

ФГБОУ ВО «АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
Часть 3

2020

ББК 51.1(2)5я73
УДК 61

Рекомендовано учебно-методическим советом университета

Рецензент:

Бадалян Ю.В., кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Амурский государственный университет».

Основы медицинских знаний и здорового образа жизни): учебное пособие: Ч. 3: предназначено для студентов педагогических направлений подготовки и специальностей ВУЗов, специалистов в области охраны здоровья граждан / сост. Л.З. Гостева. - Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2020. – 146 с.

УДК 61

© Амурский государственный университет, 2020

© Гостева Л.З., составитель, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
РАЗДЕЛ 1. ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ	5
1.1 Модели (системы) организации здравоохранения	5
1.2 Система здравоохранения в РФ: основные понятия, принципы, система управления	18
1.3 Медицинская помощь в РФ: формы, уровни и виды	23
1.4 Организация системы охраны материнства и детства в РФ	34
1.5 Перспективы развития здравоохранения в РФ	44
<i>Темы и вопросы для обсуждения</i>	49
<i>Задания для самостоятельной работы</i>	50
<i>Рекомендуемая литература</i>	51
РАЗДЕЛ 2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ	53
2.1. Основы законодательства РФ в отношении охраны здоровья населения	53
2.2. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	60
2.3. Медицинское страхование как форма социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья	75
<i>Темы и вопросы для обсуждения</i>	88
<i>Задания для самостоятельной работы</i>	89
<i>Рекомендуемая литература</i>	89
РАЗДЕЛ 3 ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	91
3.1 Инфекционный и эпидемический процесс	91
3.2 Противоэпидемические мероприятия в эпидемическом очаге	103
3.3 Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний	108
3.4 Профилактика инфекционных заболеваний в школе	122
3.5 Понятие об иммунитете и его видах	132
<i>Темы и вопросы для обсуждения</i>	141
<i>Задания для самостоятельной работы</i>	143
<i>Рекомендуемая литература</i>	144
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	146

ВВЕДЕНИЕ

Учебное пособие «Основы медицинских знаний» (Часть 3) может быть чрезвычайно полезным для любого возраста и любых профессий, но, прежде всего, оно предназначается в качестве учебного руководства для студентов, обучающихся на педагогических направлениях подготовки или специальности.

Пособие освещает важные вопросы организации системы здравоохранения в РФ. При этом особое внимание уделяется нормативно-правовому обеспечению в области охраны здоровья граждан.

Отдельное внимание уделено инфекционной патологии, как одной из ведущих причины ухудшения состояния школьников. Рассмотрены основные данные о заразных (инфекционных) болезнях, их возбудителях, путях распространения, мерах профилактики.

Теоретические основы, полученные при изучении данного пособия, окажутся необходимыми для формирования у будущих педагогов представлений о современной системе здравоохранения и об основах микробиологии, эпидемиологии и иммунологии.

РАЗДЕЛ 1.

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ

Тема 1.1 Модели (системы) организации здравоохранения

ВОПРОСЫ:

- 1. Определение понятия «здравоохранение».*
- 2. Государственная (бюджетная) система здравоохранения.*
- 3. Негосударственная (частная) система здравоохранения.*
- 4. Социально-страховая система здравоохранения.*

Здравоохранение – система государственных, социально-экономических, общественных, медико-санитарных мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья, обеспечение трудоспособности и активного долголетия людей.

Построение эффективных моделей (систем) здравоохранения в развитых странах вызывает повышенный интерес в условиях реформирования отечественного здравоохранения. Системы организации здравоохранения различных стран характеризуются разнообразием в силу исторического опыта и национальной специфики. Однако, проходя множество реформ, они постоянно видоизменяются и обогащаются заимствованными друг у друга идеями. Соответственно жестко классифицировать такие модели практически невозможно.

Целесообразно выделять **три основных организационно-экономических варианта формирования национальных систем** охраны здоровья:

- государственная (бюджетная) система здравоохранения (модифицированные системы Бевериджа и Семашко);
- негосударственная (частная, платная, рыночная) система здравоохранения;

– социально-страховая система здравоохранения (модифицированная система Бисмарка).

Следует заметить, что различия в подходах к финансированию отрасли являются основным, но не достаточным критерием типологизации мировых систем здравоохранения.

Исторически *государственная (бюджетная) система здравоохранения* являлась преемницей так называемой благотворительной медицины, при которой церковь и государство принимали на себя финансирование медицинской помощи неимущим слоям населения.

Наиболее яркий пример бюджетной модели – система здравоохранения Великобритании, которая финансируется главным образом из налоговых поступлений граждан. Ключевым поставщиком медицинских услуг является Национальная служба здравоохранения (National Health Service, NHS), подчиняющаяся департаменту (министерству) здравоохранения. Она обеспечивает жителей практически всем набором необходимых медицинских услуг, лекарственными препаратами в стационарах и медицинскими изделиями бесплатно.

Английская модель (система Бевериджа) появилась в Англии в 1911 году, ее быстро поддержала почти треть населения. Система, введенная премьер-министром Великобритании Дэвидом Ллойд-Джорджем, имела отличительную особенность. Оплата работы врачей зависела от количества зарегистрированных пациентов, которых он обслуживал.

Основной принцип оплаты, сохранившийся до настоящего времени, – деньги следуют за пациентом – оставляет право пациенту свободного выбора врача, а сумма гонорара зависит от числа пациентов, их пола, возраста и социального статуса. На престарелых, детей до четырех лет, женщин фертильного возраста и жителей бедных районов выплаты выше. Подушевая оплата включает и средства для стационарного лечения, что упреждает необоснованную госпитализацию в случаях, когда лечение в домашних условиях эффективнее и дешевле.

Английская система стимулирует врача общей практики своевременно проводить профилактическую работу, это дешевле, чем бороться с последствиями развившейся болезни.

Государственная система здравоохранения, помимо Великобритании, характерна также для таких стран, как: Ирландия, Дания, Португалия, Италия, Греция и Испания.

Основным источником финансирования бюджетной модели служит государственный бюджет, точнее – налоговые поступления. Государство практически полностью покрывает медицинские услуги для всего населения и управляет системой оказания медицинской помощи. Доминирующую роль играют государственные лечебные учреждения.

К преимуществам государственно-бюджетной модели относят:

- высокая степень социальной защищенности граждан путем установления гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи;
- государственный характер финансирования здравоохранения;
- государственный контроль и регулирование региональных бюджетов здравоохранения путем перераспределения финансовых ресурсов из регионов с более высоким уровнем жизни в регионы с более низким уровнем жизни;
- относительно невысокие (в сравнении с другими странами) затраты на здравоохранение обеспечивают высокие показатели состояния здоровья населения;
- высокая эффективность при воздействии на заболеваемость особо опасными инфекционными заболеваниями, а также в условиях чрезвычайных ситуаций;
- дифференцированная система оплаты труда врачей общей практики в зависимости от численности и структуры населения обслуживаемой территории.

Однако имеются существенные дефекты данной модели:

– дефицит финансовых ресурсов здравоохранения, обусловлен нестабильным состоянием бюджетов в периоды экономического спада и неэффективным распределением материальных и специальных ресурсов;

– ограниченность материальных стимулов в деятельности медицинских работников и учреждений, общий низкий уровень оплаты труда медиков;

– слабая зависимость оплаты труда медицинских работников и финансирования медицинских учреждений от объемов и качества выполняемой работы;

– невозможность выбора врача и медицинского учреждения пациентом;

– существование списков больных (очереди) для оказания отдельных (дефицитных) видов медицинской помощи;

– слабое внедрение новых методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, недостаточные условия для творческого созидания, адаптации общих моделей организации помощи к местным условиям и потребностям;

– монополизм, незащищенность потребителя от некачественных медицинских услуг.

Таким образом, государственная система здравоохранения (система Бевериджа) и ее модификации характеризуются значительной ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется, главным образом, из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая всеобщий доступ и удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Экономическая эффективность – низкая. Отсутствует использование принципов рыночной экономики. Рынку

здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства.

Разновидностью государственной системой здравоохранения являлась и *система Семашко*, действовавшая в Советском Союзе с 1930-х до начала 1990-х годов.

Система Семашко – советская модель здравоохранения, хотя и подвергается в большинстве случаев критике, но в свое время она была действительно передовой.

После октябрьской революции 1917 года на месте Российской Империи было создано совершенно новое государство с иными принципами развития и уникальной социалистической идеологией. Новое и еще молодое социалистическое государство еще в первые годы своего существования столкнулось с такими проблемами как эпидемии холеры, сыпного и брюшного тифа, а также других инфекционных заболеваний, процветавших на фоне тотального голода, разрухи, низкой гигиены, отсутствия транспортной доступности, дефицита качественных медикаментов и квалифицированных медицинских специалистов.

Автором создававшейся в новой советской стране системы здравоохранения стал Николай Андреевич Семашко. В основу было положено создание централизованной медицинской системы, в которой абсолютно все медицинские учреждения подчинялись и отчитывались перед новым центральным органом под названием нарком здравоохранения РСФСР. Сам же Н.А.Семашко возглавил его и начал проводить реформы, направленные на изменения всей системы изнутри. По результатам этих реформ, каждый человек был привязан к определенному медицинскому учреждению по месту своего проживания. Фактически такая система осталась и в наше время без каких-либо серьезных изменений. Система была основана на всеобщем бесплатном здравоохранении на принципах общедоступности и солидарности. Принцип бесплатной медицины быстро

стал известен за пределами СССР и привлек пристальное внимание других стран.

Только централизованная государственная медицина смогла эффективно справиться с массовыми эпидемиями, охватившими страну. Иллюстрацией эффективности вновь созданной системы служит и тот факт, что численность населения страны за первые 20 лет увеличилась практически вдвое.

Не только распад СССР, но и ряд стратегических ошибок привели к кризису советской модели здравоохранения.

Декларированное в Конституции СССР право на бесплатную медицинскую помощь носило не только социальный, но и политический пропагандистский характер, поскольку символизировало прогрессивность социалистической системы. Однако тотальная политизация сдерживала развитие медицинской науки, которая развивалась изолированно от мировой, нередко в ложном направлении, как это, например, случилось с генетикой.

В СССР развитие медицины носило исключительно экстенсивный характер. Панацеей от всех болезней считалось увеличение количества врачей, медсестер и больничных коек. В результате, по количеству больничных коек и врачей система здравоохранения Советского Союза резко вырвалась вперед, оставив далеко позади другие страны (в США количество коек в 1985 году было в 4 раза меньше, чем в СССР). Гонка за статистическими количественными показателями, неэффективное расходование средств и низкий уровень заработных плат медицинских работников, при слабой мотивации на развитие и эффективную работу, сопровождавшиеся критически низким уровнем инвестиций в методы диагностики и лечения стали основными причинами финансового и идеологического банкротства советской системы здравоохранения.

Экстенсивное строительство больниц и гиперпродукция врачей привели к нерациональному расходованию средств, что негативно отразилось на качестве медицинского обслуживания. Больницы максимально

раздували коечный фонд и держали их заполненными как можно дольше, поскольку от показателя «койко - день» зависели государственные выплаты больницам. Характерной проблемой для многих региональных больниц было не только отсутствие необходимого оборудования и медикаментов, но иногда и элементарного централизованного водоснабжения. Если в середине 60-х годов Советский Союз расходовал около 6-6,5% от ВВП на здравоохранение, что было сравнимо с показателем западных стран, то к распаду СССР эта цифра снизилась до 2-3%.

Зарплата врача зависела от специализации, квалификации и ученой степени, но не от результатов деятельности. Медицина перестала быть престижной профессией – 70% врачебного персонала составляли женщины, зарплата медиков не превышала 70% от среднестатистической. Сложившаяся система практически провоцировала рост и повсеместное распространение теневых платежей (как в финансовом, так и в «натуральном» виде). Во многих учреждениях теневые платежи приобрели системный характер и вылились в развитие теневого «предпринимательства». Члены определенных организаций, высокопоставленные руководители имели доступ к разветвленной сети престижных клиник. Таким образом, провозглашенный принцип равноправия де-факто нарушался, концепция бесплатной медицинской помощи уже в советские времена была далека от реальности.

Тем не менее, как уже было сказано выше, до момента накопления критического объема негативных тенденций, советская модель здравоохранения была действительно передовой. По мере развития система здравоохранения СССР стала одной из немногих сфер государственной деятельности, получавшей позитивные оценки экспертов капиталистических стран. Многие страны изучали опыт советской модели, ВОЗ рекомендовала использовать отдельные ее элементы в ряде стран. Фрагменты системы Семашко копировались не только развивающимися странами, но и такими как Великобритания.

Частная система здравоохранения основывается на добровольном (частном) медицинском страховании и непосредственной оплате медицинской помощи потребителями (платная медицина).

В мировой практике эта группа представлена, прежде всего, Соединенными Штатами Америки, где частный сектор составляет около 30,0%, а подавляющее большинство больниц являются акционерными обществами и входят в состав крупных медицинских корпораций. В таких системах государственный сектор оплачивает до 50% расходов на медицинскую помощь за лечение бедных, престарелых и других незащищенных групп населения, а также общественные профилактические и противоэпидемические нужды.

Возникновение частного здравоохранения исторически было связано с удовлетворением потребности в высококачественных и дорогостоящих медицинских услугах состоятельных слоев населения, в силу чего данная система не может быть организационно-финансовой основой национальной системы охраны здоровья в целом, а должна использоваться как дополнение к государственному здравоохранению или системе, основанной на социальном страховании. В основе американской системы здравоохранения лежит либертарный принцип.

Либертарная идеология базируется на следующем утверждении: если труд гражданина определяет доступ к рынку большинства продуктов, то и доступ к системе здравоохранения (а также другим отраслям социальной сферы), должен определяться теми же факторами. Соответственно и медицинские, и образовательные услуги рассматриваются как любой другой товар, не являющийся общественным благом. В этом случае основным поставщиком данного товара выступает частный сектор.

Система здравоохранения США выделяется среди других стран за счет ее ориентированности на частный сектор, как в сфере финансирования, так и предоставления услуг. Преимущественно частная система здравоохранения характеризуется децентрализованностью, высоким развитием

инфраструктуры страховых организаций и отсутствием государственного регулирования.

Парадоксальным является тот факт, что, в системе, ориентированной преимущественно на рыночные стимулы, самые высокие государственные расходы на функционирование отрасли. В США на здравоохранение тратится значительная часть валового внутреннего продукта. Увеличение расходов на эту отрасль, произошло в основном за счет правительственных программ. При практически обязательном медицинском страховании договоры с лечебно-профилактическими учреждениями заключают частные фирмы, а не государство. При этом страховка покрывает только 80% стоимости лечения.

Индивидуальное страхование почти полностью осуществляется, через предоставление страховых пособий по месту работы, виды и размер которых могут существенно различаться.

Среди видов медицинского страхования до недавнего времени широко применялось компенсационное страхование, или страхование платы за услуги. При этой форме страхования работодатель платит страховой компании, так называемую, страховую премию за каждого работника, обеспеченную соответствующим полисом; страховая компания, в свою очередь, оплачивает чеки, представленные больницей или другим медицинским учреждением либо врачом, которые предоставляют работнику соответствующие услуги. Тем самым оплачиваются услуги, входящие в страховой план. Обычно страховая компания покрывает 80% расходов по лечению, остальное должен платить сам пациент.

Правительство США в настоящее время оплачивает более 40% расходов на здравоохранение в стране, и происходит это через две основные программы – «Медикэйд» и «Медикэр». В соответствии с программой «Медикэр» осуществляется страхование всех американцев старше 65 лет, а также тех, кто приближается к этому возрасту и имеет серьезные нарушения здоровья. Эта программа частично финансируется через особый налог на

всех работников, определенную долю которого они платят сами, другую - работодатель. В целом этот налог составляет около 15% дохода занятых американцев. Другая часть программы финансируется из общих поступлений подоходного налога.

Программа «Медикэйд» предусматривает страхование нуждающихся американцев, а также пребывание в домах престарелых тех, кто требует постоянного ухода и не может обходиться без ежедневной посторонней помощи. «Медикэйд» финансируется и федеральным правительством, и органами управления штатов. Федеральное правительство оплачивает свою долю расходов из поступлений от общего налога (не специального), что составляет приблизительно половину всех расходов, остальное оплачивает правительство каждого штата.

Внутренний механизм самодвижения американской системы здравоохранения обеспечивает бесспорные *достоинства данной модели, такие как:*

- внедрение эффективных медицинских технологий;
- передовые научные исследования и, соответственно, высокое качество медицинских услуг;
- механизм ответственности бизнеса за здоровье работающих;
- высокая степень правовой защиты пациента;
- высокая роль медицинских ассоциаций.

Тем не менее, присутствуют и такие негативные явления как:

- высокая стоимость медицинских услуг, недоступность медицинской помощи для значительных слоев населения;
- недостаточное внимание к помощи на дому и профилактике, приоритет отдается лечению «легких» заболеваний;
- неэффективное использование ресурсов, преобладание затратных хозяйственных механизмов;

- выполнение дорогостоящих процедур и вмешательств без достаточных медицинских показаний;
- отсутствие государственного регулирования и контроля за качеством медицинских процедур, применение медицинских технологий, не всегда безопасных для здоровья пациентов.

Социально-страховая модель здравоохранения к настоящему времени имеется в большинстве цивилизованных стран. Как правило, такие системы охраны здоровья в той или иной степени управляются государством (регулируемые системы страхования здоровья).

Социально-страховая модель финансируется не из налогов, а из взносов работодателей и работников на медицинское страхование. Так же, как и бюджетная (государственная) модель, она обеспечивает доступ к услугам здравоохранения для всего или почти всего населения. Разница заключается в том, что в оказании медицинских услуг участвуют организации различных форм собственности, а государство играет роль гаранта в обеспечении граждан этими услугами.

Данная модель наиболее развита в Германии и Франции, но также используется и другими странами, включая Нидерланды, Австрию, Бельгию, Швейцарию, Канаду и Японию.

Система Бисмарка (немецкая модель) – первая из зародившихся в новейшей истории систем здравоохранения, основанная на социальном страховании. Автором данной модели был канцлер Германии Отто фон Бисмарком (1881 г.) и предназначена она была для укрепления здоровья простых рабочих, так как они являлись потенциальными военнослужащими.

Изначально созданные фонды соцстраха, оплачивающие расходы на лечение, выдавая пособия по безработице, пенсии и т.п., постепенно выделились в больничные кассы. Они получали две трети взносов от работников и треть от работодателей. В дальнейшем кассы слились в страховые компании, а структура взносов работодателей стала

доминирующей. Эта модель до сих пор служит основой в здравоохранении Германии и многих других стран мира.

Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов.

Государство в этой модели здравоохранения играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Медицинские организации как государственной, так и частной формы собственности. Управление здравоохранением – государственное, органы исполнительной власти. Строгий контроль системы здравоохранения со стороны государства позволяет сдерживать расходы (например, путем установления максимальных страховых взносов) и обеспечивать большую степень равенства и солидарности. Роль потребителей медицинских услуг выполняют страховые компании. Используются принципы рыночной экономики. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан, государственного бюджета, системы ОМС) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины. Характерен высокий уровень экономической эффективности.

Наиболее важные положительные черты такой системы представлены следующими:

- высокая степень охвата населения медицинским страхованием, наличие гарантий бесплатной помощи;
- свободный выбор фондов медицинского страхования (страховых организаций) населением, работодателем;
- разделение функций финансирования и оказания медицинских услуг, обеспечение высокого, гарантированного государством уровня качества оказания медицинской помощи.

Наряду с этими положительными моментами, *система социального медицинского страхования имеет ряд существенных проблем, среди которых:*

- недостаточно полный охват населения программами обязательного медицинского страхования;
- высокая стоимость медицинских услуг, неэффективность мер по сдерживанию цен;
- высокие административные расходы.

В социально-страховую модель включены признаки и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной. Например, социально-страховые модели систем здравоохранения стран Скандинавии и Канады имеют много общего с государственной моделью, а система здравоохранения Франции близка к рыночной.

Таким образом, система Бисмарка и ее модификации, основанные на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования, определяется как социально-страховая или система регулируемого страхования здоровья.

Итак, в мире не существует идеальной системы здравоохранения. Каждая имеет свои преимущества и недостатки. Выбор системы определяется существующей в стране социально-экономической ситуацией. Общемировой современной тенденцией построения моделей

здравоохранения является подбор рационального сочетания двух антагонистических систем – централизованного государственного контроля, с одной стороны, и внедрения в здравоохранение рыночных механизмов, с другой. Эксперты ВОЗ в качестве оптимальной рекомендуют создание смешанной системы здравоохранения, в которой доля общественных расходов составляет не менее 60%, доля медицинского страхования – не более 30,0% и доля частной медицины - не более 10,0%.

Важнейшей задачей всех современных системы здравоохранения является создание эффективной системы мотивации для пациента, формирующей его ответственность за собственное здоровье и стимулирующей здоровый образ жизни.

Тема 1.2 Система здравоохранения в РФ: основные понятия, принципы, система управления

ВОПРОСЫ:

- 1. Принципы здравоохранения РФ.*
- 2. Виды систем здравоохранения в РФ.*
- 3. Управление охраной здоровья в РФ.*

В Российской Федерации существует ряд принципов здравоохранения, среди которых следует отметить следующие:

- соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- доступность медико-социальной помощи;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы

собственности, должностных лиц за обеспечение граждан в области охраны здоровья.

Ст. 41 Конституции РФ провозглашает, что «медицинская помощь в государственных и муниципальных лечебных учреждениях оказывается бесплатно». Тем самым государство взяло на себя заведомо невыполнимое обязательство, лишило само себя возможности использовать огромный коммерческий ресурс, фактически сбросив потоки денежных средств в частный и нелегальный сектора. Реально же дополнительные деньги у населения за предоставление «бесплатной» медицинской помощи все равно взимаются.

Несмотря на это, государство стремится к выполнению своих обязательств путем принятия законов, нормативных и правовых актов, развивает и корректирует провозглашенные принципы; можно рассчитывать на то, что в будущем принципы отечественного здравоохранения будут соблюдаться в полном объеме.

В соответствии с законодательством, в Российской Федерации действуют *три системы здравоохранения*:

- государственная (федеральная);
- муниципальная;
- частная.

Государственную и муниципальную системы здравоохранения объединяют общим термином «общественное здравоохранение» – это система научных и практических мер, а также обеспечивающих их структур медицинского и немедицинского характера, деятельность, которой направлена на реализацию концепции охраны и укрепления здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности посредством объединения усилий общества.

К государственной системе здравоохранения относятся Министерство здравоохранения и социального развития Российской

Федерации, министерства здравоохранения регионов, Российская академия медицинских наук, а также находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, а также некоторые другие федеральные учреждения.

К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические, научно-исследовательские, аптечные, образовательные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы и т.д.

К частной системе здравоохранения относятся субъекты здравоохранения, осуществляющие частную медицинскую деятельность, то есть частные медицинские организации и лица, осуществляющие частную медицинскую деятельность, но без образования юридического лица. К частным медицинским организациям следует относить коммерческие и некоммерческие организации, имущество которых находится в частной и иных, кроме государственной и муниципальной, формах собственности (или использующих любую собственность на основе договора аренды), в уставах которых указано, что медицинская деятельность является для них основной. Предпринимательская деятельность по оказанию медицинской помощи, осуществляемая лицами, имеющими медицинское образование (без образования юридического лица), рассматривается как частная медицинская практика.

Управление охраной здоровья населения является комплексной задачей всего общества, в реализации которой принимает участие множество секторов экономики и структур управления (от федеральных до местных органов самоуправления). Управление здравоохранением осуществляется как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации.

От имени государства деятельность по охране здоровья населения координирует Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития), которое является федеральным органом исполнительной власти, проводящим государственную политику и осуществляющим управление в области охраны здоровья населения, а также координирующим деятельность в этой области других федеральных органов исполнительной власти.

В непосредственную систему Министерства здравоохранения РФ входят:

- территориальные органы власти здравоохранения;
- государственные лечебно-профилактические учреждения (амбулатории, поликлиники, стационары, диспансеры, учреждения охраны материнства и детства, учреждения скорой и неотложной помощи);
- научно-исследовательские учреждения;
- образовательные учреждения;
- фармацевтические и аптечные предприятия;
- санаторно-курортные и реабилитационные учреждения;
- санитарно-профилактические учреждения;
- учреждения судебно-медицинской экспертизы;
- учреждения медико-санитарной экспертизы;
- учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы и пр.

Минздравсоцразвития РФ возглавляет Министр, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Президентом РФ по представлению Председателя Правительства. Министр несет персональную ответственность за выполнение возложенных на Минздравсоцразвития РФ задач. Министр имеет заместителей, назначаемых на должность и освобождаемых от должности Правительством, которые курируют наиболее значимые отрасли. Приказы, указания, постановления и инструкции МЗ РФ

по вопросам диагностики, лечения, профилактики заболеваний и фармацевтической деятельности, а также по другим вопросам, отнесенным к его компетенции, обязательны для всех учреждений, предприятий и организаций независимо от их организационно-правовой формы собственности.

Структурной единицей министерства является департамент. Помимо начальника, его заместителей и сотрудников, в департаментах выделены должности главных специалистов МЗ РФ – главного хирурга, главного акушера-гинеколога и т.д. Главным специалистом назначается высококвалифицированный врач, владеющий знаниями, как по соответствующей, так и по смежным специальностям и имеющий опыт организационно-методической работы. Основной задачей главного специалиста является определение стратегии развития службы и тактических решений по ее реализации, направленных на совершенствование медицинской помощи населению.

В тесном контакте с органами здравоохранения работает служба социальной защиты населения, которую возглавляет Министерство труда и социального развития.

Непосредственное руководство здравоохранением в субъектах Российской Федерации осуществляют Министерства здравоохранения республик, входящих в состав РФ, комитеты (отделы) по здравоохранению (здравоохранения) автономных округов, автономной области, краев, областей, а также Москвы и Санкт-Петербурга.

В городах управление здравоохранением осуществляется городскими и районными комитетами (отделами) по здравоохранению. В сельской местности функции районных отделов здравоохранения, ликвидированных в 1950-х годах, выполняет Центральная районная больница или Районное территориальное медицинское объединение.

Особая роль в управлении здравоохранением на местах отводится муниципальным органам управления.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного программой государственных гарантий объема бесплатной 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.

Таким образом, в настоящее время в Российской Федерации сформирована единая система здравоохранения, регулируемая федеральными органами власти (законодательными и исполнительными), органами власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, а также представителями частных медицинских организаций.

Тема 1.3 Медицинская помощь в РФ: формы, уровни и виды

ВОПРОСЫ:

- 1. Определение понятия «медицинская помощь».*
- 2. Условия оказания медицинской помощи.*
- 3. Формы оказания медицинской помощи.*
- 4. Виды медицинской помощи.*
- 5. Уровни оказания медицинской помощи.*

Медицинская помощь – совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах лицами, имеющими медицинское (высшее или среднее) образование.

Условия оказания медицинской помощи

1) вне медорганизации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медпомощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формы оказания медицинской помощи

1) экстренная при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

3) плановая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой для жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Виды медицинской помощи в РФ

- первичная медико-санитарная;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная;
- скорая, в том числе скорая специализированная;
- паллиативная

1. Первичная медико-санитарная помощь

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), по определению ВОЗ, – удовлетворение потребностей населения (каждого лица, семьи, общины) путем предоставления медицинских услуг при первом контакте с системой здравоохранения, комплексное обслуживание, приближенное к месту жительства и работе.

ПСМП представляет собой комплекс медико-санитарных, лечебных, профилактических и гигиенических мер: диагностика и лечение заболеваний и травм, снабжение самыми необходимыми лекарственными средствами, охрана материнства и детства, иммунизация против основных инфекционных заболеваний, профилактика инфекционных заболеваний, планирование семьи, санитарной просвещение, снабжение безопасной питьевой водой и продукта-ми питания, и пр.

В России ПСМП является основой системы оказания медицинской помощи. 80% объема медицинской помощи приходится на ПСМП.

В целях приближения к месту жительства, месту работы или обучения граждан ПСМП осуществляется по территориально-участковому принципу (предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения в определенных ЛПУ), с учетом положений законодательства о праве пациента на выбор медорганизации.

В настоящее время ПМСП находится в стадии реформирования. Предусмотрен переход к организации ПМСП по принципу семейного врача (врача общей практики). Основной функцией семейного врача является оказание населению многопрофильной амбулаторной медицинской помощи. В связи с этим возникает необходимость переориентации деятельности участковых терапевтов и педиатров: значительное расширение объема их деятельности по смежным специальностям, обучение практическим навыкам, выполняемым узкими специалистами. Объем лечебно-диагностических манипуляций, которые обязан выполнять семейный врач, чрезвычайно разнообразен: хирургические, отоларингологические, гинекологические, офтальмологические манипуляции.

С целью совершенствования ПМСП в дополнение к существующим созданы стационары дневного пребывания, детские реабилитационные центры, центры реабилитации женщин с патологией беременности, кабинеты медико-социальной реабилитации, медико-генетические консультации и т. д.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Ведущими учреждениями ПМСП являются **амбулаторно-поликлинические учреждения**, которые предназначены для оказания медицинской помощи приходящим больным, а также больным в домашних условиях.

Поликлиника – многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания медицинской, в том числе специализированной, помощи больным, а при необходимости для обследования и лечения больных в домашних условиях. В поликлинике ведут прием врачи разного профиля, а также функционируют различные диагностические кабинеты. Основным принцип работы поликлиники территориально-участковый, когда за участковым врачом-терапевтом и медицинской сестрой закрепляется участок с определенным числом жителей (1700 человек старше 14 лет на 1 должность участкового терапевта, норма нагрузки — пять посещений в час на приеме в поликлинике и два – при обслуживании пациентов на дому терапевтом).

Основные задачи поликлиники:

- оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению при обращении в поликлинику и на дому;
- организация и проведение диспансеризации населения;
- организация и проведение профилактических мероприятий среди населения с целью снижения заболеваемости, инвалидности и смертности;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- организация и проведение работы по санитарно-гигиеническому воспитанию населения и формированию здорового образа жизни.

Одним из структурных подразделений поликлиники является отделение профилактики, которое включает в себя кабинет доврачебного контроля, смотровой женский кабинет и др. В отделение профилактики направляются больные из регистратуры, впервые пришедшие на прием к врачу. В кабинете доврачебного контроля выдают различные справки и проводят предварительные осмотры.

Амбулатория, так же как и поликлиника, осуществляет медицинскую помощь проходящим больным и на дому. Отличается от поликлиники меньшим объемом работы и ограниченными возможностями специализированной медицинской помощи (не более пяти специалистов). Амбулатории, как правило, обслуживают сельское население.

2. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

Ранее в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» было прописано, что специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

В новой редакции указанного закона уточнено, что специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами медицинских организаций и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медтехнологий, а также медицинскую реабилитацию.

Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной помощи и включает в себя:

– применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения,

– ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицины и смежных отраслей науки и техники.

Ни в старом, ни в новом законе нет четких критериев между специализированной медпомощью и ее разграничения с высокотехнологичной – поскольку нет понятия «специальных методов диагностики и лечения» и «сложных медицинских технологий».

Одним из основных учреждений оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь оказывают больничные учреждения.

В *больничных учреждениях* медицинская помощь оказывается в основном при более тяжелых заболеваниях. В больничные учреждения госпитализируют больных, которые нуждаются в экстренной медицинской помощи, а также больных, за которыми необходимо постоянное наблюдение (мониторинг) или в случае которых необходимо применение таких методов исследования и лечения, как операция, частые внутривенные инъекции, переливание препаратов крови и т. п., которые невозможны или затруднены в ам-булаторных условиях.

Согласно рекомендациям ВОЗ функциями современной больницы являются:

- диагностика и лечение заболеваний;
- неотложная помощь;
- реабилитация больных;
- профилактика;
- научно-исследовательская и учебная деятельность (подготовка медицинского персонала).

Специализированная помощь также оказывается *диспансерами*, которые является основным средством профилактики в отечественной

системе здравоохранения, и предназначены для оказания лечебно-профилактической помощи определенным группам больных.

В настоящее время существуют различные диспансеры: врачебно-физкультурные, кожно-венерологические, противотуберкулезные, наркологические, кардиологические, онкологические, психоневрологические.

Основные принципы работы любого диспансера: активное раннее выявление больных, патронаж (систематическое наблюдение за выявленными больными), проведение общественной и индивидуальной профилактики.

Ведущим методом работы диспансеров является диспансеризация. Под диспансеризацией понимается активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных), взятие этих групп населения на учет с целью раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения и комплексного лечения заболевших, проведение мероприятий по оздоровлению условий их труда и быта, предупреждению развития и распространения болезней, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

Диспансеризация предусматривает, прежде всего, сохранение здоровья у здоровых, активное выявление больных с ранними стадиями заболеваний и предупреждение случаев нетрудоспособности.

В последние десятилетия в крупных городах высокую эффективность показали *консультативно-диагностические центры* (КДЦ), которые расширяет перечень медицинских услуг, оказываемых на догоспитальном уровне, повышают медико-социальную и экономическую эффективность здравоохранения.

На базе консультативно-диагностических центров концентрируются наиболее квалифицированные медицинские кадры и современное оборудование.

В структуре учреждений первичной медицинской помощи в последние годы появились такие новые подразделения как 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, проводятся лабораторно-инструментальные диагностические исследования, различные процедуры, врачебные осмотры и консультации.

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.

3. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

Формы оказания скорой медицинской помощи:

Экстренная медицинская помощь – при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний представляющих собой угрозу жизни пациента •

Неотложная медицинская помощь – при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациенту.

Формы территориальной организации СМП:

- станция СМП
- отделение СМП
- больница СМП
- отделение в больнице экстренной медицинской помощи

Виды скорой медицинской помощи:

Доврачебная первичная медико-санитарная помощь оказывается на дому или вне медицинской организации лицом, имеющим среднее медицинское образование.

Скорая, в том числе скорая специализированная, помощь при заболеваниях, несчастных случаях, травмах отравлениях, требующих срочного медицинского вмешательства, на основе стандартов медицинской помощи, в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ РФ от 20.06.2013 №388 н.

Скорая специализированная, в том числе высокотехнологическая медицинская помощь – это часть специализированной помощи и включает применение новых сложных ресурсоемких методов лечения с научно-

доказанной эффективностью, в том числе клеточной технологией, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии.

4. Паллиативная медицинская помощь

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Далее в таблице №1 подробно представлена взаимосвязь видов, условий и форм оказания медицинской помощи в РФ.

Таблица 1 – Взаимосвязь видов, условий и форм оказания мед. помощи

Виды медицинской помощи	Условия оказания	Формы оказания
Первичная медико-санитарная помощь	Амбулаторные условия, дневной стационар	Плановая и неотложная. При мед. организациях могут создаваться отделения неотложной мед. помощи
Специализированная медицинская помощь	Стационарные условия (круглосуточного пребывания), Дневной стационар. не может оказываться амбулаторно.	Формы в Законе 323 –ФЗ не определены
Скорая МП, в том числе скорая специализированная мед. помощь	Вне медицинской организации. В амбулаторных условиях В стационарных условиях.	Оказывается в экстренной и неотложной форме
Паллиативная МП	Амбулаторные и стационарные условия	Формы в Законе 323 –ФЗ не определены

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения №358 от 08.06.2016 г. все лечебные учреждения делятся на три уровня:

Первый уровень – это амбулаторно-поликлиническое учреждение. Медицинские учреждения первого уровня оказывают медицинскую помощь

населению муниципального образования. Медицинская помощь может оказываться в виде первичной медико-санитарной помощи; паллиативной медицинской помощи; скорой помощи; специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи (как правило, терапевтического, хирургического и педиатрического профилей медицинской помощи).

Задачей первого уровня является профилактика, раннее выявление и лечение заболеваний; диспансерное наблюдение.

Второй уровень – это клиничко-диагностический центр. Медицинские организации второго уровня представлены: отделениями, центрами, оказывающими преимущественно специализированную медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной); межтерриториальными больницами, оказывающими медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований; диспансерами (противотуберкулезными, психоневрологическими, наркологическими и иными).

Задачей второго уровня является диагностика и лечение заболеваний с применением специальных методов исследования (УЗИ экспертного класса, КТ, МРТ и др. высокотехнологические методы).

Третий уровень – это стационар. Медицинские организации третьего уровня имеют в своей структуре подразделения, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь.

Задачей третьего уровня является лечебно-диагностическая помощь с применением высокотехнологических методов в стационаре.

Медицинская организация относится только к одному из указанных уровней.

Таким образом, система здравоохранения Российской Федерации, имея трех уровневую систему оказания медицинской помощи, способна оказывать в различных формах разные виды медицинской помощи, что способствует повышению качества оказания медицинской помощи, охране и укреплению здоровья населения.

Тема 1.4 Организация системы охраны материнства и детства в РФ

ВОПРОСЫ:

- 1. Определение понятия «охрана материнства и детства».*
- 2. Этапы системы охраны материнства и детства.*
- 3. Организация акушерско-гинекологической помощи.*
- 4. Социально-правовая защита женщин в период беременности и после родов.*
- 5. Организация медико-социальной помощи детям.*
- 6. Медико-социальный патронаж в системе охраны материнства и детства.*

«Охрана материнства и детства» – это комплексная система государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на снижение заболеваемости среди детей, достижение высокого уровня здоровья детей, снижение материнской и детской смертности.

Показатели здоровья женщин и детей являются наиболее чувствительным индикатором социально-экономического развития общества. Деятельность государственной системы охраны материнства и детства направлена на реализацию комплекса социально-экономических и лечебно-профилактических мер по оптимизации образа жизни в семье, укреплению здоровья женщин и детей, обеспечение условий нормальной жизнедеятельности.

Комплекс социально-экономических и лечебно-профилактических мер направлен на:

- обеспечение гарантий гражданских прав женщин и мер поощрения материнства;*
- разработку и обеспечение законодательных актов о браке и семье;*
- охрану женского труда и трудовой деятельности подростков;*

- государственную материальную и социальную помощь семьям, имеющим детей;
- гарантирование системы обучения и воспитания детей в нормальных условиях, не нарушающих их здоровье;
- качественную, гарантированную и доступную медико-социальную помощь.

Очевидно, что истоки многих заболеваний возникают в детском возрасте. Поэтому в нашей стране создана и функционирует уже много лет стройная система «Охраны материнства и детства».

Система «Охраны материнства и детства» состоит из шести этапов оказания профилактической и лечебной помощи:

1) оказание помощи женщине вне беременности, подготовка ее к материнству, совершенствование работы женских консультаций, центров планирования семьи, генетических центров и др.;

2) комплекс мероприятий по антенатальной охране плода в женских консультациях, отделениях патологии беременности, специализированных отделениях и др.;

3) интранатальная охрана плода и рациональное ведение родов;

4) охрана здоровья новорожденных, организация правильного вскармливания, создание оптимальных условий для физического развития;

5) охрана здоровья ребенка в дошкольный период, обеспечение условий для оптимального физического развития, создание нужного иммунологического статуса;

6) охрана детей школьного возраста (создание соответствующих гигиенических условий обучения, контроль за уровнем физического развития и за состоянием здоровья).

Организация акушерско-гинекологической помощи

Женская консультация является основным лечебно-профилактическим учреждением, оказывающим женщинам амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь.

Основными задачами женской консультации являются:

- проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний;
- оказание лечебно-гинекологической помощи на уровне последних достижений в диагностике и лечении;
- консультации по вопросам контрацепции и профилактики абортов;
- санитарно просветительская работа по формированию здорового образа жизни;
- оказание социально-правовой помощи женщинам в соответствии с законодательством по охране материнства и детства;
- обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных.

Женская консультация осуществляет свою работу по участковому принципу (пять должностей акушера-гинеколога на 3300 женщин старше 15 лет. Кроме лечебно-профилактической помощи в консультации осуществляется и медико-социальный патронаж, и лечебная помощь на дому.

Наиболее важной в работе женской консультации является профилактика осложнений беременности и перинатальной патологии, заключающаяся в диспансерном наблюдении за беременной женщиной.

Своевременное обращение беременной в женскую консультацию позволяет женщине в полном объеме провести обязательные исследования. Установлена прямая зависимость между регулярностью посещений беременной консультации и уровнем перинатальной смертности. Постановка на диспансерный учет до трех месяцев беременности (12 недель) считается ранней (своевременной).

За время нормально протекающей беременности женщина должна посетить консультацию 14-15 раз (при патологии частота осмотров увеличивается), пройти лабораторное обследование, консультации терапевта и стоматолога (по показаниям – и других специалистов).

В случае выявления факторов риска перинатальной патологии плода (заболевания матери и плода, аномалии развития плода) беременная направляется на консультации специалистов для решения вопроса о возможности сохранения беременности. Возможна дородовая госпитализация беременных в терапевтические стационары (срок беременности до 20 недель) или отделение патологии беременности родильного дома. Своевременная госпитализация беременных позволяет значительно уменьшить риск перинатальной смертности.

В женской консультации продолжается наблюдение за женщинами и после родов. Если женщина не явилась в консультацию на 10-12-й день, осуществляется акушерский патронаж.

Социально-правовая помощь женщинам оказывается юрисконсультom женской консультации. В соответствии с приказом МЗ РФ одна должность юрисконсульта выделяется на женскую консультацию с числом врачебных должностей пять и более. К числу важных разделов работы юрисконсульта относится работа с родителями, уклоняющимися от выполнения своих обязанностей, оказание правовой помощи в розыске родителей при взыскании алиментов, улаживание семейных конфликтов, установление отцовства, оказание содействия женщине при назначении пособий (одиноким, многодетным, малообеспеченным и др.), при переводе беременных и кормящих грудью женщин на более легкую работу, при установлении отпуска и др.

Организация гинекологической помощи. Гинекологические заболевания выявляются при обращении женщин в консультацию, проведении профилактических осмотров, осмотров женщин на дому, осмотров женщин другими специалистами.

Основная группа гинекологических больных лечится амбулаторно и нуждается в диспансерном наблюдении. В случае необходимости женщина направляется в гинекологический стационар.

Социально-правовая защита женщин в период беременности и после родов

Кроме бесплатного предоставления необходимой помощи, женщины в период беременности и после родов обеспечены социальной защитой.

Среди основных медико-социальных и правовых актов охраны материнства и детства следует выделить закон РФ «О дополнительных мерах по охране материнства и детства» (04.04.92 г.), который предусматривает продолжительность отпуска по беременности и родам в 70 календарных дней до родов и 70 дней после родов, а в случаях осложненных родов – 86 дней, при рождении двух детей и более – 110 календарных дней.

Если женщина обратится в женскую консультацию в ранние сроки беременности (до 12 недель) и будет своевременно взята на диспансерный учет, то она может получить единовременное пособие в размере минимальной заработной платы дополнительно к пособию по беременности и родам. При прохождении обязательного диспансерного обследования беременной сохраняется средний заработок.

Постановлением Верховного Совета РФ от 01.10.90 г. «О неотложных мерах по улучшению положения женщин, семьи, охраны материнства и детства на селе» женщинам устанавливается ежегодный отпуск не менее 28 календарных дней, гарантирована 36-часовая рабочая неделя, предусмотрены гигиенические и социально-правовые нормативы работы на опасных видах производства.

Предприятия с вредными условиями труда могут создавать отдельные цехи и участки для предоставления женщинам более легкой и безвредной работы.

Расширены льготы работающим беременным женщинам и имеющим малолетних детей: режим неполного рабочего времени, возможность выполнения работы на дому, получение дополнительного отпуска без сохранения содержания, привлечение к сверхурочным работам и

направление в командировки только с согласия женщины, увеличение оплачиваемого периода по уходу за больным ребенком.

В соответствии с приказом МЗ РФ № 206 от 19.10.94 г. при амбулаторном лечении ребенка в возрасте до семи лет листок нетрудоспособности выдается на срок до 15 дней, если по медицинским показаниям не требуется большего срока.

При стационарном лечении ребенка до семи лет листок нетрудоспособности выдается одному из родителей на весь срок лечения ребенка.

В последние годы вышел ряд постановлений, направленных на улучшение материального положения малообеспеченных семей (многодетные семьи, семьи с одним родителем или опекунами и т. д.).

В заключении (тюрьме, лагере) беременные, рожаящие и родившие женщины имеют право на специализированную помощь акушера-гинеколога, в том числе и в родильных домах. В лагерях предусматриваются ясли с квалифицированным персоналом, поскольку существуют лагеря, где дети содержатся вместе с матерями.

Охрана материнства и детства обеспечивается широкой сетью лечебно-профилактических учреждений: женских консультаций, детских поликлиник, родильных домов, детских больниц, дошкольных учреждений, санаториев.

Профилактическая, лечебная и реабилитационная помощь матери и ребенку гарантируется государством.

Организация медико-социальной помощи детям

Основными принципами лечебно-профилактической помощи детям являются: непрерывность в наблюдении за здоровьем ребенка с первых дней его жизни и до окончания школы, преемственность в работе врачей, оказывающих лечебно-профилактическую помощь детям, этапность в лечении – поликлиника, стационар, санаторий.

К типовым учреждениям, оказывающим лечебно-профилактическую помощь детям, относятся: детские городская и областная больницы,

специализированные детские больницы (инфекционные, психиатрические, туберкулезные, ортопедохирургические, восстановительного лечения), диспансеры, детские городские поликлиники, детские стоматологические поликлиники, учреждения по охране материнства и детства (дома ребенка, родильные дома, молочные кухни), детские бальнеологические лечебницы, грязелечебницы, санатории, специализированные санаторные учреждения круглогодичного действия, детские отделения стационаров и поликлиник общего профиля.

Основой в системе охраны здоровья детей является амбулаторно-поликлиническая служба. Детская поликлиника обеспечивает медицинскую помощь детям до 18 лет включительно. Предусмотрено оказание помощи не только в поликлинике и на дому, но и в дошкольных учреждениях и в школах.

Детская поликлиника обеспечивает: организацию и проведение комплекса профилактических мероприятий (динамическое медицинское наблюдение за здоровыми детьми, профилактические осмотры, диспансеризация, профилактические прививки); лечебно-консультативную помощь на дому и в поликлинике, в том числе специализированную медицинскую помощь, направление детей на лечение в стационары; лечебно-профилактическую работу в дошкольных учреждениях и школах; проведение противоэпидемических мероприятий совместно с территориальными учреждениями госсанэпиднадзора.

В детской поликлинике должны быть предусмотрены следующие помещения: фильтр с отдельным входом и изоляторы с боксами; кабинеты педиатров и других врачей-специалистов; кабинет по профилактической работе с детьми (кабинет здорового ребенка); отделение восстановительного лечения; лечебно-диагностические кабинеты (рентгеновский, физиотерапевтический, лечебной физкультуры, массажа, процедурный, прививочный и др.); регистратура, гардероб и другие вспомогательные

помещения, холлы для ожидания; административно-хозяйственная часть (в самостоятельных поликлиниках).

Одним из первоочередных организационных мероприятий в детской поликлинике должно быть создание отделения здорового ребенка, в состав которого входят кабинеты по профилактической работе. Основными задачами кабинета здорового ребенка являются пропаганда здорового образа жизни в семье; обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, уход); санитарное просвещение родителей в вопросах гигиенического воспитания детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии.

Основной фигурой, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь детям, является *участковый педиатр*. На участке по нормативам должно быть 750–800 детей до 18 лет включительно, в том числе 40-60 детей первого года жизни. Нагрузка участкового педиатра составляет: 5 человек на 1 час приема в поликлинике, 7 детей – при профилактических осмотрах и 2 ребенка – при обслуживании на дому.

Диспансеризация здоровых детей осуществляется по возрастному принципу. Особенностью обслуживания детей в возрасте до 3-х лет является активный патронаж, который осуществляется, начиная с антенатального периода.

Патронажное наблюдение за новорожденным устанавливается после выписки его из родильного дома. По принятому положению на дому первый раз участковый педиатр и сестра посещают ребенка в первые дни после выписки из родильного дома. Врач во время посещения тщательно осматривает ребенка, дает советы по режиму дня, вскармливанию, уходу за ребенком.

На 1-м месяце жизни врач посещает ребенка по мере необходимости, медицинская сестра – еженедельно, но не менее двух раз. Патронаж детей старше 1-го месяца осуществляется путем ежемесячных профилактических осмотров участковым педиатром в поликлинике и патронажными

посещениями участковой сестры на дому. При необходимости участковый педиатр направляет ребенка на консультацию к специалистам.

К 1-му году жизни ребенка врач-педиатр проводит полное диспансерное его обследование: измерение массы тела, роста, окружности грудной клетки, анализирует данные обязательных консультаций специалистов (психоневролога, хирурга-ортопеда, отоларинголога, окулиста, стоматолога), проверяет выполнение прививок и составляет краткий эпикриз состояния его здоровья.

Профилактические осмотры детей в возрасте от 1-го года до 3-х лет проводятся педиатром 1 раз в квартал. Детей в возрасте 3-х лет подвергают диспансерному осмотру педиатра и вышеуказанных специалистов, делают анализ крови и мочи. С 3-х до 7-ми лет организованные дети наблюдаются врачом детских учреждений, неорганизованные – осматриваются педиатром 1 раз в год с заключительным диспансерным обследованием в возрасте 7 лет перед поступлением в школу. В школе диспансерное наблюдение за детьми осуществляют школьный врач и медсестра. Ежегодно в школе после летних каникул проводятся углубленные профилактические осмотры.

Основные задачи участкового педиатра: снижение заболеваемости и смертности детей всех возрастов, обеспечение оптимального физического и нервно-психического развития детей.

Функциональные обязанности педиатра складываются из следующих разделов:

– профилактическая патронажная работа (дородовой патронаж, осмотр новорожденного в первые 3 дня после выписки из роддома, ежемесячное наблюдение детей первого года жизни и т. п.), профилактические осмотры детей, углубленное обследование детей перед школой и т. д.;

– санитарно-просветительная работа среди детей и их родителей (обучение отцов и матерей формированию у детей установки на здоровый образ жизни и др.);

– противоэпидемическая работа (проведение прививок, выявление и регистрация инфекционных заболеваний, наблюдение за очагом инфекции, мероприятия по реабилитации реконвалесцентов инфекционных заболеваний и др.);

– лечебная работа (лечение на дому детей с острыми заболеваниями и обострениями хронических заболеваний, прием в поликлинике и др.).

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

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-социальный патронаж в системе охраны материнства и детства

Медико-социальный патронаж – это процесс проведения медико-социальной профилактической работы на дому. В системе охраны материнства и детства медико-социальный патронаж подразделяется на четыре периода:

– антенатальный (дородовый), 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 ново-рожденным, которое проводит участковый педиатр совместно с медицинской сестрой на первые-вторые 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.

В заключение необходимо подчеркнуть, что в современной социально-демографической ситуации в РФ институт материнства и детства приобретает повышенную публичную значимость, что обуславливает необходимость создания, федеральным законодателем адекватной системы социальной защиты. В настоящее время государство осуществляет деятельность по ряду направлений: разработка гарантий по защите института материнства и детства, а так же совершенствование законодательной базы; создание механизмов, направленных на реализацию этих гарантий и норм; создание благоприятных условий для укрепления института семьи в соответствии с изменением социальных, экономических и иных обязательств в государстве.

Тема 1.5 Перспективы развития здравоохранения в РФ

ВОПРОСЫ:

- 1. Задачи структурной реформы здравоохранения.*
- 2. Основные приоритеты в современной системе здравоохранения.*
- 3. Прогноз развития здравоохранения в области науки и техники.*

Среди многочисленных *задач реформы здравоохранения основными являются:*

- придание здравоохранению статуса важнейшего фактора и элемента системы безопасности страны;
- демонополизация государственного здравоохранения;
- поиск и реализация альтернативных источников финансирования, развитие дополнительных платных услуг, адекватных материальным возможностям каждого гражданина;
- структурная перестройка системы здравоохранения; приоритетное развитие первичной медико-социальной помощи на принципах общей врачебной и семейной практики.

Безусловно, что структурная реформа здравоохранения, упорядочение оказания медицинской помощи должны осуществляться с учетом медико-демографической ситуации в стране и основываться на определении соответствующих приоритетов в охране здоровья населения в целом.

Основные приоритеты в современной системе здравоохранения:

- снижение распространенности курения и употребления табака;
- улучшение структуры и качества питания;
- увеличение физической активности людей;
- ослабление влияния психосоциальных факторов и, при возможности, их предупреждение;
- снижение потребления алкоголя;
- профилактику употребления наркотиков;
- профилактику ВИЧ-инфекции и заболеваний, передающихся половым путем;
- профилактику и коррекцию повреждающего действия антропогенных факторов, улучшение качества окружающей среды;
- обеспечение широкого охвата населения иммунизацией.

Корректировка воздействия указанных факторов, особенно связанных с образом жизни, должна привести к снижению смертности, прежде всего от сердечнососудистых заболеваний и внешних причин (несчастные случаи, отравления, травмы).

Расчеты, проведенные на базе многофакторных моделей ожидаемых показателей смертности в зависимости от воздействия ряда основных факторов риска, свидетельствуют о том, что при условии снижения влияния на трудоспособное население хотя бы двух факторов и только на 15% следует ожидать снижения общей смертности примерно на 10%.

Исходя из этого, необходимо формирование научно-обоснованной концепции охраны здоровья населения Российской Федерации в условиях социально-экономических реформ, основной целью которой стало бы формирование благоприятных тенденций в состоянии здоровья населения.

В связи с этим уже сейчас с целью охраны здоровья населения следует:

- формировать у населения мотивацию к здоровому образу жизни;
- улучшать социальную и окружающую среду;
- обеспечивать правовое равенство граждан в сфере охраны здоровья;
- усиливать профилактическую направленность в деятельности всех служб, связанных с охраной здоровья населения.

Прогноз развития здравоохранения в области науки и техники

Здравоохранение находится в постоянном развитии, толчками к развитию являются: увеличение числа больных онкологическими, сердечнососудистыми, инфекционными заболеваниями, возрастает число людей, у которых обнаруживается патология мозга. Рост числа заболеваний приводит к росту смертности в стране.

В медицине разрабатываются новые способы лечения и диагностики болезней, новые способы диагностики заболеваний в домашних условиях. Здравоохранение ищет способы, чтобы оказывать медицинскую помощь дистанционно, занимается просвещением населения для профилактики болезней, здравоохранение стремится стать безопасным и эффективным.

В мире установились требования к качеству жизни, медицина играет в нем не последнюю роль. Новое качество жизни подразумевает и возможность компенсировать утраченную функцию организма, части его или органа. В результате стали развиваться услуги персонализированной и высокотехнологичной медицины.

В настоящее время сфера медицины и здоровья России не в состоянии справиться с высокой смертностью от заболеваний сердечнососудистой системы и онкологии. Высокая смертность в России является следствием отравлений и травм населения, недостаточно эффективной борьбы с инфекционными заболеваниями, слаборазвитой системой реабилитации пациентов, высокой стоимости лекарств, алкоголизма, в том числе и среди молодежи, а также склонности россиян заниматься самолечением.

Наибольшего темпа развития стоит ожидать от сфер фармацевтики и диагностических систем. Продуктовые группы двух этих направлений будут развиваться вне зависимости от направленности здравоохранения.

Стоит ожидать прогресса в направлениях клеточных технологий, органной и тканевой инженерии, генной инженерии, прогресс будут определять глобальный экономический вызов и внутренняя конъюнктура. Положительный прогноз складывается в развитии рынков, которые связаны с системами функциональной и лабораторной диагностик, лекарственными средствами, имплантатами, а также с системой адресной доставки.

Стоит ожидать сращивания медико-биологического и фармацевтического секторов, активного использования биотехнологий для создания медицинских устройств и лекарственных средств. Биомедицинские исследования будут продолжать развиваться в сферах регенеративной медицины, функциональной и молекулярной диагностик.

Ожидается развитие в производстве сложных имплантов. Развитие коснется и хирургической техники, сейчас требуются системы инвазивной визуализации, хирургические лазеры, робототехника, системы для проведения микроопераций.

Лекарственные препараты будут совершенствоваться, планируется ввести адресную доставку лекарственных препаратов. Будут востребованы системы не инвазивной визуализации, например, позитронно-эмиссионные томографы, контрасты для ультравысокого разрешения при проведении визуализаций, томографы магниторезонансные ультравысокого разрешения, системы визуализации, которые будут основываться на биофизических характеристиках всех сред организма.

Все выше перечисленное позволит отечественным производителям выйти на мировые рынки, которые будут самыми перспективными в области медицины и здравоохранения. В результате стоит ожидать и повышения качества жизни россиян.

Резюмируя данную главу, стоит отметить, что главным и бесспорным итогом государственной политики в здравоохранении за последние десятилетия (начиная с 2005 года) стало усиление внимания власти к проблемам охраны здоровья населения. В последние годы стала сокращаться смертность населения, но ее общий уровень в полтора раза выше, чем в европейских странах, а показатели общей заболеваемости продолжают расти. Помимо плохих показателей уровня здоровья населения, отмечается плохая его защита от рисков, связанных с затратами на лечение в случае заболеваний, неравенство в доступности медицинской помощи между различными социальными и территориальными группами, низкая эффективность системы здравоохранения в целом. Решение перечисленных проблем невозможно без масштабных преобразований в организации современной системы здравоохранения.

Все последние годы вопросам доступности и качества медицинских услуг уделяется самое пристальное внимание. Среди проводимых мер, прежде всего, хочется отметить последовательную реализацию национального проекта «Здоровье». Национальный проект свою миссию выполнил. Он ещё больше обострили некоторые проблемы в здравоохранении, что дало толчок к развитию тех направлений, по которым

надо двигаться. Настало время делать единую программу развития здравоохранения, соединив нацпроекты с другими направлениями.

Темы и вопросы для обсуждения

1. Дайте определение понятию «здравоохранение».
2. Охарактеризуйте государственную (бюджетную) систему здравоохранения.
3. Перечислите положительные и отрицательные стороны государственной системы здравоохранения.
4. Приведите примеры стран, в которых действует государственная система здравоохранения.
5. Охарактеризуйте негосударственную (частную) систему здравоохранения.
6. Перечислите положительные и отрицательные стороны негосударственной (частной) системы здравоохранения.
7. Приведите примеры стран, в которых действует негосударственная (частная) система здравоохранения.
8. Охарактеризуйте социально-страховую систему здравоохранения.
9. Перечислите положительные и отрицательные стороны социально-страховой системы здравоохранения.
10. Приведите примеры стран, в которых действует социально-страховая система здравоохранения.
11. Перечислите принципы здравоохранения РФ.
12. Опишите виды систем здравоохранения в РФ.
13. Охарактеризуйте управление охраной здоровья в РФ.
14. Дайте определение понятию «медицинская помощь».
15. Перечислите условия оказания медицинской помощи.
16. Перечислите формы оказания медицинской помощи.
17. Охарактеризуйте виды медицинской помощи.
18. Опишите уровни оказания медицинской помощи.

19. Дайте определение понятию «охрана материнства и детства».
20. Перечислите этапы системы охраны материнства и детства.
21. Охарактеризуйте организацию акушерско-гинекологической помощи в РФ.
22. Рассмотрите социально-правовую защиту женщин в период беременности и после родов.
23. Охарактеризуйте организацию медико-социальной помощи детям.
24. Рассмотрите медико-социальный патронаж в системе охраны материнства и детства.
25. Перечислите задачи структурной реформы здравоохранения.
26. Опишите основные приоритеты в современной системе здравоохранения.
27. Рассмотрите прогноз развития здравоохранения в области науки и техники.

Задания для самостоятельной работы

Поразмышляйте над следующими вопросами

1. Почему здравоохранение – это одна из важнейших социальных сфер для каждого человека?
2. Как вы думаете, какие факторы влияют на становление той или иной системы здравоохранения в каждой конкретной стране?
3. Почему на практике не работают чистые модели здравоохранения?
4. Почему модель системы здравоохранения, предложенная Семашко Н.А., не имела аналогов в мире?
5. Как вы думаете, какая модель здравоохранения будет эффективной в 21 веке?
6. Почему управление охраной здоровья населения является комплексной задачей всего общества?

7. Как вы думаете, какова роль благотворительных организаций в деятельности учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения РФ?

8. Каковы основные проблемы перехода к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)?

9. А что бы вы изменили в современной медицине?

10. Как современные технологии меняют медицину?

11. Как вы думаете, какие открытия в медицине можно назвать гениальными?

12. Почему показатели здоровья женщин и детей являются наиболее чувствительным индикатором социально-экономического развития общества?

13. Каким образом можно повысить правовую грамотность женщин в период беременности и родов?

14. Каковы проблемы защиты института семьи, материнства и детства в РФ?

15. Как вы думаете, каковы пути решения существующих проблем в области охраны материнства и детства?

16. Что нужно делать, чтобы сформировать благоприятные тенденции в состоянии здоровья населения?

Рекомендуемая литература

Дюбкова Т.П. Основы медицинских знаний. Охрана материнства и детства. Инфекционные болезни / Т.П. Дюбкова. - М.: Адукацыя і Выхаванне (Минск), 2015 – 544 с.

Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.

Маркетинговое управление в здравоохранении / И. В. Поляков [и др.] ; ГОУ ВПО СПбГМА им. И. И. Мечникова, ГОУ ВПО СамГМУ. – Санкт-Петербург : Офорт ; Самара : Офорт, 2010. – 132 с.

Медик В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению В.А.Медик, В.К.Юрьев. – Ч.1: Общественное здоровье. – М.: Медицина, 2003. – 364 с.

Хрусталеv Ю.М. //Философия науки и медицины. Учебник. Гриф УМО по медицинскому образованию //ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 542 с.

Лебедева-Несевря Н.А., Гордеева С.С. Социология здоровья // Учебное пособие. Пермь: ПГНИУ, 2011. – 34 с.

Семенов В.Ю. Системы организации здравоохранения: учеб. пособие. – М.: МФП, 2000. – 269 с.

Кучеренко В.З. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения. В 2-х томах. Том 2 / В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 192 с.

Основы экономики здравоохранения / Под ред. Н.И. Вишнякова. - М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 152 с.

Тищенко, Е.М. Общественное здоровье и здравоохранение: пособие для студентов лечебного факультета / Е.М. Тищенко - Гродно: ГрГМУ, 2014. – 250 с.

Общественное здоровье и здравоохранение: учебник в 2 ч. Ч. 2 / И.А. Наумов, Е.М. Тищенко, В.А. Лискович, Р.А. Часнойть; под ред. И.А. Наумова. - Минск: Выш. шк., 2013. – 351 с.

Общественное здоровье и здравоохранение: Учебное пособие / Н.Н.Пилипцевич и др.; под ред. Н.Н.Пилипцевича. – Минск: Новое знание, 2015. – 278 с.

Экономика здравоохранения: учебное пособие / Под ред. А.В. Решетникова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 2-е изд. – 272 с

РАЗДЕЛ 2.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ

Тема 2.1 Основы законодательства РФ в отношении охраны здоровья населения

ВОПРОСЫ:

- 1. Конституция РФ.*
- 2. Международные правовые акты.*
- 3. Федеральные законодательные акты.*
- 4. Законодательные акты субъектов РФ.*
- 5. Подзаконные нормативно-правовые акты.*

Правовое регулирование взаимоотношений человека и общества во все времена не могло обойти сферу охраны здоровья граждан и медицинскую деятельность. Однако право на охрану здоровья и доступную медицинскую помощь лишь сравнительно недавно стало предусматриваться в законодательстве различных стран. В 1948 году это право было декларировано в международном масштабе во Всеобщей декларации прав человека.

Несмотря на очевидную значимость в жизни современного общества правового регулирования охраны здоровья граждан, в Российской Федерации законодательное обеспечение прав человека на здоровье до 1990 года было весьма ограниченным и исчерпывалось «Основами законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении» (1961 г.) и законом РСФСР «О здравоохранении» (1971 г.), принятым в соответствии с вышеуказанными основами.

С 1990 года в России начались радикальные преобразования государства и общества, которые не могли не затронуть здравоохранение.

Законодательство Российской Федерации в настоящее время наряду с Конституцией России включает в себя: конституционные законы, кодексы, основы законодательства и федеральные законы.

Практически впервые в истории России начал складываться кодекс законов в области охраны здоровья, в котором находят

отражение следующие направления правового регулирования:

- надзорные законы, обеспечивающие безопасные условия жизни;
- законы, обеспечивающие профилактику заболеваний и здоровый образ жизни;
- права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- ответственность за правонарушения в области охраны здоровья граждан;
- - организация деятельности системы здравоохранения;
- регулирование профессиональной медицинской и фармацевтической деятельности;
- финансирование здравоохранения, налоги, таможенные пошлины и льготы;
- специальные законы по актуальным разделам медицины и конкретным заболеваниям.

К сожалению, правовое регулирование основных видов медицинской деятельности мало известно специалистам и врачам. Что же касается рядовых пациентов, то они осведомлены еще меньше и еще хуже ориентируются в вопросах медицинского права. Поэтому необходимо, чтобы будущие педагоги были ознакомлены с основами законодательства в вопросах здравоохранения.

В настоящее время на правовое регулирование здравоохранения направлены десятки и сотни нормативных актов различных уровней.

Рассмотрим иерархию нормативно-правовых актов, регламентирующих сферу охраны здоровья населения в РФ.

Главным законодательным документом страны является Конституция Российской Федерации **1993** года, 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. Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

Прежде чем переходить к рассмотрению пласта законодательных актов о здравоохранении, необходимо подчеркнуть, что действующее законодательство данной области, базируется на общепризнанных международных нормах. В соответствии с п.4 ст.15 Конституции РФ и ст.7 ГК РФ, общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы.

Вышесказанное означает, что приоритет над национальным законодательством имеют ратифицированные РФ международные акты. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора.

Среди международных правовых актов направленных на регулирование здравоохранение можно выделить:

– Конвенция Международной Организации Труда №164 о здравоохранении и медицинском обслуживании моряков (Женева, 8 октября 1987 г.);

– Конвенция Международной Организации Труда №120 о гигиене в торговле и учреждениях (Женева, 8 июля 1964 г.);

– Хартия социальных прав и гарантий граждан независимых государств (утв. Межпарламентской Ассамблеей государств-участников Содружества Независимых Государств 29 октября 1994 г.);

– Соглашение о сотрудничестве в области охраны здоровья населения (Минск, 26 июня 1992 г.);

– Соглашение о сотрудничестве в области санитарной охраны территорий государств - участников Содружества Независимых Государств (Минск, 31 мая 2001 г.);

– Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств - участников Содружества Независимых Государств (Москва, 27 марта 1997 г.);

– Европейское Соглашение о предоставлении медицинского обслуживания лицам, временно пребывающим на территории другой страны (Женева, 17 октября 1980 г.).

На правовое регулирование здравоохранения в РФ направлено несколько десятков актов. В частности *можно выделить следующие федеральные законы:*

– Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (ред. от 27.12.2019, с изм. от 13.01.2020)».

– Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от 02.12. 2019);

- Федеральный закон от 30.03.1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (с изменениями от 26.07.2019);
- Федеральный закон от 17.09.1998 г. №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (с изменениями от 28.11.2018);
- Федеральный закон от 02.07.1992 N 3185-ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями и дополнениями от 03.07.2016);
- Федеральный закон от 08.01.1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (с изменениями от 26.07.2019);
- Федеральный закон от 22.06.98 № 86-ФЗ «О лекарственных средствах» (с изменениями от 12.04.2010);
- Федеральный закон от 05.07.1996 N 86-ФЗ «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» (с изменениями и дополнениями от 03.07. 2016);
- Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ (ред. от 23.05.2016) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017);
- Федеральный закон от 20.07.2012 г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и её компонентов» (с изменениями от 07.03.2018);
- Федеральный закон от 22.12.92 №4180-1-ФЗ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (с изменениями от 23.05.2016);
- Федеральный закон от 10 января 2002 г. №2-ФЗ «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне» (с изменениями на 2 декабря 2019 года) (редакция, действующая с 1 января 2020 года) и мн. др.

Федеральные законы вводят наиболее общие, основополагающие нормы, находящиеся на высших этажах иерархии норм права субъектов Российской Федерации. Законы субъектов Российской Федерации являются не столько дополнительным звеном, способствующим созданию комплексного механизма реализации федерального закона, сколько тем элементом механизма регулирования, который снимает чрезмерную абстрактность общенациональных норм, наполняя их спецификой региональной практики правоприменения.

В настоящее время в субъектах РФ принято около 300 законодательных актов в сфере здравоохранения.

Наряду с законодательными актами на правовое регулирование здравоохранения в РФ направлены и подзаконные НПА (указы Президента РФ и постановления Правительства РФ), а также ведомственные НПА.

Итак, среди подзаконных нормативных актов можно выделить:

– Указ Президента РФ от 20 апреля 1993 г. №468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации» (с изм. и доп.);

– Постановление Правительства РФ от 13 августа 1996 г. №965 «О порядке признания граждан инвалидами» (с изм. и доп.);

– Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года (одобрена распоряжением Правительства РФ от 31 августа 2000 г. №1202-р);

– Постановление Правительства РФ от 27 октября 2003 г. №646 «О вредных и (или) опасных производственных факторах и работах, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядке проведения этих осмотров (обследований)»;

– Положение о военно-врачебной экспертизе (утв. постановлением Правительства РФ от 25 февраля 2003 г. №123) и др.

Также можно выделить следующие ведомственные нормативные акты:

– Приказ Минздрава РФ от 2 июля 1999 г. №274 «О порядке регистрации изделий медицинского назначения и медицинской техники отечественного производства в Российской Федерации» (с изменениями);

– Положение об организации психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, утвержденное приказом Минздрава РФ от 24 октября 2002 г. №325;

– Постановление Совета Министров - Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. №377 «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями);

– Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 30 мая 2003 г. №108 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил СП 3.4.1328-03»;

Важно подчеркнуть, что подзаконные нормативные акты не должны противоречить законодательным актам и применяются в целях урегулирования конкретного вопроса (на что должно быть соответствующая отсылка из законодательного акта).

Также хотелось остановиться на следующем, важном в практическом смысле моменте. В правоприменительной практике все большее значение приобретают материалы судебной-арбитражной практики. Несмотря на то, что в нашей стране судебная практика не является источником права, как в странах с англосаксонской системой права, тем не менее, обзоры практики используются нижестоящими судебными инстанциями при рассмотрении конкретных дел. Несмотря на то, что в настоящее время нет обзоров судебной практики напрямую связанных с реализацией норм законодательства о здравоохранении, анализ отдельных судебных споров может дать интересную почву для исследования. Так, если обратиться к судебной практике, можно сделать вывод, что нормы действующего

законодательства о здравоохранении не всегда находятся в гармонии друг с другом.

В целом, характеризуя правовой фундамент регулирования здравоохранения в РФ необходимо подчеркнуть, что законодательные акты, принятые в последнее десятилетие, создают правовые основы для модернизации отечественной системы здравоохранения, определяют ее будущее.

2.2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

ВОПРОСЫ:

1. Содержание глав ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Центральным актом национального законодательства РФ, направленным на установление основ здравоохранения в РФ, является *ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»* (ред. от 27.12.2019, с изм. от 13.01.2020) (далее Об основах).

В Основах впервые на законодательном уровне проблема здоровья населения стала рассматриваться как общегосударственная, и правовые нормы охватили широкий круг общественных отношений, а не только системы здравоохранения.

Настоящий Федеральный закон в 14-ти главах регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в РФ. Рассмотрим более подробно некоторые главы.

В главе 1 рассматриваются такие общие положения, как: предмет регулирования настоящего федерального закона; основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе и законодательство в сфере охраны здоровья.

Так *статья 1* указанной главы определяет:

- 1) правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- 2) права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
- 3) полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;
- 4) права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;

В *статье 2* даются основные понятия в области охраны здоровья граждан. В соответствии с этим законодательным актом *охрана здоровья граждан* рассматривается как 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.

Здоровье рассматривается как состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;

В главе 2 прописываются основные принципы охраны здоровья.

Согласно *статье 4* к основным принципам охраны здоровья граждан в РФ относятся:

- соблюдение прав человека в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет профилактических мер в области охраны здоровья

граждан;

- доступность медико-социальной помощи;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти и местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

В *статье 5* на законодательном уровне прописывается соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий, а именно:

1. Мероприятия по охране здоровья должны проводиться на основе признания, соблюдения и защиты прав граждан и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права.

2. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств.

3. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний.

В *статье 6* закреплён приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.

Статья 7 определяет приоритет охраны здоровья детей. Статья гласит:

1. Государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей.

2. Дети независимо от их семейного и социального благополучия подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи.

Статьей 8 закреплена социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение.

В статье 10 прописывается право на доступность и качество медицинской помощи для граждан РФ.

Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

- 1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
- 2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- 3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с настоящим Федеральным законом;

В статье 11 указана недопустимость отказа в оказании медицинской помощи, в частности:

1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

Статьей 12 определен приоритет профилактики в сфере охраны здоровья. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:

- 1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;

2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;

4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статьей 13 закреплено право на соблюдение врачебной тайны:

1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи.

3. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается только в порядке, предусмотренном в законе.

В главе 3 определены полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья.

Глава 4 посвящена правам и обязанностям граждан в сфере охраны здоровья. Так *статьей 18* настоящего закона, закреплено право граждан Российской Федерации на охрану здоровья. Статья гласит: «Граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья». Это право, в соответствии со *статьей*, обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

При обращении гражданами за медицинской помощью и ее получении в соответствии со *статьей 19* пациент имеет право на:

- 1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 3) получение консультаций врачей-специалистов;
- 4) облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами;
- 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;

- 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;
- 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- 10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- 11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

Право граждан на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства гарантируется *статьей 20*. При отказе от медицинского вмешательства гражданину в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства содержится в медицинской документации гражданина и оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы;

6) при оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель.

В статье 21 узаконено право выбора врача и медицинской организации.

Право граждан на информацию о состоянии здоровья гарантируется *статьей 22*:

1. Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

2. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного в части 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, и граждан, признанных в установленном

законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

3. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

4. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.

5. Пациент либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов. Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье, регламентируется *статьей 23*. Согласно данной статье граждане имеют право на получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, состоянии среды обитания, рациональных нормах питания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и

бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг. Такая информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями, а также организациями в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Право работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья; права военнослужащих и лиц, приравненных по медицинскому обеспечению к военнослужащим, а также лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, на получение медицинской помощи гарантируется *статьями 24, 25 и 26.*

Глава 5 посвящена организации охраны здоровья.

В главе описываются виды, формы и уровни медицинской помощи; прописываются особенности медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий; организация и оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях; особенности организации оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан; организация медицинской помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих и пр.

В статье 45 законом определен запрет эвтаназии, в частности медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.

Статьей 46 регламентируется деятельность в области медицинских осмотров и диспансеризации. Согласно закону видами медицинских осмотров являются:

- 1) профилактический медицинский осмотр, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов

риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов;

2) предварительный медицинский осмотр, проводимый при поступлении на работу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, а также при приеме на обучение в случае, предусмотренном частью 7 статьи 55 Федерального закона от 29 декабря 2012 года N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

3) периодический медицинский осмотр, проводимый с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового процесса на состояние здоровья работников в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ;

4) предсменные, предрейсовые медицинские осмотры, проводимые перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения;

5) послесменные, послерейсовые медицинские осмотры, проводимые по окончании рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;

В главе 6, посвященной охране здоровья матери и ребенка, вопросам семьи и репродуктивного здоровья, регламентируются права семьи в сфере

охраны здоровья; права беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья; права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья.

Так согласно *статье 51* определены следующие права семьи в сфере охраны здоровья:

1. Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические и другие консультации и обследования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения в целях предупреждения возможных наследственных и врожденных заболеваний у потомства.

2. Отцу ребенка или иному члену семьи предоставляется право при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья присутствовать при рождении ребенка, за исключением случаев оперативного родоразрешения, при наличии в учреждении родовспоможения соответствующих условий (индивидуальных родовых залов) и отсутствии у отца или иного члена семьи инфекционных заболеваний. Реализация такого права осуществляется без взимания платы с отца ребенка или иного члена семьи.

3. Одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста - при наличии медицинских показаний плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается.

Согласно *статье 52*:

1. Материнство в Российской Федерации охраняется и поощряется государством.

2. Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. Обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет, в том числе через специальные пункты питания и организации торговли, осуществляется по заключению врачей в соответствии с законодательством субъектов Российской Федерации.

В статье 56 на законодательном уровне прописывается организация и проведение искусственного прерывания беременности. Согласно этой статье:

1. Каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия.

2. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель.

3. Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний – независимо от срока беременности.

4. Искусственное прерывание беременности у совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно по решению суда, принимаемому по заявлению ее законного представителя и с участием совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной.

5. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой административную или уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

В главе 7 дано понятие медицинской экспертизы и медицинского освидетельствования; регламентируется проведение экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, военно-врачебной, судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы; экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией, а также экспертиза качества медицинской помощи.

В статье 65 данной главы дается определение понятию медицинское освидетельствование, под которым понимается освидетельствование лица, представляющее собой совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий.

К видам медицинского освидетельствования отнесены:

- 1) освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического);
- 2) психиатрическое освидетельствование;
- 3) освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством;
- 4) освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;
- 5) иные виды медицинского освидетельствования, установленные законодательством Российской Федерации.

В главе 8 определены медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека. В частности *в статье 66* определение момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий. *В статье 67* регламентировано проведение патолого-анатомических вскрытий, а в *статье 68* – использование тела, органов и тканей умершего человека.

В главе 9, которая посвящена медицинским работникам и фармацевтическим работникам, медицинским организациям, в *статье 71* прописана, что лица, завершившие освоение образовательной программы высшего медицинского образования, при получении документа об образовании и о квалификации дают клятву врача следующего содержания: «Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

– честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;

– быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;

– проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;

– хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;

– доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы пациента, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;

– постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины».

Клятва врача дается в торжественной обстановке.

Таким образом, ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является основополагающим законом в области

здравоохранения и защиты прав граждан, определяет основные направления организации охраны здоровья граждан в РФ и устанавливает правовые основы ее регулирования.

2.3 Медицинское страхование как форма социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья

ВОПРОСЫ:

- 1. Историческая справка.*
- 2. Определение понятия «медицинское страхование».*
- 3. Основные принципы организации страховой медицины.*
- 4. Обязательное медицинское страхование.*
- 5. Добровольное медицинское страхование.*
- 6. Страховой полис.*
- 7. Права граждан, застрахованных в рамках ОМС и ДМС.*

Страхование здоровья является одной из важнейших форм социальной защиты населения, задачей которой выступает финансовое обеспечение высококачественной медицинской помощи для нуждающихся в ней граждан. Для того чтобы лучше понять особенности современной ситуации в этой сфере, необходимо проанализировать историю развития данного явления.

Предоставление социальной помощи гражданам в случае болезни имеет довольно давнюю традицию. Еще в Древней Греции и Римской империи существовали организации взаимопомощи в рамках профессиональных коллегий, которые занимались сбором и выплатой средств при наступлении несчастного случая, получения травмы, утраты трудоспособности вследствие длительного заболевания или увечья.

В средние века защитой населения в случае болезни или наступления инвалидности занимались цеховые или ремесленные гильдии (союзы) и церковь.

Однако форму медицинского страхования социальная помощь при болезни приобрела только во второй половине 19 века. Именно в это время начало активно проявлять себя профсоюзное рабочее движение, одним из важнейших результатов действия которого стало создание во многих европейских странах страховых больничных касс.

Пионерами в области больничного страхования выступили Англия и Германия. Именно в Германии в 1883 году был издан первый государственный закон об обязательном больничном страховании рабочих.

Что касается отечественного опыта, то становление системы помощи населению при болезни в России связывается, в первую очередь, с развитием в конце XIX века земской медицины, дотируемой за счёт казны, ассигнований губернских и уездных властей. Однако медицинское страхование не получило в дореволюционной России широкого распространения – главным образом, в силу непродолжительности периода пореформенного капиталистического развития и аграрного характера страны.

В начале XX века на крупных предприятиях Москвы и Санкт-Петербурга начали создаваться фабричные страховые кассы на принципах, аналогичных западноевропейским. В 1912 г. Государственной Думой был принят закон о введении обязательного медицинского страхования работающих граждан. К 1916 г. в России уже существовало 2403 больничные кассы, насчитывавшие 1961 тыс. членов.

Такие кассы просуществовали до революции, а после принятия декрета о введении государственной монополии в страховании они потеряли не только свою актуальность, но и легитимность. В советское время надобность в медицинском страховании отсутствовала, поскольку существовало всеобщее бесплатное медицинское обслуживание, а сфера здравоохранения полностью содержалась за счёт средств государственного бюджета, государственных ведомств, министерств и социальных фондов самих предприятий.

В 1991 году, в период проведения экономических и социальных реформ, резкого снижения уровня жизни, острой нехватки бюджетных и ведомственных средств на содержание медицинских учреждений, был принят закон о введении в России медицинского страхования граждан в двух формах: обязательной и добровольной. Обязательное медицинское страхование является частью системы социального страхования государства. Добровольное же медицинское страхование представляет собой самостоятельный вид медицинского страхования, служащий дополнением к обязательному страхованию.

Причём все положения этого закона, которые касались обязательного медицинского страхования, вводились в действие, начиная только с 1993 г. До этого времени необходимо было подготовить организационно-нормативную базу для управления и финансирования новой государственной страховой системы. А в 1993 г., как уже упоминалось во введении, были созданы государственные фонды обязательного медицинского страхования.

В 2011 году вступила в силу новая редакция закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ», которая подразумевает ряд постепенных структурных преобразований и повышение экономической заинтересованности всех субъектов ОМС, что в конечном итоге должно отразиться на качестве оказываемой медицинской помощи.

Медицинское страхование – форма страхования здоровья человека, которая покрывает часть расходов, вызванных страховым случаем, консультацией с врачом или иные расходы на медицинские услуги посредством регулярного совместного вложения средств в общий фонд.

Медицинское страхование – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Цель медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая (заболевания) получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Основные принципы организации страховой медицины:

- сочетание обязательного и добровольного характера медицинского страхования, его коллективной и индивидуальной форм;
- всеобщность участия граждан в программах обязательного медицинского страхования;
- разграничение функций и полномочий между республиканскими (бюджетными) и территориальными (внебюджетными) фондами медицинского страхования;
- обеспечение равных прав застрахованных;
- бесплатность предоставления лечебно-диагностических услуг в рамках обязательного страхования.

Обязательное медицинское страхование

Обязательное медицинское страхование (ОМС) является составной частью государственного социального страхования, и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи.

В России *финансовые средства системы ОМС формируются из двух источников:*

- платежи из бюджета;
- отчисления предприятий, организаций и других юридических лиц в фонд обязательного медицинского страхования в настоящее время в размере 3,6% от начисленной заработной платы (в соответствии с инструкцией о порядке взимания и учета страховых взносов (платежей), утвержденной Правительством РФ 11 ноября 1993 г.).

Однако, с 2014 г. Правительство РФ был установлен страховой взнос по обязательному медицинскому страхованию (ОМС) в размере 5,1% от фонда оплаты труда на зарплаты выше 512 тыс. руб. в год.

Объем медицинской помощи предусмотренный программой ОМС:

- 1) обеспечение первичной и скорой медицинской помощи в неотложных ситуациях: роды, травмы, отравления;

2) лечение в амбулаторных условиях больных с хроническими заболеваниями;

3) лечение в стационарных условиях больных с острыми заболеваниями, травмами, медицинская помощь при родах и абортах;

4) оказание медицинской помощи на дому гражданам, которые не могут самостоятельно посетить больницу;

5) организация профилактических мероприятий которые включают детей, инвалидов, ветеранов войны, беременных женщин, больных туберкулезом и онкологическими заболеваниями, больных с психическими расстройствами, а также больных с инсультом и инфарктом миокарда;

6) оказание стоматологической помощи в полном объеме детям, учащимся и студентам, беременным женщинам, матерям, имеющих детей до 3 лет, ветеранам войны;

7) выдача медикаментов на льготных условиях (для больных с заболеваниями включенными в программу льготного обслуживания).

Застрахованные по ОМС лица имеют следующие права:

1. Бесплатное получение медицинской помощи в медицинских организациях при наступлении страхового случая (болезнь, травма и т.п.) на всей территории России в объеме, установленном базовой программой ОМС и на территории, в которой выдан полис – в объеме территориальной программой ОМС (в каждом регионе своя).

2. Выбор страховой медицинской организации в порядке, установленном правилами ОМС путем подачи заявления.

3. Замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года, но не позднее 1 ноября (либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения договора о финансовом обеспечении ОМС в отношении вашей страховой медицинской организации) путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

4. Выбор медицинской организации из участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

5. Выбор врача путем подачи заявления на имя руководителя медицинской организации лично или через своего представителя.

6. Получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи по ОМС.

7. Защиту персональных данных, собранных для ведения персонифицированного учета в ОМС.

8. Возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением страховой медицинской организацией обязанностей по организации предоставления медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации;

9. Возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением, либо ненадлежащим исполнением медицинской организацией обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации

10. Защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

Застрахованные лица по ОМС обязаны:

1. Предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

2. Подать заявление о выборе страховой медицинской организации в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя в соответствии с правилами ОМС.

3. Уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

4. Осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места

жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

ОМС обладает рядом положительных моментов:

– возможность получения медицинской помощи не только в месте постоянного жительства, но и на всей территории России;

– работающие граждане считаются обеспеченными полисом обязательного медицинского страхования с момента подписания с ними трудового договора. И это не просто слова, а правовая норма, гарантированная Правительством, которую проводят в жизнь органы государственного управления, общественные организации, местная администрация, профкомы предприятий.

Недостатком ОМС является то, что оно покрывает далеко не все виды терапевтических и профилактических медицинских услуг, в которых может возникнуть необходимость у гражданина.

Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование (ДМС) – это вид личного страхования, позволяющий застрахованному лицу получать медицинскую помощь в лечебно-профилактических учреждениях, не работающих по программе обязательного медицинского страхования, находящихся как на территории России, так и за рубежом. В полис добровольного медицинского страхования может входить оказание следующих медицинских услуг:

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.
2. Помощь на дому.
3. Стоматология.
4. Скорая медицинская помощь.
5. Стационарная помощь.

В зависимости от типа договора ДМС подразделяют на два вида:

1. Индивидуальный договор ДМС. Страхователем выступает физическое лицо. Программа страхования разрабатывается с учетом

потребностей клиента и индивидуальных показателей состояния здоровья, оплата полиса осуществляется за счет клиента.

2. Коллективный договор ДМС. Страхователем выступает юридическое лицо, как правило, работодатель. Программа страхования разрабатывается для группы физических лиц, оплата страхового взноса осуществляется за счет работодателя.

В России нет отдельного закона, регламентирующего деятельность страховщиков по добровольному медицинскому страхованию, поэтому на ДМС распространяются нормы и принципы страхования, содержащиеся в Гражданском кодексе и законе об организации страхового дела в России.

Полис ДМС обладает рядом бесспорных преимуществ:

Обладатели полиса ДМС получают дополнительные медицинские услуги сверх установленных ОМС. Программы ДМС обеспечивают более комфортные условия лечения по сравнению с программой ОМС (современное медицинское оборудование, возможность записи на приём к специалисту без обязательного посещения терапевта, отсутствие очередей, внимательное отношение персонала).

Покупка программы ДМС обходится дешевле, чем посещение частной клиники без полиса от случая к случаю и оплата медицинских услуг по факту их оказания, поскольку страховая компания обеспечивает клинике большой поток пациентов и получает от неё оптовые скидки с цены медицинских услуг, в то время как сам пациент оплачивает страховой компании за полис ДМС фиксированную цену.

Гибкость. Так, при заключении комплексного договора, включающего все виды медицинского обслуживания, клиент страховой компании может подобрать индивидуально для себя все необходимые виды медицинских услуг.

Однако и недостатки у ДМС тоже имеются:

Во-первых, цена. Если полис ОМС гражданину достается бесплатно, за ДМС ему нужно будет заплатить. Далеко не каждый в нашей стране готов это сделать в силу низкого уровня благосостояния.

Договор ДМС обычно включает в себя и ряд ограничений. Например, некоторые категории граждан не могут воспользоваться программами ДМС (неизлечимо больные люди, престарелые, лица, страдающие такими тяжелыми заболеваниями, как ВИЧ), существуют исключения из страховых случаев, которые не оплачиваются страховкой, обслуживание пациентов по ДМС осуществляется только в определённых медицинских учреждениях и т.д.

В-третьих, есть риск навязывания гражданину услуг, которые ему не нужны. Врачам становится выгодно приглашать пациентов на повторные приёмы и направлять их на излишние процедуры, анализы и обследования (за все же платит страховая и это положительным образом сказывается на зарплатах докторов).

Полис ДМС действует ограниченное время (как правило, год), потом его нужно продлевать (в отличие от бессрочного полиса ОМС).

Сравнительная характеристика ОМС и ДМС представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Сравнительная характеристика ОМС И ДМС

Показатели	ОМС	ДМС
1.Клиенты	Население.	Частные лица
2.Определение	Один из видов социального страхования	Страхование имущественных интересов, медицинских расходов.
3.Вид деятельности	Финансовая некоммерческая деятельность	Финансовая коммерческая деятельность – получение прибыли.
5.Страхователи	Работодатели Администрации	Юридические и физические лица
6.Регулирование законами РФ	«Основы здравоохранения», «О медицинском Страховании».	«О страховании», «О медицинском страховании граждан».
7.Источники средств	Взносы работодателей и платежи из бюджета	Личные доходы граждан, средства предприятий и организаций
8.Программа	Гарантирование объемов медицинских услуг определенного качества, утвержденных органами государственной власти	Любой набор услуг, разработанный страховой компанией
9.Правила страхования	Устанавливается государством	Разрабатывается страховщиком

<i>Показатели</i>	<i>ОМС</i>	<i>ДМС</i>
10. Страховые тарифы	Утверждается законом; цены рассчитываются по единым методам и утверждаются тарифной комиссией.	Определяется на акт расчетам; цены договорные.
11. Доходы	Могут использоваться только на основную деятельность.	Используются для любой коммерческой и некоммерческой деятельности.

Таким образом, ОМС в отличие от добровольного охватывает все страховые риски независимо от их вида. ДМС является дополнением к обязательному страхованию и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. ОМС является всеобщим. ДМС может быть коллективным и индивидуальным.

В качестве субъектов медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация (страховщик), медицинское учреждение.

Страховщик – это страховые медицинские организации – юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие право заниматься медицинским страхованием.

Страхователь – юридическое или физическое лицо, вносящее в названный фонд установленные платежи. В добровольном и обязательном медицинском страховании страхователи отличаются.

Застрахованный – граждане, в пользу которых осуществляются платежи по МС и которые, при условии наступления страхового события, имеют право на получение бесплатной медицинской помощи в объемах, определенных законодательством или личным договором.

Выгодополучатель – физическое или юридическое лицо, назначаемое страхователем для получения страховых выплат по договорам страхования.

Страхователями при ОМС являются:

– для неработающего населения – органы государственного управления республик, краев, областей, городов, местная администрация;

– для работающего населения – предприятия, учреждения, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью. Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или предприятия и организации, представляющие интересы граждан.

Страхователи ДМС:

- граждане, обладающие гражданской дееспособностью (индивидуальное страхование);
- предприятия, представляющие интересы граждан (коллективное страхование).

Объектом ОМС являются медицинские услуги, предусмотренные программами ОМС.

Объектом ДМС является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Страховой полис

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис.

Страховой полис – юридический документ, подтверждающий факт заключения договора и определяющий условия страхового контракта, в котором указываются размеры выплачиваемого пособия и требуемых страховых взносов.

В страховом полисе указан номер договора страхования и срок его действия. Полис находится на руках у застрахованного лица, и имеет силу на всей территории РФ.

Страховой медицинский полис, а также документы, удостоверяющие личность должны быть предъявлены в обязательном порядке при обращении за медицинской помощью. В случае если при обращении за медицинской помощью лицо по какой-то причине не может предъявить страховой полис, оно должно указать застраховавшую его медицинскую организацию, которая

обязана подтвердить факт страхования и обеспечить больного медицинским полисом для лечения в медицинском учреждении.

При утрате страхового медицинского полиса выдается его дубликат. Срок действия полиса прекращается с момента расторжения договора. При увольнении с места работы, работник обязан сдать страховой полис, для того, чтобы он был возвращен страховщику.

При смене места жительства старый страховой полис возвращается, а на новом месте жительства получается новый полис. Страховой полис действителен только на территории государства, гражданином которого является застрахованное лицо.

Защиту прав и законных интересов в сфере ОМС

Страховая медицинская организация выдает полисы, ведет учет застрахованных граждан и оказанной им медицинской помощи, обязана информировать своих застрахованных о видах, качестве и условиях предоставления им медицинской помощи, защищать их права и интересы.

Застрахованный гражданин может в случае нарушения его прав, определенных в законодательстве РФ, обратиться в свою страховую медицинскую организацию, т.к. в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» №326-ФЗ в обязанности страховой медицинской организации входит «осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации».

В случае требования о возмещении расходов, застрахованному необходимо приложить следующие документы к заявлению:

– копии платежных документов (кассовых чеков, квитанций) и товарных чеков, подтверждающих оплату медицинских услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения, а также их количество и наименование;

– копии договоров на оказание платных медицинских услуг;

- копию выписки из истории болезни;
- копию полиса ОМС.

Поводами для обращения в страховую компанию являются следующие ситуации:

- отказ в предоставлении медицинской помощи при экстренных и неотложных состояниях из-за отсутствия полиса ОМС;
- нарушения порядка выдачи полиса ОМС, отказ в регистрации вас как застрахованного лица в системе ОМС на основании заявления о выборе СМО;
- требование срочно заменить полис ОМС, имеющий срок действия до 31.12.20__ г.;
- требование заплатить за обследование или лечение в рамках программы ОМС;
- несвоевременное или некачественное оказание медицинской помощи;

В СМО должны быть рассмотрены как устные, так и письменные обращения застрахованных лиц. Срок ответа на письменную жалобу не более 30 дней.

Можно обращаться и в территориальные управления Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации, прокуратуру, уполномоченному по правам человека или непосредственно в суд.

Таким образом, подводя итог по данной теме, можно констатировать, что развитие и формирование системы обязательного медицинского страхования в России проходило в несколько этапов. Зарождение элементов социального страхования и страховой медицины в России началось еще в XVIII - начале XIX вв., когда на возникших первых капиталистических предприятиях появились первые кассы взаимопомощи. История медицинского страхования в современной России насчитывает уже почти 30

лет. С 1993 года медицинское страхование существует в двух формах: обязательное и добровольное.

Общим же итогом по данному разделу является следующий.

Обзор законов, принятых в области здравоохранения, позволяет сделать вывод: установившаяся структура законодательства о здравоохранении в настоящее время очень неоднородна по своему составу, что обусловлено спецификой регулируемых этим законодательством общественных отношений, а также уровнем законодательной разработанности этой области.

Базовая юридическая основа из фундаментальных нормативно-правовых актов в сфере охраны здоровья граждан является достаточно полной. Однако в условиях реформирования сферы здравоохранения требуется усовершенствование норм действующего законодательства и принятие новых законов, обеспечивающих реализацию конституционного права граждан на охрану здоровья. При этом любой нормативный акт в сфере здравоохранения не может надлежащим образом выполнить свою социальную задачу обособленно от других. Следовательно, возникает необходимость объединения нормативных актов, посвященных вопросам охраны здоровья граждан, в единый законодательный комплекс, например, путем принятия Кодекса законов об охране здоровья населения.

Темы и вопросы для обсуждения

1. Перечислите международные правовые акты в области охраны здоровья граждан.
2. Охарактеризуйте Федеральные законодательные акты, регламентирующие сферу охраны здоровья населения РФ.
3. Перечислите законодательные акты субъектов РФ в области охраны здоровья населения.
4. Перечислите подзаконные нормативно-правовые акты в области охраны здоровья населения.

5. Дайте историческую справку в отношении медицинского страхования.

6. Дайте определение понятию «медицинское страхование».

3. Перечислите основные принципы организации страховой медицины.

4. Охарактеризуйте обязательное медицинское страхование.

5. Охарактеризуйте добровольное медицинское страхование.

6. Рассмотрите страховой медицинский полис как юридический документ.

7. Перечислите права граждан, застрахованных в рамках ОМС и ДМС.

Задания для самостоятельной работы

Поразмышляйте над следующими вопросами

1. Почему правовое регулирование основных видов медицинской деятельности малоизвестно даже специалистам и врачам?

2. Каким образом можно повысить информированность населения в вопросах медицинского права?

3. Почему страхование здоровья является одной из важнейших форм социальной защиты населения?

4. Правда ли, что страховая медицинская компания может решить любую проблему, связанную с бесплатной медицинской помощью?

Рекомендуемая литература

1. Акопов В.И. Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья / В.И. Акопов. - Ростов на Дону : Феникс, 2018. - 378 с.

2. Воробьева Л.В. Медицинское право: краткий курс лекций/ Л.В. Воробьева. - Ростов н/Д: Феникс, 2016 - 171с.

3. Егоров К.В. Правомерный вред в медицине. - М.: Статут, 2017. - 173 с.

4. Концепции развития российского законодательства / под ред. Хабриевой Г.Я., Тихомирова Ю.А., Орловского Ю.П.. - М., 2014. – 260 с.

5. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ).

6. Матузов Н.И. Актуальные проблемы теории права / Н.И. Матузов. -- Саратов: Изд-во Сарат. гос. академии права, 2018 – 189 с.

7. Постатейный комментарий к Конституции Российской Федерации / под общ. ред. Кудрявцева Ю.В. - М.: Фонд «Правовая культура», 2019.

8. Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации / под редакцией профессора Сергеева Ю.Д. - М.: Претор, 2019.

9. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 27.12.2019, с изм. от 13.01.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2020).

РАЗДЕЛ 3.
ОСНОВЫ МИКРОБИОЛОГИИ, ЭПИДЕМИОЛОГИИ
И ИММУНОЛОГИИ

Тема 3.1 Инфекционный и эпидемический процесс

ВОПРОСЫ:

- 1. Роль инфекционных заболеваний в истории человечества.*
- 2. Определение понятия «инфекционный процесс»; факторы, определяющие инфекционный процесс.*
- 3. Формы течения инфекционного процесса.*
- 4. Определение понятия «эпидемический процесс»; варианты развития эпидемического процесса.*
- 5. Механизм передачи инфекционного начала.*
- 6. Общие признаки инфекционных заболеваний.*

Роль инфекционных заболеваний в истории человечества. История развития человечества – это история войн, революций и эпидемий. От инфекционных болезней погибало значительно больше людей, чем на полях сражений. В средние века (6-11 века) от эпидемий чумы, натуральной оспы вымирали целые города. В Константинополе от чумы ежедневно умирали более 1000 человек. В период крестовых походов (в 6 веке) с миграционными потоками людей в Европу из Азии была занесена страшная инфекционная болезнь – проказа. Именно в связи с этим заболеванием была впервые применена такая мера противоэпидемических мероприятий, как изоляция (изоляция прокаженных в монастыре св. Лазаря).

Во время похода Наполеона в Сирию от чумы умерло больше воинов, чем от боевых действий. В 1892 году в Индии во время эпидемии чумы погибло 6 миллионов человек. Было подсчитано, что за весь XIX век из

каждых пяти погибших солдат четверо умирали от инфекционных болезней, а один от оружия на поле боя.

В первую мировую войну это соотношение составило примерно 1:1, а от эпидемии гриппа («испанки») погибло более 20 миллионов человек. До 1940 года основной причиной смертности населения России были инфекционные заболевания. Во вторую мировую войну инфекционная заболеваемость среди войск была незначительной благодаря прививкам и успехам эпидемиологии.

Вторая половина 20-го столетия отмечена значительным снижением, как заболеваемости, так и смертности по причине инфекционных болезней. Этот факт обусловлен повсеместным внедрением антибиотиков и прививочного дела.

Однако, после продолжительного спокойного периода, вновь стал отмечаться рост различных форм инфекционных заболеваний: респираторных вирусных инфекций (грипп, парагрипп, энтеровирусные инфекции и др.), кишечных инфекций (сальмонеллез, дизентерия, вирусный гепатит и пр.), венерических болезней (сифилис, гонорея, СПИД), разнообразных детских инфекционных заболеваний.

Еще 30 лет назад студенты медицинских институтов изучали дифтерию только по учебникам и архивным историям болезни. Сейчас это заболевание вернулось не только к детям, но и к взрослым, протекает тяжело, нередко со смертельным исходом. Поднимается волна новой эпидемии туберкулеза в России. Заболеваемость населения инфекционными заболеваниями выходит на второе место по распространенности. С ростом заболеваемости увеличивается смертность от инфекционных заболеваний взрослого и детского населения России, число серьезных осложнений, инвалидизация работоспособного населения, число хронических заболеваний.

Обострившаяся ситуация с инфекционными заболеваниями заставляет активизировать профилактическую работу среди населения. Большая роль в этом направлении принадлежит педагогам. Поэтому учителю необходимы

знания об инфекционных заболеваниях: о возбудителях, причинах распространения, проявлениях и методах профилактики.

Для профилактики распространения инфекционного заболевания большое значение имеет повседневное общение педагога с учащимися. Хорошо зная детей в классе, учитель способен вовремя обнаружить первые признаки начинающегося заболевания по ряду признаков: изменение поведения, настроения, самочувствия ребенка, появление сыпи, изменение цвета кожи и пр. Для педагога, который видит ребенка ежедневно, эти изменения особенно заметны. Поэтому знания эпидемиологии, клиники и профилактики инфекционных заболеваний будут полезными для образованного человека, занимающегося педагогической деятельностью, пропагандирующего здоровье и здоровый образ жизни.

Инфекционный процесс

Инфекция в переводе с латинского обозначает заражение. К инфекционным заболеваниям относятся те, которые развиваются как ответная реакция организма на внедрение и размножение болезнетворных микроорганизмов.

Характерной и отличительной особенностью инфекционной болезни является способность возбудителя распространяться в окружении заболевшего и вызывать новые случаи заболеваний. Поэтому инфекционные болезни называют заразными.

Сущность инфекционного заболевания составляет ***инфекционный процесс*** – результат противоборства организма больного и внедрившихся микроорганизмов. В ходе развития инфекционного процесса происходят нарушения строения и функции пораженных органов и систем организма, что приводит к расстройствам нормальной жизнедеятельности человека.

Характер развития инфекционного процесса, особенности течения заболевания и исходы болезни определяют следующие факторы:

1. Болезнетворные свойства (патогенность) возбудителя:

а) его вирулентность (способность проникать через защитные барьеры организма человека);

б) его репродуктивность (способность интенсивно размножаться в тканях инфицированного организма);

в) его токсигенность (способность выделять бактериальные яды или токсины).

2. *Защитный потенциал организма человека или его восприимчивость к инфекционному началу, который зависит от:*

а) резистентности или невосприимчивости к инфекции в результате врожденного или приобретенного иммунитета;

б) реактивности, состояния системы защитных сил организма.

3. *Условия среды обитания, определяющие возможность взаимодействия макро- и микроорганизма.*

Возбудители, которые могут вызвать инфекционный процесс, называются патогенными, а это свойство – патогенностью. Степень патогенности конкретного возбудителя оценивается как вирулентность. Говорят о высокой или слабой вирулентности патогенных микробов. Возбудителями инфекционных заболеваний являются бактерии, вирусы, риккетсии (сыпной тиф), микроскопические грибы, простейшие.

Для обозначения состояния зараженности организма простейшими используется термин «инвазия» (от лат. Invasion – вторжение, нашествие).

Входные ворота возбудителя (место проникновения инфекционного начала в организм человека):

- кожа,
- слизистые оболочки,
- миндалины.

Инфекционная доза. Чтобы человек заболел, то есть, чтобы возник инфекционный процесс, необходима соответствующая инфекционная доза, разная у разных возбудителей и разная для каждого человека. Например,

минимальные дозы для туляремии – 15 живых палочек, сибирской язвы – 6000, дизентерии – 500 миллионов микробных клеток.

Специфичность инфекционного процесса. Инфекционный процесс всегда носит специфический характер, то есть зависит от вида возбудителя. Холерный вибрион может привести только к развитию холеры, вирус гриппа вызывает грипп, дизентерийная палочка приводит к возникновению дизентерии, вирус кори – к кори и т.д.

В процессе динамического развития практически любого инфекционного заболевания можно выделить характерные периоды:

1. Инкубационный или латентный (скрытый) период болезни, который продолжается от момента заражения до появления первых признаков заболевания (грипп – от нескольких часов до 3 дней, СПИД – годы);

2. Продромальный период болезни (предвестники). В этот период преобладают общие для всех болезней симптомы: общее недомогание, повышение температуры, головная боль, общая слабость, состояние дискомфорта. В конце продромального периода при некоторых инфекционных заболеваниях появляются специфические симптомы (сыпь при кори или скарлатине);

3. Клинический период болезни (разгар болезни), когда симптоматика болезни развернута наиболее полно, и специфические признаки болезни проявляются наиболее ярко; апогей инфекционного процесса;

4. Исход инфекционного заболевания: а) выздоровление, б) летальный исход, в) хроническая форма, г) выздоровление с остаточными явлениями перенесенного заболевания или с его осложнениями, д) бактерионосительство.

Формы течения инфекционного процесса

По остроте течения инфекционные болезни подразделяются на:

- 1) острые: грипп, корь, скарлатина, ветряная оспа и др.;
- 2) хронические: малярия, туберкулез и др.

Многие инфекции имеют острую и хроническую формы: дизентерия, бруцеллез и др. Различают также латентное (скрытое) течение, когда возбудитель, размножаясь, находится длительное время в организме и не вызывает клинических симптомов болезни. Иногда эту форму болезни называют бессимптомной инфекцией.

По характеру протекания инфекционные болезни могут проявляться в следующих формах:

1. *Бактерионосительство* – особая форма взаимоотношения между микроорганизмом и человеком. Чаще наблюдается в период после выздоровления от инфекции. Характерно, что микроб в организме имеется, а признаков болезни уже нет. Здоровое бактерионосительство – это когда вообще никаких признаков болезни не развивается, несмотря на внедрение болезнетворного микроорганизма.

2. *Смешанная инфекция* – это заражение несколькими болезнетворными возбудителями (корь и скарлатина, дизентерия и брюшной тиф).

3. *Вторичная инфекция* – это, когда, например, после вирусной инфекции (грипп) развивается воспаление легких, вызванное бактериальной флорой.

4. *Очаговая инфекция* – например, фурункул, язва сифилитическая, туберкулез могут быть локализованы. Если инфекция распространяется по всему организму, говорят о генерализации процесса (например, от фурункула возникает сепсис).

5. *Суперинфекция* – повторное заражение тем же возбудителем, когда еще не закончилось заболевание. Например, не выздоровев от гриппа, больной может получить дополнительно «порцию» вирусов от другого источника инфекции. Течение болезни утяжеляется.

6. *Реинфекция* – повторное заражение тем же видом микроба, но уже после полного выздоровления от предыдущего заражения. Течение болезни легче, так как имеется иммунитет.

7. *Рецидив* – это возврат болезни, обострение при хроническом ее течении.

8. *Ремиссия* – период относительного благополучия при хроническом течении заболевания между рецидивами.

Каждая из форм инфекционного процесса имеет свою клиническую и эпидемиологическую значимость. Например, латентная (скрытая) инфекция и здоровое бактерионосительство имеют чрезвычайно важное эпидемиологическое значение, так как в этих случаях больные обычно не обращаются за лечением и длительное время служат активным источником заражения для здоровых.

Человека, перенесшего инфекционное заболевание, в период выздоровления называют *реконвалесцентом*.

Человек обладает целой серией защитных механизмов против воздействия вредных агентов, которые объединяются общим термином – *реактивность* и как ее следствие – *резистентность*, то есть устойчивость.

Резистентность оказывает решающее значение в возникновении, течении и исходе инфекционного заболевания. Резистентность снижается от голодания, недостатка витаминов, физического и умственного переутомления, охлаждения и т.д., а повышается в результате устранения вредных факторов труда, организации отдыха и быта, наследственного и приобретенного иммунитета.

Таким образом, возникновение инфекционного процесса и формы его течения в каждом конкретном случае определяются результатом противоборства между патогенным возбудителем и человеческим организмом. Исходами этого противоборства могут быть: а) гибель возбудителя, б) возникновение инфекционного процесса (болезнь); в) взаимная адаптация («здоровое бактерионосительство»).

Эпидемический процесс

Эпидемический процесс – это процесс передачи заразного начала от источника инфекции к восприимчивому организму (распространение

инфекции от больного к здоровому). *Эпидемический процесс включает 3 звена:*

1. Источник инфекции, выделяющий возбудителя во внешнюю среду (человек, животные),
2. Факторы передачи возбудителя,
3. Восприимчивый организм, то есть человек, который не имеет иммунитета против данной инфекции.

Источники инфекции:

1. Человек. Инфекционные болезни, которые поражают только людей, называются антропонозами (от греч. anthropos – человек, nosos - болезнь). Например, брюшным тифом, корью, коклюшем, дизентерией, холерой болеют только люди.

2. Животные. Большую группу инфекционных и инвазионных болезней человека составляют зоонозы (от греч. zoos – животные), при которых источником инфекции служат различные виды домашних и диких животных и птиц. К зоонозам относятся бруцеллез, сибирская язва, сап, ящур и др.

Существует также группа зооантропонозных инфекций, при которых источником заражения могут служить и животные, и люди (чума, туберкулез, сальмонеллез).

Факторы передачи возбудителя. Болезнетворные микроорганизмы передаются здоровым людям одним или несколькими из путей:

1. *Воздух* – грипп, корь передаются только через воздух, для других инфекций воздух является главным фактором (дифтерия, скарлатина), а для третьих – возможным фактором передачи возбудителя (чума, туляремия);

2. *Вода* – брюшной тиф, дизентерия, холера, туляремия, бруцеллез, сап, сибирская язва и др.;

3. *Почва* – анаэробы (столбняк, ботулизм, газовая гангрена), сибирская язва, кишечные инфекции, глисты и др.;

4. *Пищевые продукты* – все кишечные инфекции. С пищей также могут передаваться возбудители дифтерии, скарлатины, туляремии, чумы и др.;

5. *Предметы труда и обихода*, зараженные больным животным или человеком, могут служить фактором передачи заразного начала здоровым людям;

6. *Членистоногие* – часто бывают переносчиками возбудителей инфекционных болезней. Клещи передают вирусы, бактерии и риккетсии; вши – сыпной и возвратный тифы; блохи – чуму и крысиный сыпной тиф; мухи – кишечные инфекции и глисты; комары – малярию; клещи – энцефалиты; мошки – туляремию; москиты – лейшманиоз и т. д.;

7. *Биологические жидкости* (кровь, носоглоточные выделения, кал, моча, сперма, околоплодная жидкость) – СПИД, сифилис, гепатит, кишечные инфекции и др.

Основные эпидемиологические характеристики возникновения и распространения инфекционного заболевания определяются быстротой распространения, обширностью территории эпидемии и массовостью охвата заболеванием населения.

Варианты развития эпидемического процесса:

1. *Спорадия* (спорадическая заболеваемость). Возникают единичные, не связанные между собой случаи инфекционных заболеваний, не принимающие заметного распространения среди населения. Свойство инфекционной болезни к распространению в окружении заболевшего выражено минимальным образом (например, болезнь Боткина).

2. *Эндемия* - групповая вспышка. Возникает, как правило, в организованном коллективе, в условиях постоянного и тесного общения людей. Заболевание развивается из одного, общего источника инфицирования и за короткое время охватывает до 10 и более человек (вспышка эпидемического паротита в группе детского сада).

3. *Эпидемическая вспышка*. Массовое распространение инфекционного заболевания, которое происходит из ряда групповых вспышек и охватывает целиком одно или несколько организованных коллективов с общим числом

заболевших 100 и более человек (кишечные инфекции и пищевые токсикоинфекции).

4. *Эпидемия.* Массовая заболеваемость населения, за короткое время распространяющаяся на обширной территории, охватывающей город, район, область и ряд регионов государства. Эпидемия развивается из множества эпидемических вспышек. Число заболевших исчисляется десятками и сотнями тысяч человек (эпидемии гриппа, холеры, чумы).

5. *Пандемия.* Глобальное распространение эпидемической заболеваемости среди людей. Эпидемией охвачены обширные территории различных государств многих континентов земного шара (пандемии гриппа, ВИЧ-инфекции).

Механизмы передачи инфекционного начала

При воздушном механизме заражения инфекция может передаваться как воздушно-капельным путем, так и воздушнопылевым. Возбудители инфекционных заболеваний выделяются в воздух из носоглотки больного человека при дыхании, при разговоре, но особенно интенсивно при чихании и кашле, распространяясь с капельками слюны и носоглоточной слизи на несколько метров от больного человека. Таким образом, распространяются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), коклюш, дифтерия, эпидемический паротит, скарлатина и др. Воздушно-пылевой путь распространения инфекции, когда возбудители с потоками воздуха способны распространяться на значительные расстояния от больного человека, характерен для «летучих» вирусных инфекций (ветряная оспа, корь, краснуха и др.). При воздушно-капельном пути заражения возбудитель попадает в организм, главным образом, через слизистые оболочки верхних дыхательных путей (через респираторный тракт) распространяясь затем по всему организму.

Фекально-оральный механизм заражения отличается тем, что при этом возбудители инфекции, выделяясь из организма больного человека или бактерионосителя с его кишечным содержимым, попадают в окружающую

среду. Затем, через посредство зараженной воды, пищевых продуктов, почвы, грязных рук, предметов обихода возбудитель проникает в организм здорового человека через желудочно-кишечный тракт (дизентерия, холера, сальмонеллезы и др.).

Кровяной механизм заражения отличается тем, что основным фактором распространения инфекции в таких случаях служит инфицированная кровь, различными путями проникающая в кровяное русло здорового человека. Заражение может произойти при переливании крови, в результате некачественного применения медицинских инструментов многократного пользования, внутриутробным путем от беременной к ее плоду (ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит, сифилис). К этой же группе заболеваний отнесены трансмиссивные инфекции, распространяющиеся через укусы кровососущих насекомых (малярия, клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз, чума, туляремия, геморрагические лихорадки и др.).

Контактный механизм заражения может осуществляться как путем прямого, так и путем опосредованного (непрямого) контакта – через инфицированные предметы повседневного обихода (разнообразные кожные заболевания и болезни, передающиеся половым путем – БППП).

Некоторые инфекционные болезни отличаются выраженной сезонностью (кишечные инфекции в жаркое время года). Ряд инфекционных заболеваний имеют возрастную специфику, например, детские инфекции (коклюш).

Общие признаки инфекционных заболеваний

Эффективность противоэпидемических и профилактических мероприятий в эпидемическом очаге значительно повышается, когда этому способствует своевременное выявление каждого случая инфекционной болезни. Отсюда следует, что все педагоги должны знать ранние, характерные признаки инфекционных заболеваний и последовательность действий при выявлении инфекционного заболевания в школе.

В основу современной *классификации инфекционных заболеваний* положен путь передачи заразного начала. В каждом отдельном случае механизм заражения человека может быть реализован любым из нескольких путей. Самостоятельное значение имеют следующие механизмы заражения:

1. Воздушно-капельные инфекции (аэрогенный, аэрозольный механизм заражения);
2. Желудочно-кишечные инфекции (фекально-оральный механизм заражения);
3. Гематогенные инфекции (кровяной механизм заражения);
4. Контактные инфекции (контактный механизм заражения);
5. Смешанные инфекции (разные механизмы заражения).

Начало и развитие любого инфекционного заболевания проявляется симптомами общей интоксикации организма, а также локальной, местной симптоматикой, то есть признаками поражения тех органов, которые главным образом и в первую очередь вовлекаются в развитие инфекционного процесса при данном заболевании.

Признаки общей интоксикации:

- общая слабость, повышенная утомляемость, чувство разбитости, потеря работоспособности и снижение интереса к происходящему;
- ломота в суставах и мышцах;
- тяжесть в голове, головная боль, головокружение;
- озноб, охлаждение конечностей и повышение температуры тела;

При нарастании интоксикации указанные симптомы усиливаются могут сопровождаться рвотой, расстройством сознания и судорогами.

Локальная симптоматика зависит от особенностей инфекционного процесса, от нарушения функции тех органов и систем, которые поражаются в первую очередь и главным образом при данном инфекционном заболевании. Так, при кишечной инфекции на первый план выступают симптомы поражения желудочно-кишечного тракта: потеря аппетита,

тошнота, рвота, расстройство кишечника (частый жидкий стул), схваткообразные боли в животе, вздутие живота, урчание в животе.

При воздушно-капельных, респираторных инфекциях уже с самого начала наблюдаются: чихание, насморк, кашель, осиплость голоса, першение и боль в горле. Эти признаки могут сопровождаться покраснением лица и шеи, появлением элементов пятнистой сыпи (экзантемы) на теле. Картина инфекционной экзантемы обычно настолько специфична, что позволяет поставить диагноз почти безошибочно.

При появлении признаков инфекционного заболевания следует вызвать врача, а не пытаться идти к врачу в поликлинику, поскольку инфекционное заболевание заразно для окружающих. По этой же причине нельзя идти в общественные места, в том числе и в школу, с признаками начинающегося или уже развившегося заболевания.

Таким образом, знание основ микробиологии и эпидемиологии полезно для образованного человека, в том числе занимающегося педагогической деятельностью, пропагандирующего здоровье и здоровый образ жизни.

Тема 3.2 Противоэпидемические мероприятия в эпидемическом очаге

ВОПРОСЫ:

- 1. Определение понятий «противоэпидемические мероприятия» и «эпидемический очаг».*
- 2. Основные направления противоэпидемических мероприятий.*
- 3. Методы дезинфекции в эпидемическом очаге.*
- 4. Виды и способы дезинфекции в эпидемическом очаге.*

Противоэпидемическими называются мероприятия, приводящиеся в возникших эпидемических очагах, направленные на локализацию очага (то есть ограничение распространения инфекции), а затем его ликвидацию.

Профилактические мероприятия (санитарно-гигиенические, санитарно-технические, профилактические прививки и др.) планируются заблаговременно. Они рассчитаны, как правило, на перспективу.

Эпидемический очаг – место пребывания источника инфекции с окружающей его территорией в тех пределах, в которых возбудитель способен передаваться от источника инфекции к людям, находящимся в общении с ними.

Противоэпидемические мероприятия в очагах – это оперативные, срочные, иногда экстренные мероприятия; они проводятся по мере выявления инфекционных больных или носителей.

Основными показателями эффективности противоэпидемических мероприятий является отсутствие вторичных заболеваний в каждом конкретном очаге, эпидемических очагов с множественными заболеваниями или случаями носительства возбудителей. Итог эффективных противоэпидемических мероприятий состоит не только в защите от заражения здоровых лиц в очаге, но и в снижении общей заболеваемости

Как указывалось, эпидемический процесс возникает и поддерживается только при наличии трех звеньев: источника инфекции, механизма передачи возбудителя, восприимчивого населения. Следовательно, устранение одного из звеньев неизбежно приведет к прекращению эпидемического процесса.

Основные противоэпидемические мероприятия включают:

1. Меры, направленные на устранение источника инфекции.

Главная задача этих мер – это уменьшить опасность больного как источника инфекции и снизить риск заражения от него окружающих.

К основным мерам относятся:

- выявление больных, бактерионосителей, их изоляция и лечение;
- обнаружение лиц, общавшихся с заболевшими лицами, для последующего наблюдения за состоянием их здоровья, чтобы своевременно установить новые случаи заболеваний и своевременно изолировать больных людей.

2. Мероприятия, направленные на пресечение путей распространения инфекции и на предотвращение расширения границ очага:

а) режимные ограничительные меры – обсервация и карантин.

Обсервация – специально организованное медицинское наблюдение за населением в очаге инфекции, включающее ряд мероприятий, направленных на своевременное выявление и изоляцию заболевших в целях предупреждения распространения эпидемии. Одновременно с помощью антибиотиков проводят экстренную профилактику, делают необходимые прививки, ведут наблюдение за строгим выполнением правил личной и общественной гигиены. Срок обсервации определяется длительностью максимального инкубационного периода для данного заболевания и исчисляется с момента изоляции последнего больного и окончания дезинфекции в очаге.

Карантин – это система наиболее строгих изоляционно-ограничительных противоэпидемических мероприятий, проводимых для предупреждения распространения инфекционных заболеваний;

б) дезинфекционные мероприятия, включающие не только обеззараживание, но также дезинсекцию, дератизацию (уничтожение насекомых и грызунов);

3. Меры, направленные на повышение невосприимчивости населения к инфекции, среди которых наиболее важное значение имеют методы экстренной профилактики возникновения заболевания:

а) иммунизация населения по эпидемическим показаниям;

б) использование противомикробных средств в профилактических целях (бактериофаги, интерфероны, антибиотики).

Указанные противоэпидемические меры в условиях эпидемического очага обязательно дополняются проведением целого ряда организационных мероприятий, направленных на ограничение контактов среди населения. В

организованных коллективах проводится санитарно-просветительная и воспитательная работа, привлекаются средства массовой информации. Важное значение приобретает воспитательная и санитарно-просветительная работа педагогов с учащимися школ.

Методы дезинфекции в эпидемическом очаге

Дезинфекция – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей и устранение источников инфекции, а также предотвращение дальнейшего распространения. Дезинфекционные мероприятия включают:

- 1) дезинфекцию (методы уничтожения болезнетворных микроорганизмов),
- 2) дезинсекцию (методы уничтожения насекомых – переносчиков возбудителей заразных болезней),
- 3) дератизацию (методы уничтожения грызунов – источников и распространителей инфекции).

Кроме дезинфекции имеются и другие способы уничтожения микроорганизмов: 1) стерилизация (кипячение инструментов в течение 45 минут предупреждает заражение эпидемическим гепатитом), 2) пастеризация – нагрев жидкостей до 50-60 градусов с целью их обеззараживания (например, молока). В течение 15-30 минут погибают вегетативные формы кишечной палочки.

Виды дезинфекции

В практике различают два основных вида дезинфекций:

1. *Очаговая* (противоэпидемическая) дезинфекция проводится с целью ликвидации очага инфекции в семье, общежитии, детском учреждении, на железнодорожном и водном транспорте, в лечебном учреждении. В условиях эпидемического очага производится текущая и заключительная дезинфекция. В очаге производится текущая и заключительная дезинфекция. *Текущая дезинфекция* производится в помещении, где находится больной человек, не менее 2-3 раз в течение суток весь период пребывания источника инфекции в

семье или в инфекционном отделении больницы. *Заключительная дезинфекция* проводится после госпитализации больного, либо после его выздоровления. Дезинфекции подлежат все предметы, с которыми соприкасался больной человек (постельные принадлежности, белье, обувь, посуда, предметы ухода), а также мебель, стены, пол и т.д.

2. *Профилактическая дезинфекция* выполняется 1 раз в сутки или 2-3 раза в неделю на пищеблоках, в детских учреждениях, интернатах, общесоматических лечебных учреждениях, родильных домах. Это плановая дезинфекция.

Способы дезинфекции

Для дезинфекции применяются физические и химические методы обеззараживания.

К физическим методам относятся кипячение, автоклавирование, термическая обработка в сухожаровых шкафах, в дезинфекционных камерах, ультрафиолетовое облучение.

Химические методы дезинфекции осуществляются с применением химических препаратов, обладающих высокой бактерицидной активностью (хлорная известь, хлорамин, гипохлориты кальция и натрия, лизол, формалин, карболовая кислота). Дезинфицирующим действием обладают также мыло и синтетические моющие средства.

Биологические методы дезинфекции – это уничтожение микроорганизмов средствами биологической природы (например, с помощью микробов-антагонистов). Применяется для обеззараживания сточных вод, мусора и отходов.

Для проведения очаговой текущей и заключительной дезинфекции в очагах кишечных инфекций используют 0,5% раствор хлорсодержащих средств, при воздушно-капельных инфекциях – 1,0%, в очагах активного туберкулеза – 5,0%. При работе с дезинфицирующими препаратами необходимо соблюдать осторожность (пользоваться защитной одеждой, очками, маской, перчатками).

Тема 3.3 Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний

ВОПРОСЫ:

- 1. Определение понятия «иммунопрофилактика инфекционных заболеваний»*
- 2. Правовая база иммунопрофилактики в РФ.*
- 3. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.*
- 4. Национальный календарь профилактических прививок.*
- 5. Выполнение требований к безопасному проведению прививок.*
- 6. Осложнения инфекционных заболеваний, которые можно предупредить с помощью вакцинации.*

На настоящий момент риск заражения различными инфекционными заболеваниями остаётся достаточно высоким, а распространение болезни порой принимает глобальные масштабы, поэтому проблема проведения профилактических мероприятий заболеваний по-прежнему актуальна.

Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний – это система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения, распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок.

Эра вакцинации, начатая более 200 лет тому назад, характеризовалась впечатляющими успехами в борьбе с инфекционными заболеваниями. В России вакцинация против оспы впервые была проведена в 1801 г. Результатом огромных усилий по борьбе с натуральной оспой явилась ликвидация этой инфекции в нашей стране в 1936 г.

В России создана уникальная система организации вакцинопрофилактики, признанная ВОЗ одной из самых эффективных. Ведется государственный учет и отчетность как привитых лиц, так и поствакцинальных осложнений. Все применяемые в Российской Федерации

вакцины проходят обязательный контроль качества. Современные вакцины практически не дают никаких осложнений.

Для поддержания эпидемиологического благополучия необходима постоянная плановая иммунизация детей и взрослых, которая проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и дополнительной иммунизацией в рамках национального проекта «Здоровье».

Основными законодательными документами, регламентирующими работу по иммунопрофилактике, являются Федеральный закон от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и Федеральный закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» N 157-ФЗ регламентирует аспекты, связанные с процессом вакцинирования населения в целях профилактики от распространенных и опасных вирусов и инфекций. Последние изменения текст закона претерпевал в 2014 году.

Структурно закон представлен пятью главами, включающими 23 статьи. Первая глава посвящена основным положениям: терминология, профильное законодательство, сфера действия закона. Во второй главе рассматривается государственная политика в области иммунопрофилактики. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики представлены в третьей главе. В четвертой главе прописывается финансовая деятельность. Пятая глава раскрывает организационную деятельность по иммунопрофилактике, в том числе:

- национальный календарь профилактических прививок;
- профилактическая вакцинация по эпидемическим показаниям;
- требования к профилактическим прививкам и препаратам для иммунопрофилактики;
- хранение и транспортирование медицинских средств;

– госконтроль и статистическое наблюдение в области профилактики инфекционных заболеваний;

– обеспечение учреждений медицинскими препаратами для профилактики иммунитета.

Рассмотрим основные понятия, представленные в данном законе.

Иммунопрофилактика инфекционных болезней – система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок.

Профилактические прививки – введение в организм человека медицинских иммунобиологических препаратов для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням.

Медицинские иммунобиологические препараты – вакцины, анатоксины, иммуноглобулины и прочие лекарственные средства, предназначенные для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням.

Национальный календарь профилактических прививок – нормативный акт, устанавливающий сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок.

Поствакцинальные осложнения, вызванные профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям – тяжелые и стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок.

Сертификат профилактических прививок – документ, в котором регистрируются профилактические прививки граждан.

Государственная политика в области иммунопрофилактики направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней.

В области иммунопрофилактики государство гарантирует:

– доступность для граждан профилактических прививок;

– бесплатное проведение профилактических прививок, включенных в Национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения;

– социальную защиту граждан при возникновении поствакцинальных осложнений;

– использование для осуществления иммунопрофилактики эффективных медицинских иммунобиологических препаратов.

Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики:

1. Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на:

– получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;

– выбор государственных, муниципальных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной практикой;

– бесплатные профилактические прививки, включенные в Национальный календарь профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемическим показаниям в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения;

– бесплатный медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;

– бесплатное лечение в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений;

– социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений;

– отказ от профилактических прививок.

2. Отсутствие профилактических прививок влечет:

– запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами РФ требует конкретных профилактических прививок;

– временный отказ в приеме граждан в общеобразовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

– отказ в приеме граждан на работы или отстранение от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

3. При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны:

– выполнять предписания медицинских работников;

– в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок.

Национальный календарь профилактических прививок

Действующий Национальный календарь профилактических прививок и профилактических прививок по эпидемическим показаниям, утвержден приказом Министра здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2014 № 125н.

В Национальный календарь профилактических прививок (обязательные прививки для детей и взрослых) входят прививки от 12 инфекционных заболеваний: вирусного гепатита В, туберкулеза, пневмококковой инфекции, дифтерии, коклюша, столбняка, гемофильной инфекции, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гриппа.

Прививки, которые делаются всем гражданам РФ в рамках Национального календаря (см. табл. 3), позволяют значительно снизить риск заболевания у детей. Календарь составляется с учетом наличия разработанных вакцин, степени риска заболеваемости в стране и в мире, эпидемических показаний.

Иммунизация в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям проводится вакцинами отечественного и зарубежного производства, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке.

Таблица 3 – Национальный календарь профилактических прививок

<i>Сроки вакцинации</i>	<i>Сроки ревакцинации</i>	<i>Наименование вакцины</i>
Туберкулез		
4-7 день	7 лет 14 лет	БЦЖ или БЦЖ-М Живые бактерии вакцинного штамма БЦЖ-1
Полиомиелит		
3 месяца 4 месяца 5 месяцев	18 месяцев (однократно) 24 месяца (однократно) 6 лет	ОПВ живая оральная полиомиелитная вакцина из штаммов Сэбина
Дифтерия, коклюш, столбняк		
3 месяца 4 месяца 5 месяцев	18 месяцев	АКДС Адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина
Дифтерия, столбняк		
	6 лет 16-17 лет (каждые 10 лет однократно)	АДС – М Адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин
Дифтерия		
	11 лет	АД-М Адсорбированный дифтерийный анатоксин
Корь		
12 месяцев	6 лет	ЖКВ Живая коревая вакцина
Эпидемический паротит		
15 месяцев	6 лет	ЖПВ Живая паротитная вакцина
Краснуха		
12-15 месяцев	6 лет	Живая вакцина против краснухи или тривакцина (корь, паротит, краснуха)
Вирусный гепатит В		
1 схема вакцинации (3 прививки)	Новорожденные в первые 24 часа жизни (до прививки БЦЖ) 1 месяц жизни 5-6 месяц жизни	1. Вакцина фирмы «Комбиотех ЛТД», Россия 2. Вакцина Энджерикс В Фирмы «Смит Кляйн Бичем» 3. Вакцина Н-В- Va11

В Национальный календарь прививок по эпидемическим показаниям могут входить прививки против туляремии, чумы, бруцеллеза, сибирской язвы, бешенства, лептоспироза, вирусного клещевого энцефалита, лихорадки Ку, желтой лихорадки, холеры, брюшного тифа, вирусного гепатита А, шигеллез, менингококковой инфекции, ротавирусной инфекции, ветряной оспы. Данные прививки проводятся детскому и взрослому населению в связи с осложнением эпидемической ситуации по вышеуказанным инфекциям и по распоряжению вышестоящих надзорных органов.

Медицинские иммунобиологические препараты (вакцины), предназначенные для профилактики инфекционных заболеваний, указанных в Национальном календаре профилактических прививок.

1. Вакцинацию против туберкулеза проводят новорожденным детям в возрасте 4-7 дней отечественными вакцинами БЦЖ или БЦЖ-М в зависимости от показаний, определяемых врачом. Прививки против туберкулеза не проводят в родильном отделении и переносят на более поздний срок в случае, если есть противопоказания к их проведению. Ревакцинацию (повторное введение вакцины) проводят в возрасте от 6 до 7 лет по результатам реакции Манту. Ревакцинации подлежат дети с отрицательной р.Манту и дети, размер инфильтрата у которых менее 5 мм. Вакцина поставляется в организации, осуществляющие медицинскую деятельность (ООМД) за счет средств Федерального бюджета и детям данная прививка проводится бесплатно.

2. Вакцинацию против вирусного гепатита В проводят новорожденным детям в первые часы жизни в родильном отделении, отечественными или импортными вакцинами, получаемых за счет средств Федерального бюджета, поэтому населению данная прививка проводится бесплатно. В дальнейшем для завершения схемы вакцинации прививки против гепатита В проводят в детской поликлинике в возрасте 1 и 6 месяцев. Прививки против гепатита В проводят всему населению в возрасте до 55 лет по схеме 0-1-6 месяцев.

3. Вакцинацию против коклюша, дифтерии и столбняка проводят 3кратно, в возрасте 3, 4,5 и 6 месяцев вакциной АКДС. В возрасте 18 месяцев проводят I ревакцинацию вакциной АКДС. В возрасте 7 и 14 лет – II и III ревакцинации, затем каждые 10 лет ревакцинации проводят без ограничения возраста. Вторую, третью и последующие ревакцинации проводят вакциной АДС-М. Вакцинацию проводят за счет средств Федерального бюджета, поэтому населению данная прививка проводится бесплатно. Вакцина АКДС является реактогенной и вызывает кратковременные местные и общие реакции – повышение температуры тела до 37-38⁰С и покраснение и припухлость в месте укола.

4. Вакцинацию против полиомиелита проводят трехкратно, в возрасте 3, 4,5 и 6 месяцев, по времени совпадающей с вакцинацией против дифтерии, коклюша и столбняка. Первую и вторую ревакцинацию проводят в 18 (по времени совпадающей с первой ревакцинацией против дифтерии, коклюша и столбняка) и 20 месяцев, третью – в 14 лет. Первую и вторую прививку (в 3 и 4,5 месяца) проводят импортной, инактивированной вакциной, последующие прививки – отечественной живой пероральной (вакцину закапывают в рот ребенку). Вакцинацию проводят за счет средств Федерального бюджета, поэтому населению данная прививка проводится бесплатно.

5. Вакцинацию против гемофильной инфекции проводят трехкратно, в возрасте 3, 4,5 и 6 месяцев, по времени совпадающей с вакцинацией против дифтерии, коклюша, столбняка и полиомиелита. Ревакцинацию проводят в 18 месяцев (по времени совпадающей с первой ревакцинацией против дифтерии, коклюша, столбняка и полиомиелита). Вакцинацию проводят за счет средств Федерального бюджета, импортными вакцинами, поэтому населению данная прививка проводится бесплатно.

Вакцины против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита и гемофильной инфекции можно заменить одной вакциной «Пентаксим», которая является комбинированной и содержит все вышеперечисленные

компоненты вакцин АКДС, инактивированной вакцины против полиомиелита и вакцины против гемофильной инфекции.

6. Вакцинация против кори и эпидемического паротита проводится в возрасте 1 год, ревакцинация – в возрасте 6 лет. Взрослым, в возрасте до 35 лет проводится двукратная вакцинация против кори, с интервалом 3 месяца, если данный человек не привит против кори и не болел корью. Если имеется одна, документально подтвержденная прививка против кори, и человек не болел корью, то ему необходимо однократно привиться против кори.

Детей, в возрасте до 6 лет, прививают комбинированной ди-вакциной (корь + эпидемический паротит). Лиц старше 6 лет прививают моновакциной против кори. Вакцинацию проводят за счет средств Федерального бюджета, отечественной вакциной, поэтому населению данная прививка проводится бесплатно. Данная вакцина довольно редко вызывает общие и местные реакции.

7. Вакцинация против краснухи проводится в возрасте 1 год, ревакцинация – в возрасте 6 лет. Взрослым, в возрасте до 25 лет проводится двукратная вакцинация против краснухи, с интервалом 3 месяца, если данный человек не привит и не болел краснухой. Если имеется одна, документально подтвержденная прививка против краснухи, и человек не болел этой инфекцией, то ему необходимо однократно привиться против краснухи. Для вакцинации используется моновакцина против краснухи. Вакцинацию проводят за счет средств Федерального бюджета, отечественной вакциной, поэтому населению данная прививка проводится бесплатно.

Краснушная вакцина крайне редко вызывает общие и местные реакции.

8. Вакцинацию против пневмококковой инфекции проводят двукратно, в возрасте 2 и 4,5 месяца. Ревакцинацию проводят в 15 месяцев. Вакцинацию проводят за счет средств Федерального бюджета, импортными вакцинами, поэтому населению данная прививка проводится бесплатно.

9. Вакцинацию против гриппа проводят один раз в году, в сентябре-октябре текущего года. Детей, подростков и беременных прививают

отечественной инактивированной вакциной, не содержащей консервантов. Вакцинацию проводят за счет средств Федерального бюджета, отечественной вакциной, поэтому населению данная прививка проводится бесплатно.

Выполнение требований к безопасному проведению прививок

Иммунопрофилактику населению проводят в родильном отделении, детской поликлинике, медицинских кабинетах школ и детских дошкольных учреждений, городской поликлинике, на здравпунктах, во врачебной сельской амбулатории.

Наряду с эффективностью вакцинопрофилактики, второй, не менее важной, ее характеристикой является безопасность.

Перед проведением иммунизации пациенту или его родителям разъясняют необходимость профилактической прививки, вероятность развития и клинические признаки поствакцинальных реакций и осложнений, возможность отказа от вакцинации и его последствия. О проведении иммунизации в детских дошкольных учреждениях и школах родители детей должны быть оповещены заранее.

Прививки проводят только с согласия родителей или лиц, являющихся опекунами детей. С взрослых в обязательном порядке берется информативное согласие на введение вакцины.

Все лица, которым должны проводиться профилактические прививки, предварительно подвергаются медицинскому осмотру врачом (в сельской местности – фельдшером).

Перед иммунизацией врач тщательно собирает анамнез у пациента с целью выявления предшествующих заболеваний, в том числе хронических, наличия реакций или осложнений на предыдущее введение препарата, аллергических реакций на лекарственные препараты, продукты, выявляет индивидуальные особенности организма (недоношенность, родовая травма, судороги), уточняет, имелись ли контакты с инфекционными больными, а также сроки предшествующих прививок, для женщин - наличие беременности.

Непосредственно перед проведением профилактической прививки проводится термометрия.

Вакцинации уже более 200 лет, но и сейчас, как и раньше, эта профилактическая мера порождает у многих страхи и опасения, во многом связываемые с вмешательством в жизнедеятельность здорового организма, тогда как в случае болезни лечебные меры, даже весьма опасные, таких страхов не вызывают. Опасения связаны и с сообщениями об осложнениях после прививок, хотя развитие тяжелого заболевания в поствакцинальном периоде чаще всего не связано с вакцинацией, а представляет собой совпадение двух событий по времени. Но для пострадавших и, особенно противников вакцинации такое событие служит поводом для обвинений и, к сожалению они охотно подхватываются СМИ. Наиболее действенный способ противостоять этому – регистрация и тщательное расследование каждого случая осложнения.

Осложнения, возникающие после перенесенных инфекционных заболеваний, которые можно предупредить с помощью вакцинации.

Туберкулез – является чрезвычайно опасным заболеванием, которое раньше считалось неизлечимым и ежегодно уносило жизни миллионов людей. В настоящее время в связи с введением обязательной вакцинопрофилактики и наличием ряда эффективных противотуберкулезных химиопрепаратов люди способны контролировать это заболевание. Однако и сейчас в России умирают от осложнений туберкулеза более 20 тысяч людей в год. Именно поэтому так важно соблюдать все рекомендации врачей, касающиеся профилактики туберкулеза как в детском, так и во взрослом возрасте.

Вирусный гепатит В. Главными осложнениями хронического гепатита В являются формирование печеночной недостаточности, цирроза и первичного рака печени.

Дифтерия. При дифтерии у 2/3 больных развивается миокардит (воспаление мышцы сердца), что приводит к фибрилляции желудочков,

которая часто служит причиной внезапной смерти больного: умирают 90% больных с фибрилляцией предсердий, желудочковой тахикардией или полной блокадой сердца

Коклюш. При коклюше наблюдаются следующие осложнения перенесенной инфекции: пневмонии, особенно страшны пневмонии у новорожденных детей, которые зачастую заканчиваются смертью ребенка. К другим осложнениям относятся отиты, энцефалопатии, энцефалиты, кровоизлияние в мозг, сетчатку глаза, гипоксическое поражение мозга. К отдаленным осложнениям после перенесенного коклюша относятся астма, задержка умственного развития, эпилепсия.

Столбняк. Особенно частой причиной заражения столбняком бывают микротравмы нижних конечностей: ранения стоп при ходьбе босиком, уколы острыми предметами, колючками кустов. Занозы настолько часто приводят к развитию столбняка, что его называют "болезнью босых ног". Развиться столбняк может и при ожогах, отморожениях, у рожениц при нарушении правил гигиены, особенно в случае родов на дому, при криминальных абортах, у новорожденных.

Осложнения столбняка делятся на ранние и поздние. В ранние сроки болезни могут возникнуть бронхиты, пневмонии, сепсис (общее заражение крови). Последствием судорог бывают разрывы мышц и сухожилий, переломы костей, вывихи. Длительные судороги дыхательных мышц могут привести к удушью и далее – к инфаркту миокарда и параличу сердечной мышцы. К поздним осложнениям относятся: длительное время сохраняющиеся нарушения работы сердца, общая и мышечная слабость, искривления позвоночника, плохая подвижность суставов, паралич черепных нервов.

Полиомиелит. Статистически развитие осложнений после полиомиелита выражается в следующих цифрах: у 10% людей заболевших полиомиелитом, последний вызывает паралич. В случае паралича около 50%

больных получают серьезные нарушения в виде парезов и параличей верхних и нижних конечностей.

Гемофильная инфекция вызывает гнойный менингит (воспаление мягкой мозговой оболочки), острую пневмонию (воспаление легких), сепсис, в частности одна из его форм – септицемия (системное заболевание), целлюлит или панникулит (воспаление подкожной клетчатки), эпиглоттит (поражение надгортанника), острый артрит (поражение суставов). Более редкие формы – отиты, синуситы, перикардиты, поражения дыхательных путей и прочие.

Корь. К первичным осложнениям кори у детей относят раннюю коревую пневмонию, энцефалиты, менингоэнцефалиты и подострый склерозирующий панэнцефалит - заболевание мозга.

Наиболее частыми являются осложнения со стороны дыхательной системы в виде пневмоний, бронхиолитов (воспаления мелких бронхов), плевритов (воспалений плевры) и др. Чаще всего пневмонии возникают у детей в возрасте до двух лет.

Наиболее тяжелыми являются осложнения со стороны центральной нервной системы (ЦНС), а именно менингиты и менингоэнцефалиты. Они протекают тяжело и нередко заканчиваются летальным исходом.

У взрослых корь протекает крайне тяжело, с высокой температурой и выраженной интоксикацией. У одного из тысячи пациентов встречается энцефаломиелит с выраженными клиническими симптомами. Осложнение сопровождается сильной лихорадкой, головной болью, бессонницей и комой. В ряде случаев у пациентов наблюдаются признаки очагового поражения спинного или головного мозга.

Эпидемический паротит.

Помимо слюнных желез, воспалительный процесс может затрагивать и некоторые другие железы: поджелудочную, предстательную, женские и мужские половые железы, слезные железы, щитовидную железу и пр.

Воспаление поджелудочной железы может стать причиной юношеского сахарного диабета.

Орхит (воспаление мужских половых желез) после перенесенного паротита возникает у мужчин в 68 % случаев, среди дошкольников заболевают орхитом 2 % мальчиков. У подростков орхиты встречаются чаще, чем у детей до 10–11 лет с исходом в виде бесплодия.

Краснуха. Самым серьезным осложнением краснухи считается энцефалит. Подобное следствие болезни встречается только среди подростков и у взрослых пациентов. Воспаление оболочек головного мозга развивается в одном случае из 10 тысяч.

У женщин, ожидающих ребенка, краснуха не несет угрозы для здоровья будущей матери. Серьезной опасности подвергается плод: возбуждающий заболевание вирус может проникнуть сквозь плацентарный барьер и стать причиной тяжелых отклонений в развитии ребенка и различных внутриутробных болезней. В том числе, спровоцировать глухоту и катаракту (слепоту), врожденный порок сердца, поражение печени и легких (гепатит, пневмония), малокровие, недоразвитость головы и мозга (микроцефалию) и ряд других серьезнейших нарушений.

Пневмококковые инфекции – группа заболеваний бактериальной этиологии, клинически проявляющихся гнойно-воспалительными изменениями в различных органах и системах, но особенно часто в лёгких по типу крупозной пневмонии и в ЦНС по типу гнойного менингита.

Грипп. Осложнениями гриппа являются тяжелые пневмонии (особенно у беременных, у лиц с хроническими заболеваниями сердца, легких, обменом веществ), отиты, энцефалиты и менингиты.

Подытоживая данный подраздел, необходимо подчеркнуть, что в деле предупреждения возникновения вспышек инфекционных заболеваний среди населения важную роль играет полнота охвата населения профилактическими прививками. При этом очень важен максимально полный охват иммунизацией всего населения. Все граждане должны

помнить, что его отказ от иммунизации может уменьшить «иммунную прослойку», что резко повышает вероятность и риск возникновения чрезвычайных ситуаций, связанных с возникновением и распространением инфекционных заболеваний.

Тема 3.4 Профилактика инфекционных заболеваний в школе

ВОПРОСЫ:

- 1. Правильная организация санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима.*
- 2. Быстрая ликвидация инфекции при попадании ее в школу.*
- 3. Повышение иммунитета у детей.*
- 4. Закаливание школьников как средство повышения иммунитета*

В структуре заболеваемости детей инфекционные болезни занимают первое место. Только на грипп и другие острые респираторные заболевания (ОРВИ) у детей ежегодно приходится до 70% регистрируемых инфекций.

В организованных детских коллективах имеются особые условия, способствующие распространению инфекций, передающихся воздушно-капельным и контактно-бытовым путем. Это, в первую очередь, значительная концентрация восприимчивых к инфекциям лиц на относительно небольших площадях помещений.

Школьники – самая активная и, вместе с тем, очень восприимчивая к инфекциям категория детского населения. От заболевшего ребенка инфекции быстро распространяют среди членов семей, друзей по школе и по месту жительства

Применительно к школе профилактика инфекционных заболеваний складывается из трех групп мероприятий:

- 1. Правильная организация санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима.*

2. Быстрая ликвидация инфекции при попадании ее в школу.

3. Повышение иммунитета у детей.

1. Правильная организация санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима

Основой мероприятий данной группы является так называемый сигнализационный контроль, который включает в себя следующие положения:

– ежедневный учет отсутствующих учащихся и подача сведений в медицинский кабинет школы;

– извещение администрации школы органами здравоохранения о появлении среди учащихся школы инфекционного заболевания;

– извещение школы родителями о причинах неявки ученика;

– выяснение причин неявки ученика, если таковые сведения отсутствуют;

– допуск ученика в школу, пропустившего более двух дней, разрешается только при наличии справки от врача о том, что ребенок здоров и может посещать школу (независимо от причин пропуска).

Особого внимания заслуживают два последних положения сигнализационного контроля. Недопустимо использовать для выяснения причин отсутствия учащегося сведения, полученные от других детей, это должен сделать кто-либо из взрослых. Нельзя принимать во внимание какие-либо объяснения (телефонные звонки, записки и др.) родителей при длительном отсутствии учащегося. Единственным разрешающим документом для посещения школы в таких случаях должно стать заключение медицинского работника.

Кроме сигнализационного контроля, в первую группу мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в школе входит еще ряд моментов:

– ежегодные профилактические медицинские осмотры перед началом учебного года (роль учителя – вспомогательно-организаторская);

– наблюдение за поведенческими особенностями учеников (любые отклонения в типичном поведении ученика должны насторожить учителя в плане состояния его здоровья);

– санитарно-гигиеническое воспитание и просвещение школьников и их родителей;

– контроль учителя за состоянием собственного здоровья.

2. Быстрая ликвидация инфекции при попадании ее в школу

Мероприятия по быстрой ликвидации инфекции при попадании ее в школу. Основой этой группы мероприятий является карантин, который накладывается на класс или на всю школу.

Карантин вводится приказом директора школы по согласованию с органами здравоохранения, и его суть заключается в сведении до минимума контактов школьников карантинного класса с другими учащимися. Для этого осуществляются следующие мероприятия:

– сдвигаются сроки начала и окончания занятий в карантинном классе (обычно на 15 минут позднее относительно общего расписания занятий в школе);

– дети карантинного класса раздеваются в отдельном, специально для них предназначенном помещении;

– для учащихся карантинного класса выделяется отдельное помещение, желательно как можно ближе к выходу; в этом помещении проводятся уроки по всем предметам, за исключением физкультуры;

– в карантинном классе сдвинуты перемены; в случае невозможности их проведения на пришкольном участке желательно отвести для них отдельное место в рекреационном помещении; иногда приходится проводить перемены непосредственно в учебном помещении;

– учащиеся карантинного класса или совсем не ходят в столовую (пищу им приносят в класс в специальной маркированной посуде,

обрабатываемой дезинфицирующими средствами), или в столовой для них накрываются отдельные столы с последующей санитарной обработкой;

– учащиеся карантинного класса на период карантина не пользуются школьной библиотекой;

– за школьниками карантинного класса осуществляется более тщательное наблюдение, с тем, чтобы как можно раньше выявить заболевших и изолировать;

– в учебных помещениях карантинного класса производится более тщательная влажная уборка с использованием дезинфицирующих средств; при необходимости проводят дезинфекцию всей школы;

– учащимся карантинного класса, а иногда и всем школьникам (в зависимости от характера заболевания) вводят сыворотку (специфическую или неспецифическую).

Выполнение режима карантина контролирует школьный врач и медицинская сестра школы. В карантинный класс ежедневно, к началу первого урока должна заходить медсестра для оказания помощи в выявлении скрытых признаков болезни, для осмотра детей и измерения температуры в необходимых случаях. Периодически детей осматривает школьный врач.

В тех случаях, когда по решению санитарно-противоэпидемической помощи, приказом директора школы карантин накладывается на все учреждение целиком, режим учебной работы остается общим для всей школы, для всех классов.

Весь комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий находится под контролем районного центра госсанэпиднадзора.

Действия учителя при выявлении инфекционного заболевания в школе

В случае обнаружения в классе ученика с симптомами инфекционного заболевания педагог должен сразу принять все необходимые меры, чтобы уменьшить возможность распространения инфекции в школе и ускорить оказание квалифицированной медицинской помощи заболевшему.

В подобных обстоятельствах педагогу следует предпринять ряд последовательных действий:

1. Изолировать больного от окружающих (например, отвести в медицинский кабинет под наблюдение медицинской сестры);
2. Оказать больному первую медицинскую помощь;
3. Обеспечить наблюдение и уход за больным до прибытия врача;
4. Вызвать врача, обслуживающего данное учреждение, либо неотложную помощь (по обстоятельствам);
5. Сообщить о случившемся директору школы;
6. Вызвать родителей для препровождения ребенка домой на амбулаторное лечение или для сопровождения больного в инфекционную больницу;
7. Попытаться установить причину заболевания и устранить дальнейшее ее воздействие на детей, если это возможно;
8. Определить круг лиц, которым непосредственно угрожает опасность заболевания, чтобы в первую очередь наблюдать за состоянием их здоровья;
9. По прибытии врача информировать его о вероятных причинах заболевания и о принятых к данному времени мерах; при этом необходимо помнить, что время, требующееся для прибытия врача и оказания неотложной помощи больному, полностью зависит от точности названных координат детского учреждения и от ответственности лиц, встречающих санитарный транспорт;
10. Обеспечить точное выполнение всех указаний врача и работников санитарно-противоэпидемической группы; обеспечить выполнение режима карантина и проведение дезинфекционных мероприятий;
11. Провести в классе беседу и разъяснить детям причины возникшего заболевания, рассказать о его начальных признаках, о методах предупреждения заболевания и правилах оказания первой помощи заболевшему; следует объяснить детям, какими путями инфекция может передаваться от больного к здоровому, особо подчеркнуть, что при

появлении подобных симптомов необходимо сразу же обратиться к педагогу или медицинскому работнику, чтобы не допустить распространения инфекционного заболевания среди окружающих и ускорить начало лечения.

Таким образом, раннее выявление случаев инфекционного заболевания, своевременная изоляция заболевших, применение методов дезинфекции, а также строгое выполнение требований режима карантина и налаженная иммунопрофилактика способствуют предупреждению возникновения и распространения инфекционных заболеваний в организованных коллективах. При этом большое значение имеет воспитательная санитарно-просветительная работа педагога с учащимися. Внимательное наблюдение педагога за изменениями поведения, настроения, самочувствия ребенка помогает обнаружить первые признаки начинающегося заболевания. Для педагога, который видит ребенка ежедневно, эти изменения особенно заметны.

3. Повышение иммунитета у детей

Задача школы в повышении иммунитета у детей состоит в том, чтобы объяснить родителям и детям необходимость своевременного проведения профилактических прививок.

Перед проведением внеплановой иммунизации по эпидемическим показаниям директор школы издает приказ, в котором утверждается график проведения прививок по классам школы и указывается на необходимость участия в этой работе всех классных руководителей и учителей.

В приказе классным руководителям предписывается провести в своих классах беседы с учащимися о необходимости прививки против инфекционного заболевания и возможности временного ухудшения самочувствия в ближайшие несколько дней после прививки. Всем преподавателям рекомендуется усилить внимание к жалобам на самочувствие учащихся на каждом уроке и при необходимости направить заболевших к врачу.

Задачи классного руководителя в связи с проведением вакцинации:

- предварительно провести в классе беседу с учащимися, а также с их родителями о пользе прививки и о необходимости для каждого человека иметь надежную защиту от инфекции;
- по согласованию с врачом школы составить список учащихся, освобожденных от прививки по состоянию здоровья;
- организованно направить учащихся своего класса в медицинский кабинет на прививку в отведенное для этого время;
- обеспечить наблюдение за самочувствием вакцинированных детей в ближайшие две недели после прививки.

Следует помнить, что, при учете медицинских противопоказаний, прививка никакой угрозы для здоровья не представляет. Проведение профилактических прививок способствует созданию достаточной иммунной прослойки населения, которая может служить мощным барьером на пути эпидемического распространения инфекционного заболевания. Это необходимо рассматривать как одну из наиболее эффективных мер по снижению инфекционной заболеваемости населения.

Закаливание школьников как средство повышения иммунитета

Закаливание – система процедур, направленных на повышение устойчивости организма к действию неблагоприятных воздействий внешней среды. Закаливание осуществляется естественными природными факторами (воздух, его движение, температура, вода, солнце, атмосферное давление).

Закаливание влияет на деятельность желез внутренней секреции, нервной системы и отражается на состоянии всего организма на клеточном уровне (изменяется активность клеточных ферментов).

Наибольшим оздоровительным эффектом обладает холодное закаливание.

Закаливание может быть успешным только при правильной методике его проведения, которая строится на основе известных гигиенических принципов:

- постепенность;
- комплексность;
- разнообразие форм закаливания;
- сочетание с движениями;
- положительный психоэмоциональный настрой.

Закаливание может быть пассивным и активным. Проживание в холодном климате само по себе тренирует механизмы терморегуляции и повышает устойчивость к холоду и становится пассивным закаливанием.

Активное закаливание – специальное воздействие закаливающего фактора в виде систематических дозируемых процедур.

Для закаливания используют солнечный, воздушный, водный факторы и их сочетание, которые применяются в соответствии с определенными правилами:

- учет особенностей организма каждого конкретного школьника и условий его проживания;
- сочетание закаливания с положительными эмоциями;
- комплексное воздействие разных закаливающих факторов (вода, солнце, воздух);
- принимать закаливающую процедуру надо спустя 1,5 часа после еды или за 1,5 часа до нее;
- в конце процедуры должно сохраняться хорошее самочувствие;
- закаливание сочетать с умеренной мышечной нагрузкой.

Современный школьник проводит в помещении 75-90 % времени суток. Постоянство температурного режима помещений не создает закаливающего эффекта. С этой целью необходимо создать «пульсирующий» микроклимат, т. е. систематические колебания температуры и скорости движения воздуха с оптимальной для человека разницей. Для младших школьников и учеников средней школы – это колебания температуры в 5-7 °С, для старших – 8-10 °С, для взрослых – 10-12 °С. Подобные условия

создаются изменением режима работы отопительной системы и проветриванием помещений. Такие условия можно создать и в школе, и дома во все сезоны года и в любую погоду. «Пульсирующий» микроклимат учебных и жилых помещений стимулирует терморегуляцию, повышает устойчивость к холодным воздействиям.

Очень важную роль для закаливания школьника играют *термозащитные свойства одежды*. Излишне теплая одежда угнетает терморегуляцию. Поэтому одежда должна соответствовать сезону года, возрасту, здоровью ребенка, активности его поведения. Закаленность организма возрастает при длительных прогулках, играх на воздухе, при использовании бани, ходьбе по росе, по мокрому асфальту, гальке в вечернее время в теплый сезон года.

Наиболее щадящей формой закаливания являются *воздушные ванны*. Их можно широко использовать для закаливания ослабленных детей и в домашних, и в школьных условиях (на уроках физкультуры, в группе продленного дня). При этом для школьников не рекомендуется принимать более двух различных процедур в день и обязательно учитывать самочувствие ребенка. При появлении признаков передозирования (значительное покраснение кожи, обильная потливость при тепловой процедуре или «гусиная» кожа – при холодной), следует прекратить воздушную ванну.

Хорошим оздоравливающим эффектом обладают *водные закаливающие воздействия* – обтирания, обливания, ванны, души. Водная процедура обладает большим (в сравнении с воздушной) стрессовым воздействием на организм и поэтому индивидуализация ее применения особенно важна. С нее не следует начинать закаливание, а лучше подготовить организм к этому воздействию с помощью воздушных ванн. Наиболее доступными в быту являются полоскания носоглотки прохладной водой, обтирание шеи; не следует укутывать шею слишком теплыми шарфами. Для закаливания носоглотки у часто болеющих школьников можно применять ходьбу босиком

по увлажненному полу или сочетать ходьбу по сухому полу с ходьбой по увлажненному коврику. Подобную процедуру можно практиковать в период школьных уроков физкультуры и в домашних условиях, и в группе продленного дня.

Очень важно не прекращать закаливание и в каникулярное время. Летом и зимой можно организовать ходьбу и бег по сырому песочку (в песочнице, в специальном домашнем манеже или на берегу водоема) или по утренней траве, увлажненной росой.

Все это простые увлекательные для ребенка и достаточно эффективные формы оздоровления, которые наряду с закаливанием укрепляют мышцы и связки стоп и голеней, обеспечив профилактику и, в ряде случаев, коррекцию плоскостопия. Можно рекомендовать также ходьбу босиком по скошенной траве, по опавшей хвое в лесу, по земле после летнего дождя и т. д. При этом не надо заканчивать перечисленные формы закаливания искусственным согреванием ног ребенка путем растирания, поскольку этим существенно снижается естественный терморегуляционный эффект. Следует лишь следить за рациональным дозированием такой процедуры и предотвращать переохлаждение организма.

Таким образом, профилактика инфекционных заболеваний – это сложный многофакторный процесс, эффективный только в условиях целенаправленной совместной работы всех звеньев здравоохранения, образовательных учреждений и при активном участии населения. В свою очередь, сохранение здоровья ребенка – главная задача взрослых людей, окружающих его: родителей, педагогов и других работников школы, в которой ребенок обучается. В этой связи важно отметить, что ребенок будет действительно здоровым, если усилия школы и семьи в формировании его здоровья и здорового образа жизни будут слаженными, т.е. имеют одну и ту же цель, претворяются в жизнь школьника одними и теми же методами.

3.5 Понятие об иммунитете и его видах

ВОПРОСЫ:

1. *Определение понятия «иммунитет».*
2. *Неспецифические механизмы иммунитета.*
3. *Специфические механизмы иммунитета.*
4. *Виды иммунитета.*
5. *Показания и противопоказания к иммунизации.*

Иммунитет (от лат. Immunities – освобождение от чего-либо) – освобождение (защита) организма от генетически чужеродных организмов и веществ (физических, биологических, химических).

В инфекционной патологии иммунитет – это невосприимчивость организма к патогенным микробам и их ядам. Основоположниками учения об иммунитете являются Луи Пастер, Илья Мечников и Эрлих. Л. Пастер разработал принципы создания вакцин, И. Мечников создал клеточную (фагоцитарную) теорию иммунитета. Эрлих открыл антитела и разработал гуморальную теорию иммунитета. Лимфоцит является основной структурной и функциональной единицей иммунной системы.

Органы иммунной системы:

- центральные: костный мозг и тимус (вилочковая железа);
- периферические: скопления лимфоидной ткани в кишечнике, легких, мочеполовой системе (миндалины, пейеровы бляшки), лимфатические узлы, селезенка. Периферические органы иммунной системы, как сторожевые башни, расположены на пути возможного продвижения генетически чужеродных веществ.

Факторы защиты подразделяются на неспецифические и специфические.

Неспецифические механизмы иммунитета – это общие факторы и защитные приспособления организма. К ним относятся: непроницаемость

здоровой кожи и слизистых оболочек; непроницаемость гистогематологических барьеров; наличие бактерицидных веществ в биологических жидкостях (слюне, слезе, крови, спинномозговой жидкости); выделение вирусов почками; фагоцитарная система; барьерная функция лимфоидной ткани; гидролитические ферменты; интерфероны; лимфокины; система комплемента и др.

Неповрежденная кожа и слизистые оболочки глаз, дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, половых органов являются непроницаемыми для большинства микробов. Секреты сальных и потовых желез обладают бактерицидным действием по отношению ко многим инфекциям (кроме гноеродных кокков). Шелушение кожи – постоянное обновление верхнего слоя – является важным механизмом ее самоочищения от микробов и других загрязнений. Слюна содержит лизоцим, обладающий противомикробным действием. Мигательный рефлекс глаз, движение ресничек эпителия дыхательных путей в сочетании с кашлевым рефлексом, перистальтика кишечника – все это способствует удалению микробов и токсинов. Таким образом, неповрежденная кожа и слизистые оболочки являются *первым защитным барьером* для микроорганизмов.

Если случается прорыв инфекции (травма, ожог, отморожение), то выступает следующая линия защиты – *второй барьер* – воспалительная реакция на месте внедрения микроорганизмов. Ведущая роль в этом процессе принадлежит фагоцитозу (факторы клеточного иммунитета). Фагоцитоз, впервые изученный И.И. Мечниковым, представляет собой поглощение и ферментативное переваривание макро- и микрофагами – клетками мезодермального происхождения – микробов или других частиц, в результате чего происходит освобождение организма от вредных чужеродных веществ. Фагоцитарной активностью обладают ретикулярные и эндотелиальные клетки лимфоузлов, селезенки, костного мозга, купферовские клетки печени, гистиоциты, моноциты, полибласты, нейтрофилы, эозинофилы, базофилы.

Если инфекция прорывается дальше, то действует следующий – **третий барьер** – лимфатические узлы и кровь (факторы гуморального иммунитета).

Каждый из этих факторов и приспособлений направлен против всех микробов. Неспецифические защитные факторы обезвреживают даже те вещества, с которыми ранее организм не встречался.

Защитная система организма очень ранима. К главным факторам, снижающим защитные силы организма, относят: алкоголизм, курение, наркотики, психоэмоциональные стрессы, гиподинамию, дефицит сна, избыточную массу тела. Восприимчивость человека к инфекции зависит от его индивидуальных биологических особенностей, от влияния наследственности, от особенностей конституции человека, от состояния его обмена веществ, от нейроэндокринной регуляции функций жизнеобеспечения и их функциональных резервов; от характера питания, витаминного обеспечения организма, от климатических факторов и сезона года, от загрязнения окружающей среды, условий его жизни и деятельности, от того образа жизни, который ведет человек.

Специфические механизмы иммунитета – это антителообразование в лимфатических узлах, селезенке, печени и костном мозге. Специфические антитела вырабатываются организмом в ответ на искусственное введение антигена (прививки) или в результате естественной встречи с микроорганизмом (инфекционная болезнь).

Антигены – вещества, несущие признак чужеродности (белки, бактерии, токсины, вирусы, клеточные элементы). Эти вещества способны: а) вызывать образование антител, б) вступать во взаимодействие с ними.

Антитела – белки, способные вступать в связь с антигенами и нейтрализовать их. Они строго специфичны, то есть действуют только против тех микроорганизмов или токсинов, в ответ на введение которых они выработались. Среди антител различают: антитоксины (нейтрализуют токсины микробов), агглютинины (склеивают микробные клетки),

преципитины (осаждают белковые молекулы), опсоины (растворяют микробную клетку), вируснейтрализующие антитела и др. Все антитела – это измененные глобулины или иммуноглобулины (Ig), защитные вещества, элементы гуморального иммунитета. 80-90% антител находятся в гамма-глобулинах. Так IgG и IgM защищают от вирусов и бактерий, IgA защищает слизистые оболочки пищеварительной, дыхательной, мочевой и половой системы, IgE участвует в аллергических реакциях. Концентрация Ig M повышается при острых воспалительных процессах, Ig G – при обострении хронических заболеваний. К факторам гуморального иммунитета относятся интерфероны и интерлейкины, которые выделяются лимфоцитом при внедрении в организм вирусной инфекции.

Организм человека в состоянии ответить антителообразованием одновременно на 30 и более антигенов. Это свойство используется для изготовления комбинированных вакцин.

Реакция «антиген + антитело» происходит как в организме человека или животного, так и в пробирке, если смешать сыворотку крови больного со взвесью соответствующих микробов или токсинов. Эти реакции используются для диагностики многих инфекционных заболеваний: реакция Видалья при брюшном тифе и др.

Вакцины, сыворотки. Еще в древности люди, описывая эпидемию, указывали: «кто перенес болезнь, был уже в безопасности, ибо дважды никто не заболел». Задолго до цивилизации индейцы с профилактической целью втирали в кожу своих детей корочки от больных оспой. В этом случае заболевание оспой обычно протекало легко. Научное обоснование данного вопроса впервые было дано английским врачом Э. Дженнером (1749 – 1823), который готовил оспенную вакцину на телятах. После опубликования его труда в 1798 году оспопрививание быстро стало распространяться по всему миру. В России первой против оспы привилась Екатерина Вторая. С 1980 года обязательная прививка против оспы в России отменена вследствие полной ликвидации этого заболевания в стране.

В настоящее время для предупреждения инфекционных болезней методом искусственного создания невосприимчивости людей имеется большое количество вакцин и сывороток.

Вакцины – это препараты из микробных клеток или их токсинов, применение которых называется вакцинацией. Через 1-2 недели после введения вакцин в организме человека появляются антитела.

Вакцинопрофилактика – основное практическое назначение вакцин. Современные вакцинные препараты разделяются на 5 групп:

1. *Вакцины из живых возбудителей с ослабленной вирулентностью* (против оспы, сибирской язвы, бешенства, туберкулеза, чумы, кори, эпидемического паротита и др.). Это наиболее эффективные вакцины. Они создают длительный (на несколько лет) и напряженный иммунитет. Введенный ослабленный живой возбудитель размножается в организме, что создает достаточное количество антигена для выработки антител.

2. *Вакцины из убитых микробов* приготовлены против брюшного тифа, холеры, коклюша, полиомиелита и др. Длительность иммунитета 6-12 месяцев.

3. *Химические вакцины* – это препараты не из цельных микробных клеток, а из химических комплексов их поверхностных структур (против брюшного тифа, паратифов А и В, столбняка).

4. *Анатоксины* готовят из экзотоксинов соответствующих возбудителей (дифтерийный, столбнячный, стафилококковый, газовой гангрены и др.).

5. *Ассоциированные вакцины, то есть комбинированные* (например, АКДС – ассоциированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина).

Сыворотки чаще применяются для лечения (серотерапии) инфекционных больных и реже – для профилактики (серопротекции) инфекционных заболеваний. Чем раньше вводят сыворотку, тем эффективнее ее лечебное и профилактическое действие. Продолжительность защитного действия сывороток 1-2 недели. Сыворотки готовят из крови переболевших

инфекционной болезнью людей или путем искусственного заражения микробами животных (лошадей, коров, ослов). Основные виды:

1. *Антитоксические сыворотки* нейтрализуют яды микробов (противодифтерийная, противостолбнячная, противозмеиная и др.).

2. *Антимикробные сыворотки* инактивируют клетки бактерий и вирусы, применяются против ряда болезней, чаще в виде гамма-глобулинов.

Гамма-глобулины из человеческой крови имеются против кори, полиомиелита, инфекционного гепатита и др. Это безопасные препараты, так как в них нет возбудителей болезней, балластных ненужных веществ. Гамма-глобулины готовят и из крови гипериммунизированных лошадей против сибирской язвы, чумы, оспы, бешенства и др. Эти препараты могут вызвать аллергические реакции.

Иммунные сыворотки содержат готовые антитела и действуют с первых минут после введения.

Интерферон занимает промежуточное положение между общими и специфическими механизмами иммунитета, так как, образуясь на введение в организм вируса одного типа, он активен и против других вирусов.

Виды иммунитета

Специфический иммунитет подразделяется на врожденный (видовой) и приобретенный.

Врожденный иммунитет присущ человеку от рождения, наследуется от родителей. Иммунные вещества через плаценту проникают от матери к плоду. Частным случаем врожденного иммунитета можно считать иммунитет, получаемый новорожденным с материнским молоком.

Приобретенный иммунитет возникает (приобретается) в процессе жизни и подразделяется на естественный и искусственный.

Естественный приобретенный иммунитет возникает после перенесения инфекционного заболевания: после выздоровления в крови остаются антитела к возбудителю данного заболевания. Нередко люди, переболев в детстве, например, корью или ветряной оспой, в дальнейшем

этой болезнью либо не болеют совсем, либо заболевают повторно в легкой, стертой форме.

Искусственный иммунитет вырабатывается путем специальных медицинских мероприятий, и он может быть активным и пассивным.

Активный искусственный иммунитет возникает в результате предохранительных прививок, когда в организм вводится вакцина – или ослабленные возбудители того или иного заболевания («живая» вакцина), или токсины – продукты жизнедеятельности болезнетворных микроорганизмов («мертвая» вакцина). В ответ на введение вакцины человек как бы заболевает данной болезнью, но в очень легкой, почти незаметной форме. Его организм активно вырабатывает защитные антитела. И хотя активный искусственный иммунитет возникает не сразу после введения вакцины (на выработку антител требуется определенное время), он достаточно прочен и сохраняется многие годы, иногда всю жизнь.

Чем ближе вакцинный иммунопрепарат к натуральному возбудителю инфекции, тем выше его иммуногенные свойства и прочнее образующийся поствакцинальный иммунитет.

Прививка живой вакциной, как правило, обеспечивает полную невосприимчивость к соответствующей инфекции на 5-6 лет, прививка инактивированной вакциной создает иммунитет на последующие 2-3 года, а введение химической вакцины и анатоксина обеспечивает защиту организма на 1-1,5 года. В то же время, чем в большей степени очищена вакцина, тем меньше вероятность возникновения нежелательных, побочных реакций на ее введение в организм человека. В качестве примера активного иммунитета можно назвать прививки против полиомиелита, дифтерии, коклюша.

Пассивный искусственный иммунитет возникает в результате введения в организм сыворотки – дефибринированной плазмы крови, уже содержащей антитела к тому или иному заболеванию. Сыворотка приготавливается или из крови людей, переболевших данной болезнью, или,

что чаще, из крови животных, которым специально прививается данное заболевание и в крови которых образуются специфические антитела.

Пассивный искусственный иммунитет возникает практически сразу же после введения сыворотки, но так как введенные антитела по сути своей являются чужеродными, т.е. обладают антигенными свойствами, со временем организм подавляет их активность. Поэтому пассивный иммунитет – относительно нестойкий.

Иммунная сыворотка и иммуноглобулин при введении в организм обеспечивают искусственный пассивный иммунитет, сохраняющий защитное действие на непродолжительное время (4-6 недель). Наиболее характерным примером пассивного иммунитета является сыворотка против столбняка и против бешенства.

Основная масса прививок проводится в дошкольном и дошкольном возрасте. В школьном возрасте осуществляется ревакцинация, направленная на поддержание должного уровня иммунитета. Схемой иммунизации называется предписываемая правилами последовательность проведения прививок определенной вакциной, когда указывается возраст ребенка, подлежащего иммунизации, предписывается число необходимых прививок против данной инфекции и рекомендуются определенные временные интервалы между прививками. Существует специальный, законодательно утвержденный календарь прививок для детей и подростков (общее расписание схем иммунизации). Введение сывороток используется в тех случаях, когда высока вероятность того или иного заболевания, а также на ранних этапах заболевания, чтобы помочь организму справиться с болезнью. Например, прививки против гриппа при угрозе эпидемии, прививки против клещевого энцефалита перед выездом на полевую практику, после укуса бешеного животного и пр.

В ответ на введение в организм вакцины может развиваться общая, местная или аллергическая реакция (анафилактический шок, сывороточная болезнь).

Общая реакция характеризуется ознобом, повышением температуры, общей слабостью, ломотой в теле, головной болью.

Местная реакция обычно наблюдается в месте инъекции или инокуляции иммунологического препарата и проявляется покраснением кожи, отеком, и болезненностью в месте введения вакцины. Нередко это сопровождается кожным зудом.

Обычно прививочные реакции выражены слабо и они непродолжительны. Тяжелые реакции на прививку, требующие госпитализации и специального врачебного наблюдения, происходят довольно редко.

Аллергические реакции на прививки проявляются зудящей сыпью, отеком подкожной клетчатки, болями в суставах, температурной реакцией, реже затруднением дыхания.

Проведение прививок лицам, у которых прежде были аллергические реакции, допускается только в условиях специального врачебного наблюдения.

Показания и противопоказания к иммунизации

Основным показанием для плановой, внеплановой и экстренно проводимой иммунопрофилактики инфекционных заболеваний является необходимость создания невосприимчивости к инфекции путем стимуляции выработки иммунной системой организма специфического иммунитета.

Противопоказаниями являются:

1. Аллергические реакции на ранее проводившиеся прививки. Решение о вакцинации в этом случае принимает врач, и проводится она в условиях аллергологического стационара;

2. Другие аллергические реакции: респираторная аллергия, пищевая и инсектная аллергия. Проведение прививок осуществляется под наблюдением врача-аллерголога;

3. Хронические заболевания, протекающие с нарушением жизненно важных функций организма; дыхания, кровообращения, печени, почек, центральной нервной и эндокринной систем;

4. Любые острые заболевания (грипп, ангина, острое респираторное заболевание в острый период и в течение 1 месяца после выздоровления).

При выявлении у некоторых детей противопоказаний, дающих основание для отвода от прививки по состоянию здоровья (медотвода), вопрос о возможности вакцинации решается врачами-специалистами коллегиально. Остальные дети обязательно должны быть привиты, иначе инфекционное заболевание в условиях детского учреждения может принять массовый характер.

Таким образом, подводя итог по данной главе, следует констатировать, что сегодня проблемы инфекционной патологии не утратили своей актуальности, несмотря на существенные достижения зарубежной и отечественной науки в этой области. Усилия, предпринимаемые человечеством в борьбе с инфекциями, привели к ликвидации или значительному снижению распространенности многих заболеваний. Однако природа ставит перед нами новые, все более сложные задачи, над решением которых трудятся ученые всего мира. Помимо появления принципиально новых форм инфекционной патологии, мы сталкиваемся с патоморфозом существующих, казалось бы, хорошо изученных болезней. Нельзя сбрасывать со счетов и социальные аспекты данной проблемы: вопросы борьбы с биотерроризмом, обеспечения безопасности страны во многом связаны с эффективной работой инфекционистов и эпидемиологов.

Темы и вопросы для обсуждения

1. Охарактеризуйте роль инфекционных заболеваний в истории развития человечества.
2. Дайте определение понятию «инфекционный процесс».
3. Перечислите входные ворота возбудителя.

4. Охарактеризуйте такое понятие как инфекционная доза.
5. Перечислите периоды инфекционного заболевания.
6. Перечислите факторы, определяющие инфекционный процесс.
7. Опишите формы течения инфекционного процесса.
8. Дайте определение понятию «эпидемический процесс».
9. Перечислите источники инфекции в развитии инфекционных заболеваний.
10. Перечислите факторы передачи возбудителя.
11. Охарактеризуйте варианты развития эпидемического процесса.
12. Опишите механизм передачи инфекционного начала.
13. Рассмотрите общие признаки инфекционных заболеваний
14. Опишите классификацию инфекционных заболеваний.
15. Дайте определение понятиям «противоэпидемические мероприятия» и «эпидемический очаг».
16. Перечислите методы дезинфекции в эпидемическом очаге.
17. Опишите виды и способы дезинфекции в эпидемическом очаге.
18. Дайте определение понятию «иммунопрофилактика инфекционных заболеваний».
19. Опишите правовую базу иммунопрофилактики в РФ.
20. Охарактеризуйте права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.
21. Опишите национальный календарь профилактических прививок.
22. Перечислите требования к безопасному проведению прививок.
23. Кратко охарактеризуйте осложнения инфекционных заболеваний, которые можно предупредить с помощью вакцинации.
24. Перечислите основные направления противоэпидемических мероприятий.
25. Опишите правильную организацию санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в школе.

26. Расскажите о процессе ликвидации инфекции при попадании ее в школу.

27. Перечислите действия учителя при выявлении инфекционного заболевания в школе.

28. Опишите способы повышения иммунитета у детей.

29. Дайте определение понятию «иммунитет».

30. Опишите неспецифические механизмы иммунитета.

31. Опишите специфические механизмы иммунитета.

32. Охарактеризуйте виды иммунитета.

33. Перечислите показания и противопоказания к иммунизации.

Задания для самостоятельной работы

Поразмышляйте над следующими вопросами

1. Почему инфекционные заболевания во все исторические периоды занимали лидирующее положение в структуре заболеваемости и смертности населения?

2. В чем заключается специфичность инфекционного процесса?

3. Как повлияли успехи инфекциологии 20 века на ситуацию с инфекционными заболеваниями в 21 веке?

4. В чем заключается специфика инфекционных заболеваний XXI века?

5. Могут ли вирусы уничтожить человечество?

6. История карантин: почему ограничения не всегда останавливают эпидемии?

7. Самые опасные эпидемии 21 века: откуда они взялись?

8. Возможна ли глобальная эпидемия в 21 веке?

9. Как вы думаете, разумна ли вакцинация и кто отвечает за поставочинальные осложнения?

10. Почему закаливание является эффективным средством повышения иммунитета школьников?

11. Почему отказ от прививок стал проблемой национальной безопасности?

12. Откуда взялись антипрививочники и как разбить аргументы антипрививочников?

Рекомендуемая литература

1. Инфекционные болезни. Атлас: руководство. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. – Москва, 2010. – 384 с.

2. Инфекционные болезни от А до Я: терминологический словарь / под общ. ред. Ю. В. Лобзина. - Москва ; Санкт-Петербург : Диля, 2012. - 464 с

3. Инфекционные болезни: национальное руководство /Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1056 с.

4. Инфекционные болезни: учебник / Ющук Н. Д., Астафьева Н. В., Кареткина Г. Н. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – 304 с.

5. Инфекционные болезни у детей: учебник / под ред. В. Н. Тимченко. - 4-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2012. - 623 с.

6. Инфекционные и паразитарные болезни развивающихся стран: учебник / под ред. Н. Б. Чебышева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008

7. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1008 с.

8. Медицинская паразитология и паразитарные болезни: учебное пособие / под ред. А. Б. Ходжаян, С. С. Козлова, М. В. Голубевой. – М. : ГЭОТАРМедиа, 2014. – 448 с.

9. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / Под ред. В.И. Покровского. 2-е изд., испр. и доп. 2012. – 496 с.

10. Эпидемиология: Учебное пособие. – 2-е изд, перераб. и доп. /Н.Д. Ющук, Ю.В. Мартынов. – М. : Медицина, 2003. – 448 с.

11. Эпидемиология инфекционных болезней : учебное пособие / Н.Д. Ющук [и др.]. 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 496 с.

12. Ющук, Н. Д. Краткий курс эпидемиологии: (схемы, таблицы): учебное пособие, Москва: Медицина, 2005. – 200 с.

13. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням. – М.: Медицина, 2007.

14. Эпидемиология инфекционных болезней : учебное пособие / Н.Д. Ющук [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 496 с.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся на педагогических направлениях подготовки и специальности, и разработано в соответствии с программой обучения по дисциплине «Основы медицинских знаний и ЗОЖ».

Актуальность проблемы обучения будущих педагогов основам медицинских знаний и ЗОЖ продиктована значительным снижением уровня здоровья в России не только взрослого, но и детского населения.

Любая болезнь изменяет жизненную ситуацию ребёнка, препятствует полноценному, гармоничному функционированию в обществе, влечёт за собой большое разнообразие проблем, в том числе и социального характера. В связи с этим больной ребёнок и его семья нуждаются в специально организованной помощи и поддержке, которые должны осуществляться многими специалистами, и особое место среди этих специалистов должно принадлежать педагогу.

Важно отметить, что школьник будет действительно здоровым, если усилия школы и семьи в формировании его здоровья и здорового образа жизни будут слаженными, т.е. имеют одну и ту же цель, претворяются в жизнь школьника одними и теми же методами.