып. 5. – С. 67-70.
38. Маличенко, С.Б. Профилактика и лечение первичного остеопороза у лиц старшего возраста / С.Б. Маличенко, И.Р. Колосова // Справочник поликлинического врача. – 2005. – Т. 3. – № 2.
39. Малова, И.О. Особенности уреаплазменной инфекции урогенитального тракта у девочек / О.И. Малова // Вестн. дерматолог. и венерол. – 1999. – № 6. – С. 77-79.
40. Мартыненко, А.В. Основы социальной медицины: учебно-методическое пособие / под ред. А.В. Мартыненко. – М.: Социум, 1998. – 89 с.
41. Мартинчик, А.Н. Питание человека (основы нутрициологии) / А.Н. Мартинчик, И.В. Маев, А.Б. Петухов. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002.
42. Материалы 4-го Европейского конгресса по хламидиям Европейского общества по изучению хламидий, 20-23 августа, 2000, Хельсинки, Финляндия // ИППП. – 2000. – № 6. – С. 37-44.
43. Медицина в условиях дефицита ресурсов / В.В. Власов [и др.]. – М.: ООО «Изд-во Триумф», 1999.
44. Меликянц, И.Г. Гонорея у женщин / И.Г. Меликянц, В.М. Волков // Русский медицинский журнал. – 1999. – Т. 7. – № 3. – С. 123-127.
45. Мероприятия по профилактике ИППП/ВИЧ-инфекции в г. Самаре и Самарской области / И.Г. Шакуров [и др.] // Инфекции, передаваемые половым путем. – 2000. – № 5. – С. 50-56.
46. Насонов, Е.Л. Остеопороз: стандарты диагностики и лечения / Е.Л. Насонов // Справочник поликлинического врача. – 2002. – Т. 1. – № 2.
47. Немцов, А.В. Алкогольная ситуация в России / А.В. Немцов. – М., 1995.
48. Никонов, А.П. Инфекции в акушерстве и гинекологии. Инфекционные вульвовагиниты / А.П. Никонов, С.В. Сехин, А.С. Анкирская // Антибактериальная терапия: Практическое руководство / под ред. Л.С. Страчунского. – М., 2000.
49. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Попова, П. Кайнд. – СПб., 1999.
50. Нужный, В.П. Избыточное потребление алкоголя в России – весомый фактор риска болезней системы кровообращения и высокой смертности населения (обзор) / В.П. Нужный, В.И. Харченко, А.С. Акопян // Терапевт. арх. – 1998. – № 10. – С. 57-64.
51. Нурушева, С.М. Урогенитальная хламидийная инфекция у женщин: клинико-экспериментальное лабораторное исследование / С.М. Нурушева // ЗППП. – 1996. – № 4. – С. 9-13.
52. Огурцов, П. Алкогольная ситуация в России и алкогользависимая патология / П. Огурцов // Врач. – 1998. – № 11. – С. 6-9.
53. Остроумова, О.Д. Поражение головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии: возможность препарата Актовегин / О.Д. Остроумова, В.И. Шмырев // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т. 5. – № 4.

54. Пауков, В.С. Алкоголизм и алкогольная болезнь / В.С. Пауков, Н.Ю. Беляева, Т.М. Воронина // *Терапевт. архив.* – 2001. – № 2. – С. 65-67.
55. Петленко, В.П. Валеологический семинар академика В.П. Петленко: валеология человека / В.П. Петленко. – СПб.: Петроградский и К°, 1996. – Т. 1.
56. Петров, С.В. Обеспечение безопасности образовательного учреждения / С.В. Петров. – М.: МИОО, 2005.
57. Пивоваров, Ю.П. Гигиена и основы экологии человека: учебник для студентов высших мед. учеб. заведений / Ю.П. Пивоваров, В.В. Королик, Л.С. Зиневич. – И.: Издательский центр «Академия», 2004.
58. Прилепская, В.Н. Урогенитальный хламидиоз // В.Н. Прилепская, П.Р. Абакарова // *Гинекология.* – 2004. – № 6. – С. 10-14.
59. Прилепская, В.Н. Проблема ожирения и здоровье женщины / В.Н. Прилепская, Е.В. Цаллагова // *Гинекология.* – 2005. – Т. 7. – № 4.
60. Протасов, В.Ф. Экология, здоровье и охрана окружающей среды в России: учеб. и справ. пособие / В.Ф. Протасов. – М.: Финансы и статистика, 2000.
61. Ратова, Л.Г. Пожилой человек: жизнь со знаком качества / Л.Г. Ратова, И.Е. Чазова, Ю.Н. Беленков // *Болезни сердца и сосудов.* – 2006. – Т. 1. – № 1.
62. Репин, В.С. Современные молекулярно-клеточные основы липопротеидной теории атеросклероза / В.С. Репин // *Обзорная информация ВНИИМИ. Медицина и здравоохранение. Серия: Обзоры по важнейшим проблемам медицины.* – М., 1987.
63. Рожинская, Л.Я. Постменопаузальный и сенильный остеопороз / Л.Я. Рожинская // *Справочник поликлинического врача.* – 2004. – Т. 4. – № 2.
64. Рудакова, Е.Б. Инфекционная патология нижнего отдела половых путей женщины и бесплодие (обзор литературы) / Е.Б. Рудакова, С.И. Семенченко, О.Ю. Панова, [и др.] // *Гинекология.* – 2004. – № 3.
65. Русак, О. Безопасность жизнедеятельности / О. Русак, Х. Малаен, Н. Занько. – СПб., 2002.
66. Рыбалкин, С.Б. Программа развития улучшения лечебно-профилактической помощи населению Пензенской области по борьбе с социально значимыми заболеваниями, передающимися половым путем / С.Б. Рыбалкин, Р.П. Савченко, Ф.Ш. Еникеева // *Клин. лаб. диагностика.* – 2005. – № 10. – С. 33-34.
67. Рюмин, Д.В. Особенности патогенеза, течения и лечения персистирующего урогенитального хламидиоза у супружеских пар: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.В. Рюмин. – М., 1999. – 22 с.
68. Саватеева, Л.А. Теоретические основы построения и программная реализация системы медико-экологической экспертизы для оценки риска здоровью от загрязнения окружающей среды: автореф. дис. ... канд. тех. наук / Л.А. Саватеева. – СПб., 1998. – 18 с.

69. Серологические аспекты диагностики персистирующей хламидийной инфекции / Т.А. Скирда [и др.] // Гинекология. – 2004. – № 4.
70. Сидоренко, С.В. Насколько реальна угроза биологического терроризма? / С.В. Сидоренко // Инфекции и антимикробная терапия. – 2002. – Т. 4. – № 1.
71. Сингур, Л.Г. Анализ микрофлоры урогенитального тракта жителей Приморья / Л.Г. Сингур, Н.В. Максименко, Г.Г. Прохоренко // Материалы региональной научно-практической конференции 10-11 декабря 1998 г. – Владивосток, 1999. – С. 67-68.
72. Сметанников, П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей / П.Г. Сметанников. – М., 2002.
73. Справочник социального работника / В.Д. Альперович [и др.]; под общ. ред. Е.П. Агапова, В.А. Шапинского. – Ростов н/Д., 2006.
74. Степановских, А.С. Прикладная экология: охрана окружающей среды / А.С. Степановских. – М.: ЮНИТИ-ДАА, 2003.
75. Столяренко, П.Ю. Местная и общая анестезия в геронтостоматологии / П.Ю. Столяренко, В.В. Кравченко. – Самара, 2000.
76. Табеева, Г.Р. Профилактика инсульта / Г.Р. Табеева // Справочник поликлинического врача. – 2006. – Т. 4. – № 3.
77. Тен, Е.Е. Основы медицинских знаний: учебник / Е.Е. Тен – М.: Мастерство, 2002.
78. Терещенко, С.Н. Гипертонические кризы / С.Н. Терещенко // Справочник поликлинического врача. – 2006. – Т. 4. – № 9.
79. Тихомиров, А.Л. Комплексное лечение смешанных генитальных инфекций / А.Л. Тихомиров, С.И. Сарсания // Гинекология. – 2004. – № 6.
80. Ткаченко, В.С. Основы социальной медицины: учебное пособие / В.С. Ткаченко. – М.: ИНФРА-М, 2004.
81. Тогунов, И.А. Сегментация рынка медицинских услуг как степень доступности медицинской помощи / И.А. Тогунов // Здравоохранение РФ. – 2000. – № 3. – С. 12.
82. Туз, М.В. Заболеваемость хламидиозом у девушек-подростков 15-17 лет в Самарской области / М.В. Туз, И.Г. Шакуров // Материалы VI межрегионального съезда врачей акушеров-гинекологов, педиатров, терапевтов «Профилактика – основа деятельности врача первичного звена». – Самара, 1999. – С. 185-186.
83. Турьянов, М.Х. Современные представления об атипичной пневмонии / М.Х. Турьянов, Г.М. Чернакова // Инфекции и антимикробная терапия. – 2003. – Т. 5. № 2.
84. Фадеев, В.В. Йододефицитные заболевания / В.В. Фадеев // Справочник поликлинического врача. – 2002. – Т. 2. – № 4.
85. Филатова, Е.Н. Культуральный метод диагностики гонореи при проведении скрининга на ИППП / Е.Н. Филатова, В.А. Аковбян, Г.А. Дмитриев, Л.И. Тихонова // ИППП. – 2001. – № 2. – С. 20-25.
86. Хисматуллина, З.Н. Паллиативная помощь инкурабельным больным в рамках социально-медицинской работы в онкологии / З.Н. Хисматуллина // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 4.
87. Хотимченко, С.А. Микронутриенты – важнейший фактор

- сбалансированного питания / С.А. Хотимченко, В.Б. Спиричев // Гинекология. – 2002. – Т. 4. – № 3.
88. Хотимченко, С.А. Распространенность и профилактика дефицита железа у детей и беременных женщин: влияние пищевого фактора / С.А. Хотимченко, И.А. Алексеева, А.К. Батурич // Российский педиатрический журнал. – 1999. – № 4. – С. 21-29.
89. Цифран в терапии неосложненной гонореи у мужчин / Г.А. Дмитриев [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. – 2000. – № 2. – С. 51-53.
90. Чеботарев, В.В. Персистенция хламидий – от эксперимента к практике / В.В. Чеботарев // Рос. журн. кожн. и венер. бол. – 1998. – № 5. – С. 36-42.
91. Черкасский, Б.Л. Системный подход в эпидемиологии / Б.Л. Черкасский. – М.: Медицина, 1988.
92. Черносвитов, Е.В. Социальная медицина / Е.В. Черносвитов. – М.: Владос, 2000.
93. Шестакова, М.В. Сахарный диабет и артериальная гипертензия: каковы препараты первого ряда выбора? / М.В. Шестакова // Справочник поликлинического врача. – 2004. – Т. 3. – № 6.
94. Шилин, Д.Е. Акушерские аспекты йодного дефицита и его коррекции: что нового? / Д.Е. Шилин // Гинекология. – 2005. – Т. 11. – № 5.
95. Шилов, А.М. Внезапная кардиогенная смерть среди различных возрастных групп населения (патофизиология, клинические и инструментальные предикторы) / А.М. Шилов, М.В. Мельник // ТОП-Мед., 2001. – № 2. – С. 14-17.
96. Ших, Е.В. Особенности витаминного статуса и пути его коррекции / Е.В. Ших // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т. 5. – № 4.
97. Шурыгина, Ю.Ю. Содержание и методика социально-медицинской работы (с региональным компонентом) / Ю.Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2004.
98. Яцемирская, Р.С. Социальная геронтология / Р.С. Яцемирская, И.Г. Беленькая. – М.: Владос, 1999.
99. Anderson, P. Early death and alcohol / P. Anderson // World Health. – 1998. – № 5. – P. 24-25.
100. Dehne, K.L. Integration of prevention and care of sexually transmitted infections with family planning services: what is the evidence for public health benefits? / K.L. Dehne, R. Snow, K.R. O'Reilly // Bull. World Health Organ. – 2000. – V. 78. № 5. – P. 628-639.
101. Ebner, H. Trichomoniasis / H. Ebner // J. Ther. Umsch. – 1976. – V. 33. – P. 30-32.
102. Pandey, J.S. Health risks of NO<sub>2</sub>, SPM and SO<sub>2</sub> in Delhi / J.S. Pandey, R. Kumar, S. Devotta // Atmospheric Environment. – 2005. – V. 39. – P. 6868-6874.
103. Simpson, W.L. Imaging of coronary artery calcification / W.L. Simpson, D.S. Mendelson // Mt. Sinai J. Med. – 2002. – V. 69, № 3. – P. 132-139.
104. Taylor, A.N. Something in the air / A.N. Taylor // MRC News. – 1995. – № 67. – P. 22-25.

105. Traditional risk factors and the incidence of sudden coronary death with and without coronary thrombosis in blacks / A.P. Burke [et al.] // *Circulation*. – 2002. – V. 105. № 4. – P. 419-424.
106. Watson, R. Assessing cardiovascular functioning in older people / R. Watson // *Nurs. Older. People*. – 2000. – V. 12. – № 6. – P. 27-28.
107. Workowski, K.A. Руководство по лечению заболеваний, передаваемых половым путем / K.A. Workowski, W.C. Livine. – М., 2003.
108. World Health Report 1997 – conquering suffering, enriching humanity. – Geneva, World Health Organization, 1997.

Учебное издание

Кретова Ирина Геннадьевна,  
Косцова Елена Александровна

## **ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

### **Часть 2**

*Учебное пособие*

Редакторы Т.И. Кузнецова, Т.А. Мурзинова  
Компьютерная верстка, макет Н.П. Бариновой

Подписано в печать 02.07.08. Гарнитура «Times New Roman». Формат 60×84/16.  
Бумага офсетная. Печать оперативная. Усл.-печ. л. 17,0. Тираж 300 экз. Заказ № 1536  
Издательство «Самарский университет», 443011, г. Самара, ул. Академика Павлова, 1  
Отпечатано на УОП СамГУ