

**Методична розробка для лікарів – інтернів зі спеціальності  
«Неврологія»**

**ТЕМА: Загальні та організаційні питання неврологічної допомоги.**

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ:** навчальна кімната кафедри №8

**КІЛЬКІСТЬ ГОДИН:** 7 годин

**Актуальність теми:**

Захворювання нервової системи займають одне із провідних місць в структурі захворюваності населення. Тому особливої уваги заслуговує активна участь неврологів у наданні спеціалізованої медичної допомоги хворим. Органи охорони здоров'я проводять плідну роботу щодо розвитку мережі неврологічних відділень, денних стаціонарів, оснащення їх сучасною лікувально-діагностичною апаратурою і обладнанням.

### **Навчальні цілі заняття:**

#### **ЗНАТИ:**

- показники здоров'я населення;
- структуру неврологічних захворювань;
- динаміку показників захворюваності на неврологічні захворювання серед населення Вінницької області та України в цілому;
- основи статистики охорони здоров'я;
- епідеміологічні особливості неврологічних захворювань.

#### **ВМІТИ:**

- визначити захворюваність;
- визначати поширеність;
- аналізувати показники захворюваності та поширеності в неврології та оцінювати динаміку даних показників.

# **Зміст**

## **теми заняття**

**«Здоров я – це стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів».**

**Рівні:**

Перший рівень - здоров я окремого індивіда.

Другий рівень - здоров я малих соціальних та етнічних груп, групове здоров я.

Третій рівень - здоров я в адміністративно-територіальних межах, здоров я населення.

Четвертий рівень-здоров я суспільства, популяції, країни в цілому громадське здоров я.

Чинники, які визначають громадське здоров я:

- 1.Соціально-економічні чинники (умови праці, житло, матеріальне забезпечення).В сумі складають 50% та > від усіх факторів.
- 2.Соціально-біологічні чинники (вік, стать, спадковість, конституція).В сумі складають до 20% та > від усіх факторів.
- 3.Екологічні та природно-кліматичні чинники (забруднення довкілля, середньорічна  $t_0$ , радіація, стан повітря, води, ґрунту та ін.). В сумі складають до 20% та > від усіх факторів.
- 4.Організаційно-медичні чинники (якість медичної допомоги, її доступність, забезпечення лікарями, медикаментами та ін.).В сумі складають 8-10% від усіх факторів.

В практичній діяльності для загальної оцінки здоров я частіше використовують статистичні показники. Це дозволяє характеризувати здоров я груп, що знаходяться в ідентичних соціально-економічних умовах. Науково визначеними є межі коливань багатьох показників, які можна вважати своєрідними критеріями стану здоров я.

Показники суспільного (громадського) здоров я населення

(четвертий рівень)

Перша група

**Прямі показники здоров я (показники здоров я здорових людей)**

- 1.фізичний розвиток (здоров я);
- 2.психічний розвиток (здоров я);
- 3.стоматологічне здоров я;
- 4.репродуктивне здоров я;
- 5.духовне здоров я.

**Друга група -непрямі показники здоров я (показники втраченого здоров я)**

- 1.захворюваність населення;
- 2.інвалідність населення чи стійка втрата працездатності;
- 3.демографічні показники (народжуваність, смертність, природний приріст)

**Третя група -ключові (приоритетні) показники здоров я**

- 2.очікувана середня тривалість життя з ХХІ століття;
- 3.витрати на охорону здоров я не нижче 5% ВВП;
- 4.якість продуктів харчування;
- 5.чиста вода.

Захворюваність — це рівень, частота розповсюдження усіх хвороб разом і кожної окремо серед населення загалом і в його окремих вікових, статевих, соціальних, професійних та інших групах.

Захворюваність (первинна захворюваність) — сукупність раніш не зареєстрованих, а вперше протягом року виявлених серед населення захворювань з гострим і хронічним перебігом (знак «+»). Показник первинної захворюваності — це відношення числа вперше зареєстрованих за певний термін часу ( як правило рік) випадків захворювань та травм на населення (100, 1000, 10000,т.д).

Поширеність хвороб (загальна захворюваність)— сукупність усіх хвороб серед населення («гострі», вперше зареєстровані хронічні у поточному році, а також хронічні хвороби, що перейшли з попередні років (знаки «+»),

інвалідність як статистичне поняття – це сукупність показників, що характеризують частоту стійкої втрати працездатності населення та склад інвалідів на даній території за віком, групами, причинами тощо.

#### 1. Загальна інвалідність:

(контингенти інвалідів) - Число осіб, які отримують пенсії через інвалідність • 1000(10 000)

Загальна чисельність населення.

#### 2. Первинна інвалідність або інвалідизація (частота первинного виходу на інвалідність)

Загальне число осіб, вперше визнаних інвалідами x 1000 (10 000)

Загальна чисельність населення

#### 3. Рівень інвалідності з дитинства

Загальне число дітей, що визнані інвалідами x 1000 ( 10 000 )

Загальна чисельність населення.

**Смертність** – один з демографічних показників, що характеризує здоров'я населення з точки зору поширення найбільш важкої патології. Смерть як фізіологічне явище або результат природного згасання життя людини і досягнення нею критичного довголіття зустрічається не так часто в наш час. Смертність проявляється не тільки як біологічне явище в старості, вона вражає й інші вікові групи.

Реєстрація смерті проводиться органами реєстрації актів громадського стану за останнім місцем проживання померлого, за місцем настання смерті, виявлення трупа або місцем поховання. Засвідчення смерті проводиться за заявою родичів померлого, його сусідів, працівників житлово-комунальних закладів або за повідомленням адміністрації лікувального закладу, де сталася смерть. Заява про реєстрацію повинна бути зроблена не пізніше 3 діб з дня смерті чи виявлення трупа, а в разі неможливості одержання довідки лікувального закладу або судово-медичної експертизи чи прокурора – не пізніше п'яти. Підставою для реєстрації є видані лікувальним закладом «Лікарське свідоцтво про смерть» (ф. №106/0-95) або «Фельдшерська довідка про смерть» (ф. №106-1/0-95), рішення суду про встановлення факту смерті чи

оголошення громадянина померлим, а також повідомлення з місць позбавлення волі.

Показники смертності:

Загальний показник смертності характеризує частоту випадків смерті за рік на 1000 населення, що проживає на конкретній території.

Загальний показник смертності=

Число померлих за рік \* 1000

-----

Середньорічна чисельність населення.

**Природний приріст населення**- зміна чисельності населення даної території внаслідок процесів народжуваності і смертності. Різниця між показником народжуваності і смертності називається природнім приростом.

Коефіцієнт природнього приросту=

Абсолютний природній приріст 1000

-----

Середньорічне число населення

або показник народжуваності –показник смертності

Середньорічна чисельність населення

З початку 90-х років в Україні спостерігається негативний природній приріст або депопуляція. Саме це обумовлено низькою народжуваністю, високою смертністю, незадовільною віковою структурою населення.

За визначенням ВООЗ критично низькою є народжуваність менше 7-8‰.

До 15‰-, за визначенням ВООЗ, низька народжуваність, 15-25‰- середня народжуваність, 25‰ і більше- висока народжуваність. В Україні в останні роки народжуваність збільшилась і складає 10,2 ‰.

**Народжуваність**- процес поновлення поколінь у основі якого є біологічні і соціальні чинники, які впливають на здатність організму до репродуктивної функції.

У містах народжуваність менша, ніж у селах. При покращенні загального рівня життя народжуваність зменшується, причиною є небажання народжувати. Крім того, активне залучення жінок в усі сфери суспільного життя зменш

Основні чинники, які обумовлюють рівень народжуваності:

- соціально-економічний рівень розвитку країни, середня заробітна плата жінок, соціальні допомоги для сімей, соціальна та демографічна політика держави, стан екології,

- традиції, релігія, культура, рівень освіти жінок,

- стан здоров'я жінок та чоловіків репродуктивного віку, якість надання медичної допомоги, перебіг та закінчення першої вагітності, стан здоров'я первісток та інше,

- зайнятість жінок на шкідливих для здоров'я виробництвах,

- методи регулювання народжуваності,

- віковий та статевий склад населення, вік вступу у шлюб, зменшення шлюбів, збільшення розлучень

є народжуваність.

1.Загальний показник народжуваності:

Кількість народжених живими за рік 1000

-----

Середньорічна чисельність населення

2.Спеціальні показники народжуваності: 2.1. Загальний показник фертильності або плідності= (36 -38 ‰ в Україні)

Кількість дітей народжених живими за рік 1000

-----Кількість жінок фертильного віку (15-45

р.)

2.2.Повіковий показник фертильності (плідності)



Кількість дітей народжених живими за рік від жінок певної вікової групи 1000

-----Кількість жінок певної вікової групи

2.3. Коефіцієнт шлюбної фертильності (плідності)      Кількість дітей народжених живими за рік від жінок у шлюбі 1000

-----

Кількість жінок 15-45 років у шлюбі

2.4. Коефіцієнт позашлюбної фертильності (плідності)

Кількість дітей народжених живими за рік від жінок поза шлюбом 1000

-----

Кількість жінок 15-45 років, які не у шлюбі.

До спеціальних показників народжуваності також відносять:

Сумарний показник фертильності (плідності) - число дітей, народжених одною жінкою за свій репродуктивний період 15-45 років. Цей показник в Україні становить 1,2.

Брутто-коефіцієнт відтворення- кількість дівчаток, народжених жінкою за репродуктивний її період (15-45р.). Дорівнює 0,6 в Україні.

Нетто-коефіцієнт відтворення або очищений показник відтворення-кількість дівчаток, народжених 1 жінкою за її репродуктивний період (15-45р.) при умови, що вони досягли віку в якому була жінка при їх народженні. Дорівнює 0,5 в Україні. Якщо нетто-коефіцієнт дорівнює 1, брутто-коефіцієнт 1,2, сумарний коефіцієнт плідності =2,2, то процес відтворення населення оцінюють як стаціонарний. Показники, що перевищують дані рівні свідчать про розширене відтворення, а якщо показники нижче вказаного рівня - це звужене відтворення. Україна переступила межу нормального відтворення населення (стаціонарного) за якою йде порушення соціально-економічного розвитку. (Особливості показників народжуваності в Україні див. табл.4,5,6.)

Неврологічна допомога - один із основних видів спеціалізованої медичної допомоги, що надається пацієнтам з неврологічними захворюваннями. Неврологічні захворювання відносяться до групи соціально значущих. Вони характеризуються значною розповсюдженістю, високими показниками тимчасової непрацездатності і первинного виходу на інвалідність.

Структуру надання неврологічної допомоги, як і саму структуру надання медичної допомоги населенню в цілому розподіляють на декілька рівнів, а саме:

- **Первинна медична допомога** – вид медичної допомоги, що надається лікарем (медичним працівником) в амбулаторних умовах або у визначених випадках за місцем проживання пацієнта і передбачає консультацію, діагностику та лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи; направлення пацієнта для надання вторинної (спеціалізованої) або третинної (високо спеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги при гострих порушеннях фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, які не загрожують його життю чи здоров'ю оточуючих.

Організація та надання первинної медичної допомоги здійснюється центрами первинної медичної допомоги, що створюються як заклади охорони здоров'я за рішенням районних, міських рад та лікарями загальної практики (сімейним лікарями), що здійснюють медичну практику як фізичні особи – підприємці. До складу центрів первинної медичної допомоги можуть входити:

- фельдшерсько-акушерські пункти;
- сільські амбулаторії;
- медичні пункти;
- медичні кабінети;

Первинна медична допомога при захворюваннях нервової системи забезпечується в першу чергу сімейними лікарями, лікарями-невропатологами в неврологічних кабінетах центрів первинної медико-санітарної допомоги, основним напрямком діяльності яких є лікувально-діагностична робота в поліклініці та на дому, попередні та періодичні огляди конкретних груп населення, диспансерний нагляд за хворими та особами з факторами ризику, пов'язаними з професійною шкідливістю. Реальною умовою підвищення якості надання амбулаторної допомоги неврологічним хворим є оперативний контакт сімейних лікарів та фельдшерів із лікарями-невропатологами.

На данному рівні вирішується необхідність в подальшому направленні пацієнта на вторинний та третинний рівні надання медичної допомоги.

- Екстрена медична допомога** –це медична допомога, що надається при гострих порушеннях фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, які загрожують його життю чи здоров'ю оточуючих. Екстрену медичну допомогу зобов'язані надавати всі медичні працівники і заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування.

Складовою системи екстреної медичної допомоги є служба швидкої медичної допомоги, що забезпечує надання послуг екстреної медичної допомоги. До компетенції служби швидкої медичної допомоги належить надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги пацієнтам у невідкладних станах на місці події та під час транспортування таких пацієнтів до відповідних закладів охорони здоров'я.

Екстрена медична допомога надається станціями швидкої медичної допомоги та їх підрозділами, які входять до госпітальних округів. З метою створення належних умов для надання невідкладної медичної допомоги служба швидкої медичної допомоги забезпечується відповідним обладнанням та спеціальними засобами наземного, повітряного, а при необхідності –водного транспорту.

У невідкладних випадках, коли надання медичної допомоги на місці через відсутність медичних працівників неможливе, першу допомогу надають працівники органів і підрозділів цивільного захисту, співробітники міліції, пожежної охорони, аварійних служб, водії транспортних засобів та представники інших професій, на яких цей обов'язок покладено законодавством і службовими інструкціями. У таких випадках підприємства, установи, організації та громадяни зобов'язані надавати транспорт для перевезення хворого або постраждалого до відповідного закладу охорони здоров'я. У разі загрози життю хворого або постраждалого медичні працівники мають право використати будь-який наявний транспортний засіб для проїзду до місця перебування хворого з метою надання екстреної медичної допомоги або транспортування його до відповідного закладу охорони здоров'я з метою надання належної медичної допомоги. Порядок відшкодування шкоди, що заподіяна власникові транспортного засобу, який буде використовуватися для зазначених дій, встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Велике значення має організація екстреної неврологічної допомоги, що надається бригадами лікарів швидкої медичної допомоги і неврологічними відділеннями стаціонарів. Створення в великих містах лікарень ШМД сприяє організаційно-функціональному об'єднанню догоспітального та госпітального етапів екстреної неврологічної допомоги населенню. Підвищення якості і ефективності швидкої неврологічної допомоги на догоспітальному етапі сприяє збільшенню числа своєчасно госпіталізованих хворих з гострими важкими формами неврологічної патології і покращенню результатів лікування. Інтенсивна терапія при екстренній госпіталізації неврологічних

хворих проводиться на базі реанімаційних відділень багатопрофільних лікарень, а в лікарнях ШМД – в блоках (палатах) інтенсивної терапії, розміщених безпосередньо в неврологічних відділеннях.

- **Вторинна (спеціалізована) медична допомога** в державних і комунальних закладах охорони здоров'я вперше надається лише за направленням лікаря загальної практики (сімейного лікаря), за винятком випадків звернень пацієнта за отриманням медичної допомоги до акушер-гінеколога, стоматолога, педіатра та у разі необхідності надання екстреної медичної допомоги. Порядок надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги визначається спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги забезпечується: в стаціонарних умовах – багатопрофільними лікарнями інтенсивного, лікарнями відновлювального (реабілітаційного), планового лікування, закладами медико-соціальної допомоги (сестринського догляду), хоспісами; в амбулаторних умовах – центрами з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичними центрами), які можуть входити до складу лікарень відповідного типу або функціонувати як самостійні заклади. З метою забезпечення належної якості та доступності вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та ефективного використання ресурсів у сфері охорони здоров'я в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, створюються госпітальні округи.
- **Третинна (високоспеціалізована) медична допомога** – вид медичної допомоги, яка передбачає надання високоспеціалізованих діагностичних та лікувальних медичних послуг з використанням високотехнологічного обладнання. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога у державних і комунальних закладах охорони здоров'я надається лише за направленням лікаря первинної або вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Порядок надання населенню третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги встановлюється спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади з питань охорони здоров'я. Перелік державних і комунальних закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, визначається Кабінетом Міністрів України.

Неврологічна допомога на вторинному та третинному рівні медичної допомоги надається безпосередньо лікарями-неврологами відповідних медичних закладів.

Важливим елементом в наданні якісної неврологічної допомоги є реабілітація неврологічних хворих. В окремих регіонах країни створені відділення реабілітації хворих з неврологічними захворюваннями. Реабілітація сприяє досягненню повного або часткового відновлення втрачених функцій, максимальної здатності хворого вести нормальний спосіб життя. Вона економічно себе виправдовує.

Загальновизнаними є три види реабілітації:

- *Медична* - передбачає заходи медикаментозної терапії, дієтотерапії, лікувальної фізкультури. Розрізняють ранню (протягом перших 3-6 міс) і пізню реабілітацію, тривалість якої досягає 2-3 роки і більше;
- *Професійна* – це трудотерапія, професійне навчання та перепідготовка;
- *Соціальна* – передбачає трудовлаштування, соціотерапію, юридичне консультування хворих;

### **Список використаної літератури:**

1. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг.ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
2. Наказ МОЗ України №110 від 14.02.2012 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я України»
3. Рудень В. В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу / В. В. Рудень, Г. Г. Яхно, В. І. Дячишин та ін. // За ред. Заслуженого лікаря України, док. мед. наук, проф. Рудень В. В. – Львів. Видавничий дім Наутітус. – 2010. – 629с.
4. Манерет Є. Л., Теленгатор О. Я. Довідник лікаря – невролога поліклініки. – К.: Здоров'я, 1995. – 208с.

Автор: ст. викладач Черешнюк Г. С.  
«30» 08 2018 р.

Затверджено на засіданні кафедри  
Протокол № 2

**Зав. кафедри соціальної медицини,  
економіки та організації охорони здоров'я**

**проф. О. М. Очередько**