

Кафедра соціальної медицини
та організації охорони здоров'я

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

ТЕМА: Профілактика та диспансеризація в неврології

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: навчальна кімната кафедри №8

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 7 годин

ЗНАТИ:

- нормативно-директивні документи в роботі невролога;
- соціально-медичне значення системи спеціальних державних видів обліку захворюваності;
- експертні питання в неврології;
- експертизу непрацездатності в неврології.

ВМІТИ:

- вести документацію при тимчасовій втраті працездатності;
- вести документацію при постійній втраті працездатності;
- заповнювати основні медико-статистичні документи обліку неврологічних захворювань;
- заповнювати основну звітну документацію;
- проводити диспансеризацію;
- визначитися з тактикою, щодо скерування хворих в яких фіксується захворюваність, що потребує спеціального обліку.

Зміст

теми заняття

Вступ.

У клінічній неврології важливими питаннями практичної роботи лікаря-невролога є питання, пов'язані з експертизою непрацездатності. Проте ці питання висвітлені в різних літературних джерелах, а не зібрані разом. У той же час лікарю-неврологу нерідко доводиться вирішувати питання експертизи непрацездатності у багатьох хворих з різноманітними неврологічними захворюваннями протягом короткого часу. В даній роботі зібрані відомості з питань непрацездатності при неврологічних захворюваннях, що часто зустрічаються в роботі лікаря.

Диспансеризація — система лікувально-профілактичних заходів, яка включає активне спостереження за здоров'ям певних груп населення, вивчення умов праці та побуту, забезпечення їх правильного фізичного розвитку і збереження здоров'я, а також запобігання захворюванням шляхом проведення відповідних лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і соціальних заходів.

Основою диспансеризації є диспансерний метод обслуговування населення, за допомогою якого відбувається синтез лікувального і профілактичного напрямків у медицині.

Мета диспансеризації здорових — збереження і зміцнення здоров'я, забезпечення правильного фізичного і психічного розвитку, створення нормальних чи оптимальних умов праці і побуту, раннє виявлення захворювань, запобігання розвитку і прогресуванню хвороби, збереження працездатності.

я, запобігання загостренням і ускладненням патологічного процесу, зменшення захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та виходом на інвалідність, збільшення тривалості й поліпшення якості життя хворих і періоду їх активної працездатності.

Диспансерному спостереженню у невропатолога підлягають наступні контингенти хворих.

Судинні захворювання нервової системи.

Захворювання периферичної нервової системи.

Спадкові та дегенеративні захворювання нервової системи.

Розсіяний склероз.

Стану після нейрохірургічних операцій.

Травми нервової системи.

На хворого, взятого на диспансерний облік, заповнюють амбулаторну карту, позначаючи буквою «Д» на лицевій сторінці, і контрольну карту диспансерного спостереження (форма № 030/0). У диспансерній карті хворого записують скарги, анамнез захворювання і життя, дані об'єктивного обстеження, включно з результатами лабораторних та інструментальних методів дослідження, а також висновки консультантів-фахівців. Діагноз формулюють з урахуванням змін в організмі, тяжкості перебігу захворювання і його стадій, користуючись Міжнародною класифікацією хвороб.

Після діагнозу записують лікувально-профілактичні рекомендації та вказують термін повторного планового обстеження хворого. У контрольній карті диспансерного обстеження вказують групу, до якої належить певний пацієнт, дату взяття на облік і термін його наступного профілактичного огляду. Крім цього, в контрольній карті роблять помітки про виконання лікувально-профілактичних рекомендацій. Карти зберігають у

картотеці тих медичних працівників, які здійснюють диспансерний нагляд за хворим. Вони служать для контролю за своєчасним виконанням планових профілактичних оглядів.

Другий етап диспансеризації —здійснення диспансерного нагляду, а саме — виконання плану заходів, накреслених в процесі відбору здорових і хворих на диспансерний облік.

Під час диспансерного нагляду важливе значення мають три чинники — клінічний, санітарно-оздоровчий та психологічний. Клінічний чинник передбачає детальне обстеження пацієнтів, застосування комплексу лікувальних заходів,скерування в спеціалізовані клініки, діагностичні центри, а також систематичний контроль за виконанням хворими лікувальних призначень, визначення ступеня втрати працездатності та проведення санітарно-освітньої роботи.

Повторні диспансерні обстеження хворих і здорових треба проводити активно (здорових — раз на рік; хворих у стадії компенсації — двічі і частіше), систематично, згідно з планом,а також з урахуванням динаміки в стані здоров'я пацієнта.

Активне диспансерне спостереження включає також проведення комплексу лікувальних і санітарно-оздоровчих заходів, серед яких на першому місці є створення раціональних умов праці для кожного пацієнта. Особливе значення має проведення і таких профілактичних та лікувальних заходів, як санація осередків хронічної інфекції (карієс зубів,тонзиліт, аднексит), медикаментозне лікування, хірургічні втручання, спеціальні методи лікування, лікувальна фізкультура, фізіотерапія, мануальна терапія і рефлексотерапія,дієтичне харчування і санаторно-курортне лікування.

Ефективність комплексного профілактичного лікування(вторинної профілактики) особливо помітна за його циклічного проведення. Вона виражається у запобіганні загостренню хвороби, прогресуванню її та виникненню ускладнень.

Важливе значення для успішної диспансеризації має психологічний чинник. З одного боку, він залежить від ставлення медичних працівників до диспансеризації та контингенту диспансерних груп, яке визначається їх умінням переконувати людей в необхідності змінити стиль життя,позбутися шкідливих звичок, що впливають на медичну культуру населення та його свідомість. З іншого боку, має значення ставлення самих пацієнтів до диспансеризації, їх дисциплінованість і відповідальність за виконання накреслених лікувально-профілактичних заходів.

Третій етап диспансерного обстеження включає аналіз якісних показників ефективності диспансеризації —розрахунок і аналіз певних клініко-статистичних критеріїв щодо захворюваності диспансерної групи пацієнтів з втратою працездатності, а також виходу на інвалідність. Зниження цих показників у динаміці протягом 3—5 років переконливо демонструє соціально-гігієнічне й лікувально-профілактичне значення диспансерного нагляду за здоровими і хворими.

Припинення диспансерного спостереження (зняття з обліку). Диспансеризація хворих може бути припинена при настанні стійкого поліпшення. Термін диспансерного спостереження залежить від характеру і тяжкості захворювання, ефективності застосованих заходів; в деяких випадках спостереження повинно тривати кілька років.

Хворі з судинними захворюваннями нервової системи з диспансерного обліку не знімаються. При настанні поліпшення стану їм призначають підтримуючу терапію, дають всі необхідні рекомендації, поради щодо подальшої поведінки; хворого попереджають про необхідність термінового звернення до лікаря або викликати швидку медичну допомогу на будинок при погіршенні стану, появі нових симптомів.

При захворюваннях периферичної нервової системи зазвичай виявляється достатньої диспансеризація на протязі до 2 років, в подальшому проводять підтримуючу терапію з періодичним повторенням лікувально-профілактичних заходів, які принесли полегшення хворому.

При наслідки нейроінфекцій, травм, оперативних втручань зазвичай достатня диспансеризація протягом 6 - 12 місяців, в окремих випадках і довше, а в подальшому призначають підтримуючу терапію в умовах поліклініки.

Профілактика

Її аспекти включають епідеміологічний, екологічний, доклінічний, системний, індивідуальний і реабілітаційний підходи.

Епідеміологічний підхід,

дозволяє розкрити загальні закономірності розвитку нервових і психічних захворювань, повинен бути спрямований на виявлення специфіки всередині кожного регіону і окремої популяції щодо поширеності та структури захворювань нервової системи.

В рамках епідеміологічного підходу можлива також оцінка впливу окремих факторів зовнішнього і внутрішнього середовища на розвиток нервових і психічних захворювань, без чого не може бути побудована їх ефективна профілактика.

Взаємовідносини нервово-психічної сфери і навколишнього середовища визначає екологічний підхід.

Під доклінічним підходом ми розуміємо ранню діагностику нервових і психічних захворювань, засновану на проведенні профілактичних оглядів населення.

Системний підхід може бути реалізований шляхом створення спеціальних інформаційних систем для ранньої діагностики патології нервової системи і власне профілактичних програм.

Індивідуальний підхід відповідно до його назвою спрямований на окрему людину.

Йдеться про встановлення його спадкової <детермінованості>, психологічні особливості, еволюційно і онтогенетически детермінованих особливостях реактивності і адаптивності нервової системи до факторів зовнішнього і внутрішнього середовища. На основі таких показників могли б бути розроблені і впроваджені індивідуальні програми нейропсіхопрофілактики.

Реабілітаційний підхід значною мірою пов'язаний з оцінкою ефективності психопрофілактичних програм, так як дозволяє отримати якісні та кількісні дані про непрацездатність первинної інвалідизації або, навпаки, про підвищення показників здоров'я.

В Україні, як і в інших країнах світу, за останні роки відзначається зростання неврологічних захворювань. Поширеність неврологічних захворювань за 10 років збільшилася майже в 2 рази. Це обумовлено інтенсивним впливом факторів ризику на населення країни (старіння населення, артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, гіподинамія, ожиріння, цукровий діабет, нерациональне харчування, хронічний стрес, несприятлива екологічна ситуація, зростаюча поширеність інфекційних, вірусних і аутоімунних захворювань). Поширеність неврологічних захворювань обумовлює високу інвалідизацію. Також суттєвий вплив на показники інвалідизації чинить недосконала система нейрореабілітації в країні. Тому важливими питаннями практичної роботи лікаря-невролога є питання, пов'язані з експертизою непрацездатності. В 2009 році Кабінет Міністрів України Наказом № 1317 затвердив нове «Положення про медико-соціальну експертизу», яке діє донині.

Медико-соціальна експертиза проводиться особам, які звертаються для встановлення інвалідності, за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.

Медико-соціальну експертизу проводять медико-соціальні експертні комісії (далі – комісії), з яких утворюються в установленому порядку центри (бюро), що належать до закладів охорони здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннях охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій. Центр (бюро) очолює головний лікар, який призначається Міністром охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівником управління охорони здоров'я обласної (міської) держадміністрації.

Комісії перебувають у віданні МОЗ і утворюються за таким територіальним принципом: Кримська республіканська; обласні; центральні міські у м. Києві та Севастополі (далі – центральні міські); міські, міжрайонні, районні. Міські та районні комісії утворюються з розрахунку одна комісія на 100 тис. чоловік віком 18 років і старші, міжрайонні – у районах і містах з кількістю населення менш ніж 100 тис. чоловік. МОЗ утворює Центральну медико-соціальну експертну комісію МОЗ, яку очолює головний лікар.

Залежно від ступеня, виду захворювання та групи інвалідності утворюються такі комісії:

1. Загального профілю (терапевт, хірург, невропатолог, реабілітолог, психолог, представник Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, представник військово-медичної служби СБУ - у разі розгляду медичних справ пенсіонерів з числа військовослужбовців СБУ).

2. Спеціалізовані (два лікарі провідного профілю та один терапевт або невролог, а у разі розгляду медичних справ пенсіонерів з числа військовослужбовців СБУ - лікар військово-медичної служби СБУ відповідного профілю):

- травматологічні;
- психіатричні;
- кардіологічні;
- офтальмологічні;
- фтізіатричні;
- транспортні тощо.

Міські, міжрайонні, районні медико-соціальні експертні комісії утворюються в складі трьох лікарів-експертів (терапевта, хірурга, невропатолога), фахівця з медико-соціальної реабілітації (лікаря-реабілітолога), психолога. До складу комісій спеціалізованого профілю входять два лікарі, спеціальність яких відповідає профілю комісії, і терапевт чи невролог. В особливо складних випадках Центральна МСЕК МОЗ, обласна, центральна міська, Кримська республіканська комісія та МОЗ можуть направляти осіб, які звертаються для встановлення інвалідності, для проведення МСЕ обстеження до клініки Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ) та НДІ реабілітації інвалідів (м. Вінниця). Після обстеження зазначені науково-дослідні установи складають консультативні висновки, які для комісії мають рекомендаційний характер. Рішення комісії може бути оскаржене до суду в установленому законодавством порядку.

При проведенні МСЕ хворим з неврологічною патологією враховують:

- характер патоморфологічного субстрату (протрузія, грижа диска, нестабільність та інші),
- характер та вираженість неврологічного синдрому,
- стадію захворювання,

- тип перебігу хвороби,
- дані нейровізуалізації та ефективність лікувальних заходів,
- важкість праці, яка виконується,
- освіту,
- тривалість хвороби,
- можливості працевлаштування.

Особі, яка визнана інвалідом, залежно від ступеня розладу функцій органів і систем організму та обмеження її життєдіяльності встановлюється I, II чи III група інвалідності. I група інвалідності поділяється на підгрупи А і Б залежно від ступеня втрати здоров'я інваліда та обсягу потреби в постійному сторонньому догляді, допомозі або нагляді.

Перша група інвалідності

Стійкі, важкі функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини. До I групи належать особи з найгіршим станом здоров'я, які повністю не здатні до самообслуговування, потребують постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги, абсолютно залежні від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій або які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування

До підгрупи А першої групи інвалідності відносяться особи з виключно високим ступенем втрати здоров'я, надзвичайною залежністю від постійного стороннього догляду, допомоги або нагляду інших осіб і які фактично не здатні до самообслуговування

До підгрупи Б першої групи інвалідності відносяться особи з високим ступенем втрати здоров'я, значною залежністю від інших осіб у забезпеченні життєво важливих соціально-побутових функцій і які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критерії встановлення I групи інвалідності:

- нездатність до самообслуговування чи повна залежність від інших осіб;
- нездатність до самостійного пересування чи повна залежність від інших осіб;
- нездатність до орієнтації (дезорієнтація);
- нездатність до спілкування;
- нездатність контролювати свою поведінку.

Друга група інвалідності

Стійкі, визначеної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини, при збереженій здатності до самообслуговування, однак не викликають потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді чи допомозі.

Критерії встановлення II групи інвалідності:

- здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів і (або) за допомогою інших осіб;
- здатність до самостійного пересування з використанням допоміжних засобів і (або) за допомогою інших осіб;
- нездатність до трудової діяльності чи здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів і (або) спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;
- нездатність до навчання чи здатність до навчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами вдома;
- здатність до орієнтації в часі і просторі, що потребує допомоги інших осіб;
- здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів і (або) за допомогою інших осіб;
- здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку тільки при допомозі сторонніх осіб.

До II групи інвалідності можуть належати також особи, які мають дві або більше хвороби, що призводять до інвалідності, наслідки травм або уроджені дефекти та їх комбінації, що в сукупності функціональних порушень призводять до значного обмеження життєдіяльності людини та її працездатності. Друга група визначається інвалідам з дитинства (учням, студентам) на період навчання; після закінчення навчального закладу надається довідка про придатність їх до роботи внаслідок набуття професії.

Третя група інвалідності

Стійкі, помірної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або уродженими дефектами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності, в тому числі працездатності, які потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Критерії встановлення III групи інвалідності:

- здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;

- здатність до самостійного пересування з більшим витрачанням часу, часткового пересування та скорочення відстані;
- здатність до навчання в учбових закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму учбового процесу і (або) з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, що навчає);
- здатність до орієнтації в часі, у просторі за умови використання допоміжних засобів;
- здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передавання інформації.

Кожна група інвалідності визначається на певний термін із зазначенням строку переосвідчення. Переосвідчення осіб працездатного віку може бути *через 1-3 роки*. Направлення на переосвідчення раніше визначеного терміну може бути лише у випадку необхідності перегляду групи при зміні стану здоров'я і працездатності.

Без зазначення терміну переосвідчення тобто безстроково група інвалідності встановлюється в разі:

- анатомічних дефектах і прирівняних до них станів;
- пенсійного віку інваліда у чоловіків після досягнення шістдесяти років, жінок – п'ятдесяти п'яти років.
- наявності стійких незворотних морфологічних і функціональних порушень;
- неефективності реабілітаційних заходів;
- несприятливого клінічного та трудового прогнозу.

Отже, проблеми інвалідності населення є однією з пріоритетних проблем держави і суспільства, усвідомлення соціальної цінності людини і громадянина визначає Україну як соціальну державу. Інвалідність – це міжнародна проблема та предмет постійної уваги й турботи для кожної держави, адже інвалідність є одним із найважливіших показників здоров'я населення, що має не тільки медичне, а й соціально-економічне значення. Інвалідам в Україні гарантовано усю повноту соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод, закріплених як Конституцією України, так й іншими законодавчими актами.

1.Обласною МСЕК загального профілю за місяць оглянуто 186 чоловік: інвалідамн вперше визнано 57 чоловік, повторно освідчених - 99 чоловік, 22 чоловікн - інвалідн II групи, з них 17 - з правом роботи. Інваліди яких груп обов'язково підлягають професійній реабілітації, у відповідності до індивідуальних оздоровчих програм?

- A.Тільки інваліди III групи первинно та повторно освідчені.
- B.Всі освідчені первинно та повторно III групи і II групи з правом роботи.
- C.Інваліди, котрі є перспективні в плані відновлення працездатності.
- D.Тільки первинно визнані інваліди.
- E.Усі без винятку визнані інвалідами.

2.МСЕК загального профілю включає наступну кількість лікарів-спеціалістів:

- A.3-охлікарів: терапевт, хірург, акушер-гінеколог.
- B.3-охлікарів: терапевт, травматолог, невропатолог.
- C.3-охлікарів: терапевт, хірург, невропатолог.
- D. 2-охлікарів: терапевт, хірург.
- E. 2-охлікарів: терапевт, травматолог.

3.Під вторинною лікувально-профілактичною допомогою розуміють:

- A.Кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику та лікування лікарями-спеціалістами.
- B. Лікування основних найбільш поширених захворювань.
- C.Консультацію лікаря загальної практики (сімейного).
- D.Здійснення лікувально-діагностичних заходів.
- E.Просту діагностику.

4.Медико-соціальне значення захворюваності, як показника здоров'я населення, визначається:

- A.Відповідністю до структури причин смерті.
- B.Витратами на гігієнічне виховання населення.
- C.Провідною роллю у смертності, тимчасовій та стійкій непрацездатності, негативним впливом шкідливих факторів на здоров'я поколінь, потребою в медичній допомозі.
- D.Потужністю закладу.
- E.Фінансово-економічним станом населення.

5.Головний лікар об'єднаної міської лікарні готує річний звіт про діяльність лікарні. Одним із методів оцінки діяльності стаціонару є аналіз госпіталізованої захворюваності. Який обліково-статистичний документ характеризує госпіталізовану захворюваність?

А.Виписка із медичної карти амбулаторного / стаціонарного хворого (ф. N 027/о).

В.Медична картка стаціонарного хворого (ф. N 003/о).

С. Статистична картка хворого, який вибув зі стаціонару (ф. № 066/о).

Д.Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду (ф. N 007/о).

Е.Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о).

6.Чи видається ЛН працівникам, які знаходяться в черговій профспілковій відпустці ?

А.Так, видається, але не раніше як з 5-го дня виникнення втрати працездатності.

В.Не видається.

С.Так, видається в зв'язку з загальним захворюванням, травмою, операцією, штучним перериванням вагітності.

Д.Так, видається, але не раніше як з 7-го дня виникнення втрати працездатності.

Е.Так, видається, але лише в період щорічної профспілкової відпустки в зв'язку з загальним захворюванням на 10 календарних днів.

7.Чи видається ЛН працюючому, який знаходиться у відпустці без збереження заробітної плати ?

А.Листок непрацездатності видається, але не раніше як з 5-го дня виникнення втрати непрацездатності.

В.Листок непрацездатності не видається.

С.Листок непрацездатності видається з моменту звертання хворого до лікаря і на весь період

втрати працездатності.

Д.Листок непрацездатності видається з моменту звертання і на весь період втрати працездатності, але лише з причини травми.

Е.Листок непрацездатності видається з того дня, коли працівник повинен приступити до роботи.

Список використаної літератури:

1. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг.ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Моекаленка. – 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. Мачерет Є. Л., Теленгатор О. Я. Довідник лікаря – невролога поліклініки. – К.: Здоров'я, 1995. – 208с.

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

Затверджено на засіданні кафедри
Протокол № 2

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

проф. О. М. Очередько