



**ОРГАНИЗАЦИЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ**

План лекции

- Общая характеристика специализированной помощи
- Онкологическая помощь
- Противотуберкулезная помощь
- Кардиологическая помощь
- Психонаркологическая помощь
- Кожно-венерологическая помощь



ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ

Специализированная медицинская помощь – составная часть организации лечебно-профилактической помощи населению.

От уровня специализации, форм и методов организации специализированных видов медицинской помощи зависит качество профилактики, диагностики и лечения различных заболеваний.

В системе организации специализированной медицинской помощи населению важную роль играет сеть диспансеров и диспансерных отделений.

ДИСПАНСЕР – это самостоятельное специализированное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенных для решения медико-социальных задач, направленных на профилактику заболеваний и укреплении здоровья населения.

РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ ДИСПАНСЕРОВ:

- ❖ кардиологический,
- ❖ кожно-венерологический,
- ❖ наркологический,
- ❖ противотуберкулезный,
- ❖ психоневрологический и другие.



ОСНОВНЫМИ ЭТАПАМИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ЛЕЧЕБНО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ:

Первый этап - амбулаторно-поликлинические учреждения, женские консультации, медико-санитарные части;

Второй этап - учреждения, оказывающие более узкие специализированные виды помощи: консультативная поликлиника, диспансер, кабинеты, межрайонного значения;

Третий этап - специализированные центры на базе республиканских, краевых, областных и крупных городских больниц;

Четвертый этап - межобластные, межреспубликанские центры по некоторым узким специальностям;

Пятый этап - всероссийские специализированные центры, организуемые. Как правило, на базе научно-исследовательских институтов и клиник, где предоставляется уникальная высококвалифицированная, высокотехнологичная консультативная и лечебная помощь населению всей страны.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Исключительно велика роль амбулаторно-поликлинических учреждений в профилактике злокачественных новообразований.

В последние годы во многих поликлиниках созданы онкологические кабинеты.

ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ИХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- организация мероприятий, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний, своевременное направление больных на лечение;
- диспансерное наблюдение за онкологическими больными;
- разработка плана мероприятий по борьбе со злокачественными новообразованиями и контроль за его выполнением.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ:

- оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи онкологическим больным;
- анализ состояния онкологической помощи населению, эффективности и качества проводимых профилактических мероприятий, диагностики, лечения и диспансерного наблюдения за онкологическими больными;
- ведение территориального ракового регистра;
- разработка территориальных целевых программ по борьбе с онкологическими заболеваниями;
- подготовка и повышение квалификации врачей-онкологов, врачей основных специальностей и средних медицинских работников по вопросам оказания онкологической помощи населению;
- внедрение новых медицинских технологий оказания медицинской помощи онкологическим больным;
- координация деятельности учреждений здравоохранения общелечебной сети по вопросам профилактики, раннего выявления ЗНО, и диспансерного наблюдения;
- организация и проведение санитарно-просветительной работы среди населения по предупреждению онкологических заболеваний.

ОСНОВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ ВРАЧА - ОНКОЛОГА ЯВЛЯЮТСЯ:

- **Организация госпитализации больных страдающих злокачественными новообразованиями;**
- **Осуществление диспансерного наблюдения за больными, страдающими злокачественными новообразованиями и некоторыми формами предраковых заболеваний (каплезные язвы желудка, полипы, фиброаденоматоз молочной железы и др.);**
- **Проведение профилактических онкологических осмотров населения силами медицинских работников лечебно-профилактических учреждений данной территории;**
- **Систематическое изучение диагностических ошибок и случаев позднего выявления рака, клинический разбор всех случаев с врачами поликлиники, допустившими эти ошибки;**
- **Организация и проведение санитарно-просветительной работы среди населения**

Показатель запущенности ЗНО является одним из основных критериев качества работы всех лечебно-профилактических учреждений и диагностических служб (рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, цитологической и др.).

Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Запущенность ЗНО} = \frac{\text{Число больных с IV стадией ЗНО всех локализаций и с III стадией визуальных локализаций}}{\text{Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО}} \times 100$$

За последние 10 лет в Российской Федерации этот показатель имел тенденцию к уменьшению и составил в 2010 г. 30%.

Основные показатели онкологической помощи:

1. Заболеваемость на 100 тыс. населения.
2. Инвалидность на 10 тыс. населения.
3. Смертность на 100 тыс. населения.
4. Охват женского населения цитологическим обследованием при профилактических осмотрах (на 1000 женского населения).
5. Выявление больных в запущенной стадии (в процентах).
6. Удельный вес умерших, не состоящих при жизни на диспансерном учете (в процентах).
7. Объем профилактических осмотров населения, проводимых в целях раннего выявления онкологических заболеваний (на 1000 населения).
8. Эффективность профилактических осмотров (ранее выявление больных на 1000 осмотренных).
9. Эффективность диспансеризации онкологических больных.
10. Осведомленность населения о ранних признаках онкологических заболеваний.

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ПОМОЩЬ

Значительна роль врачей и фельдшеров в амбулаторном лечении больных туберкулезом. В их задачи входят иммунохимиопрофилактика туберкулеза, организация раннего выявления и диспансеризации больных, проведение противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции, санитарно-просветительной работы.

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР

Специализированным учреждением здравоохранения, обеспечивающим противотуберкулезную помощь населению, является противотуберкулезный диспансер.

Основные задачи:

- систематический анализ эпидемической обстановки по туберкулезу и эффективности противотуберкулезных мероприятий.
- планирование совместно с центрами гигиены и эпидемиологии, учреждениями общелечебной сети вакцинации, ревакцинации БЦЖ и организационно-методическое руководство по их проведению;
- осуществление профилактических мероприятий в отношении лиц, находящихся в контакте с бактериовыделителями (регулярное диспансерное наблюдение за ними, текущая дезинфекция очагов, ревакцинация, химиопрофилактика и др.);
- проведение совместно с учреждениями общелечебной сети, центрами гигиены и эпидемиологии, предприятиями медицинских осмотров населения с использованием флюорографических, иммунологических, бактериологических и других методов исследования;
- оказание специализированной стационарной и амбулаторно - поликлинической помощи больным туберкулезом;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности больных туберкулезом и в случае необходимости направление на МСЭ.

ОСНОВНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА УЧАСТКЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1. Организация и проведение профосмотров на туберкулез;**
- 2. Изучение причин заболеваемости туберкулезом на участке совместно с фтизиатром, эпидемиологом в целях разработки конкретных оздоровительных мероприятий по ее профилактике;**
- 3. Разбор всех случаев поздней диагностики туберкулеза с врачами амбулаторно-поликлинических учреждений;**
- 4. Обследование на туберкулез лиц, часто и длительно болеющих с заболеванием органов дыхания;**
- 5. Флюорографическое обследование больных, состоящих на диспансерном учете по поводу сахарного диабета, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, алкоголизма, хроническими психическими заболеваниями и др.;**

Туберкулезные очаги, в зависимости от эпидемиологической опасности делятся на следующие группы:

Первая – эпидемиологически наиболее опасная группа. К ней относят все очаги, в которых проживают больные с обильным бактериовыделением (постоянным или периодическим).

Вторая - эпидемиологически менее опасная группа. К ней относят очаги, в которых проживают больные со скудным бактериовыделением (постоянным, периодическим) и только взрослые члены семьи.

Третья - эпидемиологически потенциально опасная группа.

К ней относятся очаги, в которых вместе с больным бактериовыделением проживают только взрослые и отсутствуют факторы риска.

ПОКАЗАТЕЛИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ (ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ)

Территория	Заболеваемость на 100 тыс. населения				
	2010	2013	2014	2015	2016
по районам	54,1	36,2	34,8	32,8	30,0
по городам	46,6	37,5	32,9	29,4	28,4
по РД	50,9	36,9	35,0	31,3	29,3
Россия	77,4	63,0	59,3		57,7
СКФО		42,7	38,8		35,9

СМЕРТНОСТЬ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ ПО РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Территория	Смертность на 100 тыс. населения				
	2010	2013	2014	2013	2016
по районам	7,7	5,1	4,0	3,8	2,5
по городам	8,1	6,9	4,5	3,3	2,6
по РД	7,9	5,9	4,2	3,5	2,8
Россия	15,4		10,1	9,1	

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ

- 1. Заболеваемость на 100 тыс. населения.**
- 2. Бациллярность на 100 тыс. населения.**
- 3. Инвалидность на 10 тыс. населения.**
- 4. Смертность от туберкулеза на 100 тыс. населения.**
- 5. Охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез (в процентах).**
- 6. Эффективность профилактических осмотров на туберкулез (выявление больных на 1000 осмотренных).**
- 7. Выявление больных в запущенной стадии (в процентах).**
- 8. Госпитализация бациллярных больных (в процентах).**
- 9. Охват детей туберкулиновыми пробами (в процентах).**
- 10. Вакцинация новорожденных (в процентах).**
- 11. Медицинская и экономическая эффективность диспансеризации.**

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Потребность в организации кардиологической помощи обусловлена прежде всего распространённостью сердечно -сосудистых заболеваний, среди которых первые места занимают ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь, а также необходимостью улучшения профилактики и лечения пациентов с такой патологией.

Кардиологическая помощь — это вид специализированной медицинской помощи лицам, страдающим болезнями органов кровообращения.

В структуру оказания этого вида медицинской помощи входят кардиологические кабинеты поликлиник, специализированные отделения больниц и бригады скорой медицинской помощи, областные (краевые, республиканские) кардиологические диспансеры.

Кардиологические кабинеты являются специализированными структурными подразделениями поликлиник или кардиологических диспансеров, обеспечивающими лечебно-диагностическую помощь населению при заболеваниях сердечнососудистой системы.

Кардиологический диспансер является организационно-методическим и специализированным лечебно-профилактическим центром по борьбе с сердечно - сосудистыми заболеваниями республике.

На кардиологические диспансеры возложены задачи систематического анализа заболеваемости и смертности от сердечно - сосудистых заболеваний, анализа деятельности кардиологических кабинетов и отделений, разработки практических мероприятий по улучшению организации лечебной помощи больным с сердечно - сосудистыми заболеваниями.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ:

- 1. Организация учета больных гипертонической болезнью, атеросклерозом, коронарной недостаточностью, и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями.**
- 2. Консультативная помощь участковым врачам в выявлении больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.**
- 3. Организация и проведение полноценного обследования, лечения и оздоровления больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.**
- 4. Изучение результатов лечения больных ревматизмом и сердечно-сосудистыми заболеваниями.**
- 5. Повышение квалификации врачей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.**

Сердечно - сосудистые заболевания занимают первое место среди всех причин смерти (50%), среди причин внезапной смерти – 70% и среди причин инвалидности – 30%.

Среди всех сердечно-сосудистых заболеваний ишемическая болезнь сердца занимает в структуре заболеваемости более 50%, а в структуре смертности – 47%.

Опыт показывает, что при правильной организации восстановительного лечения и активном диспансерном наблюдении больных в течение первого года после возникновения инфаркта миокарда около 80% из них могут быть возвращены к труду.

Под диспансерное наблюдение врача – кардиолога должны быть не более 250-300 больных, перспективных в плане сохранения трудоспособности, наиболее угрожаемых в отношении развития тяжелых осложнений – инфаркта миокарда и сердечной недостаточности.

К таким категориям относятся больные:

- перенесшие инфаркт миокарда в течение 2-х лет от начала заболевания;
- больные ишемической болезнью сердца с гипертонической болезнью II стадии;
- больные с ишемической болезнью сердца с частыми приступами стенокардии и выраженными изменениями на электрокардиограмме;
- остальные больные сердечно-сосудистой патологией должны оставаться на диспансерном наблюдении и лечении у участковых терапевтов.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И МЕРОПРИЯТИЯ ПО ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ

Все факторы, влияющие на распространенность сердечно-сосудистых заболеваний условно можно делить на 2 группы:

- **1-я группа** – управляемые (или устранимые) факторы;
- **2-я группа** – неуправляемые (или неустранимые) факторы.

К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ :

- **Факторы, зависящие от государственных, общественных организаций :** образование, профессия, материальное благосостояние, жилищные условия, отдых, спорт, бытовое обслуживание, питание, производственная среда и условия труда, охрана природы.
- **Факторы, зависящие от самого человека:** семейное положение и личностные взаимоотношения, режим отдыха, физическая активность, характер и регулярность питания, вредные привычки, общая и санитарная культура, отношение к своему здоровью, общественная и производственная активность.
- **Факторы, зависящие от органов и учреждений здравоохранения:** обеспечение материальными и кадровыми ресурсами, организация специализированных кабинетов и отделений, качество консультативной помощи, качество и эффективность профилактических осмотров, диспансеризации, качество амбулаторного и стационарного лечения.

К ВТОРОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ:

- **Биологические** (возрастно-половой состав, анатомо-физиологические особенности организма, генетический и др.);
- **Природные** – климатические факторы;
- **Социальные** – характер и плотность расселения, миграция и другие факторы.

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

Правовой основой организации психиатрической помощи населению является Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Ведущим учреждением в системе оказания населению специализированной психиатрической помощи является психоневрологический диспансер.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ:

- ❖ оказание амбулаторной психиатрической и психотерапевтической помощи больным, страдающим психическими расстройствами, а также диспансерное наблюдение за ними;
- ❖ оказание стационарной помощи больным, страдающим психическими заболеваниями;
- ❖ проведение профилактических осмотров, судебно-психиатрической, военно-врачебной и медико-социальной экспертиз;
- ❖ социально-трудовая реабилитация больных психическими заболеваниями;
- ❖ неотложная психиатрическая помощь, в том числе при чрезвычайных ситуациях;
- ❖ оказание консультативной психоневрологической помощи больным, находящимся в соматических больницах и АПУ;
- ❖ психогигиеническая, санитарно-просветительная работа среди населения.

К основным показателям, характеризующим медицинскую деятельность психоневрологических диспансеров, относятся:

- первичная заболеваемость психическими расстройствами;
- распространённость психических расстройств;
- повторность госпитализации больных с психическими расстройствами;
- распространённость психических расстройств, рассчитывают по формуле (на 100 тыс. населения):

$$\begin{array}{l} \text{Распространённость} \\ \text{психических} \\ \text{расстройств} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Число больных с психическими} \\ \text{расстройствами, состоящих под} \\ \text{диспансерным наблюдением на} \\ \text{конец отчетного года} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Среднегодовая численность} \\ \text{населения} \end{array}} \times \frac{100}{1000}$$

Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами служит косвенной характеристикой социального расслоения общества, нарушения адаптационных механизмов психического здоровья населения.

Показатель рассчитывают по формуле (на 100 тыс. населения):

$$\begin{array}{l} \text{Первичная} \\ \text{заболеваемос} \\ \text{ть} \\ \text{психическими} \\ \text{расстройства} \\ \text{ми} \end{array} = \frac{\text{Число случаев психических} \\ \text{расстройств, выявленных} \\ \text{впервые в жизни в данном} \\ \text{году}}{\text{Среднегодовая численность} \\ \text{населения}} \times \begin{array}{l} 100 \\ 000 \end{array}$$

ПСИХИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПО РД (на 100 тыс. взрослого населения)

Территория	Заболеваемость					Болезненность				
	2010	2013	2014	2015	2016	2010	2013	2014	2015	2016
по районам	108. 6	87,0	76,6	78,1	64,5	2235.1	2337,4	2364,4	2509,3	2568,1
по городам	124. 7	83,7	67,6	55,3	41,3	1552.3	1427,9	1417,0	470,3	1563,8
по РД	115.6	85,4	72,4	67,4	53,5	1937.7	1918,6	1927,6	1934,0	2095,1

НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

Наркологический диспансер является основным звеном в организации наркологической помощи населению, осуществляет работу по профилактике и раннему выявлению расстройств психики и поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (алкоголизм, алкогольные психозы, наркомания, токсикомания и др.), оказывает специализированную помощь и проводит диспансеризацию этих больных

ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ЯВЛЯЮТСЯ:

- ❖ широкая антиалкогольная и антинаркотическая пропаганда среди населения;
- ❖ раннее выявление, диспансерный учет, оказание специализированной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией;
- ❖ изучение заболеваемости населения алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, анализ эффективности оказываемой профилактической и лечебно-диагностической помощи;
- ❖ разработка территориальных целевых программ по борьбе с наркологическими заболеваниями;
- ❖ участие совместно с органами социальной защиты в оказании больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, находящимся под диспансерным наблюдением, социально-бытовой помощи;
- ❖ подготовка и повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала по оказанию наркологической помощи населению.

Показатель первичной наркологической заболеваемости свидетельствует о распространенности среди населения алкоголизма, алкогольных психозов, наркомании, токсикомании, а также доступности спиртных напитков и наркотических веществ.

Показатель рассчитывают на 100 тыс. населения по формуле:

$$\begin{array}{l} \text{Первичная} \\ \text{наркологическа} \\ \text{я} \\ \text{заболеваемость} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Число наркологических} \\ \text{заболеваний, выявленных} \\ \text{впервые в жизни в данном} \\ \text{году} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Среднегодовая численность} \\ \text{населения} \end{array}} \times 100\,000$$

* Показатель рассчитывают как по всем, так и по отдельным заболеваниям (наркомания, токсикомания, хронический алкоголизм, алкогольные психозы).

**Распространённость
заболеваний,
связанных с
употреблением
психоактивных
веществ**

=

**Число наркологических
заболеваний находящихся под
диспансерным наблюдением
на конец отчетного периода**

**Среднегодовая численность
населения**

x 100 000

НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ (на 100 тыс. населения)

Территория	Заболеваемость					Распространенность				
	2010	2013	2014	2015	2016	2010	2013	2014	2015	2016
по районам	29,8	29,3	21,2	24,1	19,7	479,5	454,2	475,7	438,7	407,3
по городам	56,2	55,9	67,3	53,9	43,2	1117,8	128,0	1172,8	1087,4	955,2
по РД	49,5	48,0	42,4	37,6	30,2	920,5	818,6	789,9	732,4	651,1
РФ	126,6	-	-			2222,4	-	-		
СКФО	67,1	-	-				-	-		33