

Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное учреждение «Сибирский окружной
медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»

РУКОВОДСТВО
ПО
диспансеризации
взрослого населения
для специалистов со средним
медицинским образованием

Под общей редакцией
доктора медицинских наук, профессора
В. В. Уйба

Новосибирск
2009

УДК 614.2:362.147–053.9(08)
ББК 51.2
Р85

Рецензенты

д-р мед. наук, проф. *Ю. О. Ким*
канд. мед. наук, доцент *С. Е. Журавлев*

Руководство по диспансеризации взрослого населения для специалистов со средним медицинским образованием / Н. А. Галанова, О. Н. Герасименко, А. И. Зинина [и др.] ; под общ. ред. В. В. Уйба. — Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2009. — 288 с.

ISBN 978-5-85979-258-0

В руководстве представлены основные сведения по диспансеризации взрослого населения, месте и роли специалистов со средним медицинским образованием в ее организации и повышении эффективности. Освещены методы работы медицинских сестер, как участковых, так и занятых в специализированных амбулаторно-поликлинических учреждениях. Рассмотрены вопросы организации диетического питания и фитотерапии в домашних условиях, принципы и методы гигиенического обучения и воспитания населения. Приведены основные документы, регламентирующие работу специалистов со средним медицинским образованием на догоспитальном этапе.

Предназначено для участковых медицинских сестер, фельдшеров ФАПов, медицинского персонала цеховой службы и других специалистов, участвующих в диспансеризации, а также для студентов медицинских учебных заведений, организаторов практического здравоохранения.

УДК 614.2:362.147–053.9(08)
ББК 51.2

© ФГУ «СОМЦ ФМБА», 2009
© НГМУ, 2009

ISBN 978-5-85979-258-0

Общая редакция

Уйба Владимир Викторович — руководитель Федерального медико-биологического агентства, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГОУ «Институт повышения квалификации» ФМБА России, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор

Авторский коллектив

Галанова Нелли Александровна — аспирант кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей Новосибирского государственного медицинского университета

Герасименко Оксана Николаевна — заместитель главного врача МБУЗ «Новосибирская городская клиническая больница № 2», главный специалист по лечебному питанию Главного управления здравоохранения мэрии г. Новосибирска, профессор кафедры терапии с курсом диетологи Новосибирского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук

Зинина Алла Ивановна — главный врач ГБУЗ Новосибирской области «Государственная Новосибирская психиатрическая больница № 3», кандидат медицинских наук

Зулин Ярослав Владимирович — главный врач Новосибирской городской поликлиники № 26, доцент кафедры общественного здоровья здравоохранения Новосибирского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук

Ивлев-Дунтау Андрей Павлович — главный врач Новосибирского городского специализированного медицинского объединения «Фтизиатрия», заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук

Лузан Наталья Владимировна — заведующая кафедрой дерматовенерологии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей, эксперт Комитета по делам семьи, женщин и детей Государственной Думы РФ, доктор медицинских наук, профессор

Мезенцева Наталья Георгиевна — главный врач ГБУЗ «Новосибирский областной клинический кардиологический диспансер», главный кардиолог Департамента здравоохранения Новосибирской области, заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук

Наров Юрий Эммануилович — главный врач ГБУЗ «Новосибирский областной онкологический диспансер», главный онколог Департамента здравоохранения Новосибирской области, заведующий кафедрой онкологии Новосибирского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор

Поздняков Иван Михайлович — главный врач МБУЗ «Новосибирский городской перинатальный центр», заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук

Потеряева Елена Леонидовна — проректор Новосибирского государственного медицинского университета, заведующая кафедрой профпатологии и медицинской экологии, член-корреспондент РАЕН, доктор медицинских наук, профессор

Радченко Любовь Павловна — директор ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства», заместитель председателя отделения центральной аттестационной комиссии Минздравсоцразвития РФ в Сибирском федеральном округе, заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук

Рогожников Вячеслав Александрович — заместитель руководителя Федерального медико-биологического агентства России, профессор кафедры профилактической медицины медицинского факультета Российского университета Дружбы народов, академик Российской академии космонавтики им. К. Э. Циолковского, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук

Фомичева Марина Леонидовна — директор МБУЗ «Новосибирский медицинский информационно-аналитический центр», главный внештатный специалист по медицинской профилактике Главного управления здравоохранения мэрии г. Новосибирска, руководитель Новосибирского регионального отделения российской общественной организации «Лига здоровья нации», кандидат медицинских наук

Чернышев Владимир Михайлович — заместитель директора ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр ФМБА», профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей Новосибирского государственного медицинского университета, заслуженный работник здравоохранения России, доктор медицинских наук

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Предисловие</i>	6
<i>Введение</i>	7
ОСНОВЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ	9
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ РАБОЧИХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ	14
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	17
Диспансеризация больных сердечно-сосудистыми заболеваниями	17
Диспансеризация больных туберкулезом	18
Диспансеризация больных кожными и венерическими заболеваниями	22
Диспансеризация психически и нервнобольных	24
Диспансеризация онкологических больных	27
Диспансеризация гинекологических больных	29
РОЛЬ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ В СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	32
Формирование здорового образа жизни	33
Формирование здоровья различных групп населения	35
Методы и средства гигиенического обучения и воспитания населения и пропаганды здорового образа жизни	37
РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ — ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ДИЕТОТЕРАПИЯ В ДОМАШНИХ УС- ЛОВИЯХ)	39
Организация лечебного и профилактического питания	40
Основные варианты диет, используемых в лечебном питании	42
Стандартная диета	42
Диета с механическим и химическим щажением	43
Диета с повышенным количеством белка (высокобелковая)	44
Диета с пониженным количеством белка	45
Диета с пониженной калорийностью (низкокалорийная диета)	46
Специальные диеты	47
Питание при некоторых заболеваниях	51
Питание при заболеваниях сердечно-сосудистой системы	51
Питание при болезнях органов пищеварения	58
Питание при заболеваниях почек и мочевыводящих путей	66
Питание при сахарном диабете	68
Питание при ожирении	72
Энтеральное питание	76
Методика проведения энтерального зондового питания	77
Показания	77
Противопоказания	78
Техника введения зондов	78
Осложнения	78
Доставка нутриентов	78
Мониторинг	79
Способы доставки питания	79
Уход и повторное использование	79

Смеси для энтерального питания	79
Осложнения энтерального питания	81
ФИТОТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБО-	
ЛЕВАНИЙ	82
Приготовление простых лекарственных препаратов	82
Лекарственные растения в диетотерапии	83
Лекарственные сборы и отвары растений, применяемые при различных	
заболеваниях. Общие правила	97
Заболевания органов дыхания	98
Заболевания печени, желчевыводящих путей и хронический панкреатит	99
Заболевания почек и мочевого пузыря	101
Заболевания суставов	104
Эндокринные заболевания	107
ЭТИКА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА	114
Ятрогенные заболевания	115
Деонтология медицинского работника	115
Общение в работе медицинского персонала	118
Техника общения	119
Каналы общения	119
Устная речь	119
Искусство вести беседу	120
Невербальное общение	121
Зоны комфорта	122
Взаимоотношение врача и медицинской сестры	123
<i>Приложения</i>	<i>126</i>
1. Нормативные документы, определяющие профессиональную деятель-	
ность среднего медицинского персонала	126
2. Аттестация специалистов со средним медицинским образованием	132
3. Повышение квалификации специалистов со средним медицинским и	
фармацевтическим образованием	136
4. Охрана труда среднего медицинского персонала	138
5. Рабочее место медицинской сестры	141
6. Медицинская документация, используемая в работе медицинской	
сестрой	143
7. Технологии выполнения основных медицинских процедур	151
8. Санитарные, гигиенические и противоэпидемические нормы в работе	
медицинской сестры	176
9. Оценка качества оказания медицинских услуг пациентам медицинской	
сестрой	183
10. Приказы Минздравсоцразвития РФ, федерального ФОМС РФ	186
11. Ранняя диагностика и некоторые аспекты организации медицинской	
помощи онкологическим больным	269
12. Должностные инструкции (инструктора по гигиеническому воспи-	
танию, специалиста кабинета доврачебного приема, специалиста по	
мониторингу здоровья и профилактической деятельности)	277
<i>Список сокращений</i>	<i>284</i>
<i>Библиографический список</i>	<i>286</i>

ПРЕДИСЛОВИЕ

В условиях реформы отечественного здравоохранения возрастает роль специалистов со средним медицинским образованием, как самой многочисленной категории работников отрасли, в деле обеспечения доступности и качества медицинской и социальной помощи населению, усиления профилактической направленности в деятельности практического здравоохранения. В реализуемом в настоящее время приоритетном национальном проекте «Здоровье» одним из основных направлений является профилактика, а диспансеризация рассматривается как основная ее составляющая. Полученные уже результаты в очередной раз показали эффективность диспансеризации: увеличилось число заболеваний, выявленных в раннем периоде, возросло количество взятых на диспансерный учет (наблюдение), уменьшилась частота обострений некоторых хронических заболеваний и т. д. Многолетняя практика показала огромную роль, которую играют специалисты со средним медицинским образованием в организации и проведении диспансеризации. Это и ведение документации, своевременное приглашение пациентов, контроль за выполнением ими рекомендаций врача, индивидуальная кропотливая работа по разъяснению назначений, технике их исполнения, диетотерапии и многое другое, на что у врача нет времени.

За последние годы для среднего медицинского персонала практически не издавалось книг, которые могли бы служить полноценным руководством, содержащим необходимые сведения по диспансерной работе. Цель настоящего руководства — обеспечить специалистов со средним медицинским образованием информацией по вопросу организации диспансеризации взрослого населения, для их полноценного участия в ее проведении.

В предлагаемой книге приводятся необходимые сведения для персонала со средним медицинским образованием, участвующего в диспансеризации взрослого населения. Это, прежде всего, вопросы планирования и организации работы по профилактике как заболеваний, так и их обострений при хроническом течении процесса. Достаточно много внимания уделено вопросам гигиенического обучения и воспитания населения, в которых роль этих специалистов трудно переоценить. Именно средний медицинский персонал призван проводить индивидуальную работу с пациентами, а для этого необходимо располагать не только соответствующими знаниями, но и уметь доходчиво их доносить до больных и здоровых людей, независимо от уровня их образования и санитарной культуры.

В России специалисты со средним медицинским образованием лишены права делать назначения, в том числе по диетотерапии, но они обязаны хорошо знать ее при различных заболеваниях, оказать помощь пациентам в организации лечебного питания в домашних условиях, дать рекомендации по вопросам техники приготовления диетических блюд и т. д. Этому посвящен отдельный раздел Руководства.

Все большую актуальность приобретает в последнее время полипрагмазия, вместе с тем для профилактики некоторых заболеваний и состояний, а также предупреждения обострений хронически протекающих процессов может достаточно эффективно применяться фитотерапия. Конечно, о целесообразности ее использования решение принимается врачом, но в случае если оно принято, участковая медицинская сестра должно знать методы приготовления соответствующих лекарственных форм, способы их применения, дать необходимые рекомендации.

Нередко в последние годы возникают конфликтные ситуации, связанные с несоблюдением медицинскими работниками деонтологии, медицинской этики. С одной стороны, это результат все возрастающих требований со стороны граждан, а с другой — незнание или нежелание персонала ЛПУ соблюдать деонтологические нормы. В книге изложены основные положения медицинской этики.

Настоящее издание снабжено приложениями (1–12), в которых представлены сведения справочного характера, приказы Минздравсоцразвития РФ, которые могут быть полезны специалистам со средним медицинским образованием как при проведении диспансеризации, так и в повседневной работе.

ВВЕДЕНИЕ

Потребность в здоровье является одной из важнейших потребностей человека. Здоровье — обязательное условие его полноценной трудовой, творческой, общественной и личной жизни. Реализация национального проекта по здравоохранению предполагает возрождение диспансеризации, которая выступает высшей формой охраны здоровья каждого человека. В процессе ее осуществления государство считает обязательным для всех государственных и хозяйственных органов, предприятий, учреждений и организаций, независимо от форм собственности, общественных организаций, постоянную заботу и решение социальных вопросов труда, быта, здоровья и культуры граждан Российской Федерации.

Диспансеризация — это метод лечебно-профилактического обслуживания населения, состоящий в обязательном учете определенных контингентов населения, активном наблюдении за ними для выявления начальных стадий заболеваний, своевременном применении лечебно-профилактических мероприятий, предупреждении осложнений, наступления инвалидности; в систематическом изучении условий труда и быта, проведении мер индивидуальной и социальной профилактики для улучшения и устранения факторов, могущих вызвать различные заболевания.

В отечественном здравоохранении исторически определились и практически оправдали себя два основных принципа отбора контингентов лиц, подлежащих диспансеризации.

В зависимости от объекта приложения профилактических мер говорят о первичной профилактике, когда меры направлены на непосредственную причину заболевания или повреждения у здоровых пациентов, и о вторичной профилактике в случаях воздействия на условия и факторы, способствующие развитию уже возникшего у пациента заболевания или повреждения.

Ведущим, первым принципом является *профилактика здоровья здоровых*, т. е. диспансеризация определенных контингентов здоровых людей, объединенных или общими возрастными-физиологическими особенностями (дети, беременные женщины и др.), или условиями труда (рабочие, учащиеся, спортсмены, рабочие определенных профессий и др.).

Основная социально-гигиеническая *цель диспансеризации здоровых* — сохранение и дальнейшее укрепление их здоровья, обеспечение правильного физического и психического развития, создание нормальных условий труда и быта, раннее выявление заболеваний, предупреждение их развития, сохранение трудоспособности.

Первичная профилактика включает следующие мероприятия:

- принятие мер по снижению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха и др.), проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга;
- формирование здорового образа жизни;
- меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, в том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, инвалидизации и смертности от неестественных причин, дорожно-транспортного травматизма и др.;
- выявление при профилактических медицинских осмотрах вредных для здоровья факторов, в том числе и поведенческого характера, для принятия мер по их устранению или снижению;
- проведение иммунопрофилактики различных групп населения;
- оздоровление лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера.

Наиболее демонстративный пример первичной профилактики — санитарно-гигиенические и эпидемиологические мероприятия, иммунизация.

В профилактической медицине, особенно в первичной профилактике, медицинскому работнику приходится иметь дело чаще всего с пациентами, не предъявляющими жалоб на свое здоровье, но имеющими те или иные факторы риска, требующие врачебного вмеша-

тельства, что принципиально отличается от работы с больными людьми. В этой ситуации задача медицинского работника — убедить пациента в необходимости сделать шаг в сторону оздоровления, отказаться от вредных привычек, избавиться от лишнего веса, урегулировать питание, режим и др. Нужно помнить два очень важных положения, нашедших отражение и в рекомендациях ВОЗ по профилактике заболеваний. Во-первых, давая рекомендации по образу жизни, привычкам питания, поведения и пр., медицинские работники так или иначе вторгаются в личную сферу жизни, что требует психотерапевтического подхода, понимания и максимальной индивидуализации даваемых советов. Во-вторых, беседуя с пациентом, особенно в случаях выявления тех или иных отклонений, обнаруженных в ходе профилактического обследования, необходимо максимально привлечь внимание больного к своему здоровью, не развив у него страха перед болезнью.

Второй принцип — *диспансеризация больных* (вторичная профилактика) определенными нозологическими формами заболеваний (сердечно-сосудистые болезни, желудочно-кишечные расстройства, эндокринные заболевания, злокачественные опухоли, нервно-психические расстройства, хирургические болезни и др.).

Основная социально-гигиеническая *цель диспансеризации больных* — выявление заболеваний в ранней стадии патологического процесса, недопущение обострений и ухудшения клинического течения заболеваний, сохранение трудоспособности, снижение инвалидности, повышение средней продолжительности жизни больных и активной работоспособности.

Вторичная профилактика включает в себя:

- целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний;
- проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья, развития заболеваний для определения и проведения соответствующих оздоровительных и лечебных мероприятий;
- проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и иных лечебно-профилактических методик оздоровления, санаторно-курортного лечения;
- проведение медико-психологической адаптации к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма;
- проведение мероприятий государственного, экономического, медико-социального характера, направленных на снижение уровня влияния факторов риска, сохранение трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов.

Для проведения мероприятий первичной и вторичной медицинской профилактики медицинским работникам необходимы знания по гигиене, санитарии, психологии, экологии, специальные знания и навыки по индивидуальному и групповому профилактическому консультированию (гигиеническому обучению и воспитанию).

Диспансеризацию проводят участковые врачи поликлиник, больниц, женских консультаций, диспансеров, детских учреждений (яслей, садов), школьные врачи, цеховые врачи. Отбор лиц для Д осуществляется на основании учета контингентов, подлежащих Д, периодических или целевых медицинских осмотров, при текущей обращаемости к врачам и др. Являясь активным помощником врачей, выполняя большую лечебно-профилактическую и санитарно-просветительную работу среди населения, средний медицинский персонал должен иметь достаточно высокий уровень теоретической подготовки по вопросам социальной гигиены и организации здравоохранения, умело применять свои знания и навыки в повседневной практической деятельности, в том числе при проведении диспансеризации.

Необходимо отметить, что многие вопросы, связанные с планированием, организацией и проведением диспансерного наблюдения за определенными контингентами населения, еще недостаточно разработаны. Особенно это относится к такой проблеме, как роль и место среднего медицинского персонала в диспансеризации населения, активное участие которого позволит значительно увеличить контингенты диспансеризуемых и улучшить качество этой работы.

...Уверен, что нам надо прежде всего обеспечить доступность и высокое качество медицинской помощи, возродить профилактику заболеваний как традицию российской медицинской школы.

В. В. Путин
(из Послания Федеральному Собранию РФ
25 апреля 2005 г.)

ОСНОВЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Как указывалось выше, различают два вида диспансерного наблюдения — за здоровыми людьми и за лицами с теми или иными заболеваниями. В особую группу диспансерного наблюдения выделяются инвалиды и участники Великой Отечественной войны и военных конфликтов, часто и длительно болеющие и т. д.

Диспансеризация состоит из нескольких последовательных этапов: 1) определение контингентов, подлежащих диспансерному наблюдению; 2) взятие их на учет; 3) составление плана диспансеризации; 4) реализация плана диспансеризации; 5) анализ диспансерной работы.

При диспансеризации больных людей на каждом из этих этапов определяются те же цели, что и при диспансеризации здоровых лиц, однако имеются и некоторые особенности. Определение контингентов больных, подлежащих диспансерному наблюдению, осуществляется врачами лечебно-профилактических учреждений во время амбулаторных приемов, при посещении больных на дому, при лечении больных в стационаре, во время медицинских осмотров — предварительных, периодических, целевых.

Диспансеризация сельского населения принципиально не отличается от диспансеризации городского населения. Вместе с тем при планировании и организации диспансеризации сельского населения нельзя не учесть определенную специфику, которая обусловлена особенностями труда и быта сельских жителей и самой системой сельского здравоохранения. Одной из таких особенностей является различная плотность населения, которая в Сибири, на Дальнем Востоке и Севере страны значительно ниже, чем в европейской ее части. Другая особенность — сезонный характер сельскохозяйственного производства. В период проведения посевной и уборочной кампаний, заготовки кормов, выпаса скота на отгонных участках животноводства и выполнения других сельскохозяйственных работ сельские жители трудятся с особым напряжением и, как правило, со значительным удлинением рабочего дня. В межсезонные периоды объем сельскохозяйственных работ заметно сокращается и сельские жители имеют больше свободного времени. В зависимости от этого меняются и формы медико-санитарного обслуживания, что необходимо учитывать при планировании и организации диспансеризации сельского населения.

Третьей особенностью следует считать специфику характера патологии сельского населения — заболевания бруцеллезом, туляремией, отравления ядохимикатами, сельскохозяйственный травматизм и др. Здесь особенно важно обеспечить широкий круг профилактических мероприятий.

И, наконец, необходимо учитывать этапность медицинского обслуживания сельского населения. Если городской житель получает все виды высококвалифицированной специализированной медицинской помощи, как правило, в одном лечебно-профилактическом учреждении, то сельский житель пользуется несколькими медицинскими учреждениями (фельдшерско-акушерский пункт, участковая больница или врачебная амбулатория, центральная районная и областная (краевая или республиканская) больницы).

С учетом всех этих особенностей и факторов в областных и городских отделах здравоохранения, центральных районных больницах и других лечебно-профилактических учреждениях составляются планы проведения диспансеризации, в которых намечаются конкретные организационные мероприятия.

В диспансеризации населения, осуществляемой городской поликлиникой, принимает участие весь ее медицинский персонал. В связи с этим необходимо четко определить функциональные обязанности каждого сотрудника городской поликлиники в диспансерной работе.

Ведущим должностным лицом, организующим и осуществляющим диспансеризацию городского населения, является **участковый врач-терапевт**. В его обязанности входят отбор контингентов, подлежащих диспансерному наблюдению, и взятие их на учет, составление индивидуальных планов лечения и патронажа каждого диспансеризуемого и их выполнение, глубокий анализ проводимой Д и разработка мероприятий по дальнейшему ее улучшению.

Все отобранные контингенты больных берутся на **диспансерный учет**, при этом заполняется три вида документов — Индивидуальная карта амбулаторного больного (учетная форма № 25), Контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 30), может оформляться и Диспансерная книжка.

Основной рабочий документ — амбулаторная карта, в которой врач ведет все необходимые записи о динамике состояния здоровья диспансеризуемого, о проведении лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий. В настоящее время практически во всех лечебно-профилактических учреждениях амбулаторно-поликлинического типа проводится маркировка амбулаторных карт всех больных, находящихся на диспансерном учете. Маркировка осуществляется наклеиванием по ребру карты полосы из бумаги определенного цвета в зависимости от класса болезни, например: сердечно-сосудистая патология — красная полоса, болезни органов дыхания — голубая, болезни органов пищеварения — желтая и т. д.

Карта диспансерного наблюдения заполняется на каждого больного, взятого врачом на диспансерный учет. По существу, эта карта является оперативным контрольным документом, позволяющим обеспечить своевременность активного динамического наблюдения за состоянием здоровья диспансеризуемого и проведение необходимых лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий.

Во многих лечебно-профилактических учреждениях каждому диспансеризуемому выдается на руки Диспансерная книжка, именуемая иногда Книжкой диспансерного больного, Книжкой диспансерного наблюдения, Паспортом диспансерного больного.

Диспансерная книжка — это своего рода памятка больному, находящемуся на диспансерном учете. Она способствует обеспечению своевременной явки больного на прием к врачу и более точному выполнению врачебных назначений и рекомендаций.

После того как больной взят на диспансерный учет, УВ или ВОП приступает к составлению индивидуального плана диспансерного наблюдения для каждого диспансеризуемого. Это весьма важный и ответственный момент диспансерной работы, так как здесь необходимо учитывать характер заболевания и его проявления, а также степень компенсаторных способностей организма данного больного ввиду того, что больные могут быть с компенсированным, субкомпенсированным или декомпенсированным течением заболевания.

В **индивидуальный план ДН** включаются следующие мероприятия:

- проведение необходимых исследований (рентгенологических, лабораторных, функциональных и т. д.) с указанием конкретных сроков. Помимо тех исследований, которые проводятся в отношении каждого больного (флюорография, общий анализ крови и т. д.), следует предусмотреть проведение исследований, обязательных в отношении больного определенной нозологической формой заболевания. Так, больным сахарным диабетом необходимо определение суточного диуреза и сахара в моче, исследование глазного дна, а также может назначаться ряд других анализов;

- проведение консультаций в отношении данного больного с врачами других специальностей. Так, при гипертонической болезни консультантами обязательно должны быть кардиолог, невропатолог, офтальмолог, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — хирург, онколог и рентгенолог;

- установление периодичности наблюдения за данным больным (зависит от нозологической формы заболевания и характера его течения). При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, например, рекомендуется обследовать больного не реже 2 раз в год при спокойном течении болезни и 4–6 раз в год в острой стадии;

- определение видов и методов рекомендуемого лечения на основании уточненного диагноза и установленной степени тяжести данного заболевания — амбулаторное, стационарное или санаторно-курортное, медикаментозное, физиотерапевтическое, диетолечение, лечебная физкультура, санация полости рта, противорецидивное лечение, трудотерапия и т. д. Проведение оздоровительных мероприятий, предусматривающее выявление вредных

факторов и их устранение, улучшение условий труда и быта (отмена работы в ночных сменах, отмена или ограничение командировок, перевод на другую работу, предоставление отпуска в летний период и т. д.);

- оказание правовой помощи диспансеризуемым (улучшение жилищных условий, предоставление льгот инвалидам Великой Отечественной войны и т. д.);
- гигиеническое воспитание больного и окружающих его лиц.

Составленный таким образом план является программой действий как для врача и медицинской сестры, так и для самого диспансерного больного. И очень важно, чтобы каждый из них принимал активное участие в реализации этого плана. Кроме тех мероприятий, которые предусмотрены планом, должны быть обеспечены выявление причин обострения болезни и принятие мер по их устранению, раннее выявление новых заболеваний в семье и в коллективе, контроль за выполнением больными рекомендованного режима, назначений врача.

Активным помощником участкового врача-терапевта в организации и проведении диспансеризации населения, как уже отмечалось выше, является медицинская сестра, которая принимает участие в этой работе на всех ее этапах. Одна из главных задач медицинской сестры — обеспечение полноты и своевременности явки диспансеризуемых на прием к врачу. Для этого необходима работа с картотекой формы № 30 — **Карта диспансерного наблюдения**, представляющей собой картотечный ящик, разделенный внутри на 12 секций — по числу месяцев в году.

Каждая Карта диспансерного наблюдения помещается в соответствующую ячейку с учетом срока очередной явки диспансеризуемого на прием к врачу. Во второй половине текущего месяца медицинская сестра извещает всех диспансерных больных, которым необходимо явиться на прием к врачу в следующем месяце, о днях и часах их явки. Делается это медицинской сестрой при посещении диспансеризованных на дому или письменно (почтовой открыткой). В последние годы все чаще для этих целей используются компьютерные программы.

Накануне дня приема приглашенных диспансеризуемых медицинская сестра отбирает в регистратуре их амбулаторные карты для передачи врачу. В день приема медицинская сестра по указанию врача ведет оформление документации (заполняет направления на исследования и консультации, выписывает рецепты и т. п.), выполняет назначения врача (термометрия, измерение артериального давления, динамометрия и т. д.). В конце приема амбулаторные карты передаются в регистратуру, а Карты диспансерного наблюдения помещаются в соответствующие ячейки (секции) картотечного ящика. В отношении неявившихся на диспансерный прием медицинская сестра выясняет причины неявки и по предварительному согласованию с врачом сообщает каждому из них время очередного визита к врачу.

Дальнейшая работа медицинской сестры заключается в выполнении врачебных назначений, предписанных каждому диспансеризуемому, и в обеспечении контроля за выполнением ими режима, назначений врача. Кроме того, медицинская сестра изучает условия труда и быта диспансеризуемых, своевременно информируя своего врача о результатах этой работы. Для обеспечения эффективности диспансерного обслуживания населения большое значение имеет хорошо организованная санитарно-просветительная работа, проводимая медицинской сестрой на своем участке. Она должна быть направлена на санитарно-гигиеническое воспитание диспансеризуемых, членов их семей.

Все сказанное об организации и проведении диспансеризации населения участковым врачом и медицинской сестрой в равной мере относится ко всем врачам городской поликлиники любой специальности и к работающим с ними медицинским сестрам, при этом, разумеется, должна учитываться специфика контингентов диспансеризуемых врачами-специалистами.

Каждая медицинская сестра должна всегда помнить, что отношение больных к своему заболеванию может быть весьма различным, и, естественно, учитывать данный факт в своей работе. Это отношение проявляется в виде адекватного, пренебрежительного, нозофобного или нозофильного варианта. Большинство больных, в том числе и диспансеризуемых, объективно оценивают тяжесть и возможные последствия своего заболевания, т. е. имеют адекватное отношение к состоянию своего здоровья, лечебно-профилактическим назначениям и рекомендациям. Они обычно достаточно точно и своевременно являются на прием, аккуратно выполняют врачебные назначения и советы, поддерживают регулярную связь с врачом и медицинской сестрой.

Иное поведение наблюдается у лиц с так называемым пренебрежительным отношением к состоянию своего здоровья. Эти люди недооценивают серьезность своего заболевания и поэтому не всегда выполняют врачебные назначения, не прислушиваются к советам и рекомендациям медицинских работников, неаккуратно являются на прием к врачу. В отношении к ним медицинская сестра должна быть особенно внимательна. В беседах с такими больными она обязана в деликатной форме, но постоянно, настойчиво и терпеливо разъяснять им необходимость, в их же собственных интересах, более серьезно относиться к своему здоровью и не допускать того, чтобы из-за небрежного отношения самого больного болезнь была бы запущена. Опыт работы многих патронажных медицинских сестер убедительно доказывает, что такие беседы дают весьма положительные результаты — большинство больных переходят в категорию лиц, адекватно относящихся к своему здоровью.

Некоторые больные характеризуются нозофобным отношением к своему заболеванию. Такие больные нередко «уходят в болезнь», требуя, как правило, к себе особого внимания — повторного проведения анализов, консультаций врачей различных специальностей, применения современных методов лечения и т. п. Больные этой категории очень интересуются не только и не столько популярной, но и специальной медицинской литературой и стараются «изучить свою болезнь», поэтому в доме у них нередко имеется обширная библиотека различных медицинских справочников, монографий по данному заболеванию. Они очень обеспокоены, чем закончится болезнь, как болезнь отразится на службе, хороший ли врач-специалист занимается лечением и т. д. При общении с такими больными медицинская сестра должна быть особенно деликатна, а ее советы и рекомендации должны быть научно обоснованными.

Среди диспансеризуемых и патронируемых медицинской сестрой пациентов могут быть и такие лица, которые имеют нозофильное отношение к состоянию своего здоровья. Причин такого поведения может быть несколько. В одном случае признание того или иного человека больным дает ему определенные материальные и иные выгоды — назначение пенсии, освобождение от работы с выдачей листка нетрудоспособности, освобождение от работы в ночное время и сверхурочных работ, перевод на работу с облегченными условиями труда и т. д.

Для других пациентов важно то, что их действительное или мнимое заболевание вызывает сочувствие и повышенную заботу о них со стороны родных и близких. Для третьих действительное или мнимое их заболевание — это выход из неприятной для них ситуации: длительная нежелательная командировка, выполнение какого-либо служебного или общественного поручения, предстоящий отчет в той или иной инстанции, судебное дело и т. д. Так, например, для некоторых учащихся — школьников и студентов — такое поведение является «законным» поводом, чтобы не идти в школу или институт. Среди этих контингентов довольно часто можно встретить и аггравантов, и явных симулянтов. Однако и здесь медицинская сестра должна проявлять определенный такт в общении с такими пациентами, избегая при этом предвзятого к ним отношения.

В век научно-технического прогресса врач прежде всего обращает внимание на объективные признаки болезни, на ее проявления в виде органических поражений. Отсюда становится понятным естественное стремление врача ограничить сбор анамнеза во время беседы с пациентом до момента определения объема дальнейшего детального соматического обследования — электрокардиографии, рентгенографии, лабораторных исследований и т. д. Для больного же на первом месте стоят его субъективные, т. е. личные переживания. В связи с этим возрастает роль среднего медицинского персонала в проведении бесед с пациентами не только на медицинские темы, но и по общим бытовым вопросам. Во время таких бесед медицинская сестра имеет возможность получать весьма важную и необходимую информацию, наличие которой позволит значительно улучшить результаты диспансерного наблюдения.

Медицинская сестра может осуществлять и патронаж на дому лиц, находящихся на диспансерном обслуживании. Патронируются на дому прежде всего больные, для которых частые самостоятельные посещения поликлиники затруднительны или невозможны (инвалиды, тяжелобольные, престарелые и др.). При патронаже медицинская сестра, например, глазного кабинета поликлиники может измерить внутриглазное давление, выяснить в разговоре, не ухудшились ли функции зрения, регулярно ли проводится лечение, выполнить те или иные назначения больному и т. д.

Вообще же активное систематическое наблюдение за больными (патронаж) осуществляется в основном патронажными или участковыми сестрами.

В задачи патронажа входят: изучение условий труда и быта больных; помощь в проведении мероприятий по оздоровлению жилищно-бытовых условий; содействие в создании необходимого трудового режима, в трудоустройстве и получении необходимой социальной помощи (на основе предусмотренных законодательством прав); воспитание гигиенических навыков у больных и окружающих его лиц; обеспечение регулярных посещений больным поликлиники (диспансера).

Всю полученную информацию патронажная медицинская сестра доводит до сведения своего участкового врача-терапевта, который с большой пользой может использовать эти сведения в своей работе.

Современный этап развития здравоохранения характеризуется значительным усилением профилактического направления в деятельности лечебно-профилактических учреждений, в том числе и в увеличении контингентов диспансеризуемых за счет охвата диспансерным наблюдением практически здоровых и здоровых лиц.

Одним из мероприятий по сокращению объема работы врачей и передаче части ее в ведение среднего медицинского персонала является хорошо организованная деятельность **кабинетов доврачебного приема**, созданных в последнее время практически во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях. Опыт работы этих кабинетов показывает их высокую эффективность. Прежде чем посетить врача, пациент обращается к работнику кабинета доврачебного приема (фельдшеру или медицинской сестре). Всем пациентам, впервые обратившимся в поликлинику, в кабинете доврачебного приема могут проводить антропометрию, динамометрию, спирометрию, измерение артериального и внутриглазного давления, термометрию и другие процедуры. Кроме того, медицинский работник кабинета доврачебного приема дает таким пациентам направления на флюорографию, клинический анализ крови, общий анализ мочи, в цитологический кабинет (женщинам), на ЭКГ (преимущественно лицам старше 40 лет). В кабинете доврачебного приема обеспечивается также необходимый объем исследований пациентов, обратившихся в поликлинику за получением Санаторно-курортной карты, справки о состоянии здоровья и т. д.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ РАБОЧИХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Ведущая роль в охране здоровья рабочих промышленных предприятий принадлежит диспансеризации этого контингента. Одним из важнейших элементов диспансеризации рабочих являются организация и проведение предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров.

Основные документы, которыми должны руководствоваться медицинские работники при проведении диспансеризации рабочих промышленных предприятий:

1) список производств и профессий, для которых обязательны предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры в целях профилактики профессиональных заболеваний;

2) список производств и профессий, для которых обязательны предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры в целях обеспечения безопасности труда;

3) перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров, а также необходимых рентгенологических, лабораторных и других исследований;

4) перечень медицинских противопоказаний, препятствующих приему на работу в производства и профессии, в которых трудящиеся подвергаются обязательным периодическим медицинским осмотрам;

5) инструкция по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров трудящихся.

Проведение предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров трудящихся осуществляют медико-санитарные части при предприятиях, а в случае их отсутствия — территориальные лечебно-профилактические учреждения, в районе деятельности которых находятся промышленные предприятия, либо с которыми заключен договор на выполнение указанной работы.

Каждый вновь поступающий на работу по профессии обязательно должен проходить предварительный медицинский осмотр и зачисляться на работу только при отсутствии противопоказаний по состоянию здоровья.

Периодические медицинские осмотры проводятся в несколько этапов.

Первый этап состоит в том, что определяют контингенты, подлежащие периодическим осмотрам, на основе чего администрация предприятия составляет списки лиц, подлежащих медицинским осмотрам, и передает эти списки лечебно-профилактическому учреждению, проводящему медицинские осмотры. В медико-санитарной части или территориальной поликлинике, обслуживающей данное предприятие, составляется конкретный план проведения медицинского осмотра, в котором четко определяются: объем работы врачей соответствующего профиля (число врачей-специалистов и календарное время их работы); объем необходимых рентгенологических, лабораторных и других исследований (число медицинского персонала, необходимого для проведения этих исследований, календарное время их работы); порядок проведения медицинского осмотра (в какой последовательности будет проходить медицинский осмотр — по алфавиту, по профессии, по цехам и т. п.); необходимое материальное оснащение кабинетов, где будет проходить медицинский осмотр (лечебно-диагностическая аппаратура, оборудование, мебель и т. д.); объем работы среднего и младшего медицинского персонала при проведении медицинского осмотра (число медицинских сестер и санитарок, выделяемых для оказания помощи врачам в ведении медицинской документации и выполнения других видов работ).

Составленный таким образом конкретный план проведения периодических медицинских осмотров согласовывается с администрацией предприятия, которая, в свою очередь, обеспечивает своевременность и полноту явки на медицинский осмотр рабочих данного предприятия, создает необходимые условия для работы медицинской комиссии.

На *втором этапе* реализуется намеченный план проведения периодического медицинского осмотра. Важность этого этапа требует серьезной предварительной подготовки медицинского персонала в области раннего выявления различной патологии, в особенности профессиональных заболеваний. Принимающие участие в проведении медицинских осмотров должны хорошо знать условия труда и характер профессиональных вредностей, которые могут неблагоприятно воздействовать на состояние здоровья работающих. В целях сокращения затрат времени трудящихся и обеспечения надлежащего порядка при проведении медицинского осмотра необходимо определить для каждого рабочего точное время явки на медицинский осмотр.

Все данные медицинского осмотра заносятся в Карту амбулаторного больного (форма № 25), и в ней же фиксируются все изменения в профессиональном маршруте обследуемого. Кроме того, на каждого подлежащего периодическим осмотрам заводится Карта диспансерного наблюдения (форма № 30), где также делаются соответствующие записи.

На *третьем этапе* разрабатывается план лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий в целом по предприятию и в отношении каждого работающего в отдельности. Основой для составления таких планов могут служить данные углубленного анализа результатов медицинских осмотров, позволяющие выявить характер и структуру заболеваний работающих на данном предприятии, причинную связь и зависимость выявленной заболеваемости с условиями труда, влиянием производственных факторов и т. д.

Весьма ответственным является *четвертый этап*, основное содержание которого — выполнение плана лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий. Для этого необходимо, чтобы основные из этих мероприятий вошли в соответствующие разделы двух важных документов — Плана социально-экономического развития предприятия и Коллективного договора, ежегодно заключаемых профсоюзными организациями предприятий с администрацией.

Средний медицинский персонал здравпункта под руководством цехового врача оформляет медицинскую документацию при диспансеризации, обеспечивает своевременную явку больных к врачу, в случае неявки — выясняет ее причины. Медицинские сестры и фельдшера здравпунктов изучают бытовые условия лиц, взятых на диспансерный учет, главным образом из числа больных. При посещении квартир они одновременно проводят беседы по санитарии и гигиене.

Помимо обслуживания больного в быту, на участковую медсестру возлагается помощь врачу в работе на промышленных предприятиях при обследовании производственных контактов и проведении намеченных санитарно-профилактических мероприятий. Фельдшера здравпунктов ежедневно оказывают помощь при микротравмах непосредственно в цехах, что способствует снижению уровня гнойничковых заболеваний кожи. Они систематически контролируют наличие необходимых медикаментов и перевязочных средств в аптечках первой помощи, ежедневно проверяют санитарное состояние пищеблоков и бытовых помещений, проводят занятия с рабочими и служащими по оказанию само- и взаимопомощи в неотложных случаях, принимают участие в подготовке сандружин, санитарного актива.

Медицинские сестры могут выполнять (совместно с врачом или самостоятельно) различные профилактические мероприятия непосредственно на местах. Например, медицинским сестрам глазных кабинетов медико-санитарных частей промышленных предприятий приходится регулярно проверять соблюдение правил техники безопасности по защите глаз от различных повреждений. Для этого медицинская сестра должна прежде всего ознакомиться с правилами по защите глаз и предусмотренными для этого на данном предприятии средствами при исполнении конкретных видов работ. Документы по этим вопросам имеются у инженеров по технике безопасности, с которыми медицинской сестре приходится постоянно взаимодействовать. О всех выявленных и не устраненных немедленно недостатках (отсутствие щитков, защитных очков, масок, водяных завес и т. д.) медицинская сестра докладывает врачу. Она должна заботиться о правильном использовании санитарно-просветительных плакатов и плакатов по технике безопасности, касающихся профилактики поражений глаз. Такие плакаты должны размещаться в тех участках производства, где они будут наиболее действенными.

Большое оздоровительное значение имеет *установление факторов, оказывающих вредное влияние на состояние здоровья работающих* (вибрация, шум, загазованность производственных помещений, плохое освещение, высокие или низкие температуры и т. п.).

В современных условиях имеются все возможности *организации рационального питания* рабочих промышленных предприятий. Нет необходимости говорить о важности этого вопроса. Хорошо известно, что регулярное, полноценное и разнообразное питание оказывает положительное влияние как на состояние здоровья человека, так и на его работоспособность. Вот почему вопросы питания рабочих промышленных предприятий должны быть в центре внимания и администрации, и медицинских работников.

В процессе диспансерного наблюдения особое внимание необходимо уделять *часто и длительно болеющим*, которые составляют относительно большую часть среди лиц с временной утратой трудоспособности, как по числу случаев, так и по числу дней нетрудоспособности. К часто и длительно болеющим относятся:

- лица, страдающие функциональными нарушениями центральной нервной системы, с жалобами на плохой сон, общее недомогание, быструю утомляемость и т. д. Цеховой врач должен организовать консультацию этих больных невропатологом, эндокринологом, кардиологом и другими специалистами, имея в виду, что указанные симптомы могут сопровождать серьезные заболевания (эндокардиты, злокачественные новообразования и т. д.);

- лица, у которых при обращении к лечащему врачу на обычном приеме или во время профессионального осмотра, кроме жалоб на обострение хронического заболевания, нет никаких объективных данных, свидетельствующих об обострении этого заболевания. В таких случаях врач должен организовать комплексное обследование и лечение.

Для более полного удовлетворения потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи предусмотрено расширение оказания медицинской помощи, в том числе профилактической, проведение диспансеризации в вечернее время и в субботние дни в соответствии с потребностью населения, режимом работы предприятий, учреждений и организаций.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Диспансеризация больных сердечно-сосудистыми заболеваниями

Болезни системы органов кровообращения имеют широкое распространение, относятся к прогностически неблагоприятным заболеваниям и занимают первое место среди других классов болезней по смертности и инвалидизации населения.

Около 40 % взрослого населения страдает артериальной гипертонией, в старшей возрастной группе это число увеличивается. Около четверти больных не знает об имеющемся у них заболевании, а лечатся эффективно не более 19 % больных. Четверть больных не лечились никогда, хотя имели многолетнюю историю повышения АД. Несмотря на то что большинство больных (около 60 %) имеют умеренное повышение АД, у 3/4 это повышение носит стабильный характер. Многие больные с АГ не предъявляют жалоб. В тоже время известно, что стойкое бессимптомное повышение АД не препятствует прогрессированию заболевания и не ограждает больного от опасных для жизни осложнений.

Чтобы установить возможные причины повышения АД, следует провести по возможности полное углубленное обследование для исключения симптоматической АГ, особенно у лиц молодого и среднего возраста. Больным среднего возраста, у которых при профилактическом обследовании обнаружена АГ, в большинстве случаев удается доступными в поликлинике методами поставить диагноз, причем у лиц старше 40 лет в подавляющем большинстве причиной повышения АД оказывается гипертоническая болезнь (например, у мужчин 40–59 лет причиной повышения АД в 86 % случаев была гипертоническая болезнь, в 7 % — симптоматическая АГ). Углубленное обследование потребовалось только 5–10 % больных с активно выявленной АГ. Это были преимущественно пациенты с сомнительным анамнезом заболевания, клиническими признаками симптоматической гипертонии, с высоким АД.

Согласно последним рекомендациям Комитета экспертов ВОЗ, **профилактическое вмешательство требуется начинать:**

- если даже однократно артериальное давление достигает 160/95 мм рт. ст. и выше или обнаруживается наличие в анамнезе артериальной гипертонии у лиц, принимающих в момент обследования гипотензивные препараты вне зависимости от регистрируемого уровня АД;

- если индекс массы тела Кетле равен 29 и более;

- если уровень общего ХС крови натощак составляет 250 мг/дл, или 6,5 ммоль/л, и более; уровень триглицеридов достигает 200 мг/дл, или 2,3 ммоль/л, и более; уровень ХС ЛВП падает до 39 мг/дл, или 1 ммоль/л, и ниже у мужчин и 43 мг/дл, или 1,1 ммоль/л, и ниже у женщин;

- при регулярном курении даже по одной сигарете в сутки;

- при низкой физической активности, т. е. когда более половины рабочего времени проводится сидя, а на досуге ходьба, подъем тяжестей и т. п. занимают менее 10 ч в неделю.

У больных с АГ в три раза чаще, чем среди здоровых, встречается избыточная масса тела, в два раза — дислиппротеинемия. Почти половина больных курит, многие недостаточно физически активны. АГ встречается чаще у лиц, употребляющих алкоголь ежедневно или несколько раз в неделю.

Одним из важных разделов работы по вторичной профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы является диспансерное наблюдение больных. В процессе диспансерного наблюдения роль среднего медицинского персонала сводится к приглашению пациента на диспансерный осмотр, ведению медицинской документации (журнал диспансерного наблюдения, контрольные карты диспансерного наблюдения, амбулаторные карты и др.), остальная работа лежит на плечах врача.

В настоящее время в литературе широко обсуждаются новые технологии и модели оказания помощи больным, когда медицинской сестре предоставлена большая самостоятельность, расширены границы ее компетентности, имеется возможность раскрыть в профессиональной деятельности творческие способности.

В рамках сестринского приема может быть проведен осмотр пациента, оформлено направление его на необходимые клинические и функциональные исследования согласно стандарту, намечена дата врачебного осмотра, на который пациент придет с готовыми результатами. Таким образом, вследствие разграничения обязанностей врача и медсестры пациент сможет сэкономить свое время, а врач — использовать высвобожденное время для пациентов, нуждающихся во врачебной помощи.

Ведение занятий в школах для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями — достаточно новое, но перспективное направление в работе медсестры. Медицинская сестра должна получить теоретическую подготовку по ведению таких школ, возможность практического участия в их работе, которая покажет эффективность занятий для пациентов, что будет стимулом для ее дальнейшей работы. Обучение в школе медсестра может вести не только методом групповых занятий в поликлинике, но и методом индивидуальных занятий с пациентами на дому.

В работе с пациентами медсестра ставит следующую задачу: пробуждение интереса к знаниям о своем состоянии здоровья, возможности его улучшения и формирования желания или потребности изменить образ жизни с целью улучшения самочувствия.

Медсестра, работая в тесном контакте с больным и его родственниками, выявляет проблемы больного и его семьи (физиологические, психологические, социальные), связанные с развитием или хронизацией заболевания; составляет и выполняет план ухода за больным; проводит мероприятия по поддержанию и восстановлению независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма.

Развитие этого направления в работе медсестры принесет ощутимый экономический эффект и, самое главное, — повысит качество жизни обученных пациентов. Это и должно стать доминирующей мотивацией в работе медсестер по пропаганде школ для пациентов, страдающих хроническими заболеваниями.

Создание и ведение школ для пациентов предоставляет медсестре неограниченные возможности для проявления инициативы, творчества, самостоятельности, повышения своей значимости в обществе. Это послужит росту авторитета медсестры среди пациентов.

Диспансеризация больных туберкулезом

В организации и проведении диспансерных противотуберкулезных мероприятий большое значение имеет работа участкового фтизиатра и участковой медицинской сестры в **очагах туберкулезной инфекции** — в квартире или общежитии, где проживает больной, в мокроте которого обнаруживаются микобактерии туберкулеза.

В зависимости от риска возникновения новых заболеваний их подразделяют на 5 групп.

Наибольшая опасность заражения здоровых людей туберкулезом имеется в *очагах первой группы*, в которых проживают больные с бактериовыделением. Эти очаги характеризуются перенаселенностью жилых помещений, невысокой санитарной культурой самих проживающих, совместным размещением с больным детей, подростков и беременных женщин, т. е. это социально-отягощенные очаги.

Во *вторую группу* включаются очаги, в которых проживают больные с бактериовыделением без детей и подростков, соблюдающие санитарно-эпидемиологический режим.

Третью группу составляют очаги, в которых проживают больные без бактериовыделения, но с детьми и подростками. Сюда же относят очаги проживания больных внелегочным туберкулезом легких с наличием либо отсутствием бактериовыделения.

В *четвертую группу* очагов включают те из них, где проживают больные, у которых прекратилось бактериовыделение в результате лечения. Сюда же относят очаги, где проживали больные, умершие от туберкулеза.

Пятая группа — очаги зоонозного происхождения (животноводческие фермы).

Для контроля за проведением противотуберкулезных мероприятий в очагах туберкулезной инфекции установлены определенные сроки посещений очагов медицинскими работниками (табл. 1).

В проведении противотуберкулезной профилактической и лечебной работы весьма ответственные функции выполняет **участковая медицинская сестра фтизиатрического участка**. Кроме общих профессиональных знаний, участковая медицинская сестра должна иметь

подготовку в области профилактики, клиники и лечения туберкулеза, его эпидемиологии, проведении вакцинации, лекарственной терапии в амбулаторных условиях и хорошо знать организацию своевременного выявления заболевших туберкулезом.

Наряду с этим участковой медицинской сестре необходимо иметь достаточную подготовку по оказанию доврачебной помощи больным при легочном кровотечении и при других неотложных состояниях, типичных для туберкулезных больных, а также хорошо знать медицинскую документацию, требования к ее ведению.

Весьма важны функции, выполняемые медицинской сестрой в организации и проведении амбулаторного приема больных. От ее усилий в значительной мере зависит не только сама организация приема, но и качество его проведения.

Таблица 1

Частота посещения очагов туберкулезной инфекции фтизиатром и участковой медицинской сестрой

Группа очага	Фтизиатр	Участковая медицинская сестра
Первая	Не реже одного раза в квартал	Один раз в месяц
Вторая	Один раз в полугодие	Один раз в квартал
Третья	Один раз в течение года	Один раз в полугодие
Четвертая	Первичное обследование, затем по показаниям	По показаниям
Пятая	Один раз в полугодие	По показаниям

При подготовке к амбулаторному приему медицинская сестра отбирает необходимые истории болезни, подклеивает в них результаты анализов, подбирает соответствующие рентгенограммы, получает и дает на просмотр врачу выписки, поступающие из других лечебно-профилактических учреждений (больниц, санаториев и др.).

Во время амбулаторного приема медицинская сестра должна обеспечить четкую очередность направления больных к врачу, в первую очередь больных с повышенной температурой, с жалобами на боли, кровохарканье, одышку, плохое самочувствие. Прежде всего следует направлять к врачу всех пожилых, ослабленных больных, приехавших на консультацию из отдаленной местности, а также всех имеющих на руках больничные листы. Участковая медицинская сестра должна уметь вести необходимую документацию и во время приема: заполнять по указанию врача различные направления, справки, учетные формы и другие документы.

Весьма важной функцией медицинской сестры является ведение картотеки. Она должна регулярно отмечать даты явки больного на прием и время очередного прихода больного, вписывать в карточки диагноз, группу учета, сведения об амбулаторном, стационарном и санаторном лечении, изменениях в трудовой деятельности больных, места жительства.

При работе с туберкулезными больными крайне важно обеспечить их своевременную явку в диспансер, поэтому, работая с картотеккой, медицинская сестра должна выявить лиц, не явившихся в установленные сроки, и обеспечить их вызов. Под контролем медицинской сестры должна находиться и регулярность явки больных в процедурный кабинет. В случае если больной не прибыл для проведения назначенных врачом процедур, медицинская сестра выясняет причину неявки и обеспечивает вызов таких больных повторно. Очень важна помощь участковой медицинской сестры и медицинскому статистику при разработке годового отчета, особенно в сборе необходимых материалов.

Участковая медицинская сестра работает в содружестве с медицинской сестрой детского отделения диспансера, помогая выявлять детей, контактирующих с больными туберкулезом, и привлекать их в диспансер для систематического наблюдения, а при необходимости и для лечения.

Важна работа участковой медицинской сестры по оздоровлению очагов туберкулезной инфекции, а также совместная деятельность с врачом по организации и проведению лечения больных в домашних условиях.

В крупных противотуберкулезных диспансерах участковыми медицинскими сестрами руководит опытная старшая медицинская сестра отделения, которая обеспечивает инструктаж участковых сестер, а также необходимый контроль за амбулаторной лекарственной терапией, выявлением лиц, имеющих контакт с больными туберкулезом, ведением необходимой медицинской документации и т. д.

В работе участковой медицинской сестры, занятой обслуживанием туберкулезных больных, очень большое значение имеют два обстоятельства. Во-первых, умение медицинской сестры правильно построить свои отношения с больным, у которого подозревается или установлен диагноз туберкулеза легких. Во-вторых, в своей работе медицинская сестра должна учитывать, что у окружающих больного людей нередко встречаются предрассудки, преувеличенные представления об опасности контактов с больным.

Для успешного решения самых различных вопросов, возникающих в процессе работы с туберкулезными больными, особенно важно наличие у медицинской сестры не только необходимых знаний и навыков по профилактике туберкулеза, наблюдению за больными и их лечению, но и способность завоевать доверие больного. Не меньшее значение имеет и умение медицинской сестры тактично и грамотно дать представление окружающим больного людям о реальной степени опасности заболевания туберкулезом при контакте с больным или человеком, у которого туберкулезный процесс излечен. Нужно иметь в виду, что проявление неоправданно больших опасений у окружающих весьма отрицательно влияет не только на психику больного, но и на течение болезни, эффективность лечения, при этом следует учитывать, что для больных туберкулезом особенно большое значение имеет внимание, проявление чуткости и заботы со стороны медицинского персонала — как врача, так и медицинской сестры.

Находясь в тесном контакте с больными и окружающими их людьми, хорошо зная обстановку, которая складывается у больных дома, в семье и на производстве, участковая медицинская сестра имеет возможность эффективно контролировать выполнение больными назначений врача и требований противоэпидемического режима, санитарно-гигиенических правил, может влиять на моральное состояние больных.

Всю работу участковой медицинской сестры можно разделить на внутридиспансерную и деятельность вне противотуберкулезного диспансера — на фтизиатрическом участке.

Важным разделом *внутридиспансерной работы участковой медицинской сестры* является активное ее участие в приеме больных, который проводится ежедневно участковым фтизиатром, а также четкое ведение картотеки на всех лиц, находящихся под наблюдением специалистов противотуберкулезного диспансера. Ежемесячный просмотр этой картотеки позволяет эффективно контролировать своевременность профилактических и лечебных мероприятий, которые должны проводиться среди всех лиц, находящихся под наблюдением диспансера, выявлять и своевременно вызывать больных, не являющихся в диспансер на прием к врачу или для выполнения необходимых процедур. Картотека при условии ее правильного ведения позволяет получить также данные, которые необходимы для ведения в диспансере медицинского учета и отчетности.

Основное направление *внедиспансерной работы участковой медицинской сестры* противотуберкулезного диспансера — проведение необходимых мероприятий в очагах туберкулезной инфекции. В этих целях карта участковой медицинской сестры противотуберкулезного диспансера заполняется на каждый очаг туберкулезной инфекции. Карта содержит паспортные данные о лицах, контактирующих с бацилловыделителем, а также отметки о датах и результатах обследования контактирующих; подробное описание очага и рекомендации участкового фтизиатра и эпидемиолога, на основании которых составляется план санации очага. Ежегодно участковая сестра подводит итог проведенной работы: число посещений очага участковым фтизиатром, эпидемиологом, участковой сестрой и проведенных бесед, количество выданных дезинфекционных средств, данные о заключительных дезинфекциях, изменениях жилищно-бытовых условий, данные о вакцинации и химиопрофилактике среди контактирующих и выводы о результатах проведенной оздоровительной работы.

Весьма ответственные функции в противотуберкулезной работе выполняет **участковый фельдшер в сельской местности**, в особенности руководящий фельдшерско-акушерским пунктом. Участковый фельдшер должен обеспечить учет всех лиц (больных и здоровых), нуждающихся в систематическом наблюдении и лечении; выполнение под руководством районного фтизиатра лечебных назначений врача, профилактических прививок; контроль за установлением рационального режима труда и быта у состоящих под наблюдением лиц; проведение подворных обходов в населенных пунктах, медицинских осмотров, дезинфекции в очагах туберкулезной инфекции, санитарно-просветительной работы и т. д.

Эффективность работы по профилактике туберкулеза и лечению больных во многом зависит от квалификации и организации труда среднего медицинского персонала, в частности от медицинской сестры, которая выделяется для обслуживания фтизиатрического участка. Должности участковых медицинских сестер устанавливаются соответственно должно-

стям участковых врачей-фтизиатров амбулаторного приема, а медицинских сестер врачевных кабинетов — соответственно должностям врачей амбулаторного приема (кроме должностей участковых врачей-фтизиатров).

В организации работы противотуберкулезного диспансера можно выделить следующие основные разделы: организация приема больных, диагностика заболеваний, лечение больных туберкулезом, специфическая и неспецифическая профилактика этого заболевания, реабилитация больных, санитарное просвещение.

Как уже было сказано, важнейшими задачами противотуберкулезного диспансера являются диспансерное наблюдение больных, учет и обеспечение полноценного лечения больных туберкулезом. Своевременное выявление заболевания определяет прежде всего высокую эффективность лечения на ранних стадиях болезни и, наоборот, большие трудности, которые возникают в процессе лечения в запущенных случаях, когда уже имеет место распад легочной ткани. Велико и эпидемиологическое значение раннего выявления туберкулезного процесса, так как при своевременной изоляции заболевшего резко уменьшается возможность заражения окружающих больного туберкулезом.

Выявление туберкулезных больных происходит в подавляющем большинстве случаев двумя путями:

1) у лиц, обращающихся за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения, при этом диагностике заболеваний в значительной мере способствует принятое в настоящее время обязательное проведение флюорографического обследования для всех обращающихся в поликлинику за медицинской помощью;

2) в ходе массовых осмотров населения. Во время этих осмотров заболевания обычно выявляются у детей с помощью туберкулиновой пробы, а у подростков и взрослых — флюорографическим методом.

Во время проведения массовых флюорографических обследований ответственные функции выполняются средними медицинскими работниками (медицинскими сестрами). Для обеспечения максимального охвата обследованием намеченных контингентов (коллектива предприятия, учреждения, населения конкретного района и т. д.) очень важно организовать до начала обследования заполнение карт индивидуального учета, в которые затем вносятся результаты флюорографии. Это мероприятие обычно проводится средним медицинским персоналом медицинских учреждений общей лечебно-профилактической сети.

Очень важно обеспечить хороший учет и в последующем — при контрольном флюорографическом дообследовании лиц, у которых выявлена патология органов грудной клетки или имеется подозрение на наличие заболевания (контрольное дообследование обычно проводится через 1–2 дня после массового обследования). Тщательный учет необходим и при направлении выявленных больных для детального обследования и последующего направления в соответствующие лечебно-профилактические учреждения (противотуберкулезные диспансеры, поликлиники, стационары и т. д.).

Для обеспечения эффективности всей следующей за массовым флюорографическим обследованием работы большое значение имеет периодический просмотр карт (базы данных) для выявления лиц, своевременно не прошедших повторных обследований (в том числе флюорографических), а также лиц, которые должны быть вызваны для проведения лечения. Такой просмотр карт (базы данных), как правило, проводит медицинская сестра. Она же обеспечивает контроль за своевременной явкой вызываемых в лечебно-профилактическое учреждение лиц и проведением и учетом необходимых диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Опыт показывает необходимость ведения флюорокартотеки. Информация, которая накапливается в картах флюорокартотеки, позволяет при последующих обследованиях следить за динамикой патологического процесса. Как уже указывалось выше, ведением такой картотеки занимается медицинская сестра флюорографического кабинета.

Важным разделом работы противотуберкулезного диспансера является организация и проведение диспансерного наблюдения за всеми состоящими на учете больными туберкулезом, а также теми категориями здоровых, у которых существует опасность возникновения заболевания (т. е. лиц, контактирующих с заболевшими).

Контингенты взрослых, которые должны быть учтены в диспансере и находиться под диспансерным наблюдением, подразделяются на следующие группы:

- нулевая группа — лица с неуточненной активностью туберкулезного процесса (дифференциальная диагностика);

- больные с активным туберкулезом;
- больные с активными формами туберкулеза с хроническим течением заболевания;
- больные с неактивными формами туберкулеза;
- здоровые лица, проживающие с туберкулезным больным — бацилловыделителем.

Распределение контингентов взрослых на указанные группы позволяет четко определить конкретные профилактические и лечебные мероприятия, которые должны проводиться в каждой группе наблюдаемых, а также сроки их проведения.

Так же как и в отношении взрослых контингентов, выделение групп наблюдения для детей и подростков позволяет планировать и проводить необходимые профилактические и лечебные мероприятия в соответствии с характером патологического процесса или состоянием наблюдаемых лиц. Все лица со значительными остаточными изменениями в легких (в результате перенесенного туберкулезного процесса) должны состоять на учете в ЛПУ общей лечебной сети.

В диспансерные группы детей и подростков, которые должны находиться под наблюдением специалистов противотуберкулезного диспансера, входят:

- больные с активным туберкулезным процессом;
- дети и подростки с активным туберкулезом с хроническим течением процесса;
- дети и подростки с клинически излеченным (неактивным) туберкулезом;
- здоровые дети и подростки, совместно проживающие с туберкулезным больным — бацилловыделителем;
- больные с осложнениями после прививки БЦЖ;
- лица с повышенным риском заболевания локальным туберкулезом.

Нулевая (диагностическая) группа — дети и подростки, нуждающиеся в дифференциальной диагностике патологических изменений в легких и дыхательных путях, а также в уточнении характера положительной чувствительности к туберкулину.

Лечение туберкулезных больных в зависимости от характера, тяжести туберкулезного процесса, их бытового устройства может обеспечиваться в амбулаторных условиях или в стационаре (в стационаре противотуберкулезного диспансера, в туберкулезных больницах или специализированных туберкулезных отделениях больниц общего профиля).

В сельской местности лечение туберкулезных больных может организовываться и обеспечиваться районными и межрайонными противотуберкулезными диспансерами. При значительном удалении диспансера это лечение может проводиться сельским участковым врачом или фельдшером сельского участка. В таких случаях районный фтизиатр обязан обеспечить консультацию больных туберкулезом, контроль за выполнением на сельском участке необходимых профилактических и лечебных мероприятий, квалифицированное заключение о трудоспособности больных, о переводе их в другие группы диспансерного наблюдения в зависимости от течения туберкулезного процесса. Районный фтизиатр также должен уделять особое внимание повышению уровня подготовки врачей и фельдшеров сельских участков по профилактике, диагностике и лечению больных туберкулезом.

Для обеспечения эффективности противотуберкулезных мероприятий — как профилактических, так и лечебных — большое значение имеет рациональная организация санитарного просвещения среди населения. Непосредственным организатором гигиенического обучения является районный фтизиатр. Активное участие в этой работе должна принимать и участковая медицинская сестра. Особенно много полезных сведений она может сообщить больным туберкулезом и проживающим совместно с ним людям, проводя беседы с самими больными, членами их семей, соседями по квартире. Тематика этих бесед, их содержание и форма проведения должны обрабатываться под руководством фтизиатра.

Диспансеризация больных кожными и венерическими заболеваниями

Диспансерный метод — мощное средство успешной борьбы с венерическими и кожными заболеваниями. Важнейшими условиями, обеспечивающими высокую эффективность диспансеризации больных с указанной патологией, являются: планирование и хорошая организация профилактических и лечебных мероприятий в диспансерном обслуживании больных кожными и венерическими заболеваниями; взаимодействие в работе специализированных кожно-венерологических учреждений с лечебно-профилактическими учреждениями общей

сети здравоохранения, а также с органами санитарно-эпидемиологического надзора; постоянное совершенствование подготовки в области профилактики, диагностики и лечения кожных и венерических заболеваний самих дерматовенерологов, среднего медицинского персонала дерматовенерологических учреждений, а также врачей и среднего медицинского персонала общей сети здравоохранения; систематическое проведение мер, направленных на повышение общей и медицинской культуры населения, в особенности рациональной организации санитарного просвещения.

Опыт показывает, что значительная часть кожных, а также венерических больных первоначально обращаются не только к специалистам по кожным и венерическим болезням, но и к врачам различных специальностей лечебно-профилактических учреждений общего профиля — в первую очередь амбулаторий и территориальных поликлиник. Поэтому диспансерными методами обслуживания больных венерическими и кожными заболеваниями должны владеть медицинские специалисты не только в области дерматовенерологии, но также и врачи и средние медицинские работники лечебно-профилактических учреждений общей сети здравоохранения.

В выявлении источников заражения при заразных кожных заболеваниях может принимать участие участковый врач. Хорошее знание своего участка очень важно для своевременного выявления источников. Здесь особенно важна роль **участковой медицинской сестры**. Опыт показывает, что высокое доверие к сестре, ее авторитет, правильный подход к больному позволяют сестре получить необходимые сведения об источнике заражения, которые в ряде случаев получить врачу значительно труднее.

Активную работу по профилактике, диагностике и лечению венерических и кожных заболеваний в условиях сельской местности должны проводить **кожно-венерологические кабинеты** районных номерных, а в масштабе всего района — **специализированные (кожно-венерологические) отделения** центральных районных больниц. Наряду с этим работа по профилактике и лечению кожных и венерических болезней, а также контроль за регулярностью и полнотой лечения больных, в особенности венерическими и заразными кожными заболеваниями, в условиях сельской местности могут выполняться медицинским персоналом фельдшерско-акушерских пунктов. Врачи-специалисты кожно-венерологических кабинетов и отделений больниц должны оказывать всемерную помощь врачам сельских врачебных участков и среднему персоналу фельдшерско-акушерских пунктов в их работе по профилактике, диагностике и лечению кожных и венерических заболеваний.

Должности участковых медицинских сестер в штате городских, областных, краевых и республиканских диспансеров устанавливаются по числу должностей врачей-дерматовенерологов, выделяемых для ведения амбулаторного приема. Для врачебных кабинетов должности медицинских сестер также определяются по числу должностей врачей-дерматовенерологов, ведущих амбулаторный прием. Для обеспечения амбулаторной помощи населению на каждые 3 должности врачей-дерматовенерологов амбулаторного приема устанавливается должность лаборанта со средним образованием.

Для ведения переписки с другими учреждениями, обеспечения патронажной работы (вызов больных для осмотров и лечения, проведение лечебно-профилактических мероприятий на дому и т. д.) в кожно-венерологическом диспансере может создаваться **патронажный кабинет** во главе со старшей медицинской сестрой, общее руководство работой которого обычно возлагается на главную медицинскую сестру диспансера. Старшая патронажная сестра является непосредственным организатором работы патронажных сестер. Она распределяет работу между ними, ведет ее учет и обеспечивает систематический контроль за их деятельностью. Для проведения индивидуальной профилактики венерических заболеваний при диспансере может развертываться специальный пункт личной профилактики.

К диспансерным формам работы кожно-венерологического диспансера относятся также организация и проведение мероприятий, обеспечивающих профилактику врожденного сифилиса, предупреждение возникновения венерических и заразных кожных болезней в детских учреждениях.

Непременным условием эффективной профилактики врожденного сифилиса является тесное взаимодействие в работе кожно-венерологического диспансера с женскими консультациями, родильными домами, а также детскими учреждениями, работающими в районе, который обслуживается диспансером.

Опыт показывает, что диспансерное обслуживание больных с гнойничковыми заболеваниями, эпидермофитиями, трихомикозами, нейродермитом, экземой, профессиональными и другими болезнями кожи, в процессе которого обеспечивается системати-

ческое наблюдение за больным в ходе лечения (а при необходимости и в последующем), содействие в улучшении условий труда и быта, рациональное трудоустройство, способствует сокращению сроков лечения, снижению трудопотерь, улучшению исходов заболеваний.

Для каждого врача и медицинской сестры кожно-венерологического диспансера санитарная пропаганда такой же важный участок, как и другие виды лечебно-профилактической работы. Именно поэтому каждый медицинский специалист диспансера должен хорошо владеть методикой санитарного просвещения и активно участвовать в этой работе.

В процессе проведения санитарно-просветительной работы следует обращать особое внимание на ознакомление населения с социальной опасностью, причинами возникновения и симптомами венерических и кожных заболеваний, мерами их профилактики, юридической ответственностью за заражение венерической болезнью другого человека и уклонение от лечения после предупреждения со стороны органов здравоохранения. При организации санитарно-просветительной работы, направленной на профилактику венерических заболеваний, нужно постоянно помнить о необходимости ее проведения на высоком научном уровне; соблюдения большого такта во время беседы как со здоровыми, так и в особенности с больными людьми. Умение расположить к себе больного имеет большое значение в работе по выявлению источников заражения, так как это связано с интимными сторонами жизни человека.

Диспансеризация психически и нервнобольных

Пациенты психоневрологического профиля обеспечиваются медицинской помощью в различных учреждениях системы здравоохранения.

Психоневрологический диспансер является основным лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим оказание внебольничной специализированной психоневрологической помощи взрослым и детям, страдающим нервными и психическими заболеваниями, а также координацию деятельности по профилактике, диагностике и лечению, которая проводится другими специализированными учреждениями этого профиля и лечебно-профилактическими учреждениями общей сети здравоохранения (территориальными поликлиниками, соматическими больницами и др.).

Эффективность диспансерного метода борьбы с психоневрологическими заболеваниями обеспечивается прежде всего рациональным планированием и организацией профилактических и лечебных мероприятий. В процессе диспансеризации важнейшее значение имеет деятельность, направленная на восстановление личности каждого больного или перенесшего психическое заболевание, его приспособление к жизни, обеспечение возможности участвовать в общественно полезном труде.

В этом контексте необходимо остановиться на проблеме стигмы в психиатрии. Феномен стигмы проявляет себя в разных аспектах: в отношении общества к психически больным и их родственникам; в отношении врачей к психически больным; в отношении родственников к факту болезни, больному родственнику и к своей роли; в самостигматизации пациентов, приводящей к нарушениям комплайенса, вторичной и третичной профилактики.

Для редуцирования стигматизации и дискриминации необходимо проведение превентивных мероприятий и психообразовательных программ, направленных на коррекцию мифических, этических, правовых заблуждений, связанных с отсутствием знаний в отношении диагностики, коррекции, профилактики и прогноза психических и поведенческих расстройств.

Задачи диспансерного обслуживания больных не могут эффективно решаться без взаимодействия в работе специализированных медицинских учреждений психоневрологического профиля с лечебно-профилактическими учреждениями общей сети здравоохранения, при этом очень важно обеспечить систематическую работу по повышению подготовки врачей и среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений общего типа в области профилактики, диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств, а также основ знаний по социальному и трудовому восстановлению пациентов.

Активное участие в оздоровлении микросоциальной среды пациентов, их рациональном трудоустройстве, обеспечении корректного отношения к ним окружающих может принимать **участковая медицинская сестра**. Ее усилия должны быть направлены не только на самого пациента, но и на его окружение с целью создания наиболее благоприятного климата и условий для социальной адаптации, при этом следует учитывать, что формы, приемы работы с пациентами с психическими нарушениями отличаются от работы с больными других профилей.

Для медицинской сестры большое значение имеет умение понять больного и завоевать его доверие. В работе с пациентами психоневрологического профиля исключены проявления как неуважительного, иронического, так и фамильярного к ним отношения.

Неизменное внимание к пациентам, забота о них — важнейшее условие завоевания их доверия, достижения успеха в проведении профилактических и лечебных мероприятий. Внимательная медицинская сестра может подметить важные особенности в поведении, действиях больного, которые очень ценны для лечащего врача, установить и сообщить врачу о материальном положении в семье больного, находящегося под диспансерным наблюдением, особенностях взаимоотношений в этой семье и т. д. Все эти данные необходимы врачу для правильной организации диспансерного наблюдения за больными психоневрологического профиля.

Важным аспектом при разработке комплекса лечебно-профилактических мероприятий является рациональное питание. Вопросы теории и практики лечебно-профилактического питания психически больных еще недостаточно разработаны, но уже в древних трудах по медицине отмечалось влияние пищи и питания на психическое состояние человека.

Обильная и высококалорийная пища способствует успокоению, улучшает ночной сон у возбужденных и тревожных пациентов. Вегетарианский режим питания позитивно влияет на пациентов с неврастенией и при состояниях, сопровождающихся повышенной возбудимостью и неуравновешенностью. Для пациентов с невротическими нарушениями рекомендуется усиленное смешанное питание с повышенным содержанием витаминов.

Растительно-молочная диета с пониженным содержанием белка рекомендуется пациентам с шизофренией, в том числе с целью предупреждения рецидивов заболевания. Богатая витаминами, высококалорийная диета рекомендуется при постинфекционных состояниях и депрессиях.

Большое значение диетическое питание имеет для пациентов с эпилепсией. Этим пациентам показана преимущественно кислая диета с ограничением поваренной соли, острых, копченых, раздражающих продуктов. Пища должна быть легкоусвояемая, богатая витаминами, особенно группы В. Такая диета способствует уменьшению частоты судорожных припадков и улучшению психического состояния больных.

Выход организма из любого заболевания, в том числе и психического, идет через универсальный астенический симптомокомплекс. Следовательно, при всех психических расстройствах, имеющих длительное течение, рекомендуется богатая витаминами диета. На клетки коры головного мозга наибольшее влияние оказывает недостаточность тиамин и никотиновой кислоты, пиридоксина, рибофлавина, цианокобаламина и фолиевой кислоты. При недостатке витаминов группы В нарушается использование глюкозы клетками мозга.

Применение диетотерапии является важным фактором комплексного лечения психических больных и имеет существенное значение в профилактике рецидивов и обострений хронических психических заболеваний.

Велика роль медицинской сестры и в проведении разъяснительной работы в семье, с целью дестигматизации. Эта работа должна быть направлена на преодоление бытовых предрассудков и мифов о психически больных и психиатрической помощи, которые сложились в общественном сознании за многие десятилетия. Широко распространен миф об опасности посещения психоневрологического диспансера, так как врач может необоснованно признать душевнобольным, в силу субъективизма оценок, что повлечет постановку на учет и ограничение в социальных правах. Не менее распространен миф о большей опасности психически больных в плане совершения преступлений, чем обычных людей.

Сложившиеся стереотипы приводят к тому, что психиатрический диагноз воспринимается как постыдный, дискриминирующий, отторгающий. У пациента и родственников возникают чувства стыда, страха и неуверенности, что приводит к стремлению скрыть симптомы заболевания, отгородиться от всех. Такая тактика приводит к отказу от посещения врача в диспансере, поддерживающего лечения и коррекционных мероприятий и, как следствие, ухудшает прогноз заболевания.

Важной формой оказания больным внебольничной психоневрологической помощи является **патронаж**, который должен обеспечиваться после выписки больного из стационара во время его пребывания в семье. Пребывание в семье среди психически здоровых людей, участие в социальной жизни, а также проведение в процессе патронажа необходимого поддерживающего и противорецидивного лечения — весьма эффективные факторы, способствующие социальной и трудовой реадaptации лиц с психическими заболеваниями.

Ведущую роль в процессе диспансерного обслуживания больных психоневрологического профиля выполняет **медицинская сестра социальной помощи**, которая является ближайшей помощницей участкового психиатра и работает под его непосредственным руководством.

Важнейшие функции медицинской сестры социальной помощи: систематическое изучение условий быта и труда больных и перенесших психические заболевания и проведение необходимых профилактических, оздоровительных мероприятий в семье; защита юридических прав больных (в соответствии с существующим трудовым законодательством, пенсионное обеспечение, право на жилую площадь и т. д.); контроль за состоянием здоровья пациентов, состоящих на диспансерном учете, и выполнением ими рекомендаций и назначений врача; фиксация сведений (полученных при обследованиях, проведенных в семье, и принятых мерах) в историях болезней или в специальных анкетах.

В комплекс реабилитационных мероприятий входит работа с родственниками пациентов. Осознание родственниками имеющейся проблемы приводит к улучшению внутрисемейных отношений, налаживанию сотрудничества с медицинскими работниками в плане оптимизации прогноза заболевания и улучшения качества жизни пациентов. Сближение семей пациентов приводит к преодолению замкнутости и изоляции. Наиболее активные родственники могут создавать инициативные группы, которые в тесном сотрудничестве с медицинскими работниками могут решать многие вопросы о связях с СМИ, общественными организациями, со спонсорами, организовывать волонтерское движение родственников и пациентов, проводить кружковую работу. Активное вовлечение родственников улучшает процесс психосоциальной реабилитации.

Для планомерного проведения всех мероприятий по диспансерному обслуживанию **больных психоневрологического профиля** принято их деление на следующие группы.

В *первую группу* включаются больные, выписанные из специализированного лечебного учреждения (отделения). Такие больные после выписки из стационара обязательно освидетельствуются участковым психиатром для уточнения группы учета для каждого больного, а также для исключения просмотра существенного изменения в состоянии его здоровья, нередко наблюдаемого непосредственно в ближайшее время после выписки. Следующие две группы наблюдения — вторая и третья — являются основными, так как больные, включаемые в их состав, нуждаются в систематическом активном наблюдении. Во *вторую группу* включают больных с острым и подострым течением заболеваний, а также с длительно текущими, склонными к частым обострениям процессами. В эту же группу входят больные, нуждающиеся в поддерживающей терапии и принудительном лечении (из числа склонных к совершению общественно опасных действий). *Третью группу* составляют больные с длительно текущими заболеваниями, с последствиями после перенесенных психозов и травм — при неполной их социальной компенсации. *Четвертая* является группой так называемого пассивного учета, так как включаемые в ее состав больные не нуждаются в систематическом лечении и в активных социально-профилактических мероприятиях. Это больные, перенесшие в прошлом острые психозы с незначительными остаточными явлениями, больные со слабо выраженными симптомами органических поражений головного мозга, а также больные с достаточной социальной компенсацией. В *пятую группу* включаются больные, продолжающие лечение в специализированных стационарах психоневрологического профиля.

Важнейшие мероприятия, которые должны неуклонно проводиться по отношению к таким больным: своевременное назначение и проведение стационарного лечения (в период обострения психического заболевания или при возникновении симптомов, которые предшествуют обострению); тщательное наблюдение за больными после выписки из стационара; санация бытовой и производственной обстановки, в которой пребывает больной, склонный к социально опасным действиям, обеспечение рационального поддерживающего лечения и ухода за ним, реабилитации и социальной реадaptации. Больным, ненуждающимся в диспансеризации, а также находящимся в состоянии полноценной ремиссии, с хорошей социальной адаптацией, оказывается консультативно-лечебная помощь.

Диспансеризация онкологических больных

Основным содержанием диспансерного метода в борьбе со злокачественными новообразованиями являются выявление и хорошо поставленный учет предопухолевых заболеваний (полипы желудка, кишечника, дискератозы, язвенная болезнь желудка, хронические воспалительные заболевания различных органов и др.) и уже возникших опухолей и проведение необходимых мероприятий по их выявлению, а также по профилактике рака. Основные пути выявления предраковых заболеваний и уже возникших опухолей — массовые профилактические осмотры, выявление этой патологии в процессе текущего амбулаторного (поликлинического) приема больных, а также в период пребывания больных в стационарных лечебных учреждениях — как специализированных (в том числе онкологических), так и общего типа.

Важный раздел диспансерного обслуживания — диспансерное наблюдение за онкологическими больными после завершения их лечения, которое проводится на протяжении всей их последующей жизни. В соответствии с существующими положениями больные с предопухолевыми заболеваниями должны находиться на учете на протяжении одного года, в течение которого обязательно проведение контрольных обследований не реже чем один раз в 3 мес.

Для упорядочения **учета онкологических больных** и правильной организации диспансерного наблюдения за ними в настоящее время принято выделение следующих четырех клинических групп:

Группа Ia — больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования.

Группа Ib — больные с предопухолевыми заболеваниями.

Группа II — больные со злокачественными опухолями, нуждающиеся в специальном лечении.

Группа IIIa — больные со злокачественными опухолями, нуждающиеся в радикальном лечении.

Группа IIIb — прошедшие лечение по поводу злокачественной опухоли и не имеющие метастазов и рецидивов (практически здоровые).

Группа IV — больные со злокачественными опухолями в запущенной стадии, подлежащие только симптоматическому лечению.

Выделение указанных четырех клинических групп позволяет получить необходимые данные для оценки своевременности выявления патологического процесса, возможности радикального или специального лечения, а также результатов лечения.

Практика здравоохранения показывает, что больные злокачественными новообразованиями впервые по поводу опухоли чаще обращаются к участковому врачу и вообще к врачам, не имеющим специальной подготовки области онкологии. И поэтому диагноз злокачественного новообразования может устанавливаться при первом обращении больного к врачу поликлиники, медико-санитарной части предприятия или учреждения, врачу сельского врачебного участка, фельдшеру (медицинской сестре) фельдшерско-акушерского пункта. Это требует от врачей и среднего медицинского персонала общей сети здравоохранения, во-первых, определенного минимума знаний по диагностике злокачественных новообразований и, во-вторых, так называемой онкологической настороженности у медицинского специалиста любого профиля. Под *онкологической настороженностью* понимается хорошее знание ранних проявлений (симптомов) злокачественных опухолей; знание предраковых заболеваний, их диагностики и методов лечения; тщательное обследование каждого больного, особенно при подозрении на онкологическое заболевание; быстрая постановка диагноза и принятие мер к его уточнению путем привлечения специалистов-онкологов.

Основными структурными подразделениями **онкологического диспансера** являются поликлиническое отделение, стационар и пансионат. В поликлиническом отделении решаются следующие задачи: обеспечение приема больных, уточнение диагноза, проведение амбулаторного лечения и обеспечение диспансерного наблюдения за всеми онкологическими больными, состоящими на учете. Силами и средствами поликлинического отделения проводятся также профилактические мероприятия.

Число должностей участковых медицинских сестер определяется соответственно числу должностей врачей-онкологов диспансера, ведущих амбулаторный прием. Должности медицинских сестер врачебных кабинетов устанавливаются соответственно должностям врачей-

онкологов, проводящих в этих кабинетах амбулаторную и консультативную помощь. Кроме того, на 10 должностей врачей амбулаторного приема в штат онкологического диспансера включается одна должность процедурной медицинской сестры.

Все больные, у которых заподозрено злокачественное новообразование (клиническая группа I), должны пройти тщательное обследование в срок, который не должен превышать 10 дней (после того, как поставлен предположительный диагноз). Если диагноз подтвердился, больного ставят на диспансерный учет и обеспечивают необходимое лечение (амбулаторное или стационарное).

Больные, у которых установлено предопухоловое заболевание, должны находиться под наблюдением врачей лечебно-профилактических учреждений общей сети здравоохранения. Диспансерное обслуживание женщин, у которых установлено предопухоловое заболевание, организуется, как правило, в женских консультациях.

Всем больным, у которых поставлен диагноз злокачественного новообразования, требующего специализированного лечения (клиническая группа II), должно быть обеспечено необходимое обследование и интенсивное лечение (амбулаторно или в условиях стационара). Больные группы IIa (больные со злокачественными новообразованиями, нуждающиеся в радикальном лечении) помещаются, как правило, в стационар для проведения хирургических операций с применением (при наличии показаний) и других методов лечения (рентгено-, радио- и химиотерапии).

Все больные групп II и IIa после завершения лечения, а также больные III клинической группы должны состоять на учете и также находиться под диспансерным наблюдением на протяжении всей последующей жизни.

Больные IV клинической группы (со злокачественными новообразованиями в запущенной стадии) подлежат только симптоматическому лечению. Изучение причин поступления больных с запущенными формами опухолей, которое должно проводиться в каждом таком случае, позволяет получить очень важные данные для рациональной организации работы по предупреждению этих случаев. Наиболее частые причины запущенности рака: ошибки в диагностике вследствие недостаточной квалификации врачей в области онкологии, а также неполноценного и длительного обследования больных; несвоевременное обращение самих больных за медицинской помощью; скрытое и малосимптомное течение болезни.

Одним из наиболее эффективных путей, обеспечивающих активное выявление ранних форм злокачественных новообразований, а также предраковых заболеваний, являются **профилактические осмотры**. В настоящее время разработано и применяется несколько видов этих осмотров: массовые, целевые, комплексные, бригадные, индивидуальные (в поликлиниках, стационарах и смотровых кабинетах) и др.

Для обеспечения наиболее полного охвата населения профилактическими осмотрами как в городе, так и в условиях сельской местности необходимо широкое привлечение к работе среднего медицинского персонала: участковых сестер городских и сельских врачебных участков, а также персонала фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшеров и акушерок) при проведении профилактических осмотров в сельских районах.

Практика организации профилактических осмотров показала, что именно с помощью среднего медицинского персонала удается обеспечить проведение осмотров в каждой квартире, в каждом доме в сельской местности. Всех выявленных больных со злокачественными новообразованиями, предраковыми заболеваниями, а также подозрительных на заболевание средний медицинский работник для уточнения диагноза направляет к врачу. Опыт показывает также, что широкое привлечение средних медицинских работников особенно полезно для обеспечения наиболее полного охвата профилактическими осмотрами так называемого неорганизованного населения — в первую очередь пенсионеров и домохозяек. Весьма желательно до начала проведения профилактического осмотра организовать специальные занятия для повышения уровня знаний у фельдшеров, медицинских сестер и акушерок по профилактике и самой методике проведения осмотров.

В процессе общения с онкологическими больными как врачам, так и средним медицинским работникам приходится решать очень ответственные и сложные задачи, которые относятся к области деонтологии — раздела медицинской науки, наиболее важной частью которой является проблема правильных взаимоотношений между медицинскими специалистами и больными. Установление правильных взаимоотношений между врачом, медицинской сестрой и больными — непростое дело вообще, однако эти взаимоотношения в процессе обще-

ния с большими злокачественными новообразованиями особенно сложны и ответственны. Здесь одно неосторожное выражение, слово, даже жест могут нанести непоправимый ущерб состоянию психики больного, неблагоприятно сказаться на течении болезни, крайне осложнить ведение больного, его лечение и уход за ним. Умением вселить в пациента уверенность в благополучный исход болезни должен обладать медицинский специалист любого профиля и уровня подготовки.

В настоящее время основным средством повышения медицинской грамотности и санитарной культуры населения в области профилактики и раннего обнаружения злокачественных новообразований является **противораковая пропаганда**, санитарно-просветительная работа среди населения. Важнейшие задачи этой работы: ознакомление широких слоев населения с симптоматикой при злокачественных новообразованиях и предраковых заболеваниях, особенно в ранней их стадии, разъяснение значения раннего выявления этой патологии и своевременно назначенного лечения.

Особенно большое значение имеют рационально построенная пропаганда здорового образа жизни, разъяснение опасности вредных привычек, необходимости своевременного лечения заболеваний, которые могут вести к возникновению злокачественных новообразований; иными словами — раскрытие значения мероприятий, направленных на профилактику опухолей. В пропаганде профилактических мероприятий следует использовать данные о заболеваемости, об эффективности современных методов лечения рака, особенно в ранних стадиях этого заболевания. Наряду с этим следует широко пропагандировать меры профилактики, которые разработаны отечественными и зарубежными специалистами-онкологами.

В настоящее время выделяются три основных **направления профилактики злокачественных новообразований**: гигиеническое, терапевтическое и хирургическое. Мероприятия *гигиенического характера* направлены на широкое разъяснение большого значения в профилактике рака активного образа жизни, исключения курения, соблюдения рационального режима труда и быта, а также регулярного и полноценного питания, исключения больших доз алкоголя.

Терапевтическое направление в профилактике злокачественных новообразований предполагает главным образом своевременное лечение терапевтическими методами болезней, длительное существование которых может вести к раку. Это относится в первую очередь к лечению хронических заболеваний воспалительного характера — легких, желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы и других органов.

Хирургическая профилактика злокачественных новообразований состоит в проведении в ранние сроки хирургических операций по удалению полипов желудка и кишечника, при аденомах простаты, при каллезной язве желудка, трещинах шейки матки и других заболеваниях, при которых существует опасность возникновения злокачественных новообразований.

При проведении санитарно-просветительной работы среди населения особое внимание следует уделять описанию ранних проявлений (признаков) злокачественных новообразований, разъяснению необходимости безотлагательного обращения к врачу при появлении этих признаков и строгого выполнения всех указаний медицинских специалистов — врача, фельдшера и медицинской сестры. Следует непременно разъяснять нецелесообразность, а в ряде случаев и опасность пользования «домашними» средствами лечения без консультации с медицинскими работниками, а также аргументированно показывать отрицательные последствия лечения зачастую у невежественных людей — знахарей. Необходимо также раскрыть сущность и высокую эффективность диспансерного метода обслуживания населения в борьбе со злокачественными новообразованиями.

Опыт проведения противораковой пропаганды и санитарного просвещения показывает большое значение активного участия в этой работе специалистов со средним медицинским образованием и в первую очередь фельдшеров, акушерок и медицинских сестер.

Диспансеризация гинекологических больных

Организация амбулаторно-поликлинической помощи предусматривает проведение мероприятий по профилактике гинекологических заболеваний, раннему их выявлению и оказанию лечебной и реабилитационной помощи гинекологическим больным.

Гинекологические заболевания диагностируют:

- при обращении в женскую консультацию, в том числе по поводу беременности;
- при осмотре на дому (по вызову или при активном посещении врачом);
- при проведении профилактических осмотров в женской консультации, смотровых кабинетах поликлиник, на предприятиях, при стационарном лечении по поводу экстрагенитальной патологии.

Важным разделом диспансерного обслуживания гинекологических больных является диспансерное наблюдение, оздоровление и реабилитация детородной функции.

Для упорядочения **учета гинекологических больных** и правильной организации диспансерного наблюдения принята следующая система распределения:

Группа I — здоровые лица, подлежащие периодическим осмотрам. Цели диспансеризации здоровых женщин: первичная профилактика заболеваний, гигиеническое воспитание, предгравидарная подготовка, консультирование по планированию семьи и подбор методов контрацепции.

Группа II — женщины, переведенные из третьей группы учета в стадии стойкой компенсации заболевания. На первом этапе диспансеризации ко второй группе также могут быть отнесены не состоявшие ранее на диспансерном учете женщины с незначительными отклонениями в состоянии половых органов и остаточными явлениями перенесенного гинекологического заболевания.

При отсутствии жалоб, нарушений репродуктивной функции и ограничения трудоспособности наблюдение женщин во второй группе учета преследует цели предупреждения прогрессирования заболевания, сохранения репродуктивной функции и трудоспособности. Для достижения этих целей проводятся плановые осмотры 2 раза в год.

Группа III — гинекологические больные с компенсированным течением хронического заболевания, а также перенесшие острый процесс. Третья группа формируется из женщин, переведенных из четвертой группы в связи с компенсацией заболевания. Задачи диспансеризации больных третьей группы: предупреждение обострений (рецидивов), восстановление менструальной и детородной функций, сохранение трудоспособности, внутрисемейная адаптация. Эти задачи решаются путем проведения плановых лечебно-оздоровительных мероприятий.

Группа IV — больные с субкомпенсированным течением заболевания, частой нетрудоспособностью, связанной с обострением процесса и необходимостью плановых госпитализаций. В IV группе учитываются больные в период обследования, подготовки к операции, послеоперационного периода и времени реабилитации. В дальнейшем после достижения компенсации и восстановления трудоспособности эти больные переводятся в III группу, где наблюдаются до достижения стойкой компенсации.

Группа V — больные с тяжело протекающими заболеваниями, длительно нетрудоспособные, нередко нуждающиеся в переводе на инвалидность.

Одним из наиболее эффективных путей, обеспечивающих активное выявление гинекологических, в том числе предраковых заболеваний, являются профилактические осмотры.

Для обеспечения наиболее полного охвата населения профосмотрами необходимо привлечение среднего медицинского персонала: акушерок смотровых кабинетов и фельдшерско-акушерских пунктов в сельской местности. Опыт показывает, что привлечение средних медработников особенно полезно для обеспечения наиболее полного охвата профосмотрами неорганизованного населения: пенсионеров, домохозяек. До начала профосмотра акушерка должна быть подготовлена теоретически по вопросам диагностики гинекологических и онкогинекологических заболеваний, иметь практические навыки забора материала для цитологического исследования, навыки обследования молочных желез, бимануального и ректального осмотра.

Специалистами Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН предложены **критерии определения групп здоровья**, которые могут быть использованы при оценке результатов профилактических осмотров (гинекологических):

1. Здорова:

- жалоб нет;
- менструальная функция не нарушена;
- гинекологические заболевания отсутствуют;
- органы репродуктивной системы при обследовании (лабораторном и клиническом) не изменены.

2. Практически здорова:

- в анамнезе имеются указания на гинекологические заболевания, оперативные вмешательства, в том числе аборт, нарушения ритма и характера менструации;
- жалобы на момент обследования отсутствуют;
- при объективном обследовании могут быть обнаружены анатомические изменения, не вызывающие нарушения функции репродуктивной системы и не снижающие трудоспособности женщины.

3. Больная. При объективном обследовании диагностировано гинекологическое заболевание, даже при отсутствии жалоб пациентки.

Необходимое обследование, манипуляции, лечебные процедуры, малые гинекологические операции проводятся в условиях женской консультации или в дневном стационаре. При наличии показаний пациентка консультируется врачом специализированного приема, гинекологом-эндокринологом, онкогинекологом. При наличии показаний к стационарному лечению женщинам выдают направление на госпитализацию с указанием диагноза, результатов обследования.

После выписки больной из стационара врач женской консультации решает вопрос о методах и сроках реабилитации с учетом рекомендаций, указанных в выписном эпикризе. Излечение женщины подтверждается данными клинического и лабораторного обследования, после чего она снимается с учета.

В процессе общения с пациентками как врачам, так и средним медработникам приходится решать ответственные задачи, относящиеся к области деонтологии. Умением вселить в пациента уверенность в благополучный исход болезни должен обладать медицинский специалист любого профиля и уровня подготовки.

В настоящее время основным средством повышения медицинской грамотности и санитарной культуры населения в области профилактики гинекологических и предраковых заболеваний является санитарно-просветительная работа среди населения. Особенно большое значение имеют рационально построенная пропаганда здорового образа жизни, разъяснение опасности вредных привычек, необходимости своевременного лечения фоновых и предраковых заболеваний.

При проведении мероприятий гигиенического характера следует широко разъяснять важное значение активного образа жизни, исключения курения, соблюдение рационального режима труда и отдыха, сбалансированного питания, ограничение употребления алкоголя.

Следует разъяснять опасность самолечения, а также аргументированно представлять отрицательные последствия обращения к знахарям. Необходимо также раскрывать сущность и высокую эффективность диспансерного метода обслуживания населения в профилактике новообразований, в том числе злокачественных.

РОЛЬ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ В СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

С грамотой вскачь, а без грамоты хоть плачь.

Русская народная пословица

Гигиеническое обучение и воспитание населения является обязательным разделом работы любого лечебно-профилактического учреждения и каждого медицинского работника, оно направлено на повышение санитарной культуры населения, профилактику заболеваний и распространение знаний о здоровом образе жизни.

Важная роль в гигиеническом обучении и воспитании отводится участковой медицинской сестре. Знание условий и образа жизни пациентов и их семей позволяет непосредственно заниматься профилактикой и гигиеническим воспитанием.

Гигиеническое обучение и воспитание населения осуществляется медицинскими работниками отделений (кабинетов) медицинской профилактики ЛПУ, медицинскими работниками участковой службы, медицинскими сестрами специализированных приемов, детских дошкольных и школьных учреждений и др.

В основу ГОВ положена концепция формирования здорового образа жизни, которая реализуется посредством разнообразных форм и методов профилактических воздействий, а также различных медико-социальных программ.

Гигиеническое обучение и воспитание — это система образования, включающая в себя комплексную просветительную, обучающую и воспитательную деятельность, направленную на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование общей гигиенической культуры, закрепление гигиенических навыков, создание мотивации для ведения здорового образа жизни как отдельных людей, так и общества в целом.

Основные задачи гигиенического обучения и воспитания, сформулированные в Концепции сохранения и укрепления здоровья населения методами и средствами ГОВ (1997):

- снижение распространенности курения и употребления табака;
- улучшение качества питания;
- увеличение физической активности;
- смягчение влияния повреждающих психосоциальных факторов и повышение качества жизни;
- соблюдение населением мер личной и общественной профилактики;
- снижение потребления алкоголя;
- профилактика употребления наркотиков и наркотических средств;
- улучшение качества окружающей среды и минимизация повреждающего действия антропогенных факторов.

Хорошо организованная пропаганда медицинских и гигиенических знаний среди населения способствует снижению заболеваемости и смертности, помогает воспитывать здоровое, физически крепкое поколение. Мировой опыт свидетельствует, что эффективность этой профилактической деятельности среди населения исключительно высока. Гигиеническое обучение и воспитание населения оказывается достаточно мощным инструментом формирования здоровья, что хорошо видно на примере ряда зарубежных стран.

В развивающихся странах первоочередные меры ГОВ населения направлены на профилактику инфекционных болезней и борьбу с детской смертностью. Так, в странах Юго-Восточной Азии, Латинской Америки, Африканского региона активно внедряются в практику медико-социальные программы: по питанию детей, иммунопрофилактике, по вопросам семьи и здоровья женщин репродуктивного возраста, профилактике туберкулеза, по борьбе с курением и употреблением табака, образовательные программы для акушерок и др.

В странах с высоким уровнем социального развития проводится профилактика сердечно-сосудистых и дегенеративных заболеваний, злокачественных новообразований, хронических неинфекционных заболеваний.

Выполнение задач ГОВ по вопросам укрепления здоровья населения, естественно, не может дать сиюминутных результатов, однако, как показывают опыт целого ряда высокоразвитых стран и результаты научных исследований, проведенных в РФ, решение этих задач способно привести в течение 5–10 лет к снижению распространенности артериальной гипертензии и табакокурения на 20 %, и, как следствие, к уменьшению заболеваемости, в том числе с временной утратой трудоспособности, и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 15 %, что равносильно сохранению жизни ежегодно примерно 25 тыс. человек трудоспособного возраста.

Улучшение структуры питания населения и повышение качества пищевых продуктов наряду с повышением на 25–30 % числа систематически занимающихся физкультурой и получающих адекватные физические нагрузки обеспечит снижение распространенности избыточной массы тела на 25–30 %, уменьшение заболеваемости и смертности от основных ХНИЗ на 10 и 5 % соответственно.

Снижение потребления алкоголя и профилактика употребления наркотиков позволят снизить заболеваемость алкоголизмом на 15 % и потери от временной нетрудоспособности и инвалидности по заболеваниям общемедицинского профиля, связанным со злоупотреблением алкоголем, на 5 %, а также заболеваемость соматическими болезнями, обусловленными токсическими эффектами алкоголя и наркотических веществ, — на 25 %, травматизм уменьшится на 10–15 %.

Снижение загрязнения окружающей среды до нормативных требований позволит достичь уменьшение общей заболеваемости на 10–15 % и смертности на 5 %.

Экономический анализ результатов крупных профилактических программ, проводимых как в нашей стране, так и за рубежом, показывает высокую эффективность ГОВ. Так, реализация медико-социальных программ укрепления здоровья обеспечивает соотношение стоимости затрат и полученной выгоды как 1:7, т. е. каждый вложенный рубль экономит обществу 7 рублей, которые необходимо было бы потратить на устранение последствий, вызванных курением, употреблением алкоголя и наркотиков, нерациональным питанием, неправильным сексуальным поведением и т. д.

При осуществлении в школах хорошо спланированных долгосрочных мероприятий по формированию ЗОЖ, которые направлены на предотвращение курения, профилактику нежелательной беременности, инфекций, передаваемых половым путем, и синдрома приобретенного иммунодефицита, соотношение стоимости затрат и полученной выгоды составляет 1:14. Такой же показатель эффективности может быть получен при успешной реализации программ вакцинопрофилактики (например, против кори, эпидемического паротита, краснухи, дифтерии), в которых просветительский и образовательный компонент часто является решающим.

Формирование здорового образа жизни

Здоровье человека более чем на 50 % определяется образом жизни, т. е. поведением и отношением к собственному здоровью. Концепция сохранения и укрепления здоровья населения методами и средствами гигиенического обучения и воспитания предусматривает в качестве одного из приоритетных направлений деятельности в сложившихся условиях формирование у населения навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры, что не требует значительных финансовых затрат, но может дать ощутимый социально-экономический эффект.

На современном этапе в основу гигиенического обучения и воспитания населения РФ положена концепция формирования здорового образа жизни, которая должна находить конкретное воплощение в различных гигиенических, профилактических программах.

Здоровый образ жизни — категория общего понятия «образ жизни», включающая в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры, в том числе поведенческой, и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, способствующих предупреждению развития нарушений здоровья и поддерживающих оптимальное качество жизни.

Образ жизни человека включает три категории: уровень жизни, качество жизни и стиль жизни.

Уровень жизни — количественная сторона условий жизни, размер и структура материальных и духовных потребностей населения, фонды потребления, доходы населения, обеспеченность жильем, медицинской помощью, уровень образования, продолжительность рабочего и свободного времени и др. Уровень жизни — это в первую очередь экономическая категория, представляющая степень удовлетворения материальных, духовных и культурных ценностей.

Качество жизни — категория, включающая в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического и социального благополучия и самореализации.

Стиль жизни — особенности поведения конкретного человека или группы людей. Стиль жизни — это признак индивидуальности, самостоятельности, способность построить себя как личность в соответствии с собственными представлениями о полноценной и интересной жизни.

Первые две категории носят общественный характер. Поэтому понятно, что здоровье человека будет в первую очередь зависеть от стиля жизни, который носит персонифицированный характер и определяется историческими, национальными традициями (менталитет) и личными наклонностями. Поведение человека направлено на удовлетворение потребностей. При более или менее одинаковом уровне потребностей, характерном для данного общества, каждая личность характеризуется своим, индивидуальным способом их удовлетворения, поэтому поведение людей разное и зависит в первую очередь от воспитания.

Для чего нужен здоровый образ жизни?

- Для выполнения всех бытовых и общественных функций в оптимальном режиме для человека.

- Для сохранения и укрепления здоровья.

- Для воплощения социальных, психологических и физических возможностей, раскрытия потенциала личности.

- Для продления рода и достижения активного долголетия.

В понятие «**здоровый образ жизни**» входят следующие составляющие:

- рациональная организация трудовой (учебной) деятельности;

- правильный режим труда и отдыха;

- рациональная организация свободного времени;

- оптимальный двигательный режим;

- рациональное питание;

- соблюдение правил личной гигиены, закаливание;

- соблюдение норм и правил психогигиены;

- сексуальная культура, рациональное планирование семьи;

- профилактика аутоагрессии;

- контроль за своим здоровьем.

Формирование здорового образа жизни включает:

- создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний всех категорий населения о влиянии и возможностях снижения всех негативных факторов на здоровье;

- санитарно-гигиеническое воспитание;

- снижение распространенности курения и потребления табачных изделий, снижение потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков и наркотических средств;

- привлечение населения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.

Большое значение в основе формирования здорового образа жизни занимают личностно-мотивационные качества данного человека, его жизненные ориентиры. Никакие пожелания, приказы, наказания не могут заставить человека вести здоровый образ жизни, охранять и укреплять собственное здоровье, если человек сам не будет сознательно формировать собственный стиль здорового поведения. Для сохранения и восстановления утраченного здоровья человек должен прилагать усилия, для которых нужен мотив, а совокупность мотивов составляет мотивацию (мотивация — это побуждение, вызывающее активность организма и определяющее направленность этой активности).

Какие же **мотивации** лежат в основе **формирования стиля здоровой жизни**?

1. *Самосохранение*. Если человек знает, что какое-то действие угрожает жизни, он это действие не совершает. Например, человек, который хочет жить, никогда не пойдет по же-

лезнодорожному пути навстречу мчащемуся поезду. Если человек выяснил, что на яичный белок у него развивается аллергическая реакция, он не будет есть яйца. Мотивация: «Я не совершаю определенные действия, так как они угрожают моему здоровью и жизни».

2. *Подчинение этнокультурным требованиям.* Человек живет в обществе, которое на протяжении длительного времени отбирало полезные привычки, навыки, вырабатывало систему защиты от неблагоприятных факторов внешней среды. Например, жители Крайнего Севера едят сырую замороженную рыбу, так как она обеспечивает наиболее полноценное сбалансированное питание. Другой пример: ребенка с детства обучают гигиеническим навыкам, что продиктовано гигиеническими, этическими и эстетическими требованиями. Мотивация: «Я подчиняюсь этнокультурным требованиям потому, что хочу быть равноправным членом общества, в котором живу. От моего здорового образа жизни зависят здоровье и благополучие других».

3. *Получение удовольствия от самосовершенствования.* Мотивация: «Ощущение здоровья приносит мне радость, поэтому я делаю все, чтобы испытать это чувство». Например, водные процедуры за счет изменения кровообращения вызывают приятные ощущения.

4. *Возможность для самосовершенствования.* Мотивация: «Если я буду здоров, я смогу подняться на более высокую ступень общественной лестницы».

5. *Способность к маневрам.* Мотивация: «Если я буду здоров, то смогу по своему усмотрению изменять свою роль в обществе и свое местонахождение». Здоровый человек может менять профессии, перемещаться из одной климатической зоны в другую.

6. *Сексуальная реализация.* Мотивация: «Здоровье дает мне возможность для сексуальной гармонии».

7. *Достижение максимально возможной комфортности.* Мотивация: «Я здоров, меня не беспокоит физическое и психологическое неудобство».

Академик Н. М. Амосов определил: «Чтобы стать здоровым, нужны собственные усилия, постоянные и значительные». Процесс изменения поведения и формирования мотивации стал предметом исследования психологов во всем мире. Разными авторами в последние годы предложены технологии изменения поведения, с которыми можно познакомиться в специальных изданиях.

Таким образом, здоровый образ жизни должен целенаправленно и постоянно формироваться в течение жизни человека, а не зависеть от обстоятельств и жизненных ситуаций. В этом случае он будет рычагом первичной профилактики, укрепления и формирования здоровья, будет совершенствовать резервные возможности организма, обеспечивать успешное выполнение социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций.

Формирование здоровья различных групп населения

Для более эффективного информирования населения гигиеническое обучение и воспитание осуществляется в различных целевых группах (дети, подростки, учащаяся молодежь, работающие, пенсионеры и т. д.). Формирование целевых групп целесообразно, так как при этом используются аналогичные формы и методы профилактических воздействий: например, профильные школы для больных сахарным диабетом, артериальной гипертензией и др. Информация излагается с учетом возраста, уровня образования, наличия определенных факторов риска.

Формировать группы целесообразно:

- по возрастному составу (дети в детском саду, школьники и учащиеся, студенты и т. д.);
- по социальному статусу (работающие, пенсионеры);
- по профессиональному признаку (работники промышленных предприятий, декретированные группы населения, работники служб безопасности и др.);
- по наличию заболеваний (артериальная гипертензия, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.).

Формирование групп необходимо, так как в каждом возрастном периоде организм решает свои специфические проблемы, обусловленные особенностями адаптации к условиям жизни; в профессиональной группе имеются профессиональные идентичные вредности и особенности гигиены труда; пациенты с аналогичным заболеванием имеют общую этиоло-

гию, клинику, вероятность развития осложнений. Для каждой группы необходим комплекс профилактических мероприятий, включающий идентичную диету, исключение факторов риска, вредных производственных факторов, единые принципы диспансеризации.

При работе с детьми необходимо учитывать особенности возраста: для детей дошкольного возраста следует использовать игры, сказки, красочные картинки для привития гигиенических навыков; в работе со школьниками можно актуализировать их знания по гигиене, природоведению, биологии, анатомии, привлекать к работе педагогов.

Работа с женщинами, беременными, матерями направлена на разъяснение гигиены половой жизни, подготовку к материнству, обучению контрацепции (например, Школа грудного вскармливания, Школа планирования семьи и др.).

Работа с контингентом промышленных предприятий направлена на ознакомление их с вопросами гигиены труда (борьба с шумом, сварочными аэрозолями, пылью и др.), личной гигиены (профилактика болезней кожи) и использование средств общей и индивидуальной защиты.

В сельской местности работа направлена на ознакомление населения с правилами работы с химическими удобрениями, ядохимикатами, разъяснение значения своевременной вакцинации против столбняка, дезинфекции и т. д.

Работа с больными также требует определенных правил: необходимо учитывать особенности психики больного, повышенный интерес к своему заболеванию. Медицинские сестры должны использовать ГОВ как средство психопрофилактики и психотерапии. Нужно успокоить больного, убедить в необходимости совместными усилиями преодолеть недуг, а при невозможности этого (при наличии хронического заболевания) научить его жить, сохраняя высокое качество жизни (Школа для больных артериальной гипертонией, Школа для больных сахарным диабетом, Астма-школа и др.).

Таким образом, в целевых группах населения применяются идентичные методы и средства работы и решаются единые задачи гигиенического обучения и воспитания. Работа с целевыми группами осуществляется медицинскими сестрами специализированных служб, отделений (кабинетов) медицинской профилактики, участковой службы. При работе с населением на всех уровнях информация излагается доступно для широких слоев населения, без использования сложных медицинских терминов, носит позитивный характер.

Одной из целевых групп может быть семья. Профилактика заболеваний в семье в последние годы приобретает особую актуальность в связи с развитием системы общей врачебной практики. Место специалиста общей практики в системе здравоохранения уникально — он непосредственно общается с больным и его семьей, берет на себя ответственность за здоровье наблюдаемых, обеспечивает лечение и профилактику, привлекая для этого самые современные достижения медицинской науки, координирует усилия всех служб здравоохранения. Для лечения и укрепления здоровья человека ему недостаточно только медицинских навыков, требуется знание психологии, умение разбираться в социальных проблемах. При работе с пациентами медицинские работники обязательно должны учитывать их уровень информированности о заболевании или проблеме, экономическое положение, основные местные и национальные традиции и привычки и др.

Общая практика обеспечивает комплексный и индивидуальный подход к больному. Медицинский работник хорошо знает больного и его семью, условия его работы и отдыха. Медицинская сестра общей практики посещает больных на дому. Эти посещения, кроме решения чисто медицинских задач, позволяют понять, в каких условиях больной живет, каковы его взаимоотношения с другими членами семьи, они укрепляют взаимопонимание медицинского персонала и семьи. Семьи не всегда воспринимают медицинского работника как советчика, не понимают, что могут обратиться к нему с вопросами не только медицинского характера. В таких случаях медицинский работник должен сам проявить инициативу, особенно уместно это во время консультации пары, собирающейся вступить в брак, при беременности, при наблюдении подростков.

Специалистами общей практики осуществляются следующие профилактические мероприятия:

- санитарное просвещение, обучение;
- массовые обследования (целевые профилактические осмотры);
- наблюдение (диспансеризация);
- иммунизация и медикаментозная профилактика;
- поведенческая психотерапия;
- реабилитация.

Королевский совет врачей общей практики (Великобритания) считает, что профилактика в семье наиболее эффективна в следующих случаях:

- планирование семьи;
- наблюдение во время беременности;
- наблюдение в послеродовой период;
- иммунизация;
- прекращение курения;
- диагностика и лечение артериальной гипертонии;

В данном случае ГОВ преследует цели:

- воздействие на факторы риска (уменьшение распространенности курения, алкоголизма, наркомании, неправильного питания, малоподвижного образа жизни, артериальной гипертонии, гиперлипотеидемии, беспорядочной половой жизни, уменьшение воздействия профессиональных вредностей и неблагоприятных факторов окружающей среды);

- воздействие на основные причины заболеваемости и смертности: профилактика ИБС и инсультов, злокачественных новообразований (особенно рака легкого, молочной железы, шейки матки и кожи), травм и интоксикаций, инфекций, а также заболеваний опорно-двигательного аппарата, сахарного диабета, болезней зубов, бронхиальной астмы, психических нарушений, инвалидности;

- консультации по вопросам здорового образа жизни.

Перечень вопросов достаточно широк. Поэтому для гигиенического обучения специалисту общей практики необходимы современные знания основ организации гигиенического обучения и воспитания; знания по гигиене, экологии, санитарии, психологии, психогигиене и др.

Методы и средства гигиенического обучения и воспитания населения и пропаганды здорового образа жизни

Используемые методы и средства (табл. 2) должны соответствовать основным принципам гигиенического обучения и воспитания и быть обучающими, наглядными, актуальными, доступными, оптимистичными и нести воспитательную функцию.

Таблица 2

Классификация методов и средств гигиенического обучения и воспитания

Метод	Средства
Устный	Лекция, беседа, совет, дискуссия, информационное выступление по радио, вечер вопросов и ответов, громкое чтение и др.
Печатный	Памятка, листовка, статья в газете, доска вопросов и ответов, лозунг, книга, брошюра, стенная санитарная печать и др.
Наглядный	Плакаты, слайды, натуральные объекты, муляжи, фотографии, альбомы, рисунки и др.
Смешанный	Телевидение, кинофильмы, выставки (стационарные и передвижные), уголки здоровья, курсовые занятия, театрализованные постановки

Кроме этого, необходимы и наглядные материалы, например брошюры, плакаты, видеофильмы. В кабинете должен быть фонд методической литературы (библиотечный фонд, подписные издания, тематические методические папки, альбомы и т. д.), фонд аудио- и видеоматериалов.

Наряду с традиционными формами и методами работы применяются современные: школы-семинары, образовательные программы, уроки здоровья, конференции, телефоны доверия, горячие телефоны, тренинги, школы здоровья (артериальной гипертонии, сахарного диабета, астма-школы, закаливания, менопаузы, грудного вскармливания и др.). В лечебно-профилактических учреждениях могут проводиться социологические исследования, внедряться профилактические и оздоровительные программы.

Содержание и тематика материалов по ГОВ населения определяются в соответствии с задачами и потребностями контингента, обслуживаемого ЛПУ. Для участковых медицинских сестер это могут быть правила ухода за тяжелобольным в домашних условиях, профи-

лактические мероприятия в очаге инфекционного заболевания, просветительная работа о необходимости профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактики и др. Для медицинских сестер кабинетов медицинской профилактики — это проведение различных акций или декад в ЛПУ. Например, декада к дню пожилого человека, включающая комплекс мероприятий: профилактические осмотры, лекции, демонстрации видеоматериалов и др. Для медицинских сестер специализированных служб — это работа с пациентами в рамках профильных школ, раздача информационных материалов по вопросам профилактики различных заболеваний.

Выбор методов и средств ГОВ зависит от ситуации. Так, для диспансерных больных это могут быть групповые формы работы: лекция, проведение профильной школы здоровья, показ кино- или видеofilmа, курсовое обучение, семинарское занятие, групповой профилактический прием; при индивидуальной работе: выдача памятки, брошюры, индивидуальная беседа, непосредственное обучение.

Структура группового занятия строится в зависимости от его цели. Если цель занятия — предоставление новой информации, целесообразно 40 % времени занятия посвятить информационному блоку (лекция, беседа, ответы на вопросы, наглядные материалы, дискуссия и т. д.), 55 % — закреплению новой информации (игры и упражнения, викторины, ответы на вопросы, анкеты, практические задания и т. д.), 5 % времени распределить на знакомство и завершение работы. Если цель занятия — закрепление знаний, умений и навыков участников, основное время необходимо посвятить созданию условий для лучшего усвоения знаний. Если цель состоит в формировании практических навыков, основная часть занятия должна быть посвящена обучению практическим навыкам, играм, упражнениям, направленным на приобретение навыков принятия решения, поиска выхода из рискованной ситуации, навыков отказа в ситуациях, опасных для здоровья.

Таким образом, гигиеническое обучение и воспитание, пропаганда здорового образа жизни при работе с диспансерными группами осуществляется как на индивидуальном уровне, так и в целевых группах. Наибольший эффект дает сочетание различных уровней и использование разнообразных форм и методов.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ — ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ДИЕТОТЕРАПИЯ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ)

Выдерживай и воздерживайся.

Этикет

Здоровое питание должно являться неотъемлемой частью повседневной жизни и способствовать крепкому физиологическому, психическому и социальному здоровью человека. В целом под понятием «здоровое питание» подразумевается совместное воздействие потребляемой нами пищи, нашего состояния здоровья и предпринимаемых усилий для улучшения здоровья, как собственного, так и окружающих. Качественное питание обеспечивается путем потребления безопасных пищевых продуктов в рамках сбалансированной диеты, в результате чего полностью удовлетворяются потребности нашего организма в питательных веществах.

В настоящее время в рамках реализации национального проекта «Здоровье» перед медицинскими работниками поставлены профилактические задачи, направленные прежде всего на предупреждение болезни и контроль заболевания. Ведущий фактор первичной профилактики большинства заболеваний как детского, так и взрослого населения — питание и степень его соответствия физиологическому состоянию организма, т. е. физиологическим потребностям. Правильное питание обеспечивает нормальный рост и развитие детей, способствует профилактике заболеваний, продлению жизни людей, повышению работоспособности и создает условия для адекватной адаптации их к окружающей среде. Роль медицинского работника заключается в том, чтобы донести до пациента значимость здорового образа жизни, рационального питания в профилактике заболеваний. Сейчас в поликлиниках широко используются различные формы обучения пациентов и населения правильному питанию, включая школы питания, семинары, лекции.

Последние десятилетия в России сформировались негативные тенденции в состоянии здоровья населения: уменьшилась продолжительность жизни, рождаемость, повысилась смертность, что приводит к неблагоприятной демографической ситуации. Продолжительность жизни населения в России значительно меньше, чем в большинстве развитых стран и странах СНГ. Увеличение числа сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний в определенной степени связано с питанием. У большинства населения России выявлены нарушения полноценного питания, обусловленные как недостаточным потреблением пищевых веществ, в первую очередь витаминов, макро- и микроэлементов (кальция, йода, железа, фтора, селена и др.), полноценных белков, так и нерациональным их соотношением. Вследствие нарушения рационального питания снижается уровень грудного вскармливания, ухудшаются показатели здоровья и антропометрические характеристики детей. По-прежнему актуальна проблема качества пищевых продуктов и продовольственного сырья, невысокого уровня образования населения в вопросах здорового, рационального питания.

Процесс питания как функция взаимосвязи человека с окружающей средой должен способствовать адаптации человеческого организма к неблагоприятным условиям среды.

Основные направления в области профилактики алиментарно-зависимых состояний и заболеваний:

- ликвидация существующего дефицита микронутриентов (витаминов, железа, кальция, йода, фтора, селена и др.);
- профилактика распространенных неинфекционных заболеваний (гипертонической болезни, патологии обмена веществ, онкологических заболеваний), а также избыточной массы тела и ожирения;
- выпуск высококачественных отечественных адаптированных смесей и продуктов прикорма, а также продуктов для лечебного питания;
- повышение уровня образования специалистов в области науки о питании, а также населения в вопросах здорового питания, с широким привлечением средств массовой информации;

- безопасность продовольственного сырья и пищевых продуктов, в том числе получаемых с применением биотехнологии генной инженерии.

В этих условиях, безусловно, возрастает роль лечебного питания в комплексной терапии заболеваний. Лечебное питание невозможно осуществить без активного участия пациента, без соблюдения диетических рекомендаций, убежденности пациента в значении диеты.

Лечебное питание — важный и неотъемлемый компонент комплексной терапии любого заболевания как терапевтического, так и хирургического профиля. Рационально подобранная диета для пациента не только позволит обеспечить поддержание энергетических и пластических потребностей организма, но и будет воздействовать как самостоятельный лечебный фактор. В частности, с помощью специально подобранного состава питательных веществ важно обеспечить коррекцию определенных звеньев метаболизма, нарушенных в результате патологического состояния.

Рациональное питание — физиологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера труда, климатических особенностей. Рациональное питание направлено на поддержание здоровья. Полноценное или рациональное питание предусматривает наличие в пищевом рационе в оптимальных для усвоения соотношениях белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ в соответствии с потребностью в них.

Основные принципы рационального питания:

- равновесие между поступающей с пищей энергией и энергией, расходуемой человеком, баланс энергии;
- удовлетворение потребности организма в определенном количестве и соотношении пищевых веществ;
- соблюдение режима питания, рациональной кулинарной обработки продуктов, максимально сохраняющей пищевые вещества;
- соблюдение санитарно-гигиенических правил.

Организация лечебного и профилактического питания

В настоящее время в субъектах РФ активно внедряются стационарзамещающие технологии, в том числе дневные стационары в субъектах, стационары дневного пребывания, долечивание на дому и т. д. В связи с этим возрастает ценность рекомендаций по питанию, здоровому образу жизни, даваемых пациентам на амбулаторном этапе, в том числе медперсоналом. Медицинским сестрам следует знать рекомендации по составу диет, методам кулинарной обработки, вопросам питания в домашних условиях в состоянии долечивания, ремиссии и профилактики обострения, развития осложнений.

Лечебное питание невозможно осуществить без активного участия пациента, соблюдения диетических рекомендаций, убежденности пациента в важности диеты.

Питание человека влияет на состояние здоровья, течение заболевания. Под влиянием диеты с уменьшенным количеством соли, исключением экстрактивных веществ, ограничением углеводов уменьшаются воспалительные и аллергические реакции, нормализуется обмен веществ. При болезнях обмена веществ невозможно добиться результатов лечения, если не уделять внимание вопросам питания и здорового образа жизни. При возникновении алиментарного ожирения адекватное удовлетворение потребностей организма в питательных веществах предупреждает дальнейшее развитие заболевания и играет профилактическую роль в развитии сердечно-сосудистой патологии.

Диетическое питание должно быть эффективным, индивидуальным и динамичным, учитывать особенности течения основного и сопутствующих заболеваний. Принцип щажения пораженных органов и систем используют в периоде обострения заболевания. Задача состоит в том, чтобы постепенно расширять диетический рацион за счет снятия некоторых ограничений. Это во многом помогает в решении проблем пациента, связанных с едой. Те продукты, которые были запрещены в момент обострения заболевания, становятся доступными в состоянии ремиссии. Улучшению самочувствия больного способствует и система «зигзагов», при которой тренируются пищеварительные железы. Система «зигзагов» предусматривает кратковременное изменение диеты: «плюс-зигзаги» — нагрузочные дни, «минус-зигзаги» — разгрузочные дни. Нагрузочные дни можно использовать в соответствии с принципом тренировки. Они способствуют стимулированию ослабленных функций органов и

систем, имеют важное психопрофилактическое значение для больных. Хорошая переносимость этой диеты дает пациенту уверенность в своих силах, в успехах лечения, указывает на компенсаторные способности организма и на выздоровление, перевод на более привычный расширенный рацион. Разгрузочные диеты, связанные с направленной перестройкой химического состава и энергоценности рациона в сторону уменьшения, обеспечивают щажение поврежденных функций органов, коррекцию обменных нарушений, дают новый толчок к положительной динамике лечения. Специальные разгрузочные дни назначают 1 раз в неделю с начала лечения на фоне достаточно строгих диетических рационов. Проведение разгрузочных дней обосновано даже после восстановления нарушенных функций органов и систем.

Пища оказывает на организм человека местное и общее воздействие. Пища оказывает непосредственное действие на желудочно-кишечный тракт, изменяя секреторную и двигательную активность органов пищеварения. Эти изменения происходят под влиянием механического действия пищи, ее химического состава и температуры блюд.

Механическое действие пищи зависит от ее объема за один прием, степени измельчения, консистенции (жидкой, полужидкой, вязкой), характера тепловой кулинарной обработки (отваривания, приготовления на пару, тушения, жарения), качества (наличие пищевых волокон, грубой соединительной ткани). В щадящих диетах механическое воздействие минимально: объемы пищи небольшие, степень измельчения достаточная, консистенция жидкая и полужидкая в зависимости от стадии заболевания, тепловая обработка в виде отваривания и приготовления на пару, при улучшении состояния может расширяться за счет тушения. В составе пищи не должно быть много пищевых волокон, соединительной ткани, так как они оказывают грубое механическое воздействие на органы пищеварения, раздражая их. Некоторые блюда и продукты оказывают сильное механическое и химическое действие (жареное мясо, рыба) или слабое действие (паровые или отварные блюда из рубленого мяса или рыбы).

Химическое действие пищи обусловлено химическим составом продуктов питания, теми веществами, которые присутствуют или образуются в процессе приготовления пищи. В продуктах питания присутствуют природные вещества — химические раздражители процесса пищеварения, стимуляторы выделения пищеварительных соков. Это экстрактивные вещества мяса, рыбы, хлеба, грибов, эфирные масла овощей и пряностей, органические кислоты. Во многих пищевых рационах эти вещества должны отсутствовать или находиться в ограниченном количестве, что достигается путем специального подбора продуктов питания или рациональной кулинарной обработкой. Например, при отваривании большая часть экстрактивных веществ переходит в бульон, а вываренный продукт можно использовать в щадящих рационах. Обдав кипятком лук, мы удаляем эфирные масла. Некоторые нагрузочные рационы, наоборот, предусматривают наличие химических раздражителей в диете, с целью стимуляции работы железистого аппарата желудка и других органов пищеварения.

Температурное действие пищи возникает при непосредственном контакте со слизистыми оболочками полости рта, пищевода и желудка. Минимальное раздражающее влияние оказывают блюда, температура которых близка к температуре человеческого тела. Блюда с более высокой или низкой температурой оказывают раздражающее действие на желудочно-кишечный тракт.

Эти свойства блюд используют при составлении различных рационов. Общее действие пищи на организм заключается в том, что химический состав пищи влияет на процессы обмена веществ, на иммунологическую реактивность организма, защищает от неблагоприятных факторов окружающей среды. Пища влияет на функциональное состояние органов и систем, заставляя их работать в заданном режиме либо вызывать сбой и патологические реакции. Питание может уменьшить отрицательное воздействие факторов окружающей среды, неблагоприятное влияние лекарственных препаратов на организм. Необходимо всегда помнить о психологическом действии фактора питания, принимая во внимание привычки, традиции, климатические условия. Все ограничения в диетическом питании должны быть строго обоснованными, соответствовать периодам заболевания и носить строго профилактический характер.

Назначение диетического питания — это функция участкового (лечащего) врача. Наряду с ним медицинская сестра должна объяснить пациенту суть диеты, характер воздействия ее на организм, необходимость ограничения тех или иных блюд, при этом обязательно нужно рассказать, к чему может привести несоблюдение или нарушение рекомендаций по правильному и здоровому образу жизни.

В настоящее время в амбулаторных лечебно-профилактических учреждениях активно внедряются различные формы обучения пациентов, в том числе школы по рациональному питанию при таких заболеваниях, как хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, аллергозы, сахарный диабет, ожирение, метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания, онкологические и др. Правильно данные рекомендации по диете — залог успеха лечения и профилактики развития заболеваний.

Медицинская сестра должна в соответствии со стадией заболевания, этапностью оказания медицинской помощи знать особенности диетического питания, характеристику проводимой диеты, химический состав, энергетическую ценность, с учетом индивидуальных особенностей пациента и наличия сопутствующих заболеваний. Кроме того, она должна владеть навыками расчета энергетического и химического состава рациона, уметь подобрать и рекомендовать набор продуктов к использованию, с учетом диетических требований и индивидуальных особенностей организма, дать общие рекомендации по здоровому образу жизни и правильному рационально сбалансированному питанию в зависимости от заболевания или профилактики развития патологии у лиц, относящихся к группе риска.

Медицинским сестрам следует знать, какое действие окажут продукты питания на органы и системы в случае их различной кулинарной обработки, и рекомендовать пациенту использование различных групп продуктов питания и приготовление диетических блюд в домашних условиях, с учетом калорийности, химического состава рациона.

Медицинская сестра обязана прежде всего настроить пациента на длительность соблюдения диеты, информировать его о возможных осложнениях и прогрессировании основного заболевания при несоблюдении диетических рекомендаций. Пациента и его родственников следует обучить правилам соблюдения диетических рекомендаций, способам кулинарной обработки, навыкам по контролю заболевания.

Основные варианты диет, используемых в лечебном питании

С целью оптимизации лечебного питания в учреждениях здравоохранения стационарного и стационарзамещающего профиля введена новая номенклатура диет (система стандартных диет), отличающихся по содержанию основных пищевых веществ и энергетической ценности, технологии приготовления пищи и среднесуточному набору продуктов с учетом требований, предъявляемых к питанию в настоящее время. Ранее применявшиеся диеты номерной системы (диеты № 1–15) объединены или включены в систему стандартных диет. Их назначают при различных заболеваниях в зависимости от стадии, степени тяжести болезни или осложнений со стороны различных органов и систем. Кроме того, определена последовательность, этапность включения той или иной диеты в комплексную терапию заболеваний. Важную роль играет соблюдение преемственности на различных этапах оказания медицинской помощи. В настоящее время рекомендованы к применению пять вариантов диет.

Стандартная диета

Показания к применению

Хронический гастрит в стадии ремиссии.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии.

Хронические заболевания кишечника с преобладанием синдрома раздраженного кишечника с преимущественными запорами.

Острый холецистит и острый гепатит в стадии выздоровления.

Хронический гепатит с невыраженными признаками функциональной недостаточности печени.

Хронический холецистит и желчнокаменная болезнь.

Подагра, мочекаменный диатез, нефролитиаз, гиперурикемия, фосфатурия.

Сахарный диабет 2-го типа без сопутствующей избыточной массы тела и ожирения.

Заболевания сердечно-сосудистой системы с нерезким нарушением кровообращения, гипертоническая болезнь, ИБС, атеросклероз венечных артерий сердца, сосудов головного мозга, периферических сосудов.

Острые инфекционные заболевания; лихорадочные состояния.

Данная диета заменяет диеты № 1–3, 5–7, 9, 10, 13–15.

Цель назначения

Нормализация секреторной деятельности желудочно-кишечного тракта.

Нормализация двигательной активности кишечника, функций печени и желчного пузыря.

Создание условий для нормализации обмена веществ и быстрого выведения токсических продуктов обмена (шлаков).

Разгрузка сердечно-сосудистой системы, нормализация холестерина и межклеточного обмена веществ.

Повышение защитных сил и адаптационных возможностей организма.

Общая характеристика

Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами и минеральными веществами, растительной клетчаткой. При назначении диеты больным сахарным диабетом исключают сахар (рафинированные углеводы).

В рационе ограничивают экстрактивные вещества, продукты, богатые эфирными маслами, исключают острые приправы, копчености, щавель, шпинат.

Энергоценность рациона: 2170–2400 ккал.

Химический состав: белки 85–90 г (из них 40–45 г животного происхождения), жиры 70–80 г (из них 25–30 г растительные), углеводы 300–330 г (из них 30–40 г простые углеводы), поваренная соль 6–8 г/день, свободной жидкости 1,5–2 л.

Кулинарная обработка: пищу готовят в отварном виде или на пару, используют запекание.

Режим питания: пищу принимают дробно 4–6 раз в сутки. Температура горячих блюд не более 60–65 °С, холодных блюд — не ниже 15 °С.

Рекомендуемые продукты и блюда

Хлеб пшеничный и ржаной вчерашней выпечки, несдобные изделия, сухой бисквит, несдобное печенье.

Нежирные сорта мяса (говядина, телятина, кролик), курица и индейка (без кожи), бефстроганов из отварного мяса, паровые котлеты, кнели, фрикадели, отварное мясо кусочком, докторская и диетическая колбасы, молочные сосиски, яйца всмятку, паровой омлет.

Молоко цельное, кисломолочные свежие напитки, некислая сметана в блюда, творог и блюда из него (запеканки).

Сливочное масло и растительные масла.

Каши овсяная «Геркулес», гречневая, рисовая, манная, пшенная, пшеничная, кукурузная, вермишель.

Свекла, картофель, морковь, цветная капуста, зеленый горошек, кабачки, тыква. Овощи с мягкой клетчаткой можно давать в сыром виде, остальные в отварном или запеченном.

Молочные, вегетарианские супы, борщ, супы с различными крупами.

Спелые фрукты в свежем виде, а также в виде пюре, муссов, компотов, печеные яблоки (без кожицы), сухофрукты; зефир, пастила, сахар, варенье (кроме больных сахарным диабетом).

Молочные соусы, укроп, петрушка в блюда, сметанные соусы.

Некрепкий чай, кофе, какао на молоке, фруктово-ягодные соки, отвар шиповника.

Исключаемые продукты и блюда

Изделия из сдобного и слоеного теста, пирожные, торты с кремом, жареные изделия из теста, свежий хлеб. Жирные и жилистые сорта мяса (баранина, свинина), утка, гусь, консервы, копчености, жареные блюда из мяса; жирные сорта рыб, соленые, копченые, жареные изделия; яйца вкрутую, жареные блюда; молочные продукты с высокой кислотностью, острые и соленые сыры, сливки, топленое масло, тугоплавкие жиры, маргарин, кулинарные жиры; спелые помидоры, сладкий перец, огурцы, капуста, лук (после удаления эфирных масел); шоколад, халва, ягоды с грубой косточкой и кожицей, кислые и незрелые фрукты; пряности, квас, газированные напитки, холодные и кислые напитки.

Диета с механическим и химическим щажением

Показания к применению

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения и нестойкой ремиссии.

Острый гастрит; хронический гастрит с сохраненной и высокой кислотностью в стадии нерезкого обострения; гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; нарушение функции жевательного аппарата; острый панкреатит в стадии затухающего обострения.

Выраженное обострение хронического панкреатита.

В период выздоровления после острых инфекций, после операций (не на внутренних органах).

Данная диета заменяет диеты № 1б, 4б, 4в.

Цель диеты

Путем умеренного механического, химического и термического щажения способствовать ликвидации воспалительного процесса, репарации, нормализации функционального состояния органов желудочно-кишечного тракта, снижению их рефлекторной возбудимости.

Общая характеристика

Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, с умеренным ограничением химических и механических раздражителей слизистой оболочки рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта. Исключаются острые закуски, приправы и пряности.

Энергетическая ценность: 2170–2480 ккал.

Химический состав: белки 85–90 г (из них 40–45 г животные), жиры 70–80 г (из них 25–30 г растительные), углеводы 300–350 г (из них 50–60 г простые), поваренная соль 6–8 г/сут, свободная жидкость 1,5–2 л.

Кулинарная обработка: блюда готовят в отварном виде или на пару, протертые и не протертые. Режим питания: температура горячих блюд 60–65 °С, холодных не ниже 15 °С. Пищу принимают дробно 5–6 раз в сутки.

Рекомендуемые продукты и блюда

Хлеб пшеничный вчерашней выпечки, сухое печенье, сухой бисквит, сухари из пшеничного хлеба.

Нежирная говядина, курица, индейка (без кожи) в рубленном и протертом виде, отварная или приготовленная на пару, колбаса диетическая, докторская, молочные сосиски, нежирные сорта мяса в виде суфле, кнелей, отварное или приготовленное на пару мясо, иногда можно приготовить кусочком, яйца всмятку, паровые омлеты, белковые омлеты.

Молоко в блюдах, молоко цельное по переносимости, творог свежеприготовленный некислый в виде пасты, паровые пудинги, кисломолочные напитки некислые (кислотность по Тернеру не более 90°), ацидофилин, простокваша, кальцинированный творог, неострые мягкие сыры. Сливочное и растительное масло в блюда.

Каши манная, рисовая, овсяная «Геркулес», гречневая, вермишель — полувязкие.

Цветная капуста, кабачки, тыква, морковь, картофель в отварном или паровом виде, в виде пюре, пудингов, свежие сладкие помидоры, слизистые супы из круп, суп-крем из вываренного мяса, вегетарианские супы с мелко шинкованными овощами, разваренными крупами, фруктово-ягодные подливы, бешамель, петрушка, лавровый лист, корица, чай, отвар шиповника, компот из сухофруктов.

Исключаемые продукты и блюда

Хлеб ржаной, свежей выпечки.

Жирные сорта мяса (свинина, баранина), утки, гуси, копчености, консервы, жареные блюда из мяса; яйца, сваренные вкрутую, жареные.

Сливки, сметана в натуральном виде, соленые и острые молочные продукты; тугоплавкие жиры, маргарин, кулинарные жиры; рассыпчатые каши, бобовые; белокочанная, квашеная капуста, лук, огурцы, щавель, чеснок, шпинат, грибы; супы на крепких мясных, рыбных бульонах, борщи, окрошка; блюда острые, жирные; виноград, крыжовник, красная смородина, инжир; холодные, газированные напитки, квас.

Диета с повышенным количеством белка (высокобелковая)

Показания к применению

Через 2–4 мес после резекции желудка по поводу язвенной болезни при наличии демпинг-синдрома, холецистита, гепатита.

Хронический энтерит при наличии выраженного нарушения функционального состояния пищеварительных органов.

Глютеновая энтеропатия, целиакия; хронический панкреатит в стадии ремиссии; хронический гломерулонефрит нефротического типа в стадии затухающего обострения без нарушения азотовыделительной функции почек; сахарный диабет без сопутствующего ожирения и нарушений азотовыделительной функции почек; ревматизм с малой степенью активности процесса при затяжном течении болезни без нарушения кровообращения; ревматизм в стадии затухающего обострения; туберкулез легких; нагноительные процессы; малокровие различной этиологии; ожоговая болезнь.

Данная диета должна заменить диеты № 4а, 7в, 7г, 9б, 10б, 11 и др.

Цель диеты

Способствовать синтезу белка в организме, умеренному химическому щажению органов желудочно-кишечного тракта, почек. Повысить иммунологическую активность организма, уменьшить явления воспаления, улучшить метаболические процессы в организме, способствовать процессам кроветворения и заживления.

Общая характеристика

Диета с повышенным содержанием белка, нормальным количеством жиров, сложных углеводов и ограничением легкоусваиваемых углеводов. Рекомендуют больным сахарным диабетом, а также после резекции желудка с демпинг-синдромом. Исключаются рафинированные углеводы. Химические и механические раздражители желудка и желчевыводящих путей ограничиваются.

Энергоценность рациона: 2080–2690 ккал.

Химический состав рациона: белки 110–120 г (из них 40–45 г животные), жиры 80–90 г (из них 30 г растительные), углеводы 250–350 г (из них 30–40 г простые), поваренная соль 6–8 г/сут, свободной жидкости 1,5–2 л. Кулинарная обработка: блюда готовятся в отварном, тушеном, запеченном виде и на пару. Режим питания: принимают пищу дробно 4–6 раз в сутки. Температура горячих блюд 60–65 °С, холодных не ниже 15 °С.

Рекомендуемые продукты и блюда

Хлеб пшеничный, несвежей выпечки, сухари, хлеб отрубной, хлеб из пшеничного крахмала и соевой муки, при туберкулезе и анемии ржаной хлеб, бисквит, печенье, булочки.

Нежирные сорта говядины, кури, кролик кусочком или в рубленом виде, отварные, тушеные, запеченные, колбаса докторская, молочные сосиски, блюда из субпродуктов — паштеты; различные сорта рыбы с рациональной кулинарной обработкой, морская рыба и морепродукты.

Яйца всмятку, омлет, молоко, кисломолочные свежие продукты, сметана в блюде, творог, лечебный и кальцинированный творог, молочная сыворотка, блюда, приготовленные из творога (запеканки, пасты и др.), соевые белковые продукты.

Исключаемые продукты и блюда

Пирожные, торты с кремом.

Жирные сорта мяса, жареные блюда; копченая и соленая рыба; яйца, сваренные вкрутую; тугоплавкие жиры, маргарин, кулинарные жиры.

Горох, фасоль.

Соленые и маринованные овощи, шпинат, редис, грибы, щавель, чеснок; супы на крепких мясных и рыбных бульонах, соусы и пряности, острые специи и приправы; холодные, кислые, газированные напитки.

Диета с пониженным количеством белка

Показания к применению

Хронический гломерулонефрит с резко и умеренно выраженным нарушением азотовыделительной функции почек и выраженной и умеренно выраженной азотемией; диета должна заменить диеты № 7б, 7а.

Цель диеты

Максимальное щажение функции почек, разгрузка белкового обмена, увеличение диуреза и улучшение выведения азотистых шлаков и недоокисленных продуктов обмена из организма, создание благоприятных условий кровообращения.

Общая характеристика

Диета с ограничением белка до 0,8 или 0,6 г или 0,3 г/кг идеальной массы тела (до 60, 40 или 20 г/день). Исключают азотистые экстрактивные вещества, алкоголь, какао, шоколад, кофе, соленые закуски. В диету вводят блюда из саго, безбелковый хлеб, пюре, муссы из набухающего крахмала. Блюда готовят без соли. Рацион обогащен.

Энергоценность рациона: 2120–2650 ккал.

Химический состав рациона: белки 20–60 г (из них 15–30 г животные), жиры 80–90 г (из них 20–30 г растительные), углеводы 350–400 г (из них 50–100 г простые). Блюда готовят без соли, свободной жидкости 0,8–1 л. Кулинарная обработка: блюда готовят в отварном виде, на пару, не протертые, не измельченные. Режим питания: пищу принимают дробно 4–6 раз в день.

Рекомендуемые продукты и блюда

Хлеб бессолевой, безбелковый.

Говядина отварная; 0,25 яйца в блюда.

Молоко в блюда, кисломолочные продукты и творог ограничено; сливочное и растительное масло все без ограничения в ассортименте.

Саго, овощи свежие, в виде различных блюд; крупяные, овощные, фруктовые супы; любые фрукты и ягоды сырые, печеные, мед, варенье; молочный, томатный, овощные и фруктовые подливы; некрепкий чай, отвар шиповника, компот из сухофруктов, соки овощные и фруктовые.

Исключаемые продукты и блюда

Оладьи, блинчики, хлеб обычной выпечки, субпродукты; колбаса, сосиски; рыба; все другие молочные продукты; другие жиры; бобовые; овощи квашеные, маринованные, соленые, щавель, шпинат, грибы; молочные, на бульонах супы; шоколад; острые приправы.

Диета с пониженной калорийностью (низкокалорийная диета)

Показания к применению

Различные степени алиментарного ожирения при отсутствии выраженных осложнений со стороны органов пищеварения, кровообращения и др. заболеваний, требующих специальных режимов питания. Сахарный диабет инсулинозависимый с ожирением.

Сердечно-сосудистые заболевания при наличии избыточного веса.

Данная диета должна заменить диеты № 8, 8а, 8б, 9а, 10а.

Цель назначения

Предупреждение и устранение избыточного накопления жировой ткани в организме, нормализация белкового, водного, витаминного, жирового и холестерина обмена, восстановление метаболизма, улучшение состояния кровообращения, уменьшение массы тела.

Общая характеристика

Диета с умеренным ограничением энергетической ценности, преимущественно за счет жиров и углеводов. Простые сахара исключают, животные жиры ограничивают, поваренная соль 3–5 г/сут. В рационе присутствуют растительные жиры, пищевые волокна (сырые овощи, фрукты, пищевые отруби). Жидкость ограничивают.

Энергоценность рациона: 1340–1550 ккал.

Химический состав: белки 70–80 г (из них 40 г животные), жиры 60–70 г (из них 25 г растительные), углеводы 130–150 г (из них 5 г простые). Пищу готовят без соли, свободной жидкости 0,8–1,5 л. Кулинарная обработка: пищу готовят в отварном виде или на пару. Режим питания дробный 4–6 раз в день.

Рекомендуемые продукты и блюда

Ржаной хлеб в небольших количествах.

Нежирная говядина, птица без кожи; нежирные сорта рыб, рыбопродукты, нерыбные продукты моря.

Обезжиренные молочные продукты, творог, неострый сыр, кефир, молоко; яйца всмятку, омлеты; каши гречневая, овсяная; овощи ограничено.

Сливочное и растительные масла ограничено, соевые продукты сырые и любого приготовления, особенно полезна капуста, картофель сильно ограничено; супы 0,5 порции вегетарианские, окрошка, свекольник.

Яблоки, груши, сливы, абрикосы, персики, цитрусовые; томатный, белый соусы; чай, кофе некрепкий, соки овощные, отвар шиповника.

Исключаемые продукты и блюда

Все другие виды хлебных изделий; колбасные изделия, субпродукты, копчености; рыба копченая, соленая, вяленая; жареные яйца; сливки, сметана, жирные сыры, йогурты, сладкие творожные сырки; другие жиры; все другие крупы и макаронные изделия.

Овощи маринованные и соленые; арбузы, сладкие дыни, виноград, изюм, инжир, финики; майонез, острые и жирные соусы; квас, лимонад, сладкие фруктовые соки.

Важное значение при построении рационов и диетических рекомендаций имеет содержание основных макронутриентов (белки, жиры, углеводы) в продуктах питания. Уровень содержания основные макронутриентов представлен в табл. 3.

Таблица 3

Содержание белка, жиров и углеводов в 100 г съедобной части продуктов

Количество, г	Пищевые продукты
<i>Белок</i>	
Очень большое (более 15)	Сыр голландский и плавленый, творог нежирный, мясо животных и кур I и II категории, большинство рыб, соя, горох и фасоль, орехи фундук и грецкие
Большое (10–15)	Творог жирный, свинина мясная и жирная, колбасы вареные и сосиски, яйца, крупа манная, гречневая, овсяная, пшено, мука пшеничная, макароны
Умеренное (5,0–9,9)	Хлеб ржаной и пшеничный, крупа перловая, рис, зеленый горошек
Малое (2,0–4,9)	Молоко, кефир, сливки, сметана и мороженое сливочное, шпинат, капуста цветная, картофель
Очень малое (0,4–1,9)	Масло сливочное, почти все овощи, фрукты, ягоды и грибы
<i>Жиры</i>	
Очень большое (более 40)	Масло (растительное, топленое, сливочное), маргарины, жиры кулинарные, шпик свиной, орехи грецкие, свинина жирная, колбаса сырокопченая
Большое (20–40)	Сливки и сметана (20 % жирности и более), творожная масса особая, сыр голландский, свинина мясная, утки, гусь, колбасы полукопченые и вареные, сосиски молочные, шпроты (консервы), шоколад, пирожные, халва
Умеренное (10–19)	Сыр плавленый, творог жирный, сыр 50 %, мороженое сливочное, яйца, баранина, говядина и куры I категории, сардельки говяжьи, колбаса чайная
Малое (3–9)	Молоко, кефир жирный, творог полужирный, мороженое молочное, баранина, говядина и куры II категории, скумбрия, ставрида, сельдь нежирная, горбуша, килька
Очень малое (менее 3)	Творог обезжиренный, молоко белковое, кефир маложирный, судак, треска, хек, щука, фасоль, крупы, хлеб
<i>Углеводы</i>	
Очень большое (более 60)	Сахар, карамель леденцовая, конфеты помадные, мед, мармелад, зефир, печенье сдобное, рис, макароны, варенье, крупа манная и перловая, финики, изюм, пшено, крупа гречневая и овсяная, урюк, чернослив
Большое (40–60)	Хлеб ржаной и пшеничный, фасоль, горох, шоколад, халва, пирожные
Умеренное (11–20)	Сырки творожные сладкие, мороженое, хлеб белково-отрубной, картофель, зеленый горошек, свекла, виноград, вишня, черешня, гранаты, яблоки, соки фруктовые
Малое (5–10)	Кабачки, капуста, морковь, тыква, арбуз, дыня, груши, персики, абрикосы, сливы, апельсины, мандарины, клубника, крыжовник, смородина, черника, лимонад
Очень малое (2–4,9)	Молоко, кефир, сметана, творог, огурцы, редис, салат, лук зеленый, томаты, шпинат, лимоны, клюква, грибы свежие

Специальные диеты

В диетических рекомендациях часто используются специальные функциональные диеты, направленные на коррекцию нарушений метаболического, водно-электролитного, углеводного обмена.

Диета Кареля

Диета Кареля предложена автором в 1865 г. В основе диеты лежит дозированное питание теплым снятым молоком с постепенным увеличением его количества. Плохая переносимость молока многими больными требовала модификации диеты. В настоящее время диета состоит из 4 рационов. Диета характеризуется резко сниженной энергоценностью с исключением поваренной соли, ограничением жидкости, частыми приемами пищи. Молоко (7 раз в день) дают в теплом виде. Все блюда готовят без соли.

Диета Кареля применяется при недостаточности кровообращения и имеет диуретический эффект (табл. 4). Назначается в виде последовательных рационов: I, II рационы — до 2–3 дней; III, IV — до 3–4 дней. С IV рациона пациента методом «зигзагов» переводят на антиатеросклеротический или другой показанный ему рацион.

Таблица 4

Энергетическая ценность и химический состав диеты Кареля

Характеристика рациона	Рацион			
	I	II	III	IV
Энергоценность, ккал	445	940	1490	1690
Белки, г	20	30	50	60
Жиры, г	25	40	50	50
Углеводы, г	35	115	210	250

Меню диеты Кареля

I рацион

с 8 до 20 ч: по 100 мл молока каждые 2 ч 7 раз в день
в 22 ч: 100 мл фруктового сока или отвара шиповника с сахаром

II рацион

8 ч утра: 150 г бессолевого хлеба и 1 яйцо, сваренное всмятку, 100 мл молока
в 10, 12, 16, 18, 20 ч: 100 мл молока
в 14 ч: 200 г рисовой каши с 5 г сливочного масла, 100 мл молока
в 22 ч: 100 мл фруктового сока или отвара шиповника с сахаром

III рацион

в 8 ч утра: 150 г бессолевого хлеба, 1 яйцо сваренное всмятку, и 50 г сахара; 100 мл молока
в 10, 12, 16, 18, 20 ч: по 100 г молока
в 14 ч: 200 г картофельного пюре с 10 г сливочного масла, 100 мл молока
в 18 ч: 1 яйцо, сваренное всмятку, 100 мл молока
в 22 ч: 100 мл фруктового сока или отвара шиповника с сахаром

IV рацион

в 8 ч: 200 г бессолевого хлеба, 100 г печеных яблок и 1 яйцо, 100 мл молока
в 10, 14, 20 ч: по 100 г молока
в 12 ч: 200 мг картофельного пюре с 5 г сливочного масла, 100 мл молока
в 18 ч: 1 яйцо, сваренное всмятку, 100 мл молока
в 22 ч: 100 мл фруктового сока или отвара шиповника с сахаром

Калиевая диета

Рекомендуется при сердечной недостаточности, недостаточности кровообращения, гипертонической болезни, отеках.

Таблица 5

Химический состав и энергетическая ценность калиевой диеты

Характеристика рациона	Рацион			
	I	II	III	IV
Энергоценность, ккал	960	1350	2270	2590
Белки, г	20	40	50	70
Жиры, г	20	0	90	70
Углеводы, г	180	230	315	420

При диете используются продукты, богатые калием (картофель, капуста, курага, шиповник, изюм, инжир, чернослив) (табл. 5).

Исключаются экстрактивные вещества, соль, ограничена жидкость. Прием пищи 6 раз в день. Последовательно на 1–2 дня назначаются I вариант и на 2–3 дня II, III варианты.

Примерное меню калиевой диеты (по Б. Л. Смолянскому)

I вариант

1-й завтрак: печеный картофель 200 г, кофе (суррогат) с молоком 180 г
2-й завтрак: сок морковный свежий 100 г
Обед: суп-пюре из картофеля 200 г, пюре морковное — 100 г, желе фруктовое
Полдник: отвар шиповника 100 г
Ужин: картофельное пюре 300 г, отвар шиповника 100 г, сок фруктовый 100 г, 50 г бессолевого хлеба

II вариант

1-й завтрак: каша пшеничная молочная с сухофруктами 200 г, кофе (суррогат) с молоком 180 г
2-й завтрак: картофельное пюре 200 г; сок морковный 100 г
Обед: суп овсяный вегетарианский 250 г; котлеты морковные 150 г; компот из сухофруктов 180 г
Полдник: отвар шиповника 100 г
Ужин: рыба отварная 55 г, картофельное пюре 200 г, чай с молоком 180 г
На ночь: сок фруктовый 100 г

III вариант

1-й завтрак: печеный картофель 200 г, кофе (суррогат) с молоком 180 г
2-й завтрак: каша пшеничная 150 г, сок морковный 100 г
Обед: суп-пюре из капусты и картофеля 200 г, картофельные котлеты 200 г, желе фруктовое; бессолевого хлеба 100 г.
Полдник: отвар шиповника 100 г
Ужин: плов рисовый с фруктами 150 г, отвар шиповника 100 г
На ночь: сок фруктовый
На весь день 100 г бессолевого хлеба.

Для удобства оценки самим больным в рационе содержания калия разработаны системы «калиевых» единиц, аналогичные привычным нам «хлебным» единицам для диабетиков. Необходимо также ознакомление пациентов с содержанием калия в основных его пищевых источниках.

Примерное содержание калия (мг/100 г продукта) в овощах:

< 200 — тыква, огурцы, перец зеленый сладкий, лук репчатый, капуста белокочанная;
200–300 — морковь, капуста цветная, салат, брюква, кабачки, репа, баклажаны;
250–300 — редис, фасоль (стручок), чеснок, петрушка (корень), свекла, томат, капуста краснокочанная, капуста кольраби, ревень;
> 350 — редька, сельдерей (корень), картофель, капуста брюссельская, томатная паста.

Примерное содержание калия (мг/100 г продукта) во фруктах:

100–150 — черника, арбуз, клюква, айва;
150–200 — груши, мандарины, земляника, лимон, грейпфрут, манго, апельсины;
200–300 — сливы, малина, черешня, яблоки (с кожурой), виноград, вишня, киви, крыжовник, смородина красная;
300 — абрикосы, ананас, бананы, смородина черная, персики, авокадо, сухофрукты.

Магниева диета

Применяется при гипертонической болезни и атеросклерозе.

Цель: повышение диуреза, разгрузка межпочечного обмена, снижение АД и холестерина в крови, угнетение возбудимости сосудодвигательного центра, противовоспалительное действие.

При магниевой диете (табл. 6) рекомендуются продукты, богатые магнием (пшеница, овсяная, гречневая крупы, хлеб из муки грубого помола, овощи, зелень, орехи, фасоль). Исключается соль, экстрактивные вещества, ограничивается жидкость.

Таблица 6

Химический состав и энергетическая ценность магниевой диеты

Характеристика рациона	Рацион		
	I	II	III
Энергоценность, ккал	1170	1415	2240
Белки, г	30	70	80
Жиры, г	50	55	80
Углеводы, г	150	160	300

Примерное меню магниевой диеты (по Б. Л. Смолянскому)

Диету назначают в виде 3 последовательных рационов, каждый на 3–4 дня.

I рацион

1-й завтрак: гречневая каша с жареными пшеничными отрубями 150 г, чай с лимоном
 2-й завтрак: морковь тертая 100 г с 5 г растительного масла
 Обед: борщ со слизистым отваром из отрубей 250 г, каша пшеница с курагой 150 г, отвар шиповника 100 г
 Полдник: сок абрикосовый 100 г
 Ужин: суфле творожное 150 г, чай с лимоном
 На ночь: отвар шиповника 100 г

II рацион

1-й завтрак: каша овсяная молочная 250 г, чай с лимоном
 2-й завтрак: 50 г размоченного чернослива
 Обед: щи со слизистым отваром из отрубей 250 г, мясо отварное со свеклой, тушеной с растительным маслом, 50/160 г, яблоко 100 г
 Полдник: салат из моркови с яблоками 100 г, отвар шиповника 100 г
 Ужин: крупеник гречневый с творогом 250 г, чай
 На ночь: сок морковный 100 г
 На весь день: хлеб с отрубями 125 г

III рацион

1-й завтрак: тертая морковь 150 г, каша пшеница молочная 250 г, чай с лимоном
 2-й завтрак: курага размоченная 100 г, отвар из пшеничных отрубей 100 г
 Обед: суп овсяный с овощами и слизистым отваром из отрубей 250 г, курица отварная 85 г, котлеты капустные 200 г, отвар шиповника 200 г
 Полдник: яблоки свежие 100 г
 Ужин: суфле творожное 150 г, морковно-яблочные котлеты 200 г, чай
 На ночь: сок томатный 100 г
 На весь день: хлеб с отрубями 250 г, сахар 30 г

Диета Кемпнера (рисово-компотная)

Разновидность калиевой диеты. Состоит из рисовой каши на воде и компота: 6 раз в день дают компот и 2 раза дополнительно рисовую кашу.

Белки — 10 г, жиры — 0,4 г, углеводы — 308 г. Энергетическая ценность — 1276 ккал.

Набор продуктов: рис — 50 г, сухофрукты — 240 г, сахар — 100 г.

Диету назначают на короткий срок (3–4 дня).

Диета Яроцкого

Показана при недостаточности кровообращения, на фоне гипертонической болезни и атеросклероза. Диета противопоказана при повышенном содержании остаточного азота в крови.

Состав: 600 г свежего творога, 50 г сметаны, 100 г сахара.

Продукты распределяются на 4–5 приема. Диета оказывает мочегонный эффект. Метионин творога оказывает липотропное действие.

Разгрузочные диеты

Чайная диета. При остром гастрите и энтероколите, обострении хронических энтероколитов с поносами — 7 раз в день по стакану чая с 10 г сахара.

Сахарная диета. При остром нефрите, недостаточности почек или печени, реже при остром гепатите и холецистите или их обострении — 5 раз в день по стакану чая с 30 г сахара.

Яблочная диета. При ожирении, гипертонической болезни, недостаточности кровообращения или почек, остром нефрите, болезнях печени и желчных путей — 5 раз в день по 300 г спелых сырых или печеных яблок, всего 1,5 кг. При нефрите и болезнях сердечно-сосудистой системы можно добавить 50–80 г сахара. При хроническом энтероколите с поносами — 5 раз в день по 250–300 г сырых спелых тертых яблок.

Диета из сухофруктов. При гипертонической болезни, недостаточности кровообращения, болезнях печени и желчных путей — по 100 г размоченного чернослива или кураги, или прокипяченного изюма 5 раз в день, всего 0,5 кг.

Арбузная диета. При гипертонической болезни, недостаточности кровообращения, нефритах, подагре, мочекаменной болезни без фосфатурии, болезнях печени и желчных путей, ожирении — по 300–400 г мякоти арбуза 5 раз в день, всего 1,5–2 кг.

Картофельная диета. При нефритах, гипертонической болезни, недостаточности кровообращения — по 300 г отварного в кожуре или печеного картофеля без поваренной соли, всего 1,5 кг.

Огуречная диета. При ожирении, гипертонической болезни и сахарном диабете с ожирением, нефритах, болезнях печени и желчных путей, подагре, мочекаменной болезни без фосфатурии — по 300 г свежих огурцов без соли 5 раз в день, всего 1,5 кг.

Салатная диета. При ожирении, атеросклерозе, гипертонической болезни и сахарном диабете с ожирением, нефритах, болезнях печени и желчных путей, подагре, мочекаменной болезни без фосфатурии — свежие сырые овощи и фрукты, их комбинации 5 раз в день по 250–300 г без соли с добавлением растительного масла или сметаны.

Молочная (кефирная) диета. При ожирении, атеросклерозе, гипертонической болезни и сахарном диабете с ожирением, недостаточности кровообращения, нефритах, болезнях печени и желчных путей, подагре и мочекаменной болезни без фосфатурии — по 200–250 г молока, кефира, простокваши (можно пониженной жирности) 6 раз в день, всего 1,2–1,5 л.

Творожная диета. При ожирении, сахарном диабете, атеросклерозе и гипертонической болезни с ожирением, недостаточности кровообращения, болезнях печени и желчных путей — по 70 г творога 9% жирности или нежирного 5 раз в день. Кроме того, 2 стакана чая, 1 стакан отвара шиповника, 2 стакана нежирного кефира, всего 1 л жидкости. Вариантом является творожно-кефирная (молочная) диета — по 50 г творога 9% жирности и 1 стакану кефира (молока) 5 раз в день; всего 250 г творога и 1 л кефира (молока).

Сметанная (жировая) диета. При ожирении, реже при сахарном диабете с ожирением — по 50 г сметаны 20% жирности 5 раз в день, всего 400 г; 1–2 стакана отвара шиповника.

Мясная (рыбная) диета. При ожирении, атеросклерозе и сахарном диабете с ожирением — по 70 г нежирного отварного мяса или отварной рыбы 5 раз в день, всего 350 г, по 100–150 г овощей (капуста, морковь, огурцы, томаты) 5 раз в день, всего 0,6–0,9 кг; 1–2 стакана чая без сахара.

Овсяная диета. При ожирении, сахарном диабете с явлениями метаболического ацидоза, атеросклерозе с ожирением — по 140 г овсяной каши на воде 5 раз в день, всего 700 г каши (200 г овсяной крупы), 1–2 стакана чая и отвара шиповника.

Соковая диета. При ожирении, атеросклерозе, гипертонической болезни и сахарном диабете с ожирением, болезнях почек, печени и желчных путей, подагре, мочекаменной болезни без фосфатурии — 600 мл сока овощей или фруктов, разбавленных 200 мл воды или 0,8 г отвара шиповника. На 4 приема.

Питание при некоторых заболеваниях

Питание при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Диетическое питание при заболеваниях сердечно-сосудистой системы должно способствовать максимальной разгрузке, щажению органов пищеварения и почек, коррекции возникающих метаболических нарушений, увеличению диуреза, усилению действия на орга-

низм лекарственных средств, защите организма от побочного влияния мочегонных препаратов. Необходимо учитывать стадию заболевания, наличие сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта.

При заболеваниях сердечно-сосудистой системы с нерезким нарушением кровообращения, хронической недостаточности кровообращения, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, атеросклерозе венечных артерий сердца, мозговых и периферических сосудов назначают основной вариант стандартной диеты.

В основе развития сердечно-сосудистой патологии лежат атерогенные процессы, формирующие хронически протекающее обменно-сосудистое заболевание, с нарушением обмена жиров и холестерина в организме. Развитию заболевания способствуют в том числе:

- неправильное питание;
- избыточное питание с большим содержанием в пище жиров и холестерина;
- недостаточное выведение из организма или усиленный эндогенный синтез холестерина;
- недостаточное потребление полиненасыщенных жирных кислот;
- наследственная предрасположенность;
- возраст.

Усиленному синтезу холестерина способствует питание с потреблением большого количества углеводов, тугоплавких жиров, содержащих насыщенные жирные кислоты, высокая энергоемкость рациона. Доказано, что низкохолестериновая диета способствует нормализации липидного обмена. При атеросклерозе страдает эндокринная регуляция обмена веществ, происходит ухудшение функции поджелудочной железы. Доказано благоприятное влияние на обменные процессы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы таких микроэлементов и витаминов, как медь, марганец, кобальт, йод, селен, магний, калий, токоферолы и др.

В диетических рекомендациях следует указывать физиологическое количество белка, жиров и углеводов. Рацион по энергетической ценности должен соответствовать основным энергетическим затратам пациента, равномерно быть распределен в течение дня, с учетом требований к диете.

Следует отдавать предпочтение жирам, богатым полиненасыщенными жирными кислотами (растительные масла, рыбий жир), которые способствуют снижению уровня липидов в крови. Жиры животного происхождения, богатые насыщенными жирными кислотами, увеличивают уровень липидов в крови. Необходимо избегать употребления продуктов с высоким содержанием жира, например колбасных изделий, субпродуктов, паштетов и т. д. Употреблять в пищу нежирную говядину, курицу без кожи (в коже много жиров и соединительных волокон).

Растительные масла (кукурузное, подсолнечное) обладают выраженным желчегонным действием, стимулируют выведение холестерина из организма, содержат жирорастворимые витамины, липотропные вещества, которые благоприятно влияют на липидный обмен. Лучше использовать нерафинированные масла, так как в них присутствует лецитин. Лецитин предотвращает отложение холестерина в стенках сосудов, удерживая его в кровяном русле во взвешенном состоянии. Не следует употреблять в пищу маргарины, так как в них присутствуют вещества (трансизомеры жирных кислот), способствующие увеличению уровня сывороточного холестерина. Простые углеводы быстро превращаются в холестерин, поэтому в рационе вместо сахара должны присутствовать овощи, несладкие фрукты. Пектин, находящийся в них, задерживает всасывание холестерина и способствует его выведению. Клетчатка овощей и фруктов, оказывая послабляющее действие на кишечник, способствует выведению холестерина. В рацион следует включить достаточное количество продуктов, обладающих липотропными свойствами (творог, рыба, овсяная, гречневая крупы, бобовые и др.), так как они способствуют синтезу лецитина. Липотропные вещества обеспечивают нормальную работу печени, препятствуя ее жировой инфильтрации. Также липотропным эффектом обладают медь, марганец, кобальт. Эти вещества улучшают липидный обмен. Следует употреблять в пищу рыбу, рыбопродукты, нерыбные продукты моря, так как в них присутствует легкоусваиваемый белок, содержащий незаменимые аминокислоты и ПНЖК, обладающие антисклеротическим действием. Некоторые жирные кислоты, содержащиеся в рыбе, не только снижают уровень триглицеридов и холестерина в крови, но и уменьшают агрегацию тромбоцитов. Пищу следует готовить с небольшим количеством соли, до 5 г в день, что способствует нормализации артериального давления.

Диету следует обогащать овощами и фруктами, содержащими аскорбиновую кислоту, которая способствует укреплению сосудистых стенок и снижению их проницаемости. Витамин С способствует распаду холестерина в печени и синтезу гликогена, запасы которого в миокарде стимулируют нормализацию его сократительной активности. Пиридоксин (витамин В₆) способствует нормализации жирового обмена, стимулирует липотропное действие холина, превращение холестерина в желчные кислоты, увеличивает усвоение метионина, улучшает функции печени. Никотиновая кислота замедляет свертываемость крови. Прием адекватного потребностям организма количества витаминов — залог улучшения всех обменных процессов.

Назначают 4–5-разовое диетическое питание, дробное, небольшими порциями, без перегрузок желудочно-кишечного тракта. Ограничивают азотистые экстрактивные вещества и продукты, богатые эфирными маслами. Исключают копчености, острые блюда. Пища должна быть вкусной и доступной.

Лицам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, при наличии избыточного веса, который усугубляет состояние больного, назначают вариант диеты с пониженной калорийностью (низкокалорийную диету) с ограничением животного жира, углеводов (130–150 г), с исключением простых сахаров, значительным ограничением соли (3 г), ограничением жидкости (0,8–1,5 л). Энергоценность рациона 1340–1550 ккал. Рекомендуют 1 раз в неделю проводить разгрузочные дни (творожные, яблочные, кефирные). Избыточное поступление поваренной соли в организм способствует задержке жидкости и усугубляет недостаточность кровообращения. В случае ярко выраженной сердечно-сосудистой недостаточности диетотерапию начинают со специальных диет: Кареля, калиевой, магниевой.

При положительной динамике больного переводят на низкокалорийную диету. Задачи диетотерапии в этом случае включают снижение массы тела, устранение обменных нарушений, выведение недоокисленных продуктов, нормализацию водно-электролитного обмена. Медицинская сестра должна дать рекомендации по диетическому питанию с учетом стадии заболевания, индивидуальных антропометрических данных пациента, включая прогностический индекс массы тела (индекс Кетле), наличие сопутствующей патологии. Целесообразно обучить пациента в школе по рациональному питанию навыкам подсчета антропометрических данных, контролю этих показателей, подсчету энергетической ценности рациона, ведению индивидуального дневника.

Питание при артериальной гипертензии

К факторам риска развития артериальной гипертензии относят:

- возраст;
- наследственность;
- избыточную массу тела;
- нарушение липидного обмена;
- чрезмерное употребление алкоголя и соли, жиров, преимущественно животного происхождения;
- недостаточное количество белков в рационе.

В свою очередь, артериальная гипертензия приводит к формированию сердечно-сосудистых осложнений (инфаркта миокарда, инсульта).

В диетотерапии используют основной вариант стандартной диеты, а при избыточной массе тела — вариант диеты с пониженной калорийностью. Физиологически адекватная и патогенетически обоснованная диета при лечении больных гипертонической болезнью — гипонатриевая (бессолевая) диета, содержащая 100 г белка, 80 г жира и 400 г углеводов, обогащенная витаминами С, РР, группы В, солями магния и липотропными веществами. Основные требования диеты:

- снижение энергетической ценности рациона с учетом энерготрат;
- значительное ограничение поваренной соли (до 3–5 г), а в период обострения болезни — временное полное исключение соли (пациент получает только содержащуюся в естественных продуктах поваренную соль, примерно 3–4 г в сутки);
- ограничение введения в диету животных жиров, содержащих холестерин и насыщенные жирные кислоты;
- повышение содержания в диете аскорбиновой кислоты, тиамина, рибофлавина, никотиновой кислоты, пиридоксина и витамина Р;
- обогащение рациона солями магния и калия, так как на фоне гипонатриевой диеты они быстрее выводятся из организма.

Больным с избыточной массой тела, страдающим гипертонической болезнью, гипонатриевую диету можно заменять овощной или фруктово-овощной диетой (1–2 раза в неделю). Общее количество овощей может быть доведено до 1500 г в день, хлеб бессолевой из пшеничной муки грубого помола — 100 г в день и 40 г сахара (к чаю).

Примерное меню фруктово-овощной диеты

Первый завтрак: горячий отвар шиповника или сушеной смородины (1 стакан), салат из капусты или моркови и яблок или ревеня с растительным маслом (150 г)

Второй завтрак: морковный или фруктовый сок (1/2 стакана), овощное пюре (150 г)

Обед: клюквенный горячий суп с сухарями из пшеничного хлеба или вегетарианский суп (250 мл), овощной салат со сметаной или растительным маслом (180 г)

Полдник: орехи (100 г), тертая морковь или капуста, свекла, кабачки или огурцы (150 г), горячий отвар шиповника (1 стакан) или черной смородины (1 стакан) с 20 г сахара

Ужин: винегрет (200 г) с растительным маслом, компот (1 стакан) из сухих фруктов

Тучным больным гипонатриевую диету (овощную или фруктово-овощную) можно заменять разгрузочными днями (1–2 раза в неделю). Особенно показаны разгрузочные дни (яблочные) при гипертонических кризах. Наиболее часто применяют следующие разгрузочные дни: молочные, рисово-компотные, арбузные, салатные, творожные, простоквашные.

При артериальной гипертензии III–IV стадии с сопутствующим атеросклерозом рекомендуется назначать противоатеросклеротическую диету, но готовить пищу без соли.

Калиевая диета назначается при нарушении кровообращения у больных гипертонической болезнью с атеросклеротическим кардиосклерозом. Противоатеросклеротическую гипонатриевую диету заменяют на 5–7 дней калиевой, оказывающей положительное действие на межпочечный обмен, сосудистый тонус и диурез. В калиевой диете используют продукты, богатые солями калия и бедные солями натрия. Кулинарная обработка обычная.

Калиевая диета обычно применяется в виде 4 рационов с постепенным повышением их питательной ценности. Соотношение калия и натрия не менее 8:1.

Количество приемов пищи — не менее 6 раз в день, причем первые 2 рациона больные получают по 2 дня, третий и четвертый по 3 дня, а затем снова возвращаются к противоатеросклеротической гипонатриевой диете.

Больным АГ с сопутствующим атеросклерозом при выписке рекомендуется продолжать ограничивать в диете поваренную соль и жидкость, назначать противоатеросклеротическую диету (№ 10с) с ограничениями поваренной соли до 2–3 г (на руки) для подсоливания готового блюда. Пища же готовится без соли.

При сочетании АГ с ожирением рекомендуется назначать гипонатриевую диету, редуцированную по энергетической ценности.

При тяжелых нарушениях сердечно-сосудистой системы для увеличения диуреза и снижения сердечной недостаточности можно использовать специальные диеты.

Рекомендуемые продукты и блюда

Целесообразно включать в диету продукты, богатые липотропными веществами, клеточными оболочками, продукты моря, особенно содержащие органический йод (морскую капусту).

Рационы следует обогащать солями магния, так как он усиливает тормозные процессы в ЦНС, уменьшает спазм сосудов, снижает возбудимость сосудодвигательных центров и, следовательно, снижает артериальное давление. Магния много в бобовых, шиповнике, изюме, абрикосах, кукурузе.

Необходимо увеличить потребление солей калия (калия много в картофеле, овощах и фруктах, особенно сушеных).

Исключают вещества, возбуждающие ЦНС и сердечно-сосудистую систему, т. е. все виды алкогольных напитков, крепкий чай и натуральный кофе, какао, шоколад, мясные, рыбные и грибные навары, острые блюда, копчености; продукты, богатые холестерином (субпродукты — мозги, внутренние органы животных, животный жир, икра).

Ограничивают продукты, вызывающие метеоризм (редька, капуста, чеснок, лук, бобовые, газированные напитки). Рекомендуют продукты с преимущественно щелочной реакцией (молоко и молочные изделия, фрукты, овощи и соки из них) и богатые липотропными веществами (творог, треску, овсяную кашу и др.).

Питание при атеросклерозе

Атеросклероз — это хронически протекающее обменно-сосудистое заболевание с нарушением обмена жиров в организме и отложением на стенках сосудов холестерина. Развитию заболевания способствуют нервные перегрузки, избыточное питание с большим содержанием в пище жиров и холестерина, недостаточное выведение из организма или усиленный эндогенный синтез холестерина, наследственная предрасположенность, возраст. Усиленному синтезу холестерина способствуют углеводистое питание, большое количество тугоплавких жиров в рационе, содержащих насыщенные жирные кислоты, высокая энергоемкость рациона.

Холестерин не только синтезируется в организме человека в печени, коже, тонком кишечнике, но и поступает с продуктами питания. Чем больше поступает холестерина с пищей, тем меньше его вырабатывается в организме. Выводится холестерин из организма в виде желчных кислот, но при запорах и различных нарушениях желчевыделения этот процесс замедляется. Низкохолестериновые диеты способствуют снижению уровня холестерина в крови. При атеросклерозе страдает эндокринная регуляция обмена веществ, понижается функция поджелудочной железы. Стимулирует ее активность йод и продукты, его содержащие. Йод повышает липолитическую активность крови, стимулирует распад холестерина, усиливает секрецию гепарина, улучшая показатели свертываемости крови.

В диете должно быть физиологическое количество белка, жира и углеводов. Следует отдавать предпочтение жирам, богатым полиненасыщенными жирными кислотами (растительные масла, жир рыб), способствующими снижению уровня липидов в крови. Жиры животного происхождения, богатые насыщенными жирными кислотами, увеличивают уровень липидов в крови. Необходимо избегать продуктов со скрытыми жирами. Например, колбасные изделия. Употреблять в пищу нежирную говядину, курицу без кожи (в ней много жиров и соединительных волокон). Растительные масла (кукурузное, подсолнечное) обладают выраженным желчегонным действием, стимулируют выведение холестерина из организма. Полиненасыщенные жирные кислоты усиливают перистальтику кишечника и распад холестерина, усиливают липотропное действие холина. Растительные масла содержат витамин Е, который способствует уменьшению гиперхолестеринемии. В диете лучше использовать нерафинированные масла, так как в них присутствует лецитин. Не следует употреблять маргарины, так как в них содержатся вещества, способствующие увеличению уровня сывороточного холестерина. Кроме того, при ежедневном употреблении 40 г маргарина практически в 2 раза увеличивается риск инфаркта миокарда. Следует помнить, что простые углеводы быстро превращаются в холестерин, поэтому в рационе вместо сахара должны присутствовать овощи, несладкие фрукты. Пектин, находящийся в них, задерживает всасывание и способствует выведению холестерина. Клетчатка овощей и фруктов, оказывая послабляющее действие на кишечник, выводит холестерин. В рационе должно присутствовать достаточное количество продуктов, обладающих липотропными свойствами (творог, рыба, овсяная, гречневая крупы, бобовые и др.), так как они способствуют синтезу лецитина. Липотропные вещества обеспечивают нормальную работу печени, препятствуя ее жировой инфильтрации.

Рекомендуемые продукты и блюда

Хлеб без соли вчерашней выпечки ржаной и пшеничный грубого помола, сухари, сухое несдобное печенье, хрустящие хлебцы, отрубный хлеб с фосфатидами.

Вегетарианские, фруктовые, молочные, крупяные супы готовят без соли.

Нежирные сорта мяса, птицы (исключают внутренние органы животных) в вареном или запеченном виде (куском или рубленое).

Различные гарниры, за исключением редьки, редиса, шпината, щавеля, сырые овощи в измельченном виде, любые спелые фрукты, ягоды; соки, любые (кроме виноградного), фрукты с грубой клетчаткой — в измельченном виде.

Сладости (сахар, варенье) ограничивают; мучные и макаронные изделия разрешены в ограниченном количестве.

Рекомендуют различные рассыпчатые каши, пудинги, запеканки; яйца всмятку (2–3 шт. в неделю), белковый паровой омлет; молоко в натуральном виде и в блюдах, кефир, простокваша, ацидофилин, творог свежий, в натуральном виде и в блюдах.

Растительные масла для приготовления пищи и в готовые блюда (винегреты, салаты).

Отвар шиповника, чай, некрепкий кофе, фруктовые, ягодные, овощные соки, квас, газированные напитки ограничивают.

Рекомендованы блюда из морской капусты, кальмаров, морского гребешка, мидий, продукты, богатые солями калия (урюк, курага, изюм, чернослив, абрикосы, бананы, инжир, персики, зелень петрушки и др.).

Запрещаются:

- жирные сорта мяса, рыбы;
- крепкие мясные бульоны — говяжий, бараний;
- свиной жир;
- внутренние органы животных, мозги, икра, сало;
- сливочный крем, сдоба, пирожные с кремом;
- острые, соленые, жирные закуски;
- какао, шоколад, сливочное мороженое;
- алкогольные напитки.

Специальные диеты, рекомендуемые при сердечно-сосудистых заболеваниях

При выраженной сердечной недостаточности назначают на 2–3 дня диету Кареля или калиевую диету. Эти рационы не сбалансированы по своему химическому составу, и поэтому их назначают на ограниченное время. Характерны низкая энергетическая ценность с постепенным ее увеличением, резкое ограничение поваренной соли с преобладанием солей калия и кальция, щелочных валентностей над кислотными. Ограничивают свободную жидкость. Пищу готовят без соли. Используют продукты, богатые калием (картофель, капусту, курагу, шиповник, изюм, инжир, чернослив). Исключают экстрактивные вещества, соль, ограничена жидкость. Прием пищи 6 раз в день.

Пациентам с ИБС в сочетании с избыточной массой тела на фоне редуцированной по энергетической ценности диеты рекомендуют назначать 1 раз в 3, 7 или 10 дней контрастные (разгрузочные) дни:

- молочные (по 100 г подогретого молока 8 раз в день);
- кефирные (по стакану кефира 5–6 раз в день);
- творожные (по 100 г творога, сырников или творожной запеканки 4–5 раз в день; при этом к каждой порции творога следует добавлять 100 г кефира или молока).

Показаны фруктовые или овощные дни — по 1,5 кг яблок или свежих огурцов или 500 г размоченной кураги или овощей в виде салатов, винегретов с добавлением перед сном 100 г творога или 50 г мяса во избежание появления чувства голода, которое может спровоцировать приступ стенокардии. Контрастные дни способствуют выведению жидкости из организма, снижению массы тела, нормализации АД, улучшая тем самым состояние и самочувствие больных.

Питание лиц, перенесших инфаркт миокарда. Основные принципы рационального питания на различных этапах оказания специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда совпадают с рекомендациями по питанию при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Медицинская сестра должна учитывать состояние больного, период болезни, профилактику осложнений, индивидуальные особенности организма. Основная цель диетотерапии направлена на улучшение процессов репарации, восстановление нормальных функций органа, предупреждение возможных осложнений, нормализацию деятельности кишечника.

Важные направления диетических рекомендаций:

- уменьшение энергоценности рациона в соответствии с потребностью пациента;
- ограничение в рационе количества животных жиров и холестерина, что препятствует прогрессированию атеросклероза;
- уменьшение количества простых углеводов в рационе;
- включение в состав диеты овощей и фруктов с мягкой клетчаткой, стимулирующих деятельность кишечника;
- исключение продуктов, вызывающих газообразование;
- исключение из рациона экстрактивных веществ и ограничение соли;
- обогащение рациона витаминами (С, А), микроэлементами (калием, магнием).

Основной лечебной диетой, применяемой для лечения и вторичной профилактики ИБС, является противотеросклеротическая диета (№ 10с), с включением в нее продуктов моря в первую очередь. Показана больным ИБС с повышенными коагулирующими свойствами крови и с склонностью к дискинезии кишечника гипомоторного типа.

Больным ИБС с признаками сердечной недостаточности рекомендуется диета № 10а с повышенным содержанием продуктов, богатых солями калия (урюк, курага, изюм, чернослив, абрикосы, бананы, инжир, персики, зелень петрушки и др.), оказывающими диуретическое действие, а также положительно влияющими на сократительную функцию миокарда и систему проводимости сердца.

Больным ИБС без сопутствующей гипертонической болезни можно назначать также мясные разгрузочные дни: по 50 г отварного мяса с любым овощным гарниром 4 раза в день с добавлением утром стакана суррогатного кофе с молоком и днем стакана отвара шиповника. Показаны фруктовые, овощные или контрастные дни.

Диета со значительным ограничением энергетической ценности и объема пищи с постепенным увеличением его. Из диеты исключают продукты, богатые животными жирами и холестерином (внутренние органы животных, мозги, жирные сорта мяса и рыбы, яичный желток, икра, животные жиры и др.); азотистые экстрактивные вещества, изделия из сдобного теста и продукты, вызывающие метеоризм (черный хлеб, капуста, бобовые, молоко в натуральном виде и др.).

В первые 2 сут больные получают только питье по 1/4–1/2 стакана некрепкого чая, фруктовых соков, овощных отваров, морса 8 раз в сутки, а затем постепенно рацион расширяют.

Все блюда готовят без соли. Мясо и рыбу (нежирные сорта) дают в отварном виде, исключают жареные и печеные блюда. На первый рацион блюда готовят в протертом виде, на второй и третий — в непротертом.

Режим питания дробный (6 раз в день). Температура пищи обычная.

При выраженной недостаточности кровообращения больным ИБС назначают диету № 10а, которая построена по принципу противоатеросклеротической диеты, но является менее энергетически ценной, механически более щадящей и содержит меньше поваренной соли и жидкости.

Питание при сердечно-сосудистой недостаточности. Диетотерапия больных с недостаточностью кровообращения должна быть направлена на повышение сократительной функции миокарда, а также на борьбу с отеками тканей.

В рацион больных необходимо вводить пищевые ингредиенты, преимущественно щелочных валентностей, так как у этих больных наблюдается тенденция к ацидозу. К пищевым продуктам, влияющим на реакцию мочи в направлении алкалоза, относятся в основном молоко, овощи и фрукты (яблоки, бананы, свекла, капуста, морковь, лимоны, дыня, картофель, апельсины, персики, горох, изюм), а также хлеб, особенно из муки грубого помола.

Поваренную соль следует давать в уменьшенном количестве (6–8 г в день). Потребление жидкости следует ограничить до 1–1,2 л в сутки, включая супы, кисели и т. п. Резкое ограничение жидкости у больных в стадии компенсации не оправдано: оно может затруднить выведение азотистых шлаков, вызывать слабость, запоры.

Больной должен есть не менее 5 раз в день. Нормальную деятельность кишечника можно обеспечить включением в меню овощных и фруктовых соков, чернослива, компота, протокваши. Принимать пищу последний раз нужно не позже чем за 4–5 ч до сна.

Для лечения больных с нарушением кровообращения применяются диеты № 10 и 10а, диета Кареля, калиевая диета.

Диета № 10 назначается больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения I–IIА стадии.

Целевое назначение диеты — способствовать восстановлению нарушенного кровообращения, нормализации функции печени, почек и обмена веществ при одновременном щажении ССС и органов пищеварения; улучшить выведение азотистых шлаков и недоокисленных продуктов обмена из организма.

Исключаются вещества, возбуждающие ЦНС и сердечно-сосудистую систему — все алкогольные напитки, крепкий чай и натуральный кофе, какао, шоколад, мясные, рыбные и грибные навары, острые блюда, копчености; продукты, богатые холестерином (мозги, внутренние органы животных, животный жир, икра). Ограничиваются продукты, вызывающие метеоризм (редька, капуста, чеснок, лук, бобовые, газированные напитки).

Все блюда готовят без соли. При слабовыраженных отеках разрешается подсаливать пищу из расчета 1 чайная ложка соли (5–6 г) на 1–2 дня. Мясо и рыбу готовят на пару или отваривают в воде. Допускается последующее запекание или обжаривание. Жирные блюда исключаются.

Рекомендуемые продукты и блюда

Хлеб пшеничный из муки I и II сортов, отрубной без соли, сухари из белого хлеба. Печенье несдобное.

Супы из разных круп, овощей, вегетарианские, фруктовые и молочные от 250 до 500 мл на прием.

Нежирные сорта говядины, телятины, курица, индейка, кролик (без сухожилий), в вареном виде или с последующим обжариванием, запеканием, рубленые или куском.

Рыба нежирная (судак, треска, щука, навага, хек, ледяная) в вареном виде с последующим обжариванием, куском или рубленая.

Овощи в вареном и сыром виде, морковь, кабачки, тыква, свекла, цветная капуста, картофель; в сыром виде разрешены спелые помидоры, салат, огурцы, тертая морковь.

Различные каши с добавлением молока, запеченные пудинги, крупяные котлеты, отварная вермишель.

Блюда из яичных белков: паровые и запеченные белковые омлеты, натуральное молоко (при хорошей переносимости), кисломолочные напитки (кефир, ацидофилин, ряженка, простокваша), творог в натуральном виде и в виде блюд, сметана и сливки только в блюдах, в ограниченном количестве в счет суточной нормы жиров.

Сладкие блюда, сладости, фрукты, ягоды.

Кисели, компоты, муссы, желе из свежих и сухих сладких сортов ягод и фруктов, печеные яблоки, фруктовые, ягодные и овощные соки, богатые солями калия.

Запрещаются:

- бобовые, в ограниченном количестве зеленый горошек, белокочанная капуста;
- баранье и говяжье сало;
- все виды алкогольных напитков, крепкий чай и натуральный кофе, какао, шоколад;
- мясные, рыбные и грибные навары, острые блюда, копчености; продукты, богатые холестерином (мозги, внутренние органы животных, животный жир, икра);
- редька, капуста, чеснок, лук, бобовые, газированные напитки.

Если больной не переносит молоко (тошнота, рвота, метеоризм), диету Кареля заменяют калиевой диетой. Обычно ее назначают в виде «зигзагов» на фоне диеты № 10а, начиная с первого рациона. Пищу принимают не менее 6 раз в день, причем на первых 2 рационах больной находится по 2 дня, на третьем и четвертом — по 3–4 дня. Составляя диеты с большим количеством солей калия, нужно иметь в виду, что ряд продуктов, богатых калием, содержит одновременно много щавелевой кислоты, которая противопоказана при недостаточности кровообращения. При сердечной декомпенсации картофельные дни малоэффективны.

Калиевую диету назначают во всех случаях скопления жидкости в полостях при отеках и повышенной гидрофильности тканей. При сердечной декомпенсации с отеками, особенно с асцитом, или при заболеваниях почек калиевые дни обычно применяют на фоне той или иной диеты; при гипертонической болезни их назначают на 2–3 дня.

Следует давать рекомендации по питанию пациента с сердечной недостаточностью с учетом тяжести состояния пациента, стадии сердечной декомпенсации, индивидуальных особенностей организма, уменьшения прогрессирования заболевания, профилактики развития осложнений. Диета должна быть максимально сбалансированной по всем компонентам, ее назначают на длительный срок в домашних условиях при динамическом наблюдении. Следует дать рекомендации по предпочтительным способам обработки и правилам приготовления блюд.

Питание при болезнях органов пищеварения

Функциональные и органические расстройства органов желудочно-кишечного тракта возникают довольно часто и существенно влияют на процессы пищеварения, всасывания, потому требуют своевременной коррекции, прежде всего лечебного, диетического питания. В комплексной терапии болезней желудочно-кишечного тракта питание занимает одно из

важнейших мест. Лечебного эффекта достигают за счет непосредственного воздействия механического, термического и химического факторов пищи как на функциональное состояние органов пищеварения, так и на весь организм, путем влияния на обмен веществ, нервную и гуморальную регуляцию. Пищевые продукты по-разному влияют на секреторную функцию желудочно-кишечного тракта, выделяют сильные и слабые возбудители секреции.

Питание при гастритах, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

При заболеваниях желудка, как правило, происходит нарушение секреторной и моторной функции, поэтому коррекция питания в первую очередь должна быть направлена на устранение данных расстройств, нормализацию пищеварения и предупреждение осложнений. Сильные возбудители желудочной секреции — блюда, содержащие экстрактивные вещества (бульоны, жареное мясо и рыба), консервы, копчености, крепкие чай и кофе, алкоголь, газированные напитки, сырые овощи, соленья, яйца вкрутую. Слабыми стимуляторами желудочной секреции считают: сливки, жирный творог, вываренное мясо и рыба, слизистые супы, жидкие молочные каши, яйца, сваренные всмятку, или омлет, белый вчерашний хлеб. У жиров двухфазное действие: сначала они подавляют желудочную секрецию, а затем продукты их окисления усиливают ее.

Влияние продуктов питания на двигательную функцию желудка прежде всего зависит от консистенции пищи. Жидкая и кашицеобразная пища быстро эвакуируется из желудка, а твердая задерживается надолго. Углеводы быстрее всех эвакуируются в процессе переваривания из желудка, затем белки, дольше всех задерживаются тугоплавкие жиры. Большой объем пищи, вводимый за один прием, способствует механическому раздражению слизистой оболочки желудка. Применение в питании продуктов, богатых соединительной тканью или грубой растительной клетчаткой, холодная и горячая пища раздражают слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.

При лечении заболеваний желудка в первую очередь используют принцип щажения органа. При составлении щадящих диет назначают продукты, которые слабо возбуждают желудочную секрецию, мало раздражают слизистую желудка, быстро покидают желудок. Щажению способствует регулярное частое, дробное питание, которое облегчает условия переваривания и усвоения пищи, при этом пищевые рационы должны быть полноценными. Принцип щажения желудка предусматривает постепенность перехода от одного рациона к другому по мере улучшения состояния органа. Динамика назначения диет: при обострении — вариант диеты с механическим и химическим щажением; при улучшении состояния — основной вариант стандартной диеты.

Набор рекомендуемых продуктов в сочетании с определенной кулинарной обработкой подавляет секрецию соляной кислоты, ограничивает механическое и химическое раздражение слизистой оболочки и рецепторного аппарата гастродуоденальной зоны. Продукты, длительно задерживающиеся в желудке, должны быть исключены. Во избежание стимуляции ночной секреции больным не рекомендуют прием пищи в ночное время. Несмотря на указанные ограничения, диета должна обеспечивать организм достаточным количеством пищевых веществ (особенно белками) для ускорения рубцевания эрозий и язв.

В рационе питания пациентов с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки суточное количество белка составляет 90–120 г, жиров — 90 г (из них 25 г — растительного происхождения), углеводов — 300–400 г, жидкости — до 1,5 л, несколько ограничено количество поваренной соли (6–8 г). Режим питания дробный, 5–6 раз в сутки. Пищу готовят в отварном, а при необходимости в протертом виде.

Рекомендуемые продукты и блюда:

- подсушенный белый пшеничный хлеб из муки высшего и первого сорта, белые сухари, несдобное печенье, бисквиты;
- вегетарианские супы из овощей (кроме белокочанной капусты), круп, вермишели;
- изделия из рубленых нежирных сортов мяса (говядины, телятины, курицы, кролика) в отварном виде или приготовленные на пару, а в период выраженного обострения — в протертом виде (котлеты, кнели, пюре, суфле, рулет);
- блюда и гарниры из овощей (за исключением указанных выше), каши, пудинги, вермишель, яйца всмятку и в виде омлета;
- сладкие и мягкие сорта ягод в виде компотов, киселей, муссов и желе, печеные яблоки, молоко, сгущенное молоко, сливки, некислая сметана, свежий некислый творог, молочно-яичные соусы, неострый сыр;
- сливочное, оливковое и подсолнечное рафинированное масло.

Не рекомендуют:

- наваристые мясные, грибные, рыбные и жареные блюда (в том числе жареные мясо и рыба);
- сырую растительную клетчатку (белокочанная и красная капуста, репа, редис, лук, чеснок, щавель);
- острые и соленые блюда, консервы, колбасы, копчености;
- блины, торты, пироги, черный хлеб, мороженое, газированные напитки, жесткие и кислые сорта фруктов и ягод, спиртные напитки.

Возбудители желудочной секреции

Сильные: блюда, содержащие экстрактивные вещества (бульоны, жареное мясо и рыба), консервы, копчености, крепкие чай и кофе, алкоголь, газированные напитки, сырые овощи, соленья, яйца вкрутую.

Слабые: сливки, жирный творог, вываренное мясо и рыба, слизистые супы, жидкие молочные каши, яйца, сваренные всмятку, или омлет, белый вчерашний хлеб.

Питание при постгастрорезекционном синдроме

После резекции желудка по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки развиваются постгастрорезекционные расстройства. Наиболее часто отмечают демпинг-синдром, сопровождающийся метаболическими расстройствами, нарушениями биохимического гомеостаза, нейрогуморальными нарушениями регуляторной деятельности организма. Диетотерапия прежде всего должна быть направлена на коррекцию и устранение данных расстройств, с учетом сопутствующих заболеваний, в том числе желудочно-кишечного тракта.

Основной принцип диеты — частое высокобелковое питание дробными порциями с содержанием белка до 2–2,2 г на 1 кг массы тела, легкоусваиваемые углеводы значительно ограничивают. Содержание жира и сложных углеводов в пределах нормы. Достаточное количество сложных углеводов должно присутствовать в рационе, они медленно всасываются, не вызывая резких ферментативных и гормональных сдвигов. Необходимо употреблять в пищу максимальное количество витаминов, ферментов, микроэлементов, железа.

В первые 2–4 мес после операции рекомендуют соблюдение принципа механического щажения. В отдаленные сроки при наличии пептических язв, анастомозита, сопутствующего панкреатита диета должна быть максимально щадящей, в других случаях переходят на непротертый вариант диеты. Диета физиологически полноценная, с высоким содержанием белков, нормальным содержанием жиров и сложных углеводов и значительным ограничением простых углеводов, с умеренным ограничением химических раздражителей желудочно-кишечного тракта, с исключением сильных стимуляторов секреции. Количество жидкости в рационе не ограничено. Все блюда готовят в вареном виде или на пару, дают непротертыми. Допускаются отдельные блюда в запеченном виде без грубой корки. Режим питания дробный (5–6 раз в день). Пищу дают теплой; необходимо избегать горячих и холодных блюд.

Рекомендуемые продукты и блюда

Пшеничный серый хлеб вчерашней выпечки, несдобные и несладкие сорта булочных изделий и печенья, ржаной сеяный хлеб.

Супы на овощных отварах, крупяные, вегетарианские, борщи, щи, свекольники из свежей капусты, суп на нежирном мясном бульоне 1 раз в неделю.

Мясные и рыбные блюда, различные изделия из нежирной говядины, телятины, курицы, кролика, нежирной рыбы (трески, судака, сазана, наваги, щуки, карпа и т. д.) в отварном, запеченном, тушеном виде, можно не измельчать.

Яйца всмятку (не более одного в день), омлет белковый; рассыпчатые и вязкие каши, пудинги, запеканки из круп — несладкие.

Макаронные изделия, отварные в виде запеканок, гречневая, геркулесовая и рисовая каша, манная крупа ограничивается.

Овощи сырые, отварные, запеченные, тушеные, некислая квашеная капуста, капуста цветная отварная с маслом, кабачки и тыква тушеные, салаты, винегреты, зеленый горошек, раннюю сырую мелконашинкованную зелень можно добавлять в различные блюда.

В сыром виде — не очень сладкие фрукты и ягоды; компоты, кисели, муссы несладкие или приготовленные на ксилите (10–15 г на порцию).

Молоко, молочные продукты и блюда из них, при переносимости — цельное молоко, простокваша, кефир, ацидофильное молоко, творог нектислый, свежий.

Не рекомендуют

Виноградный сок, который вызывает вздутие кишечника.

Резко ограничивают

Мед, конфеты, варенье, изделия из сдобного теста, мозги, печень, почки, различные соленья, копчености, маринады, мясные, рыбные и другие закусочные консервы, копченую колбасу, холодные газированные напитки, шоколад, какао, мороженое, алкоголь, бобовые, шпинат, щавель, грибы, редис, брюкву, лук, чеснок, пряности.

Питание при синдроме раздраженного кишечника

Нормализация пищевого рациона — непременный компонент терапии диетическим питанием больных с синдромом раздраженного кишечника. Диете пациента с СРК следует уделять большое внимание. Важно также учитывать пусковые факторы заболевания. Главное и обязательное условие, предъявляемое к питанию пациента, — удобоваримость пищи с учетом вкусовых привычек пациента и индивидуальной переносимости отдельных продуктов.

Диета при раздраженном кишечнике с постоянным болевым синдромом и/или запором должна быть физиологически полноценной, с нормальным содержанием белков, жиров и углеводов, с некоторым увеличением количества растительных жиров.

Из рациона исключают продукты и блюда, усиливающие процессы гниения и брожения в толстой кишке, экстрактивные вещества, продукты, богатые эфирными маслами, холестерин, и, наоборот, добавляют повышенное количество пищевых волокон в составе перловой, пшениной и гречневой круп. Общая калорийность рациона должна составлять 2500–2800 ккал.

Особое внимание следует уделять диетпитанию при раздраженном кишечнике с преобладанием поносов. В период обострения рацион должен содержать повышенное количество белка, из него исключают тугоплавкие жиры и продукты, к которым снижена толерантность.

Полностью из рациона питания исключают продукты, обладающие послабляющим эффектом, к ним относятся: мед, чернослив, свекла, морковь и ряд других сырых фруктов и овощей.

При метеоризме следует исключить бобовые, капусту и другие продукты, содержащие легкообрабатываемые углеводы, необходимо ограничить употребление пива, яблочного и виноградного соков, бананов, орехов, изюма. Метеоризму может также способствовать сорбитол, добавляемый в диетические продукты и лекарства, и фруктоза, которой богаты фрукты и ягоды.

В целом рацион должен быть полноценным, хотя рекомендуют 4–6-разовый прием пищи и ограничение количества пищи на ночь.

Нередко синдром раздраженного кишечника сочетается с непереносимостью лактозы (лактазной недостаточностью), необходимо ограничить прием молока и молочных продуктов.

При раздраженном кишечнике в сочетании с запорами в пищевой рацион пациента необходимо включить трудноперевариваемые пищевые волокна, улучшающие перистальтику кишечника, при синдроме раздраженного кишечника в сочетании с диареей целесообразно использование водорастворимой клетчатки и пектинов. Содержание пищевой клетчатки в продуктах питания приведено в табл. 7.

Рекомендуемые продукты и блюда

При запорах — источники пищевых волокон: ржаные и пшеничные отруби, корнеплоды (свекла, капуста, тыква, морковь, редька), грибы, водоросли (морская капуста), фрукты (яблоки, сливы), крупы (гречневая, овсяная).

Не рекомендуют

При раздраженном кишечнике с преобладанием диареи — мед, чернослив, свекла, морковь, сырые фрукты и овощи; при метеоризме — пиво, яблочный и виноградный соки, бананы, орехи, изюм.

Содержание клетчатки в различных продуктах

Содержание	Пищевые продукты
Очень большое	Отруби пшеничные, малина, фасоль, орехи, финики, клубника, урюк, крупа овсяная, шоколад, изюм, смородина черная, белая и красная, грибы свежие, инжир, черника, клюква, крыжовник, чернослив
Большое	Крупа гречневая, перловая, ячневая, хлопья овсяные «Геркулес», горох лущеный, картофель, морковь, капуста белокочанная, горошек зеленый, баклажаны, перец сладкий, тыква, шавель, айва, апельсины, лимоны, брусника
Умеренное	Хлеб ржаной из сеяной муки, пшено, лук зеленый, огурцы, свекла, томаты, редис, капуста цветная, дыня, абрикосы, груши, персики, яблоки, виноград, бананы, мандарины
Малое	Хлеб пшеничный из муки II сорта, рис, крупа пшеничная, кабачки, салат, арбуз, вишня, слива, черешня
Очень малое	Мука пшеничная I сорта, хлеб пшеничный из муки I и высшего сортов, крупа манная, макароны, печенье

Питание при воспалительных заболеваниях кишечника

В условиях обострения воспалительных заболеваний кишечника, таких как неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, диета должна предусматривать механическое, термическое и химическое щажение пищеварительного тракта. По способу воздействия на кишечник продукты делят на способствующие опорожнению и задерживающие опорожнение кишечника. Усилению бродильных процессов и вздутию кишечника способствует углеводное питание. В связи с тем что усвоение всех питательных веществ в основном происходит в тонком кишечнике, клинические симптомы болезни развиваются достаточно быстро и зависят от локализации пораженных отделов кишечника.

Рекомендуют дробное питание не менее 5–6 раз в сутки с некоторым ограничением в рационе доли углеводов и жиров при одновременном увеличении доли белков, содержание которых увеличивают до 130–150 г/сут.

Рацион обогащают продуктами, содержащими кальций и калий. Кальций препятствует развитию остеопороза и оказывает общее противовоспалительное действие.

Потребление жиров и углеводов ограничивают до нижней границы физиологической нормы (70 и 250 г в сутки соответственно).

Количество потребляемой жидкости должно составлять 1,5–2 л, а количество поваренной соли — 6–8 г в сутки.

Иногда улучшению результатов лечения способствует полное исключение из рациона молока и молочных продуктов, а также грубой растительной клетчатки, особенно при наличии участков сужения тонкой и толстой кишки.

Рекомендуемые продукты и блюда

Супы на нежирном мясном бульоне, овощные отвары, различные блюда из нежирной говядины, телятины, в отварном виде, в виде котлет, фрикаделек, суфле; блюда из трески, судака, окуня, щуки, продукты, богатые кальцием (нежирные творог, сыры), компоты, кисели и соки, содержащие дубильные вещества (из черники, черемухи, граната, черной смородины, кизила и груши).

Не рекомендуют

Щи и борщи из капусты, молочные супы, окрошка, жирные сорта мяса, утка, гусь, копчености и соленья, колбасы, сосиски, консервы, жирные сорта рыбы, грубые сорта овощей, соленые и маринованные грибы, молочные продукты (сливки, сметана, мороженое, жирный творог), острые приправы (хрен, перец, горчица, лук, уксус, чеснок), алкогольные напитки, квас, газированная вода, сладости.

В зависимости от периода, тяжести и характера заболевания при лечении кишечника используют основной вариант стандартной диеты, вариант диеты с механическим и химическим щажением, вариант диеты с повышенным количеством белка (высокобелковой).

Продукты, способствующие опорожнению кишечника

Продукты, богатые соединительной тканью, — кожица рыб и птицы; продукты, богатые растительной клетчаткой, — овощи, фрукты, ягоды, хлеб с отрубями и из муки низких

сортов; продукты, содержащие большое количество органических кислот, — сыворотка, кефир, простокваша, квас; жиры и продукты, содержащие жир в большом количестве, — растительные масла, молочные продукты, соки с большим содержанием пектиновых веществ.

Продукты, способствующие задержке опорожнения кишечника

Чай, продукты, содержащие большое количество танина, слизистые супы, кисели, хлеб из муки высших сортов муки, горячие блюда и жидкости.

Соблюдение этих рекомендаций позволит достичь стойкой ремиссии при воспалительных заболеваниях кишечника. Медицинская сестра обязана информировать пациента и настроить его на длительную диету, строгое выполнение всех рекомендаций. Пациента следует обучить правилам соблюдения диетических рекомендаций, способам кулинарной обработки, навыкам по контролю заболевания.

Питание при хронических заболеваниях печени и желчевыводящих путей

Подходы к питанию при заболеваниях печени и желчевыводящих путей сходны из-за их тесной анатомической и функциональной связи. Диетотерапия основана на принципах щажения и улучшения функций печени и желчевыводящей системы. Лечебное питание способствует стимуляции выделения желчи, препятствует возможной жировой инфильтрации печени, корректирует обменные нарушения. Диета должна быть достаточной по энергоценности, способствовать процессам регенерации и повышать дезинтоксикационные возможности печени.

Из рациона необходимо исключить продукты и блюда, способные сильно стимулировать желчеотделение, вещества, раздражающие печень (экстрактивные вещества, органические кислоты, продукты, богатые эфирными маслами, жареные блюда, содержащие продукты неполного расщепления жиров, тугоплавкие жиры, продукты, богатые холестерином и пуринами). Уменьшение количества жиров в диете способствует снижению дискомфорта в животе после еды у пациентов с хроническим холециститом и гепатитами. Однако важно помнить, что жиры являются важным вкусовым компонентом пищи, поэтому их ограничение не должно быть чрезмерным.

Диету обогащают овощами и фруктами, вследствие чего усиливается перистальтика кишечника и обеспечивается максимальное выведение холестерина с калом, хотя следует иметь в виду, что избыток моно- и дисахаридов способствует застою желчи. В рационе должна присутствовать клетчатка, стимулирующая желчеотделение и опорожнение кишечника. Пищевые волокна связывают желчные кислоты и увеличивают их секрецию с калом. Особо высокой связывающей способностью обладают фрукты (яблоки, груши), овощи (морковь, цветная капуста, пастернак, зеленый горошек, картофель), пшеничные отруби. Пищевые волокна этих продуктов предотвращают запоры. В печени в норме происходит активный обмен витаминов, который в значительной степени уменьшается при различных заболеваниях. Поэтому целесообразно создавать избыточный запас витаминов в организме, обогащая ими рацион, — ретинола, фитохинонов, аскорбиновой кислоты, рибофлавина, пиридоксина, цианкобаламина, что улучшает дезинтоксикационные возможности печени.

Увеличивают потребление калия, магния, фосфора, кальция. Блюда готовят на пару, отваривают или запекают. Эти принципы диетотерапии находят свое отражение в основном варианте стандартной диеты. Суточное содержание белков в рационе должно составлять 80–100 г, жиров — 70–80 г (при резко выраженном диспепсическом синдроме до 50 г), углеводов 350–450 г. Пищу употребляют в вареном виде. Режим питания дробный, 5–6 раз в день.

Рекомендуемые продукты и блюда

Белый и серый хлеб (вчерашний), печенье из несдобного теста.

Вегетарианские, овощные, молочные, крупяные и фруктовые супы, ненаваристые мясные и рыбные бульоны.

Вторые блюда из нежирных сортов мяса и рыбы (говядины, кролика, трески, судака, окуня, щуки), птицы (нежирная сваренная или приготовленная на пару кусочком или в виде кнелей, фрикаделек, рулета).

Отварные овощи (картофель, свекла, кабачки) и блюда из них.

Блюда из круп (лучше овсяной и гречневой).

Лапша, вермишель и макароны (для пациентов с нормальной массой тела).

Сладкие ягоды и фрукты, компоты из них, кисели, муссы, желе, сахар, мед, варенье, пастила.

Не рекомендуют

Свежевыпеченный хлеб, сдобы, торты, пирожные с кремом, жареные пончики, пироги, беляши, чебуреки.

Супы, жареные овощи, наваристые мясные, рыбные, куриные и грибные супы, жирные сорта мяса (свинина, баранина) и птицы (гусь, утка).

Пряности; грибы, щавель, шпинат, лук, редис, редька, чеснок.

Белугу, семгу, осетрину, кету, другие виды соленой и копченой рыбы, икру.

Шоколад, мороженое, газированные напитки, пиво, соки с консервантами. Категорически запрещаются крепкие спиртные напитки, особенно если гепатит и цирроз имеют алкогольную этиологию.

В диету больных гепатитом и циррозом печени в зависимости от характера заболевания, особенностей течения процесса, наличия осложнений основного заболевания могут быть внесены коррективы в виде рекомендаций по применению на определенный период низкобелковой диеты.

Низкобелковая диета показана при острой и хронической энцефалопатии, развивающейся у больных с хроническими заболеваниями печени. Диету назначают на длительное время, если после проведенного лечения симптомы энцефалопатии сохраняются. При циррозе печени без признаков энцефалопатии диета не показана.

При острой печеночной энцефалопатии количество пищевых белков уменьшают до 20 г в сутки. После выздоровления количество белка увеличивают по 10 г через день. При возникновении рецидива энцефалопатии возвращаются к предыдущему уровню белка в пище. В острых случаях можно полностью исключить белки на срок от нескольких дней до нескольких недель.

При хронической энцефалопатии больным необходимо постоянно ограничивать потребление белка во избежание развития психических нарушений. У данной группы больных содержание белка в пище должно составлять 40–60 г в сутки. Растительные белки переносятся лучше, чем животные. Они дают менее выраженный аммионогенный эффект и содержат небольшое количество метионина и ароматических аминокислот. Кроме того, растительные белки оказывают более выраженное слабительное действие, так как при их приеме увеличивается поступление пищевых волокон, что ведет к усилению связывания и выведения азота. Прием растительной пищи может быть затруднен из-за развития метеоризма и диареи.

Рекомендуемые продукты и блюда

Слизистые супы, картофель, кабачки, морковь, свекла, зелень, молоко (до 200 мл в день), масло, хлеб, фрукты, фруктовые соки, мед, варенье.

Не рекомендуют

Мясо, рыбу, сыр, горох, чечевицу, орехи, яйца.

Питание при воспалительных и функциональных заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей

Возникновению заболеваний способствуют алиментарные погрешности, беременность, недостаточная физическая активность, что ведет к застою желчи и нарушению ее оттока. Питание направлено на стимуляцию желчеотделения, уменьшение воспалительных явлений в желчном пузыре и в желчных путях, предупреждение образования камней, нормализацию процессов репарации. Диетотерапия зависит от стадии болезни, сопутствующих заболеваний.

При обострении хронического холецистита диетотерапию начинают с варианта диеты с повышенным количеством белка (высокобелковая диета). Исключают химические и механические раздражители желудка и желчевыводящих путей. Ограничивают поваренную соль до 5 г, так как она пролонгирует воспалительные процессы.

По мере улучшения состояния больного его переводят на основной вариант стандартной диеты. В диету следует включить творог, сыр, так как соли кальция способствуют сдвигу реакции желчи в щелочную сторону, тем самым препятствуя выпадению холестерина в осадок, что предупреждает камнеобразование.

Введение в рацион продуктов, богатых липотропными веществами, препятствует жировой инфильтрации печени. Жиры в рационе представлены почти наполовину растительными маслами, которые препятствуют застою желчи, способствуют желчеотделению и оказывают липотропный эффект. Употребление животных жиров, богатых холестерином и насыщенными жирными кислотами, ограничивают. Жареные блюда и продукты исключают,

так как образующиеся при жарении акролеины усиливают боль, раздражают паренхиму печени. В рационе должно присутствовать достаточное количество овощей и фруктов. Овощные салаты с растительным маслом незаменимы при гипомоторной дискинезии, поскольку клетчатка стимулирует желчеотделение.

При избыточной массе тела необходимы творожные, фруктовые или овощные разгрузочные дни 1 раз в неделю. При склонности к запорам можно употреблять продукты, обогащенные клетчаткой, трудноперевариваемыми волокнами, растительные масла, чернослив, кисломолочные продукты. Минеральные воды, например ессентуки-17, трускавецкая, стимулируют желчеотделение. Витамин А, находящийся в овощах и других продуктах, стимулирует процессы репарации и препятствует камнеобразованию.

Основа желчных камней, вызывающих желчнокаменную болезнь, — холестерин и его нарушенный обмен, поэтому диетотерапия направлена на борьбу с избыточной массой тела, гиперхолестеринемией. В диете желательно использовать продукты, препятствующие камнеобразованию. Рацион следует обогащать солями магния, которые способствуют выведению холестерина. Избыток холестерина выводят пищевые волокна. В пище должны присутствовать овощи и фрукты, отруби, пшеничная, гречневая, пшенная крупы, молочные продукты, фруктовые соки и отвар шиповника. Снижению концентрации желчи способствует употребление достаточного количества жидкости (до 2 л в день). Щелочные минеральные воды (боржоми и др.), растительная пища ощелачивают желчь. Для комплексной терапии данной патологии используют основной вариант стандартной диеты.

Медицинская сестра должна проконтролировать выполнение рекомендаций врача по питанию пациентов с воспалительными и функциональными заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящих путей в зависимости от стадии заболевания, наличия осложнений, индивидуальных особенностей организма пациента. Все разъяснения медицинской сестры должны быть понятны пациенту и направлены на предупреждение осложнений, улучшение обменных процессов в организме.

Питание при заболеваниях поджелудочной железы

Поджелудочной железе принадлежит ведущая роль в процессах пищеварения и обмена веществ, так как в ней происходит выработка основных пищеварительных ферментов и гормонов, регулирующих обмен веществ. В разные периоды заболевания к лечебному питанию при хроническом панкреатите предъявляют особые требования: от полного исключения перорального приема пищи и воды в острый период рецидива до назначения адекватной функционально-морфологическому состоянию поджелудочной железы диеты в период восстановления.

Диетическое питание направлено на создание максимального щажения пораженного органа, его физиологического покоя, уменьшение секреции, коррекцию обменных нарушений. Диетотерапия приводит к уменьшению рефлекторной возбудимости желчного пузыря и способствует всем видам щажения (механическому, термическому, химическому) поджелудочной железы.

Рацион обогащают солями калия и кальция, которые способствуют десенсибилизации и уменьшают проницаемость сосудистых стенок. Количество соли в рационе ограничивают — это ведет к уменьшению образования соляной кислоты, уменьшает отек поджелудочной железы. Соли кальция оказывают противовоспалительное действие.

Увеличивают потребление витаминов А, С, В, которые стимулируют процессы заживления и повышают защитные силы организма.

Исключают все вещества, стимулирующие выделение пищеварительных соков (экстрактные вещества, эфирные масла). Пищу готовят на пару или отваривают. Исключают все продукты, способные вызвать вздутие кишечника.

В период обострения применяют вариант диеты с механическим и химическим щажением, пищу готовят в протертом виде, по мере улучшения состояния больного переводят на непротертый вариант этой диеты, в состоянии ремиссии переходят на диету с повышенным количеством белка (высокобелковую диету), непротертый вариант. Белок стимулирует процессы репарации поджелудочной железы, предотвращает жировую инфильтрацию печени. Половина белков должна быть животного происхождения.

Количество жиров стоит равномерно распределять по приемам пищи. Предпочтение отдавать сливочному маслу и растительным маслам.

В отсутствие поносов можно использовать в пищу сырые овощи с мягкой клетчаткой, предварительно натерев их на терке.

В основе диеты — физиологическая или повышенная норма белка с резким ограничением жиров и исключением продуктов, богатых экстрактивными веществами, стимулирующими секрецию пищеварительных соков. Ограничивают потребление углеводов, особенно моно- и дисахаридов, а при развитии сахарного диабета углеводы исключают полностью. Суточное содержание белков в рационе может достигать 100–120 г, жиров 60–70 г (при выраженной стеаторее — 30–50 г вплоть до ее прекращения), углеводов — 250–300 г. Питание дробное, 5–6 раз в день, небольшими порциями. Пищу дают отварную, при необходимости протертую, в теплом виде.

Рекомендуемые продукты и блюда

Слизистые супы (из овощей и круп), мясо и рыба нежирных сортов (говядина, курица, кролик; треска, судак, сазан, щука), мясное и рыбное суфле.

Каши, пудинги, вермишель, лапша в отварном и запеченном виде.

Подсушенный хлеб или белые сухари, сливочное масло, некислый творог, компоты, кисели, лечебный творог, отвар шиповника.

По мере улучшения состояния добавляют белковый паровой омлет, картофельно-морковное пюре, овощи с мягкой клетчаткой (цветная капуста, кабачки), печеные яблоки без кожицы, паровые котлеты и кнели, сливочное масло добавляют только в блюда.

Не рекомендуют

Все стимуляторы секреторной активности желудочной и поджелудочной секреции: ржаной хлеб, кофе, бульоны, сырые овощи, соки, сдобу, газированные напитки, холодные блюда, продукты, богатые грубой растительной клетчаткой, маргарин, жирные сорта мяса (гусь, утка), колбасы, паштеты, жирные сорта рыбы (семга, палтус), цельное, парное, сгущенное молоко, сливки, сметану, жирный творог, майонез, жирные приправы, пирожные, торты, блины, оладьи, сдобы, шоколад, орехи, супы на мясном, рыбном, грибном бульонах.

Медицинская сестра должна помочь составить рацион питания пациента, находящегося на лечении в дневном стационаре, долечивании на дому, дать разъяснения по диетическому питанию в зависимости от стадии заболевания, наличия осложнений, индивидуальных особенностей организма пациента.

Питание при заболеваниях почек и мочевыводящих путей

Диетическое питание пациентов при заболеваниях почек и мочевыводящих путей способствует щажению почек, снижению артериального давления, устранению обменных нарушений, выведению из организма азотистых шлаков, недоокисленных продуктов обмена, усиливает результативность действия лекарственных препаратов с учетом наличия сопутствующих заболеваний.

Основные требования к диетическому рациону больных направлены на ограничение соли и воды, простых углеводов и белка, снижение калорийности рациона с учетом уровня энерготрат организма, исключение из рациона экстрактивных веществ и полное обеспечение потребности организма больного в витаминах и минеральных веществах. При определении тактики диетотерапии имеет значение клиническая форма заболевания и степень выраженности нарушения функций. При лечении заболеваний почек применяют: специальные разгрузочные рационы, вариант диеты с пониженным количеством белка (низкобелковую диету), вариант диеты с повышенным количеством белка (высокобелковую диету) и основной вариант стандартной диеты. В лечебном питании особое внимание уделяют количеству белка, жидкости и соли в рационе.

Питание при почечной недостаточности

При данной патологии снижена фильтрационная способность почек, в результате чего в организме задерживаются азотистые шлаки, компенсаторно увеличено количество выделяемой мочи. С мочой теряется натрий, калий. Развивается ацидоз, олигоурия и увеличивается содержание остаточного азота в крови. Нарушение функций почек, связанных с уменьшением выведения азотистых шлаков и повышенным распадом белка, приводит к резкому увеличению содержания их в крови (состояние азотемии). Диетотерапия направлена на коррекцию обменных нарушений, щажение почек, уменьшение количества азотистых шлаков в крови.

Питание при почечной недостаточности направлено на максимальное щажение паренхимы почек, разгрузку белкового обмена, выведение азотистых шлаков, увеличение диуреза, коррекцию обменных нарушений, предупреждение распада тканевых белков. Это требует

строгoго ограничения белка в диетическом рационе. Количество белка в рационе уменьшают. Оно зависит от выраженности нарушения азотовыделительной функции почек (от 0,3 до 0,8 г/кг идеальной массы тела).

Блюда готовят без соли (это уменьшает отеки и способствует снижению артериального давления), жидкость ограничивают до 0,8 л. Энергоценность рациона, которая должна составлять 2120–2650 ккал, обеспечивают в основном за счет углеводов, в том числе легкоусваиваемых.

Из рациона исключают алкоголь, азотистые экстрактивные вещества и другие вещества, вызывающие раздражение паренхимы почек и печени.

Блюда готовят на пару или в отварном виде. Источниками белка в диете являются молочные продукты, растительные продукты, яйца. Жиры — сливочное и растительные масла, углеводы — сахар, мед, варенье, крупы.

В стадии полиурии количество жидкости возрастает. В рационе используют блюда из саго, безбелковые продукты. Рацион обогащают витаминами и минеральными веществами. Для лечения этой группы больных используют вариант диеты с пониженным количеством белка (низкобелковую диету). При улучшении состояния больных количество белка увеличивают до 40 г, а затем до 60 г в сутки.

Следует использовать белки животного происхождения, так как продукты их метаболизма легче выводятся и способствуют ощелачиванию организма, что в условиях ацидоза очень важно. Блюда готовят без соли.

Для лечения используют вариант диеты с пониженным количеством белка и 1 раз в неделю проводят разгрузку (рисово-компотную, яблочную, арбузную). Разгрузочные диеты стимулируют выведение азотистых шлаков из организма. В диете используют специальные малобелковые продукты (саго, безбелковый хлеб, муссы, кремы, желе).

Рекомендуемые продукты и блюда

Хлеб безбелковый, белый или отрубной (ахлоридный).

Супы с саго, овощами, вегетарианские без соли.

Нежирные сорта говядины, индейки, телятины, курица, кролик в вареном виде; нежирная рыба (судак, щука, навага, окунь, плотва) в вареном виде.

Картофель, морковь, свекла, цветная капуста, листья салата, отварные или в натуральном виде.

Омлет и другие блюда из яиц, не более 1 яйца в день.

Цельное молоко, кефир (ограниченно), чай некрепкий, разведенные фруктовые соки, сырые овощные соки, отвар шиповника.

Не рекомендуют

Блюда и гарниры из круп, бобовых и макаронных изделий (исключают полностью или резко ограничивают). Вместо них блюда из саго и специальных макаронных изделий — на воде и молоке в виде каш, пудингов, запеканок, котлет, тугоплавкие жиры (бараний, свиной, говяжий).

Питание при нефротическом синдроме

При развитии этого состояния у пациентов возникают выраженная протеинурия, отеки, гиперлипидемия, гиперхолестеринемия и другие нарушения. Диетотерапия этого заболевания основана на рационе с повышенным количеством белка, желательно использовать белки высокой биологической ценности (мясо, рыба, творог, яичный белок).

В диете резко ограничивают использование поваренной соли (хлоридов натрия), жидкости, рацион обогащают липотропными веществами в виде метионина, фосфатидов, витаминами, минеральными веществами и микроэлементами.

В рационе обязательно должны присутствовать соли калия, который может выводиться из организма в результате приема диуретических препаратов. Калий опосредованно способствует выведению жидкости из организма и тем самым уменьшает отеки. Большое содержание калия — в овощах и фруктах.

Целевое назначение диеты: восполнение белка, снижение гипопроteinемии, гиперхолестеринемии, уменьшение отечного синдрома и протеинурии.

Ограничение соли до 2–3 г в сутки, жидкости до 800 мл, повышение содержания белка до 1,6 г/кг массы тела, преимущественно за счет яичного, молочного, рыбного, полное обеспечение минеральными веществами. Один раз в неделю необходимо проводить разгрузочные дни (яблочный, рисово-компотный, сахарный), которые стимулируют выведение азотистых

шлаков и жидкости, улучшая состояние больных. Ограничение соли в рационе следует компенсировать применением лимонного сока, томата, зелени, лаврового листа, тмина, корицы. Продукты, богатые эфирными маслами (лук, укроп, чеснок, горчица), из рациона исключают из-за их раздражающего воздействия на почки.

Рекомендуемые продукты и блюда

Хлеб отрубной, пшеничный, белый, бессолевой.

Супы вегетарианские с крупами, овощами, без соли.

Нежирные сорта говядины, индейки, свинины, кролик в отварном виде или с последующим обжариванием, рыба нежирная.

Каши — манная, рисовая, пшеничная, гречневая, перловая, на воде, молоке.

Пудинги, зразы, котлеты; отварные, запеченные, протертые овощи — картофель, морковь, свекла, тыква, кабачки, цветная капуста, помидоры, листья салата, петрушки.

Нежирный творог, молоко, напитки в виде свежих соков, отвара шиповника, любые фрукты и овощи без ограничения, арбуз, дыня, тыква.

Сахар ограничен до 50 г, мед до 75 г.

Не рекомендуют

Алкоголь. Азотистые экстрактивные вещества. Какао, шоколад. Острые, соленые закуски, мясные, грибные, рыбные отвары, бараний, говяжий, свиной жир.

Питание при мочекаменной болезни

Это состояние организма, при котором в мочевых путях формируются и выпадают в осадок конкременты различной химической природы, чему способствуют инфекции мочевых путей, застой мочи, сдвиг рН мочи. Кислотный сдвиг вызывает выпадение уратов, оксалатов, щелочной способствует образованию и выпадению фосфатов и карбонатов. Независимо от типа камней диетотерапия направлена на предупреждение образования песка и камней, улучшение мочеотделения.

В рационе ограничивают азотистые экстрактивные вещества, поваренную соль (до 6 г/сут), продукты, богатые эфирными маслами и щавелевой кислотой (щавель, шпинат, ревень), одновременно увеличивают количество витаминов, продуктов, богатых растительной клетчаткой.

Блюда готовят на пару, отваривают или запекают.

Необходимо употребление большого количества жидкости (1,5–2 л/сут), которая будет способствовать выведению конкрементов из организма.

Использование отвара шиповника, арбузов, минеральных вод усиливает мочегонный эффект.

В питании следует применять основной вариант стандартной диеты с дробным 4–6-разовым питанием.

Рекомендуемые продукты и блюда

Белый и черный хлеб, масло животное и растительное, молоко, творог, сметана, яйца, кислые молочные продукты, сыр.

Вегетарианские супы (из разрешенных овощей), молочные супы, отварные мясо, рыба, птица в ограниченном количестве (150 г через день).

Блюда из круп и теста, цветная капуста, белокочанная капуста, чечевица, горох, зеленый горошек, репа, спаржа, огурцы, яблоки, груши, абрикосы, персики, виноград, свежие соки, брусника, красная смородина, кислые яблоки.

Не рекомендуют

Продукты и блюда с избыточным содержанием щавелевой кислоты и ее солей — щавель, шпинат.

Свеклу, картофель, бобы, ревень, инжир, петрушку, сливу, землянику, крыжовник.

Чай, какао, кофе, шоколад.

Питание при сахарном диабете

Диетотерапия — существенная часть комплексного лечения больных сахарным диабетом, проводится с учетом тяжести заболевания. Универсальной диеты для этой группы больных не существует. Питание направлено на коррекцию всех обменных нарушений, сажение инсулярного аппарата поджелудочной железы, повышение защитных сил организма, профилактику возможных осложнений заболевания. Для лечения заболевания можно использовать три варианта диеты.

Основной вариант стандартной диеты используют в тех случаях, когда у больного инсулиннезависимый сахарный диабет, нормальная масса тела, он не нуждается в инсулинотерапии или получает ее в небольшом количестве при легкой степени тяжести или латентной форме заболевания. Диета физиологически полноценная, но исключают рафинированные углеводы.

Вариант диеты с повышенным количеством белка назначают при диабете инсулинзависимом и инсулиннезависимом без сопутствующего ожирения и нарушений азотовыделительной функции, т. е. при сахарном диабете средней тяжести и тяжелом в условиях проведения инсулинотерапии и достаточном двигательном режиме. Диета физиологически полноценная, но исключают рафинированные углеводы.

Вариант диеты с пониженной калорийностью назначают при инсулиннезависимом диабете с ожирением. Энергоценность рациона уменьшают за счет углеводов и жиров.

При использовании основного варианта стандартной диеты необходимо способствовать созданию условий для нормализации всех видов обмена, ограничивать экстрактивные вещества, обогащать рацион липотропными веществами и витаминами. Суточное количество белка 85–90 г (в том числе 40–45 г животного), жиров 70–80 г (в том числе 25–30 г растительных масел), углеводов 300–330 г с исключением рафинированных углеводов. Энергоценность рациона 2170–2400 ккал.

Энергоценность рациона зависит от массы тела, возраста, пола и характера труда. Употребление простых углеводов (мед, сахар, варенье) могут вызвать резкий подъем глюкозы крови после еды, что ухудшает состояние больных. Важно грамотно распределять углеводы равномерно в течение дня на все приемы пищи. Желательно, чтобы на завтрак приходилось 20 %, на обед — 30, полдник — 20, ужин — 20 и на ночь — 10 % суммарной энергоценности рациона. В случае если блюдам необходимо придать сладкий вкус, можно использовать заменители сахара: ксилит (15–20 г 1–2 раза в день); сорбитол (20–30 г в сутки). Ксилит и сорбитол имеют энергоценность 4 ккал на 1 г, оказывают антикетогенное, желчегонное и послабляющее действие. Сахарин в 450 раз слаще сахарозы, не имеет энергоценности и не участвует в обменных процессах, может накапливаться в почках, печени, селезенке, мочевом пузыре. Заболевания печени и почек выступают противопоказанием к назначению сахарина. Суточная доза сахарина 2,5 мг/кг массы тела. Аспартам (реализуется в аптеках под названием «Шугафри») рекомендуют к использованию при сахарном диабете, он в 200 раз слаще сахарозы, энергоемкость 1 г — 4 ккал, суточная доза 20–40 мг/кг массы тела.

Рацион больных сахарным диабетом в основном должен содержать сложные углеводы: хлеб, крупы, овощи, фрукты, ягоды. В продуктах растительного происхождения преобладают щелочные компоненты, что очень важно для борьбы с ацидозом. Разрешено употребление в пищу картофеля 200–300 г с точным учетом общего количества углеводов. Продукты по-разному воздействуют на уровень глюкозы в крови. Способность изменять количество глюкозы в крови характеризуется гликемическим индексом. Чем ниже гликемический индекс продукта, тем он полезнее больному сахарным диабетом. Полезные продукты: ржаной хлеб, макароны звездочки, зерновые злаки — ячмень, гречка, рис, ржаные зерна, пшеничные зерна, яблоки, апельсины, зеленый консервированный горошек, фасоль, чечевица, арахис, соевые бобы, молоко, йогурт, яблочный сок.

Содержание углеводов в суточном рационе больного должно быть постоянным. Для получения разнообразного меню используют таблицу взаимозаменяемости продуктов по углеводам. Существует понятие «хлебная единица» — количество продукта, которое содержит 12 г углеводов; в один прием больной не должен употреблять больше 6 ХЕ; 1 ХЕ требует 1,42–2 ЕД инсулина и способна повысить сахар в крови на 2,77 ммоль/л. Используя таблицы химического состава пищевых продуктов, можно подсчитать хлебные единицы для любого продукта.

В питании больных сахарным диабетом ведущую роль играют пищевые волокна, которые содержатся в оболочках растительных клеток. Пищевые волокна не перевариваются в организме, не всасываются в кишечнике и не выступают источником энергии. Пищевые волокна адсорбируют на себе токсические вещества, избыток холестерина, стимулируют перистальтику кишечника. В диете больных сахарным диабетом их должно быть 25–30 г. При наличии у больного сахарным диабетом сопутствующих заболеваний (панкреатита, энтероколита) из рациона исключают грубоволокнистые овощи (капусту, редис), заменяя их кабачка-

ми, патиссонами, тыквой, цветной капустой, у которых клетчатка более нежная и не вызывает механического раздражения органов желудочно-кишечного тракта. Овощи можно заменить крупой. Коэффициент пересчета овощей на крупу равен 5. Это означает, что 200 г овощей может заменить 40 г крупы.

Жиры в рационе способствуют щажению инсулярного аппарата, в тоже время они полностью не расщепляются, а в крови накапливаются недоокисленные продукты их обмена. Поэтому в основном варианте стандартной диеты и в диете с пониженной калорийностью их несколько ограничивают, особенно в случае жировой инфильтрации печени и кетоацидоза. С целью профилактики атеросклероза следует ограничивать продукты с высоким содержанием холестерина (яичный желток, субпродукты, тугоплавкие жиры). В питании в достаточном количестве должны присутствовать растительные масла, содержащие полиненасыщенные кислоты и фосфолипиды (оказывают липотропное действие и способствуют синтезу холина), а также продукты, богатые липотропными факторами (творог, рыба, мясо, гречневая и овсяная крупы), так как они предотвращают возможную жировую инфильтрацию печени.

Поскольку при сахарном диабете средней тяжести и тяжелых форм происходит усиленный распад белка и уменьшается его синтез, то количество белка в рационе у этих больных следует повышать до 110–120 г (вариант диеты с повышенным количеством белка). На белки животного происхождения приходится 45–50 г белка, так как они содержат достаточно широкий спектр незаменимых аминокислот.

В питании больных должно быть достаточное количество витаминов (ретинол, группы В, аскорбиновая кислота), микроэлементов, таких как цинк, марганец, медь, минеральных компонентов. Для профилактики обезвоживания организма количество жидкости не ограничивается и должно составлять 1,5 л в сутки. Содержание поваренной соли в рационе предусматривается не более 6 г в сутки из-за склонности больных сахарным диабетом к артериальной гипертензии, сердечно-сосудистым и почечным заболеваниям.

Дробное питание позволяет избежать больших одномоментных нагрузок на инсулярный аппарат поджелудочной железы. Основным вариантом стандартной диеты как самостоятельный метод лечения используется при латентном диабете, диабете легкой степени тяжести, а также при определении толерантности к углеводам у больных с впервые выявленным сахарным диабетом.

Борьба с ожирением — одна из основных задач больных, страдающих инсулиннезависимым типом сахарного диабета. Предусмотрен вариант диеты с пониженной калорийностью: белки 70–80 г; жиры 60–70 г (из них 25 г растительные); углеводы 130–150 г, с отсутствием в рационе простых углеводов. Энергоценность рациона 1340–1550 ккал. Пища готовится в отварном виде и на пару, без соли. Свободной жидкости до 1,5 литров. Питание дробное 5–6 раз в день.

Рекомендуемые продукты и блюда

Хлеб, преимущественно черный.

Супы на овощном отваре, на слабом мясном и рыбном бульоне 1–2 раза в неделю.

Мясные блюда — говядина, телятина, курица, индейка в отварном и заливном виде, нежирные сорта рыбы (судак, треска, щука, навага, сазан) в отварном виде.

Капуста белокочанная, цветная, салат, редис, огурцы, помидоры, кабачок, картофель, свекла, морковь не более 200 г в день, крупяные, бобовые, макаронные изделия и блюда в ограниченном виде.

Кислые и кисло-сладкие сорта фруктов и ягод (яблоки зеленые, лимоны, апельсины, клюква и др.) до 200 г в день в сыром виде и на ксилите, сорбитоле в виде компотов.

Молоко, творог, сыры в ограниченном виде, неострые соусы, сливочное, растительное масло до 40 г в день.

Основные задачи медицинского персонала в работе с этой группой больных заключаются в том, чтобы научить пациента контролировать данное заболевание, повысить качество жизни, научить составлению рациона в домашних условиях, подбору продуктов питания по гликемическому индексу (табл. 8), по хлебным единицам и по таблице взаимозаменяемости продуктов питания (табл. 9). Как правило, такие занятия организуются и проводятся в школах рационального питания для больных сахарным диабетом. Медицинская сестра должна информировать пациента о длительности применения диеты, необходимости диетотерапии для комплексного лечения основного заболевания, предупредить о возможных последствиях, возникающих при нарушении диеты.

Таблица 8

Характеристика продуктов по гликемическому индексу

Углеводы с высоким гликемическим индексом («плохие» углеводы)	Индекс	Углеводы с низким гликемическим индексом («хорошие» углеводы)	Индекс
Жареный картофель	95	Хлеб с отрубями	50
Белый хлеб	95	Необработанные зерна риса	50
Картофельное пюре	90	Горох	50
Мед	90	Необработанные злаковые без сахара	50
Морковь	85	Овсяные хлопья	40
Кукурузные хлопья	85	Гречневая каша	40
Сахар	15	Ржаной хлеб с отрубями	40
Шоколад	70	Свежий фруктовый сок без сахара	40
Вареный картофель	70	Макароны из муки грубого помола	40
Бисквиты	70	Красная фасоль	40
Кукуруза	70	Сухой горох	35
Белый рис	70	Хлеб с отрубями 100 % обмолоченный	35
Черный хлеб	65	Молочные продукты	35

Таблица 9

Взаимозаменяемость пищевых продуктов по углеводам

Наименование продуктов	Количество продуктов, содержащих 1 ХЕ	
	Граммы	Меры
<i>1. Хлебобулочные изделия</i>		
Сухари черные, хлебные палочки	15	2 шт.
Хрустящие хлебцы	20	2 шт.
Хлеб пшеничный	20	1/2 куска
Хлеб ржаной	25	1/2 куска
Хлеб с отрубями	30	1/2 куска
<i>2. Мучные и крупяные продукты</i>		
Рис	15	2 ч. л.
Крахмал картофельный	15	2 ч. л.
Мука кукурузная	15	2 ч. л.
Мука пшеничная высший сорт	15	2 ст. л.
Макаронные изделия	15	1,5 ст. л.
Крупы манная, гречневая, овсяная, перловая, пшеничная, ячневая, пшеничная	20	1 ст. л.
Мука соевая цельная	80	3 ст. л.
<i>3. Фрукты и ягоды</i>		
Сухофрукты	15	2 ст. л.
Бананы, яблоки	15	1/2 шт.
Чернослив, изюм, финики	20	1 ст. л.
Бананы без корки	60	1/2 шт.
Хурма	90	1 шт.
Ананас	105	1 кусок
Инжир	110	3 шт.
Гранаты	110	1 шт.
Вишня, черешня	115	3 шт.
Плоды шиповника	120	3/4 гр. ст.
Яблоки	120	1 шт.
Слива	125	4 шт.
Персики	125	1–2 шт.
Дыня без кожуры	130	1 кусок
Крыжовник	130	3/4 гр. ст.
Абрикосы	135	5 шт.
Арбуз без корки	135	1 кусок
Черника	150	1 гр. ст.
Брусника	150	1 гр. ст.

Наименование продуктов	Количество продуктов, содержащих 1 ХЕ	
	Граммы	Меры
Апельсины без кожуры (мандарины)	150	1 шт. (2–3 шт.)
Белая смородина	150	1 ст. (250 г)
Груша	150	1 шт.
Черная и красная смородина	165	2/3 стакана
Грейпфрут без кожуры	185	1/2 шт.
Земляника, клубника	190	1 ст. (200 г)
Ежевика	275	1 ст.
Клюква	315	1 ст. (200 г)
Лимоны	400	4 шт.
Соки без сахара:		
виноградный	70	1/3 ст.
сливовый, красносмородиновый	80	1/3 ст.
вишневый	90	1/2 ст.
яблочный, грушевый, черносмородиновый, из крыжовника, из голубики	100	1/2 ст.
апельсиновый	100	1/2 ст.
ежевичный	120	1/2 ст.
мандариновый	130	1/2 ст.
грейпфрутовый	140	2/3 ст.
клубничный	160	3/4 ст.
малиновый	170	2/3 ст.
4. Овощи		
Картофель жареный	30	2 ст. л.
Кукуруза в зернах	70	4 ст. л.
Картофель отварной	75	1 шт.
Горошек зеленый	95	4 ст. л.
Лук репчатый	130	2 шт.
Морковь	165	2 шт.
Помидоры	315	3 шт.
Огурцы грунтовые	575	6 шт.
5. Молочные продукты		
Молоко сухое цельное	109	1,5 ст. л.
Молоко цельное	30	1 ст. (200 г)
Кефир	125	1 ст. (200 г)
Простокваша	255	1 ст. (200 г)

Питание при ожирении

Основной принцип диетотерапии при ожирении — резкое ограничение энергетической ценности рациона. Степень сокращения должна быть пропорциональна степени превышения массы тела. Количественный принцип — сопоставимое поступление энергии с питательными веществами и расходование энергии, что очень важно в комплексе лечения больных с избыточной массой тела и ожирением.

Диетотерапия — это основной метод лечения. Диета подбирается для конкретного пациента с учетом его индивидуальных антропометрических данных и особенностей организма, сопутствующих заболеваний. Принципы построения питания при ожирении следующие:

- назначение редуцированной, малокалорийной диеты (табл. 10);
- ограниченное введение углеводов в рацион, особенно быстрорастворимых и простых углеводов (сахара) — основного поставщика энергии и предшественника жиров;
- ограничение жиров животного происхождения за счет увеличенного введения растительных жиров (50 % от общего количества);
- создание чувства сытости путем введения в рацион растительной клетчатки, пищевых волокон;

- многократное питание (до 6 раз в сутки), устраняющее чувство голода, исключение продуктов, возбуждающих аппетит (острые закуски, пряности и др.);
- нормализация водно-солевого баланса, ограничение соли до 5 г в сутки в пище и жидкости до 1–1,5 л;
- использование в питании контрастных и разгрузочных рационов.

Таблица 10

Суточный набор продуктов для больных с ожирением

Продукты	Варианты диет		
	1510 ккал	1380 ккал	1250 ккал
Молоко, кефир, мл	300	300	300
Творог нежирный, г	150	150	150
Сметана 20 %, г	20	—	—
Яйцо, шт.	1	1	—
Говядина или курица без кожи, г	200	200	200
Рыба нежирных сортов, г	100	100	100
Картофель, г	200	200	100
Овощи (капуста, огурцы, морковь, свекла и др.), г	500	500	500
Свежие фрукты и ягоды, г	300	300	300
Масло растительное, г	20	20	20
Хлеб черный, г	100	50	50

Оценка состояния питания

Перед тем, как рекомендовать диету, необходимо рассчитать идеальную массу тела, затем определить физиологическую потребность в пищевых веществах и энергии.

Масса тела — один из самых важных показателей состояния питания. Как правило, массу тела человека сравнивают с рекомендуемой (идеальной) массой тела, которую можно рассчитать по формулам или номограммам. Идеальной массой (табл. 11) можно считать и ту массу, при которой пациент чувствовал себя комфортно в молодости. Идеальную рекомендуемую массу ($MT_{ид}$) тела можно вычислить по формуле

$$MT_{ид} = (\text{Рост, см} - 100) \pm 10 \%$$

В зависимости от процента превышения фактической массы тела по сравнению с идеальной выделяют 4 степени ожирения:

I — 10–29 %;

II — 30–49 %;

III — 50–99 %;

IV — 100 % и более.

В последнее время вычисляют не только MT , но и более информативный показатель ИМТ — индекс массы тела (табл. 12, 13):

$$ИМТ = \frac{MT, \text{ кг}}{(\text{Рост, м})^2}$$

Таблица 11

Идеальная масса тела, кг в зависимости от конституции

Рост, см	Астеничный тип	Нормостеничный тип	Гиперстеничный тип
150	47,5	50,0	52,5
152	48,0	50,5	53,0
154	48,6	51,2	53,8
156	49,6	52,2	54,8

Рост, см	Астеничный тип	Нормостеничный тип	Гиперстеничный тип
158	50,6	53,3	56,0
160	51,8	54,5	57,2
162	53,0	55,8	58,6
164	54,1	57,0	59,9
166	55,3	58,2	61,1
168	56,5	59,5	62,5
170	57,9	61,0	64,1
172	59,3	62,4	65,5
174	60,5	63,7	66,9
176	61,7	65,0	68,3
178	63,1	66,4	69,9
180	64,1	67,5	70,9
182	65,3	68,7	72,1
184	66,2	69,7	73,2
186	67,1	70,6	74,1
188	67,7	71,3	74,9
190	68,8	72,4	76,0
<i>Идеальная масса для мужчин старше 25 лет</i>			
150	52,8	55,6	58,4
152	53,6	56,4	59,2
154	54,3	57,2	60,1
156	55,2	58,1	61,0
158	56,2	59,2	62,2
160	57,4	60,4	63,4
162	58,5	61,6	64,7
164	59,6	62,7	65,8
166	60,8	64,0	67,1
168	62,2	65,5	68,8
170	63,6	67,0	70,4
172	65,2	68,6	72,0
174	66,5	70,0	73,5
176	67,9	71,5	75,1
178	69,3	73,0	76,7
180	70,8	74,5	78,2
182	72,2	76,0	79,9
184	73,9	77,8	81,7
186	75,1	79,1	83,1
188	76,3	80,3	84,3
190	77,5	81,7	85,9

Таблица 12

Определение степени недостаточности питания на основе значения ИМТ

Значение ИМТ, кг/м ²	Показатель питания
17–18,5	Легкая степень недостаточности питания
15–16,9	Средняя степень недостаточности питания
Менее 15	Тяжелая степень недостаточности питания

Классификация ожирения по ИМТ

Показатель питания	Значение ИМТ, кг/м ²
Нормальный	18,5–24,9
Избыточная масса тела I ст. (преожирение)	25,0–29,9
Избыточная масса тела II ст.	30,0–34,9
Избыточная масса тела III ст.	35,0–39,9
Избыточная масса тела IV ст.	> 40,0

Уменьшение энергоемкости рациона, степень редуцирования рациона колеблется от 30 до 50 % в зависимости от желания и возможности пациента. Лучше всего производить редуцицию на 40 %, это позволяет пациентам легко переносить диету с пониженной энергоценностью в амбулаторных условиях, масса тела при этом снижается медленно. Наибольшее снижение массы тела происходит в первые две недели лечения за счет потери воды. Чем значительнее ожирение, тем больше следует урезать рацион.

Пищу готовят в отварном виде и на пару, без соли. Количество белков в диете — 1–2 г/кг идеальной массы тела, причем 60 % из них — животного происхождения. Повышенное количество белков необходимо для предотвращения эндогенного распада белков в условиях низкой энергоценности рациона, а также для поддержания активности ферментов. Белки вызывают чувство насыщения. Длительный их дефицит ведет к жировой инфильтрации печени.

Количество жиров в диете уменьшается за счет животных жиров. Резкое ограничение жиров в диете приводит к дефициту жирорастворимых витаминов. Растительные жиры активизируют процессы расщепления жиров.

Углеводы в рационе составляют примерно до 2 г/кг идеальной массы тела (150 г в сутки). Только 20–30 % энергоценности рациона покрывают углеводы (вместо 50–60 % в норме). Ниже 70 г в сутки снижать потребление углеводов не рекомендуют из-за возможности развития кетоацидоза. Прежде всего ограничиваются простые углеводы (моно- и дисахариды). Сложные углеводы в рационе должны быть представлены продуктами с низким гликемическим индексом (капустой, грибами, горохом, бобами, гречневой и овсяной крупой, помидорами, огурцами). Ограничивают: картофель, морковь, свеклу, манную и рисовую крупы.

Полезны овощи и фрукты, так как они богаты пищевыми волокнами, витаминами и микроэлементами. Чтобы избежать чувства голода, необходимо исключить из рациона продукты, стимулирующие аппетит: бульоны, пряности, острое, соленое, жареное, алкоголь.

Необходима медленная еда и тщательное пережевывание пищи, употребление объемной, но малокалорийной пищи. При запорах показаны пищевые волокна. Любые пищевые добавки играют вспомогательную роль в лечении ожирения, они эффективны на фоне диеты с пониженной энергоценностью.

При ожирении с успехом применяются специальные разгрузочные диеты (см. с. 51).

Рекомендуемые продукты и блюда

Хлеб черный, отрубной.

Супы на овощном бульоне, 2–3 раза в неделю на слабом мясном и рыбном отварах, тощая говядина, 1–2 раза в неделю нежирная баранина, постная свинина, в отварном виде, нежирная птица, кролик, нежирные сорта рыбы (судак, треска, щука, навага, сазан).

Творог, молочные продукты, нежирные.

В отварном виде блюда из овощей — капуста белокочанная, цветная, салат, редис, огурцы, помидоры, кабачки в сыром, отварном, печеном виде.

В ограниченном количестве — крупы, бобовые, макаронные изделия.

Кислые и кисло-сладкие сорта фруктов, ягод (яблок, апельсинов, красной смородины, крыжовника, клюквы) в сыром виде и в компотах.

Неострые соусы, минеральная вода, фруктовые соки без добавления сахара.

Не рекомендуют

Продукты и блюда, содержащие сахар, — кондитерские изделия, шоколад, конфеты, сдобу, мороженое.

Острые, пряные, копченые и соленые закуски, перец, хрен, алкогольные напитки, субпродукты (мозги, печень, сердце).

Следует убедить пациента в том, что снижение массы тела, соблюдение диеты — это длительный процесс. Неправильно спланированная, недостаточно разъясненная или недостаточно понятая диета приводит к ее несоблюдению больным, и назначать подобную диету не

стоит. Целесообразно лицам с избыточной массой тела и ожирением посещать школу рационального питания, где они получают прежде всего психологическую поддержку, научатся рассчитывать по антропометрическим данным идеальную массу тела, индекс массы тела, составлять диету, контролировать заболевания, ведя постоянно дневник питания.

Решение проблем массы тела занимает много сил, энергии и времени, а от медицинских работников требует знаний и умений. Эффективность терапии во многом зависит от мотивации пациентов в снижении массы тела. Больной с ожирением будет лечиться до тех пор, пока он худеет. Поэтому в случае лечения ожирения должен быть постоянный психологический контакт между пациентом и медицинским работником.

Энтеральное питание

Любое питание, вводимое в ЖКТ, обозначается термином «энтеральное питание». Большинство пациентов удовлетворяют свои нутриционные потребности, принимая пищу перорально. Однако болезнь может препятствовать этому, и тогда следует рассматривать альтернативные стратегии. Цель этого подраздела — описание различных типов энтерального питания в контексте нутриционной поддержки.

Энтеральное питание способно обеспечивать всасывательную функцию слизистой оболочки тонкой кишки и участвовать в сохранении защитного барьера, отделяющего патогенные микроорганизмы кишечника от системной циркуляции. Такие непитательные эффекты могут быть настолько же важны, как и трофическая функция энтерального питания.

По данным Института питания РАМН, научных исследований отечественных и зарубежных авторов, нарушения пищевого статуса (истощение, недоедание, белково-энергетическая недостаточность, признаки гиповитаминоза, изменения иммунного статуса) определяют у следующих групп лиц:

- с различными хроническими заболеваниями органов пищеварения;
- с сахарным диабетом
- с патологией почек и мочевыделительной системы;
- с туберкулезом;
- со злокачественными новообразованиями;
- перенесших различные операции на органах пищеварения;
- с неврологическими заболеваниями, в частности перенесших острые нарушения мозгового кровообращения;
- у лиц старческого возраста.

Исходные нарушения питания в значительной степени снижают эффективность лечебных мероприятий при различных заболеваниях, отрицательно влияют на иммунные механизмы (следовательно, и на продолжительность жизни), вызывают метаболические расстройства, присоединение инфекционных осложнений. Не всегда рационально построенная диета может решить проблему адекватного питания и исправить найденные нарушения в пищевом статусе (речь идет о категории пациентов, которые по разным причинам не могут получить либо усвоить необходимые питательные вещества). Во всех случаях, когда пациент не может получать пищу естественным путем, она недостаточно усваивается или неадекватна потребностям организма в питательных веществах, возникает необходимость нутритивной поддержки организма. В зависимости от степени выраженности питательной недостаточности и состояния желудочно-кишечного тракта нутритивная поддержка может быть реализована путем использования пероральных питательных смесей или энтерального зондового питания.

Показания для проведения нутритивной поддержки:

- длительное отсутствие возможности естественного перорального питания;
- наличие анорексии, выраженной кахексии, слабости пациента;
- возросшие потребности пациента на фоне повышенного распада белка, вследствие проведенной объемной операции, онкологических заболеваний;
- нарушения сознания и глотания, невозможность приема пищи естественным путем;
- непроходимость пищевода и желудка для твердой пищи (опухоли, постожоговые и рубцово-язвенные стенозы);

- длительный период после операций на органах пищеварения;
- онкологические заболевания.

Энтеральное зондовое питание предполагает введение питательных смесей специального состава через желудочные и кишечные зонды, через гастро- и еюностомы, наложенные хирургическим способом или с помощью чрескожной эндоскопической гастроеюностомы. Если пациент с нормально функционирующим кишечником не способен или не желает принимать достаточно пищи, чтобы удовлетворить потребности своего организма, то можно рассмотреть различные способы энтерального питания. Питательные смеси должны вводиться в том участке желудочно-кишечного тракта, где возможно их всасывание. Иногда допустимо использование модифицированных смесей, например пептидной формулы, чтобы преодолеть ферментную недостаточность и таким образом избежать назначения парентерального питания. Несмотря на то, что энтеральное питание должно быть методом выбора нутриционной поддержки, могут встречаться и такие случаи, когда оно противопоказано:

- отсутствие функции кишечника вследствие кишечной недостаточности, тяжелого воспаления или в некоторых других случаях, например при послеоперационной атонии;
- полная кишечная непроходимость;
- невозможность получить доступ к кишечнику, например после сильных ожогов, при множественных травмах.

В сомнительных случаях может быть предпринята ограниченная по времени попытка энтерального кормления.

Назначение и выбор энтерального питания осуществляет врач, при этом медицинская сестра должна владеть основными приемами проведения энтерального питания и обучать больного и его родственников данной методике.

Основные цели обучения:

- хорошо разбираться в различных методиках проведения энтерального питания;
- понимать показания и противопоказания к назначению энтерального питания;
- определять преимущества энтерального зондового питания;
- выбирать подходящую питательную смесь для энтерального питания;
- выявлять ключевые особенности, связанные с методикой проведения энтерального зондового питания;
- выявлять осложнения, связанные с энтеральным питанием.

Методика проведения энтерального зондового питания

Доступ к кишечнику возможен в различных местах, поэтому выбор методики проведения питания будет зависеть от основной патологии, длительности зондового кормления и предпочтений пациента.

Энтеральное питание является более физиологичным, действенным и дешевым, чем парентеральное. Течение основного заболевания пациента и преимущества зондового питания будут влиять на способ доступа для обеспечения энтерального питания. Назоэнтеральные пути доступа применимы для относительно кратковременного питания (менее 4 нед). Пациентам, нуждающимся в длительном энтеральном питании, целесообразно проведение эзофаго-, гастро- и еюностомии.

Показания

Назогастральное, или назоэнтеральное, зондовое питание показано пациентам с неврологическими или физиологическими нарушениями, препятствующими удовлетворительному пероральному приему пищи, а также пациентам с патологией ротоглотки и пищевода. Такой способ доставки питания показан также пациентам с ожогами, желудочно-кишечными заболеваниями, синдромом короткой кишки и больным, которые прошли курс химиотерапии или лучевой терапии. Назоэнтеральное зондовое питание может быть также использовано во время полного парентерального питания как дополнение к комбинированному парентеральному и энтеральному питанию и к самостоятельному пероральному приему пищи.

Противопоказания

Назоэнтеральное зондовое питание противопоказано пациентам с тяжелой патологией желудочно-кишечного тракта. Когда после операции не удастся опорожнить желудок надлежащим способом, то снизить риск тошноты, рвоты и острого расширения желудка можно с помощью введения питательной смеси непосредственно в тонкую кишку. Этот метод может потребовать рентгенологического или эндоскопического контроля при введении зонда в тонкую кишку (назодуоденальное, назоеюнальное кормление).

Техника введения зондов

Способы введения зондов для назогастрального, назодуоденального и назоеюнального размещения одинаковы. Смазанный кончик проходит через наиболее доступную ноздрю внутрь носоглотки, проглатывается, если пациент способен глотать, и располагается в желудке. После этого пациент должен повернуться на правую сторону таким образом, чтобы перистальтическое движение желудка могло проталкивать утяжеленный конец зонда через привратник желудка внутрь двенадцатиперстной кишки. В последнее время более широко стало применяться размещение зонда с помощью эндоскопа или под контролем рентгеноскопии. Подача питательной смеси в постпилорический отдел желудка может предотвратить проблемы, связанные с рефлюксом нутриентов и аспирацией.

Если назоэнтеральный зонд вводится пациенту с нарушениями сознания или кашлевого рефлекса, очень важно проверять положение дистального конца. Поддувание воздуха в зонд может ввести в заблуждение, так как при аускультации в области желудка слышен звук, проходящий через зонд, который оказался внутри главного бронха. Наиболее простой показатель правильного размещения зонда в желудочно-кишечном тракте — аспирация желудочного или кишечного содержимого. Если же содержимое кишечника не может быть аспирировано через зонд, то для определения положения зонда перед началом подачи энтеральной смеси необходимо рентгенологическое подтверждение расположения его конца. Так как зонды рентгенконтрастны, то обзорного снимка брюшной полости обычно бывает вполне достаточно. Если точное расположение зонда все же остается сомнительным, то необходимо ввести через него небольшое количество водорастворимого контрастного вещества.

Техника безопасности в отношении использования зонда для обеспечения назогастрального питания является главной проблемой. Наиболее часто возникает кожное раздражение от лейкопластыря. Гипоаллергенный лейкопластырь или специальный зажим надежны и эффективны при их правильном применении.

Осложнения

Есть данные о том, что частота осложнений от размещения назоэнтерального зонда варьирует от 0,3 до 15 %. Значительными факторами риска и осложнений являются:

- пожилой возраст;
- неврологические расстройства;
- анатомическая аномалия;
- кровотечение;
- установка зонда в просвете бронха;
- прободение желудочно-кишечного тракта.

Доставка нутриентов

Часто заболевание пациента определяет оптимальное место для размещения зонда и способы доставки. Конкретные рекомендации даны ниже. Преимуществами введения нутриентов в желудок являются облегченное размещение зонда в желудке, физиологическое сходство с нормальным питанием и выбор непрерывной или периодической доставки питательных веществ. Непрерывное введение часто предпочтительнее для госпитализированных пациентов, тогда как для находящихся дома больных по возможности применяют периодиче-

ское введение смеси. Тонкий кишечник плохо переносит периодическое введение, поэтому может оказаться необходимой непрерывная доставка нутриентов, приводящая к меньшим метаболическим отклонениям.

Мониторинг

Пациенты, получающие питание назоэнтеральным путем, нуждаются в таком же внимательном наблюдении, как и пациенты, которым назначено парентеральное питание. Лучше всего, если проведение нутриционной поддержки контролирует специальная бригада, чья работа регламентируется определенными протоколами. Во избежание осложнений необходимо особое внимание к водно-электролитному балансу и метаболическому статусу пациента.

Способы доставки питания

Питание может быть доставлено следующими способами:

- *болюс* — отмеренное количество, медленно вводимое с помощью шприца (объемом более 50 мл) за определенный отрезок времени. Скорость введения не должна превышать 30 мл/мин. Обычно этот метод используется, если пациент неспокоен или временно недоступен насос;

- *периодическое* — питание дается в течение 24-часового периода с интервалами для отдыха. Например, 3 ч кормления, затем 2 ч отдыха, 3 ч кормления, 2 ч отдыха и т. д.;

- *ночное* — питание дается в течение ночи, что позволяет быть более свободным днем. Это особенно целесообразно, если зондовое питание используется в дополнение к пероральному приему, но требуется помнить о необходимости вводить большие объемы жидкости;

- *непрерывное* — питательный раствор доставляется в течение 20 ч без перерыва. Использование насоса идеально, но если возможности ограничены, то применяют традиционный метод. Использование силы тяжести как движущей силы достаточно эффективно, хотя и менее надежно.

Успех энтерального зондового питания зависит от тесного сотрудничества медицинской сестры и пациентов. Основные принципы нутриционной терапии должны соблюдаться в процессе обеспечения режима питания, отвечающего индивидуальным потребностям каждого конкретного пациента.

Уход и повторное использование

Существует риск бактериального загрязнения, если с системами для питания обращаются без должного внимания. Следует обратить внимание на следующие моменты:

- соединений должно быть как можно меньше;
- оборудование должно использоваться только для одного пациента;
- системы должны меняться по крайней мере каждые 24 ч. В некоторых случаях, особенно если пациенту угрожает риск инфекции, они должны быть только одноразового использования;

- контейнеры должны использоваться только в течение 24 ч, после чего их следует простерилизовать перед повторным применением;

- питание должно быть приготовлено только на рекомендованный период;
- перед приготовлением питания и процедурой его введения следует тщательно мыть руки; зонды необходимо регулярно промывать.

Смеси для энтерального питания

Полимерные полноценные промышленные питательные смеси являются основными продуктами, повсеместно используемыми для энтерального питания как в стационарах, так и в домашних условиях (табл. 14). Они содержат:

- цельный белок в качестве источника азота;
- олигосахариды, мальтодекстрины или крахмал в качестве источника углеводов;
- растительные масла как источник жиров;
- минералы, витамины и микроэлементы.

Смеси для энтерального питания часто применяются при зондовом питании, доставляемом в желудок, поскольку хорошо переносятся и эффективны при введении с помощью тонкого зонда внутрь желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишки.

Большинство из этих смесей имеют:

- энергетическую плотность 1 ккал/1 мл;
- концентрацию азота 5–7 г/л;
- соотношение небелковых калорий и азота от 150:1 до 200:1 ккал/г азота.

Некоторые смеси обогащены азотом (приблизительно 9 г/1000 мл); они могут улучшить азотистый баланс у пациентов с выраженными нарушениями питания. Другие составы имеют более высокое содержание калорий (1,5 ккал/1 мл); эти смеси показаны в тех случаях, когда нагрузка водой и натрием должна быть ограничена.

Таблица 14

Источник нутриента и энергетическое содержание модульных компонентов

Нутриент	Источник	Энергетическая ценность, ккал/100 г
Белки	Кальциевый казеинат, низколактозный казеин, свободные аминокислоты	370–420
Жиры	Рыбий жир, соевое масло, эфиры жирных кислот с полиглицеролом МСТ	700–1000
Углеводы	Мальтодекстрин, гидролизованный кукурузный крахмал	380–390

Больному с критическими состояниями необходимы дополнительные источники энергии, белка, витаминов, минералов, пищевых волокон — пребиотиков. Особенности современных дополнительных источников питательных веществ в энтеральных смесях являются:

- адаптированный состав (содержание белков, жиров, углеводов, витаминов и минералов, необходимых организму на фоне повышенных энергозатрат);
- сбалансированный состав (все ингредиенты (белки, жиры, углеводы, витамины, минералы) вводятся только в определенных соотношениях. Это обеспечивает их быстрое и полное усвоение организмом).

В качестве дополнительных источников энергии, витаминов и микроэлементов могут быть использованы несколько групп диет:

- сбалансированные адаптированные высокоэнергетические диеты (Нутрикомп Ликвид Энергия);
- сбалансированные адаптированные высокобелковые диеты (Нутрикомп Интенсив высокобелковый);
- сбалансированные адаптированные диеты, обогащенные пищевыми волокнами-пребиотиками (Нутрикомп Файбер);
- белковый и энергетический модули (Нутрикомп протеиновый и энергетический модули).

В настоящее время предпочтение отдается энтеральным смесям со следующими характеристиками:

- безлактозные;
- достаточная калорическая плотность не менее (1 ккал/1 мл);
- адаптированные (в 1,5 л смеси содержатся все витамины и микроэлементы в среднесуточной потребности);
- осмолярность не выше 340 мосм/л;
- низкая вязкость для капельного введения;
- ясно указано место производства смеси.

По осмолярности смеси подразделяют следующим образом:

- 1-й вариант — стандартное разведение (1 ккал/1 мл);
- 2-й вариант — обогащенный раствор (1,5 ккал/1 мл);
- 3-й вариант — гиперкалорическая смесь (2 ккал/1 мл).

Осложнения энтерального питания

Целью зондового кормления является компенсация некоторых нарушений функций пищеварительного тракта или попытка обойти их. Осложнения такой нутриционной поддержки происходят в основном в результате неадекватной компенсации дефицита питательных веществ или вследствие инвазивности методики, часто нарушающей физиологические защитные механизмы. Однако нередко ощутимые осложнения зондового питания в действительности вызваны не нутриционной поддержкой, а основной болезнью или ее лечением. В такой ситуации неправильное определение причины осложнения может лишь усложнить проблему.

Несмотря на то, что все осложнения можно подразделить на первичные со стороны ЖКТ, механические и метаболические (табл. 15), тем не менее, когда они возникают впервые, не ясно, какое это именно осложнение, поэтому необходимы дополнительные диагностические исследования.

Таблица 15

Виды осложнений энтерального питания

Желудочно-кишечные (30–38 %)	Механические (2–10 %)	Метаболические и инфекционные
Спастические боли в животе Вздутие живота Тошнота и рвота Эзофагиальный рефлюкс Диарея Нарушение всасывания Гастродуоденальное кровотечение	Ринит, отит, паротит Фарингит, эзофагит Легочная аспирация Эрозия пищевода Смещение зонда Закупорка зонда Прободение	Нарушения метаболизма кальция, магния, фосфора Нарушение баланса жидкости Гиперосмолярные состояния Гипер- и гипогликемия Микробная контаминация Колонизация и инвазия

Тщательное наблюдение медицинской сестрой и незамедлительная коррекция нежелательных изменений состояния больного — это самые эффективные способы профилактики осложнений энтерального питания.

ФИТОТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Нет ничего более изобретательного, чем природа.

Марк Туллий Цицерон

Актуальность использования лекарственных растений неизмеримо возросла в последние десятилетия. Это обусловлено тем, что и сегодня мы являемся свидетелями терапевтических неудач и ятрогенных осложнений. По данным ВОЗ, более 5 % госпитализированных составляют больные с лекарственными осложнениями. В тоже время в связи с постарением населения увеличивается число лиц с сочетанной патологией, требующей одновременного назначения ряда лекарственных средств, при этом фармакологический эффект может существенно изменяться при их совместном применении. При рациональном сочетании лекарственных растений терапевтические возможности расширяются. Не вызывает сомнений целесообразность использования лекарственных растений при первичной профилактике ряда заболеваний, поддерживающей постоянной или курсовой терапии при их вторичной профилактике.

Преимущество лекарственных растений — малая токсичность и возможность длительного применения без существенных побочных явлений. Широкие терапевтические возможности представляет использование овощей, ягод и фруктов. Их лечебное действие порой незаменимо.

Однако не следует противопоставлять препараты, созданные на основе химического синтеза, средства растительного происхождения: для медицинской практики одинаково важны как те, так и другие. Каждый лечебный препарат независимо от способа его получения занимает свое место в лечебном процессе — имеет свой характер фармакологического действия, специфику терапевтической эффективности, оптимальный диапазон показаний к применению. Например, антибиотики, гормональные препараты и психотропные средства незаменимы при интенсивной терапии, и, напротив, при функциональных расстройствах, легких формах патологии для проведения поддерживающей терапии следует отдать предпочтение лекарственным растениям.

Использование фитотерапии остается актуальным для практической медицины. Многие охотно лечатся травами, считая, что их применение совершенно безопасно, но это мнение не соответствует действительности, самодеятельность может нанести непоправимый вред здоровью. *Заниматься фитотерапией можно лишь по рекомендации и под контролем медицинского работника!*

В этом разделе обобщены литературные сведения по фармакологической активности лекарственных растений в зависимости от содержания в них биологически активных веществ, а также рекомендации по их применению в лечении часто встречающихся заболеваний. Приведенные рецепты взяты из опубликованных пособий и книг.

Лечебно-профилактические рекомендации по использованию лекарственных растений систематизированы по нозологическому принципу. В прикладном плане кратко освещено значение пищевых растений для профилактики и лечения ряда патологических состояний, а также для повышения терапевтической эффективности специфического лечения. В состав лечебных сборов включены растения, официально разрешенные к применению в медицинской практике.

Приготовление простых лекарственных препаратов

Из свежего, высушенного и измельченного сырья готовят галеновые препараты — настои, отвары, вытяжки (экстракты), настойки. Принято, что чайная ложка содержит 5 г сырья, десертная 10, столовая 15, столовая с верхом — 20 г, тонкий стакан — 200 г воды.

При приготовлении настоя горячим способом измельченное сырье помещают в эмалированную посуду и заливают кипятком, обычно в соотношении 1:10 (1 часть сырья на 10 частей воды), закрывают крышкой, помещают на водяную баню на 15–20 мин, охлаждают при комнатной температуре и процеживают. Очень удобно готовить горячий настой в термосе. Как правило, для суточной дозы настоя 2 столовые ложки растительного сырья заливают 2 стаканами крутого кипятка вечером и оставляют на ночь. На следующий день выпивают по 1/2 или 2/3 стакана теплого настоя в 3 приема за 30 мин до еды.

При приготовлении настоя холодным способом сырье помещают в стеклянную или эмалированную посуду, заливают остуженной кипяченой водой, настаивают от 4 до 12 ч, затем процеживают.

Отвары обычно готовят из корневищ, корней и коры. Измельченное сырье помещают в эмалированную кастрюлю, заливают холодной водой (в соотношении 1:10 для внутреннего и 1:5 для наружного применения), ставят на легкий огонь или водяную баню, кипятят 20–30 мин, затем процеживают. Сырье, содержащее дубильные вещества, следует процедить немедленно.

Экстракты получают выпариванием в закрытой посуде настоев или отваров (чаще всего до половины первоначального объема).

Настои, отвары и экстракты хранят в холодном месте. Срок годности экстракта несколько длиннее, чем настоя или отвара.

Настойки готовят на 40–70%-м спирте. Измельченное сырье заливают из расчета 1:5, 1:10 и 1:20. Смесь плотно закрывают, выдерживают при комнатной температуре 7 сут, процеживают и выливают в темную бутылку. Принимают обычно по 10–30 капель.

Лекарственные сборы более эффективны, чем одиночные растения. При составлении сбора учитывают индивидуальные особенности больного и наличие сопутствующих заболеваний. Поэтому лекарственный сбор должен содержать и дополнительные ингредиенты. При составлении сбора необходимо, во-первых, знать показатели артериального давления и учитывать основную тенденцию его изменения. Например, при составлении сбора для больного холециститом с артериальной гипертензией в него включают не только желчегонные, но и растения с гипотензивным действием, иначе лечение может спровоцировать гипертонический криз и ухудшить общее состояние.

Во-вторых, следует учитывать состояние кишечной моторики больного, склонность к запорам либо поносам и включать в сбор сырье слабительного или вяжущего действия.

В-третьих, некоторые растения действуют на мускулатуру матки и могут быть опасны для беременных. Растительные сборы и препараты не рекомендуется принимать и во время менструаций. Беременность служит относительным противопоказанием для фитотерапии.

Часть растительных препаратов может вызвать аллергическую реакцию организма. В этих случаях надо начать с микросбора (2–3 компонента) и через 5–7 дней добавлять в сбор по одному растению, чтобы выявить аллерген.

Во все растительные сборы рекомендуют добавлять витаминосодержащие растения, в первую очередь шиповник.

Растительные препараты обладают многосторонним действием на человеческий организм, что оправдывает применение одних и тех же трав для лечения разных заболеваний. Предусмотреть нежелательное побочное действие лекарственных растений может только врач после всестороннего обследования состояния организма больного.

Лекарственные растения в диетотерапии

Лечебное питание существенно дополняет медикаментозную терапию, а иногда является основным лечебным фактором, особенно при болезнях, связанных с нарушением обмена веществ в организме и поражением желудочно-кишечного тракта.

Обильное питание продуктами животного происхождения привело к значительному повышению удельного веса заболеваний, обусловленных нарушением обмена веществ в организме. Так, ожирением, атеросклерозом и сахарным диабетом страдают не только люди пожилого возраста, но и молодые. Включение в рацион питания продуктов растительного происхождения может предупредить возникновение или облегчить течение этих болезней.

При сахарном диабете рациональное питание должно быть вариантом постоянного лечебного воздействия. Сахарный диабет — сложная и длительная болезнь, обусловленная недостаточностью гормона инсулина, вызывающей нарушения обмена веществ в организме, главным образом углеводного. Правильно подобранной диетой в сочетании при необходимости с введением инсулина и других медикаментов можно добиться исчезновения клинических симптомов болезни, общего хорошего самочувствия, нормальной трудоспособности.

В диетическом питании заметное место следует отвести сахароснижающим растениям, включив их в лечебно-пищевые смеси. Последние имеют значительные преимущества по сравнению с простыми лекарственными формами (настоями, отварами, настойками и т. д.). Приготовить лечебно-пищевые смеси можно из выращиваемых на приусадебных участках и повсеместно встречающихся дикорастущих растений.

Бобы русские. Содержат много белка, полноценного по набору аминокислот, небольшое количество углеводов, минеральные соли, витамины. Издавна используются в народной медицине в диетическом питании. Рекомендуют свежие, сочные, некрахмалистые бобы, когда створки стручков еще зеленые.

Сухие бобы идут на приготовление супов, пюре, оладий и т. д.

Салат из бобов. Бобы отваривают в воде, солят перед окончанием варки. Откидывают на дуршлаг и обдают холодной водой. В салат добавить 1–2 столовые ложки растительного масла, 2 растертых яичных желтка, лимонную кислоту, соль, перец, сахар (по вкусу).

Горох посевной. Отличается высоким содержанием углеводов, усваиваемых организмом без участия инсулина. Кроме того, некоторые исследователи указывают на большое содержание в нем растительного инсулина, что и определяет его сахароснижающее действие. Этим объясняется широкое использование гороха в диабетической кухне. Горошек консервируют, и в таком виде он хранится годами, не теряя питательной ценности, вкуса и свежести.

Салат гороховый с яблоками. Горох отваривают, смешивают с нарезанными яблоками и морковью, подают под майонезом.

Горох 80 г, морковь 40, яблоки 70, майонез 30 г, соль по вкусу.

Салат из зеленого горошка и вареной моркови. Вареную морковь нарезать мелкими кубиками, перемешать с зеленым консервированным горошком. Заправить чесноком и майонезом.

Горошек зеленый 80 г, морковь 70, майонез 20, чеснок 2 г.

Салат из зеленого горошка и помидоров. Помидоры нарезать кубиками, перемешать с горошком и майонезом. Украсить зеленью.

Помидоры 60 г, зеленый горошек 60, майонез 20, укроп 5 г.

Салат из зеленого горошка с сыром. Зеленый горошек вынуть из стручков, отварить в подсоленной воде и отцедить. Поджарить в 2 столовых ложках масла 1/4 стакана толченых сухарей и смешать с горошком. Положить массу на тарелку и сверху посыпать натертым сыром. Подавать к столу с кислым молоком.

Зеленый горошек 150 г, масло 15, сыр голландский 30 г, сухари 1/4 стакана.

Горошек, запеченный с яйцами. Зеленый консервированный горошек прогреть в собственном соку, сок слить, горошек переложить на сковороду, смазанную маслом, посолить, перемешать. Залить взбитыми яйцами и запечь в горячей духовке.

Горошек 150 г, яйцо 1 шт., масло 10 г, соль, перец по вкусу.

Горох, тушеный с морковью. Горох отваривают в соленой воде до разваривания. Морковь мелко нарезают либо натирают на терке, проваривают. Складывают в кастрюлю вместе морковь и горох, всыпают муку, кладут сливочное масло, нарезанный мелко укроп, немного сахарина или ксилита, соль, заливают бульоном или водой и варят до готовности.

Горох 70 г, морковь 50, мука 5, масло 15 г, соль, укроп по вкусу.

Гречиха посевная. Гречневую крупу, благодаря содержанию в ней витаминов, минеральных солей, органических кислот и легкой усвояемости белков, рекомендуют как ценный диетический продукт при заболеваниях печени, почек и сахарном диабете. Наиболее полно она усваивается с молоком. В таком сочетании имеется около 100 различных полезных веществ, в том числе полный набор незаменимых аминокислот. По физиологическим нормам питания каждый человек должен употреблять в течение года 7–8 кг гречихи.

Кабачки, патиссоны. Из-за низкой калорийности, щелочной среды, создаваемой при их усвоении, богатого минерального состава и витаминной ценности, кабачки и патиссоны высоко ценятся в питании больных сахарным диабетом. Благодаря применению различных способов консервирования население Западной Сибири может быть обеспечено ими круглый год. Широко используются в кулинарии.

Салат из кабачков и помидоров. Кабачки и помидоры тонко нарезать, перемешать с мелко нашинкованными луком и зеленью укропа, посолить, заправить майонезом.

Кабачки 120 г, помидоры 50, майонез 30, лук репчатый 15, укроп 5 г, соль.

Салат из кабачков и моркови с хреном. Кабачки, морковь натереть на крупной терке и перемешать с хреном. Заправить сметаной, солью, ксилитом. Подавать с зеленью.

Кабачки 120 г, морковь 40, хрен 20, зелень 10, сметана 20 г, соль, ксилит.

Кабачки по-русски. Разрезать вдоль очищенные кабачки и удалить ложкой часть мякоти с семенами. «Лодочки» положить в кипяток на 10–15 мин. Мякоть из кабачков мелко изрубить, смешать с измельченными вареными грибами и зеленью петрушки. Поджарить на масле лук, смешать с фаршем и прожарить вместе. Заправить фарш солью и черным перцем по вкусу. Заполнить этим фаршем кабачки, уложить на противень или в большую кастрюлю, залить бульоном, чтобы он не доходил до фарша. Тушить, прибавляя по мере выкипания бульон, пока кабачки не протушатся до мягкости. Заправить тем же бульоном, добавить в него сметану и яйца, посыпать зеленью петрушки.

Кабачки 150 г, масло растительное 20, грибы 30, сметана 30, лук репчатый 15 г, яйцо 1 шт., петрушка, перец, соль.

Кабачки, запеченные в духовке. Нарезать кружочками очищенные кабачки, посолить, обвалить в муке и поджарить. Затем выложить их на противень, залить сметанным соусом, посыпать тертым сыром и запечь в духовке.

Для приготовления соуса взять 10 г сливочного масла, 8 муки и 80 г сметаны. Кабачки 120 г, мука 25, масло 15 г, соль, ксилит по вкусу.

Кабачковая икра. Очищенные кабачки пропустить через мясорубку, сложить в глубокую сковороду, добавить растительное масло и тушить, пока не станут мягкими. Добавить провернутые через мясорубку помидоры и поджаренный репчатый лук и все вместе тушить минут 10. Соль, перец душистый, чеснок по вкусу.

Кабачки 150 г, помидоры 50, масло растительное 20, лук 50, чеснок 2 г, соль, перец.

Кабачки фаршированные. Очищенные кабачки нарезать кружками толщиной 5–6 см. Сердцевину удалить, но так, чтобы в каждом кружке осталось доньшко. Кабачки варить в подсоленной воде до полуготовности, вынуть на дуршлаг или сито, начинить фаршем.

Начинку приготовить по одному из приведенных ниже рецептов:

1. Протереть творог, заправить сырыми яйцами.

2. Нарезанную мелкими кубиками морковь смешать с отваренным рисом, измельченными крутыми яйцами, луком, поджаренным до готовности на масле. Соль и перец по вкусу.

Грибы отварить и поджарить с луком, смешать с измельченными крутыми яйцами, зеленью, луком.

Мясной фарш смешать с рисом, морковью, луком, мелко нарезанным болгарским перцем.

Начиненные кабачки протушить в духовке, полить сметанным соусом или бульоном. Перед подачей к столу можно добавить измельченный чеснок и зелень.

Патиссоны жареные. Патиссоны нарезать тонкими ломтиками, посолить, обвалить в муке и жарить. Затем подлить сметану и тушить до готовности.

Патиссоны 150 г, растительное масло 15, сметана 20 г, мука 1 чайная ложка, соль по вкусу.

Икра из патиссонов. Патиссоны, нарезанные ломтиками, пропустить через мясорубку, положить в глубокую сковороду и тушить до мягкости. Добавить мелко нарезанные помидоры, поджаренный лук, посолить и все вместе тушить до готовности (10–15 мин).

Патиссоны 150 г, растительное масло 25, помидоры 50, лук репчатый 30 г, соль по вкусу, чеснок, перец душистый.

Капуста. На садовых участках и огородах наиболее часто выращивают капусту белокочанную, краснокочанную и цветную. Благодаря содержанию значительного количества минеральных солей, органических кислот, ферментов, фитонцидов, небольшой величины азотистых соединений, капуста всех видов необходима в питании больных сахарным диабетом и с поражением почек.

По наличию аскорбиновой кислоты краснокочанная капуста в 2 раза превосходит белокочанную, а по содержанию каротина — в 4. Клетчатка краснокочанной капусты грубее, чем у других видов, поэтому при нарушениях функции органов пищеварения ее используют в небольшом количестве в салатах, гарнирах и маринованную.

Питательная ценность цветной капусты намного выше, чем белокочанной. Большую часть азотистых веществ в ней составляют легко усвояемые белки. Цветная капуста богата

витаминами, минеральными солями, ферментами, способствующими регуляции уровня сахара и холестерина. Содержащиеся в капусте спирты маннит и инозит оказывают сахароснижающее и противосклеротическое действие.

Цветная капуста не рекомендуется больным подагрой, так как в ней содержится значительное количество пуриновых соединений.

Капусту всех видов используют в пищу в сыром, вареном, жареном и заквашенном виде, маринуют.

Перечень блюд из капусты весьма обширный. Остановимся на наиболее распространенных.

Салат из белокочанной капусты. Капусту шинковать, добавить соль, перемешать, добавить натертую морковь, подавать с майонезом.

Капуста 120 г, морковь 10, майонез 15 г, соль.

Салат из краснокочанной капусты. Капусту нарезать тонкими полосками, опустить в кипящую воду на несколько минут, откинуть на дуршлаг и обдать холодной кипяченой водой. Перемешать остальные продукты и соединить с капустой. Подавать в охлажденном виде.

Капуста краснокочанная 200 г, хрен 10, сметана 20 г, ксилит, перец, соль по вкусу, лимонная долька.

Салат из белокочанной капусты и свеклы. Тонко нарезать капусту, посолить, отжать, смешать с нарезанной вареной свеклой. Добавить ксилит, разведенный в воде с лимонной кислотой или соком лимона, заправить растительным маслом.

Капуста 120 г, свекла 40, растительное масло 15 г, соль, ксилит, лимонная кислота по вкусу.

Салат из краснокочанной капусты с яблоками. Капусту шинковать, залить небольшим количеством кипящей воды, посолить, добавить лимонную кислоту и нагревать, непрерывно помешивая. Когда капуста осядет, откинуть на дуршлаг и охладить. Очистить лук, мелко нарезать, яблоки натереть на крупной терке. Перемешать, заправить ксилитом, растительным маслом, посыпать зеленью.

Капуста 120 г, яблоки 40, лук 20, растительное масло 15 г, соль, ксилит, лимонная кислота по вкусу.

Салат из цветной капусты. Капусту сварить, разобрать на соцветия, полить растительным маслом. Добавить по вкусу соль, ксилит, перец, посыпать зеленью и мелко нарубленным яйцом.

Капуста 120 г, масло растительное 15, зелень 10, лук зеленый 5 г, яйцо 1/2 шт, ксилит, соль.

Салат из цветной капусты и кабачков. Капусту отварить, разобрать на соцветия. Кабачки очистить от кожицы, семян, нарезать кубиками и варить до готовности в подсоленной воде. Подсушить кабачки и перемешать с вареной капустой, посолить. Залить майонезом, смешать с ксилитом.

Капуста цветная 120 г, кабачки 80, масло растительное (или майонез) 15 г, ксилит, соль.

Котлеты из белокочанной капусты. Капусту мелко нарезать, положить в кастрюлю, добавить молоко, масло и тушить до полуготовности. Тонкой струей засыпать манную крупу, тщательно размешать, чтобы не образовались комочки, варить 10–15 мин. Добавить сырые яйца и сметану. Готовую массу немного охладить и разделить в виде котлет, обвалить сухарями и жарить на сковороде с жиром до образования поджаристой корочки с обеих сторон. Подавать котлеты со сметаной или молочным соусом.

Капуста 120 г, манная крупа 3, масло сливочное 10, сметана 20, сухари молотые 12 г, молоко 20 мл, яйцо 1/4 шт., соль по вкусу.

Молочный капустный суп. Свежую капусту мелко крошить и варить до мягкости в небольшом количестве воды вместе с морковью и кореньями петрушки. Влить молоко, положить зелень укропа и петрушки, заправить поджаренной на масле мукой.

Капуста 120 г, морковь 15, петрушка 10, укроп 5 г, молоко 200 мл, соль, мука, масло по вкусу.

Лук репчатый. Учитывая благотворное влияние лука на процессы витаминного обмена, укрепление сосудистых стенок, уровень холестерина, деятельность органов пищеварения и сердечно-сосудистой системы, использование лука в систематическом питании больных сахарным диабетом следует считать необходимым. Сахароснижающий эффект сока лука увеличивается при применении других сахароснижающих растений (салата из одуванчиков, подорожника, спорыша и др.) вместе с ним.

Приведем несколько рецептов блюд из лука репчатого в диетической кухне.

Салат из репчатого лука. Луковицу ошпарить кипятком, нарезать кольцами, уложить в салатницу, добавить мелко нарезанные укроп или петрушку, соль, растительное масло (по вкусу). Подать как составную часть многокомпонентного гарнира ко вторым блюдам.

Лук 50 г, укроп 15 (петрушка 25), масло растительное 7–10 г, соль.

Салат из репчатого лука и яблок. Луковицу ополоснуть водой и мелко нашинковать. Яблоки натереть на крупной терке. Смешать все в салатнице и полить сметаной.

Лук репчатый 50 г, яблоки 120, сметана 20 г.

Салат из лука-батуна и моркови. Листья лука-батуна мелко насесть, перемешать с натертой свежей или вареной морковью. Добавить измельченное ядро грецкого ореха, перемешать с майонезом.

Лук 60 г, морковь 50, майонез 15 г, орех грецкий 1 шт.

Салат из зеленого лука и одуванчиков. Зеленые листья лука мелко нашинковать, перемешать в салатнице с мелко нарезанными листьями одуванчиков. Заправить растительным маслом, соль по вкусу.

Зеленый лук (листья) 50 г, листья одуванчика 10–50, растительное масло 10 г, соль.

Салат из зеленого лука, одуванчиков и крапивы. Мелко нарезать зеленый лук, листья одуванчиков и крапивы двудомной, посолить, сбрызнуть лимонной кислотой, сбобрить растительным маслом.

Лук 40 г, крапива 30, листья одуванчиков 50, растительное масло 12 г, лимонная кислота, соль.

Салат из зеленого лука, крапивы и яблок. Мелко нарезать листья зеленого лука, крапивы и натереть на терке яблоко. Смешать в салатнице, заправить сметаной.

Зеленый лук 50 г, листья крапивы 30, сметана 20 г, яблоко, соль по вкусу.

Салат весенний с луком. Мелко насесть листья лука, первоцвета лекарственного, крапивы двудомной и одуванчика. Перемешать в салатнице, посолить по вкусу, полить растительным маслом, добавить мелко нарезанное яйцо, сваренное вкрутую.

Лук зеленый 40 г, листья первоцвета, крапивы, одуванчика по 10–15, растительное масло 12 г, яйцо вареное 1/2 шт.

Морковь посевная. В диетическом и лечебном питании больных сахарным диабетом морковь считается важным продуктом, так как содержит растительный инсулин, способствует нормальному кроветворению, нормализует функции желудочно-кишечного тракта, укрепляет кровеносные сосуды и зрение. Однако, употребляя в пищу морковь, следует учитывать общее количество углеводов в лечебном меню и соответственно уменьшить количество хлеба или крупяных блюд, чтобы не нарушить баланса углеводов, рекомендованного индивидуально. Морковь участвует в самых разнообразных блюдах.

Салат из моркови и яблок. Очищенные морковь и яблоки натереть на крупной терке, перемешать и заправить майонезом, солью, ксилитом. Украсить зеленью петрушки или сельдерея.

Морковь 80 г, яблоки 60, майонез 15, зелень петрушки 2 г, соль, ксилит.

Морковно-овощной мясной салат. Вареную морковь нарезать кубиками, смешать с зеленым горошком и маленькими кусочками лука, соленых огурцов, нежирного мяса. Соль по вкусу. Майонез и зелень добавить перед подачей на стол.

Морковь 80 г, лук репчатый 15, огурец 40, зеленый горошек 40, мясо 20, зелень 5, майонез 15 г, соль.

Морковь с горошком под майонезом. Морковь мелко нарезать, смешать с зеленым горошком и майонезом, добавить измельченный чеснок.

Морковь 80 г, горошек 30, чеснок 5, майонез 15 г.

Салат из моркови, горошка и яблок. Морковь натереть на крупной терке, смешать с зеленым консервированным горошком, нарезанными яблоками, сметаной и ксилитом.

Морковь 80 г, яблоки 40, горошек 30, сметана 30, ксилит 3–5 г.

Запеканка из моркови и творога. Очищенную морковь нарезать кубиками и потушить с небольшим количеством воды и сливочного масла, затем пропустить через мясорубку. Сварить густую манную кашу и соединить с морковью. Добавить творог, сырое яйцо, соль, ксилит и перемешать. Форму смазать сливочным маслом, посыпать сухарями, наполнить полученной массой, разровнять, посыпать сухарями, полить сливочным маслом и запечь в духовке. Готовую запеканку подавать со сметаной.

На 2 моркови по 100 г: 1 столовая ложка масла, 1/4 стакана манной крупы, 2 столовые ложки сметаны, 2 яйца, 1/2 стакана творога, 2 ложки молотых сухарей. Соль, ксилит — по вкусу.

Морковь, тушенная с черносливом. Очищенную морковь нарезать мелкими кубиками и тушить в молоке до полуготовности, добавив кусочек масла. Затем добавить замоченный чернослив, ксилит, тушить до готовности.

Морковь 100 г, чернослив 20, масло 5 г, молоко 20 мл, соль, ксилит.

Овес посевной. В научной медицине овес, учитывая его ценный многокомпонентный состав, рекомендуют для диетического питания больных с нарушенными функциями желудочно-кишечного тракта, при заболеваниях печени, ожирении, подагре и сахарном диабете. В народной медицине используют отвары из соломы как сахароснижающее средство.

В диетическом питании больные сахарным диабетом систематически используют овсяную крупу «Геркулес», овсяные хлопья, готовят кисели и настои из овса.

Огурец посевной. Питательная ценность огурцов невысока, тем не менее они являются ценным диетическим продуктом, так как содержат оригинальный состав микроэлементов: медь, марганец, кобальт, цинк, йод. Соли меди необходимы для нормального функционирования центральной нервной системы, хорошей регуляции двигательной функции организма. Наличие в огурцах йода обеспечивает нормальную функцию щитовидной железы и противосклеротическое действие. Содержание солей цинка обеспечивает процессы выработки инсулина, необходимого для регуляции углеводного обмена. Соотношение солей макро- и микроэлементов обеспечивает щелочной уровень среды, поэтому огурцы оказывают ощелачивающее, легкое послабляющее и заметное мочегонное действие на организм человека. Огурцы — незаменимый продукт питания для больных сахарным диабетом.

Предлагаем способы использования огурцов в диабетической кухне.

Салат из огурцов. Огурцы нарезать тонкими ломтиками, положить в салатницу, посолить, заправить сметаной, посыпать зеленью и мелко посеченным круто сваренным яйцом.

Огурцы 120 г, сметана 20, зелень петрушки и укропа 5 г, яйцо 1 шт., соль.

Салат из огурцов и болгарского перца. Огурцы нарезать кубиками, перец болгарский посечь мелкой соломкой, смешать, заправить майонезом.

Огурцы 120 г, перец 40, майонез 15 г.

Салат из огурцов и зеленого лука. Огурцы очистить, нарезать кружочками, лук зеленый мелко нарезать, смешать, заправить сметаной или майонезом. Подавать к столу, посыпав укропом и петрушкой.

Огурцы 120 г, лук зеленый 30, сметана 20 (майонез 15), укроп и петрушка 15 г.

Салат из огурцов, редиса и зелени. Огурцы и редис нарезать кружочками, заправить сметаной, смешать с измельченным зеленым луком, укропом и петрушкой.

Огурцы 120 г, лук 30, петрушка и укроп 5, сметана 20 г, соль по вкусу или без соли.

Салат из огурцов и помидоров. Нарезать кружочками помидоры и огурцы, смешать, добавить мелко нарезанный зеленый лук. Заправить сметаной, соль по вкусу. Посыпать зеленью и украсить петрушкой.

Огурцы 120 г, помидоры 30, лук зеленый 20, сметана 20 г, соль.

Фаршированные огурцы. Средней величины огурцы разрезать пополам, удалить семена, образовавшуюся полость заполнить фаршем.

Фарш: зелень огурца, тертая морковь, лук зеленый, натертые помидоры, измельченные круто варенные яйца, майонез, соль по вкусу. К столу подавать под майонезом или сметаной, украшенные зеленью и кружочками из помидоров.

Огурцы 150 г, зелень лука 15, морковь 15, помидоры 30, майонез 20 (сметана 30), зелень петрушки 5 г, яйцо 1/2 шт., соль.

Салат из огурцов с творогом. Огурцы нарезать кружочками и посолить. Через несколько минут слить избыток сока и смешать огурцы с размятым творогом и сметаной. Добавить нарезанный кружочками лук, соль, щепотку перца перед подачей к столу.

Огурцы 120 г, сметана 20, творог 100, лук 20 г, перец душистый, соль.

Пастернак. Многостороннее действие пастернака способствует нормализации обмена веществ. Обладает легким сахароснижающим эффектом и оказывает укрепляющее действие на сосуды, что очень важно для больных сахарным диабетом.

В кулинарии применяют корни, листья и стебли. На вкус он несколько резковат, поэтому употребляют его в сочетании с другими овощами, в небольшом количестве и чаще для первых блюд.

Салат из пастернака и яблок. Корнеплоды и яблоки натереть на крупной терке, смешать, сбрызнуть лимонной кислотой, заправить майонезом, солью, посыпать мелко нарезанной зеленью укропа.

Пастернак 100 г, яблоки 100, майонез 15 г, укроп, соль.

Пастернак с маслом и сухарями. Пастернак нарезать кубиками, залить мясным бульоном или водой, посолить и варить до мягкости. Выложить на блюдо, посыпать сухарями и полить растопленным сливочным маслом.

Пастернак 100 г, масло 10, сухари 5 г, соль.

Перец красный (сладкий). В научной медицине сладкий перец используют как поливитаминное средство при угнетении кроветворения, гипотонии, гипо- и авитаминозах, отсутствии аппетита. При нарушении трофики ногтей, волос, деятельности сальных и потовых желез рекомендуют сок зеленого перца. Смесь соков моркови и перца сладкого лечат гиперпигментные пятна. Смесь соков перца сладкого, моркови и шпината показана при кишечной колике.

Полезность перца сладкого определяется высоким содержанием витаминов. По количеству аскорбиновой кислоты некоторые его сорта превосходят черную смородину, причем этот витамин в перце хорошо сохраняется и при консервировании, поскольку в нем нет ферментов, разрушающих его. Сочетание в сладком перце аскорбиновой кислоты и рутина придает ему особое лечебное свойство, способствующее укреплению стенок сосудов. Это очень важно при сахарном диабете, когда разрушению подвергается капиллярная сеть. Суточную потребность в аскорбиновой кислоте и рутине можно удовлетворить, если съесть 40–50 г сладкого перца в день. Присутствие алкалоида капсаицина придает его плодам приятный и в то же время слабоострый вкус.

Блюда из перца сладкого широко применяют в диетпитании.

Салат из сладкого перца. Перец испечь, посолить и оставить до охлаждения. Очистить от кожуры, обмакнуть в соус и выложить на блюдо.

Соус: растительное масло, соль, уксус или лимонная кислота, чеснок, вода.

Перец 120 г, растительное масло 15 г, соль, лимонная кислота (уксус), чеснок по вкусу.

Салат из сладкого перца с помидорами. Нарезать мелкими ломтиками перец и помидоры, посолить, перемешать, добавить мелко нарезанный репчатый лук, зелень, заправить растительным маслом или сметаной, посыпать зеленью.

Перец 80 г, помидоры 40, сметана 20 (растительное масло 15), зелень 5 г, соль по вкусу.

Салат из перца, чеснока и орехов. Перец испечь, очистить от кожицы. Растолочь чеснок с солью, орехами, перемешать, добавив сметану, смешанную с перцем черным или душистым, лимонной кислотой. Выложить перец на блюдо, полить смесью сметаны и орехов с приправами, посыпать зеленью.

Перец 120 г, сметана 20, орехи грецкие 15 г, лимонная кислота, соль, перец черный или душистый по вкусу.

Сладкий перец, фаршированный овощами. Отобрать мясистый свежий перец, очистить его от семян. Подготовить овощной фарш, начинить перчины, полить сметаной или растительным маслом, выдержать полчаса и подавать к столу.

Фарш: мелко нарезать лук, помидоры, огурцы, морковь, смешать, полить сметаной, заправить по вкусу солью, душистым перцем, лимонной кислотой или лимонным соком.

Перец 100 г, помидоры 50, огурцы 40, лук 20, морковь 20, сметана 30 г, соль, перец душистый, лимонная кислота по вкусу.

Петрушка огородная. Зелень петрушки и ее корень обладают небольшим сахароснижающим эффектом. Оказывает укрепляющее действие на сосуды, прежде всего на капилляры.

Приведем некоторые рецепты блюд из петрушки для больных сахарным диабетом.

Салат из петрушки и яблок. 100 г корня петрушки натереть на терке, перемешать с мелко нарезанными яблоками, заправить сметаной, добавить соль, ксилит, лимонный сок по вкусу.

Яблоки 60 г, сметана 20, ксилит 2 г, лимон 1/6 шт., соль.

Салат из петрушки и моркови. Корень петрушки и морковь натереть на крупной терке и перемешать со сметаной. Соль, ксилит, лимонный сок добавить по вкусу. Посыпать зеленью укропа.

Корень петрушки 100 г, морковь 100, сметана 20, ксилит 2, укроп 5 г, лимонный сок, соль.

Салат из петрушки, моркови и зеленого горошка. Корень петрушки натереть на терке, смешать с натертой морковью и зеленым горошком. Добавить майонез, лимонный сок. При подаче на стол посыпать зеленью.

Корень петрушки 100 г, морковь 100, горошек зеленый 30, майонез 15 г, долька лимона.

Салат из петрушки, моркови и орехов. Корень петрушки и морковь натереть на крупной терке, добавить мелко нарезанные ядрышки ореха грецкого и перемешать со сметаной. По вкусу добавить соль и лимонный сок.

Корень петрушки 80 г, морковь 80, сметана 20 г, орех грецкий 2 шт., долька лимона.

Салат из петрушки, лука и грибов. Измельчить зелень петрушки и зеленый лук, смешать с холодными жареными грибами.

Зелень петрушки 50 г, зеленый лук 50, грибы 50, растительное масло 15 г, соль.

Салат из петрушки и одуванчиков. Зелень петрушки мелко нарезать, смешать с мелко нарезанными листьями одуванчика, перемешать со сметаной и, посыпав укропом, подавать к столу.

Петрушка 50 г, листья одуванчика 60, сметана 20, укроп 5 г, соль.

Салат из петрушки, цикория и зеленых огурцов. Мелко нарезать зелень петрушки и листья молодого цикория, смешать с мелко нарезанными огурцами, добавить растительное масло, соль по вкусу и подавать к столу.

Петрушка 50 г, листья цикория 30, огурцы 50, сметана 20, растительное масло 10 г, соль.

Помидор съедобный. Диетические свойства помидоров признаны современной медициной благодаря большому содержанию микроэлементов, и поэтому их включают в диетическое питание при многих заболеваниях, в том числе и при сахарном диабете.

В диабетической кухне и детском питании преимущественно используют свежие и тушеные помидоры, а также томатный сок.

Салат из помидоров и яблок. Помидоры, яблоки и лук мелко нарезать, перемешать, добавить лимонный сок, сметану, соль, ксилит.

Помидоры 100 г, яблоки 40, лук 15, сметана 20 г, долька лимона, соль, ксилит по вкусу.

Салат из помидоров с орехами. Помидоры нарезать, лук мелко нарезать, посолить, поперчить, смешать с размельченными орехами и растительным маслом. Поставить на холод на полчаса. Перед подачей к столу посыпать зеленью.

Суп-пюре томатно-перловый. Отварить в кастрюле зрелые помидоры. Когда они станут мягкими, протереть через сито и добавить сливочное масло, воду, растертые корни петрушки, несколько горошин перца, отдельно отваренную крупу, сметану, посолить по вкусу, прокипятить все и подавать к столу.

Помидоры 100 г, масло 15, корень петрушки 10, морковь 20, лук репчатый 20, крупа перловая 30, сметана 20 г, вода 1/2 стакана.

Суп из помидоров с чесноком. Репчатый лук нарезать, слегка обжарить в масле. Добавить к нему нарезанные помидоры и тушить в закрытой посуде на слабом огне. Когда они станут мягкими, добавить немного пассированной моркови, петрушки, положить рис, залить бульоном или овощным отваром и варить, предварительно посолив и добавив по вкусу ксилит. Варить 35–40 мин, пока рис не сварится. Протереть через сито, положить в суп чеснок и еще раз прокипятить, непрерывно помешивая.

Помидоры с чесночной подливой. Крепкие помидоры нарезать кружочками. Сваренные вкрутую яйца нарезать также кружочками и положить на помидоры. Залить чесночной подливой и украсить луком и зеленью петрушки.

Подлива: истолочь в ступке чеснок с солью, добавить немного душистого перца, влить полстакана воды и несколько капель лимонного сока или несколько кристалликов лимонной кислоты.

Помидоры 120 г, чеснок 10, лук 10, зелень петрушки и укропа 5 г, яйцо 1 шт., лимонная кислота, соль, перец по вкусу.

Витаминный напиток из помидоров и кефира. Холодный кефир или простоквашу перемешать с мелко нарезанной зеленью петрушки и укропа, затем при быстром помешивании медленно влить томатный сок, добавить соль, ксилит. Подавать к столу в летнее время вместо первого блюда. Можно добавить мелко нарезанный чеснок.

Помидоры 60 г, кефир 250, укроп, петрушка 10 г, соль по вкусу.

Редька, редис. Использование редьки в систематическом питании больного сахарным диабетом позволяет активно и полноценно пополнять запасы организма минеральными солями и витаминами, очищающе действовать на слизистую полости рта, а также достигать небольшого сахароснижающего эффекта, благодаря высокому содержанию в растении инулина.

Сок редиса активизирует пищеварение, улучшает обмен веществ, что особенно показано при сахарном диабете с явлениями ожирения. Сок из листьев редиса и корнеплодов, смешанный с морковным, хорошо восстанавливает тонус слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, нормализует функцию толстого кишечника.

Любители-овощеводы постоянно выращивают редьку и редис на садовых участках, а последнюю растят на подоконниках в ящиках круглый год.

Широк и разнообразен ассортимент блюд из редьки и редиса, назовем некоторые из них.

Редька с квасом. Редьку измельчить на терке, посолить, а затем заправить растительным маслом. Перемешать, залить квасом и посыпать зеленым луком.

Редька 100 г, квас 150, хлеб ржаной 50, масло растительное 15, лук зеленый 10 г, соль.

Салат из редьки, моркови и яблок. На крупной терке натереть редьку, морковь и яблоки, смешать, полить сметаной, посыпать зеленью.

Редька 80 г, морковь 30, яблоки 50, сметана 20, зелень 5 г, соль по вкусу.

Редька с капустой. Нарезать мелкими кубиками редьку, добавить измельченные капусту и сухари, растительное масло, посолить. Подавать к столу, посыпав свежей зеленью.

Редька 50 г, капуста 50, растительное масло 15, сухари 15 г. Соль по вкусу.

Салат из редьки с помидорами. Редьку натирают на терке, отжимают, солят. Добавляют нарезанный лук, дольки помидоров, заливают сметаной и посыпают творогом.

Редька 120 г, помидоры 50, лук 20, творог 40, сметана 30 г, соль по вкусу.

Редька с клюквенным соком. Редьку (100 г) натереть, добавить 2 столовые ложки клюквенного сока, 15 г растительного масла, посолить по вкусу. Через полчаса — час подавать к столу.

Салат летний «Ассорти». Нарезать мелкими кружочками редис, помидоры, лук, огурцы, посолить, добавить сметану, смешать.

Редис 60 г, помидоры 50, огурец 50, лук 20, зелень 5, сметана 30 г. Соль по вкусу.

Салат из редиса и огурцов. Мелко нарезать редис, лук (тонкими полосками), огурцы (кубиками), посолить, добавить измельченное яйцо. Подавать на стол со сметаной.

Редис 80 г, огурцы 70, лук 30, сметана 30 г, яйцо 1/2 шт., соль по вкусу.

Перец болгарский, фаршированный редисом и овощами. Приготовить овощной фарш: мелко нарезать помидоры, огурцы, редис, лук, зелень, вареное яйцо, посолить, перемешать, полить растительным маслом. Нафаршировать перец, дать отстояться полчаса и подавать к столу в свежем виде.

Перец 70 г, редис 40, огурцы 40, помидоры 40, сметана 30 г, яйцо вареное 1/2 шт.

Ревень. В пищу используют только молодые черешки ревеня. В их составе преобладают яблочная и лимонная кислоты, а у постаревших черешков увеличивается количество щавелевой кислоты, поступление которой в организм человека в большом количестве нежелательно, особенно при сахарном диабете, когда нарушения минерального обмена по подагрическому типу или по типу мочекишечного диатеза довольно распространены. Больные диабетом могут готовить из ревеня джем, повидло, мармелад, варенье, цукаты, компоты, кисели, применяя вместо сахара ксилит. Используют ревень и для приготовления первых блюд — холодного свекольника, борща.

В последнее время из ревеня готовят диетические компоты, в том числе для больных сахарным диабетом (на ксилите).

Ревень с рисом. Стебли ревеня очистить от кожицы, мелко нарезать и отварить в воде с солью и ксилитом. Ревень откинуть на дуршлаг, протереть через сито, а отвар процедить. Опустить в отвар из ревеня перебранный и вымоченный в воде рис и сварить до готовности. За несколько минут до окончания варки добавить корицу. Готовый рис охладить, выложить на блюдо, а сверху поместить пюре из ревеня.

Ревень 120 г, рис 30, ксилит 15 г.

Салат посевной. Ценное диетическое растение, чрезвычайно полезное больным сахарным диабетом. Целебность салата объясняется его составом. Он содержит весь спектр витаминов, много минеральных солей. Благодаря удачному сочетанию солей калия и натрия, салат является ценным мочегонным средством. Свежий сок салата содержит много лимонной кислоты и лактуцин, успокаивающе действующий на центральную нервную систему. Сочетание аскорбиновой кислоты с витамином Р в салате обеспечивает укрепление стенок мелких сосудов, поэтому использование салата в питании больных сахарным диабетом способствует нормализации состояния капилляров. Салат включает вещества, благоприятно действующие на жирипоидный обмен, в частности на уровень холестерина, что препятствует развитию атеросклероза, гипертонии, ожирения.

В питании салат используется в сыром виде, им обогащают вторые и первые блюда.

Свекла красная. Издавна свеклу применяли в диетическом питании из-за значительного содержания витаминов и минеральных солей и т. д. Она содержит вещества, способствующие укреплению сосудистой стенки капилляров, снижению кровяного давления, уменьшению холестерина в крови, улучшению жирового обмена и функции печени. Высокое содержание йода обеспечивает активизацию обменных процессов, особенно при нарушении обмена веществ и ожирении. Свекла обладает слабительным действием и широко применяется при запорах, которые часто бывают у больных сахарным диабетом.

Из свеклы готовят салаты, первые блюда, гарнирные приправы и др.

Салат из свеклы. Вареную свеклу очистить, нарезать соломкой, яблоки — кубиками, перемешать, заправить солью, лимонной кислотой, сметаной. Посыпать зеленью, украсить веточками петрушки.

Свекла 80 г, яблоки 60, сметана 30, укроп 5, петрушка 10 г, соль, лимонная кислота.

Салат из свеклы и соленых огурцов. Вареную свеклу натереть на крупной терке, перемешать с нарезанными мелкими кубиками солеными огурцами, заправить майонезом, посыпать чесноком и укропом. Соль по вкусу.

Свекла 80 г, огурцы соленые 40, укроп 5, чеснок 1–2, растительное масло (майонез) 15 г, соль.

Салат из свеклы с редькой. Натереть в равном количестве сырую свеклу и редьку на крупной терке, тщательно перемешать, посолить, заправить подсолнечным маслом и лимонной кислотой.

Свекла 80 г, редька 80, растительное масло 15, зелень 5 г, лимонная кислота, соль.

Свекольная икра с яблоками. Вареную свеклу натереть на мелкой терке, добавить тертое яблоко, зеленый лук. Заправить по вкусу растительным маслом, солью, лимонной кислотой, ксилитом. Украсить зеленью.

Свекла 80 г, яблоки 40, зелень 5, растительное масло 15 г, ксилит, лимонная кислота, соль.

Салат из свекольной ботвы. Нарезать мелко свекольную ботву, зеленый салат, немного укропа и петрушки, добавить подсолнечное масло и мелко посеченное круто варенное яйцо.

Свекольная ботва 100 г, зеленый салат 30, укроп 5, петрушка 5, растительное масло 15 г, яйцо 1/2 шт., соль.

Перец болгарский, фаршированный свеклой. Подготовить перчины для фарширования. Мелко натереть вареную свеклу, перемешать с огурцами (свежими или солеными), нарезанными мелкими кусочками, посолить, полить сметаной или майонезом. Нафаршировать перец приготовленным фаршем, уложить на блюдо и полить майонезом или растительным маслом.

Перец 60 г, свекла 80, растительное масло (или майонез) 20, огурцы 30, сметана 40 г, соль.

Свекольник холодный. Свеклу нарезают кубиками или соломкой, листья насекают, заливают водой с лимонной кислотой, тушат до полуготовности, добавляют нарезанные варенные яйца, тонко нашинкованный зеленый лук, доводят до готовности. Охлаждают. Добавляют квас, нарезанные огурцы, ксилит, соль, укроп.

Свекла 60 г, огурец 30, зеленый лук 15, укроп 3 г, ксилит, яйцо 1/2 шт., квас 100 мл, соль, лимонная кислота по вкусу.

Ботвинья по-русски. Молодые свекольные листья слегка отварить целыми, отжать, мелко нарубить и развести квасом. Добавить столовую ложку тертого хрена, мелко нарезанного лука, укропа, свежих или малосольных огурцов и печеной мелко нарезанной свеклы. Охладить. Подавать с отварной рыбой.

Корнеплоды свеклы 30 г, листья свеклы 40, огурец 10, хрен 10, лук зеленый 10, укроп 5, рыба отварная 60 г, квас 100 мл, соль.

Сельдерей пахучий. Содержит около 40 вкусовых и ароматических соединений, вызывающих аппетит и способствующих пищеварению. Снижает содержание сахара в крови, уменьшает жажду, обусловленную сахарным диабетом, благоприятно действует при заболеваниях почек, в том числе диабетического происхождения.

Широко используется в диетическом питании для приготовления самостоятельных блюд, а также в сочетании с мясными и овощными компонентами. Приведем несколько рецептов использования сельдерея в систематическом питании.

Салат из сельдерея с яблоками. Вареный сельдерей и яблоки мелко нарезать, смешать с майонезом. Соль, уксус, ксилит по вкусу.

Сельдерей 100 г, яблоки 50, майонез 20, зелень 5 г, уксус, соль, ксилит.

Салат из сельдерея, моркови и яблок. Корень сельдерея, морковь и очищенные от кожуры яблоки натереть на крупной терке, сбрызнуть лимонной кислотой или лимонным соком, заправить сметаной, солью, перемешать. Перед подачей на стол посыпать мелко нарезанной зеленью петрушки или укропа.

Корень сельдерея 100 г, морковь 50, яблоки 50, сметана 20, петрушка (укроп) 5 г, долька лимона, соль.

Салат из картофеля, яблок и сельдерея. Отваренные картофель и корень сельдерея нарезать. Яблоки натереть или мелко нарезать. Все продукты перемешать, заправить сметаной, добавить несколько капель лимонного сока. Перед подачей к столу посыпать зеленью укропа.

Корень сельдерея 100 г, картофель 60, яблоки 50, зелень укропа 5, сметана 30 г, долька лимона.

Салат из сельдерея и грибов. Отваренные сельдерей и картофель нарезать ломтиками, а отваренные грибы — соломкой. Все перемешать и заправить майонезом, солью, перцем. Подать, посыпав укропом и нарубленным яйцом, сваренным вкрутую.

Корень сельдерея 60 г, картофель 50, грибы 60, майонез 30 г, яйцо 1/2 шт., соль, перец.

Тыква обыкновенная. Регулирующее влияние тыквы на обменные процессы и систему пищеварения особенно ценят при лечении сахарного диабета. Тыква хорошо сохраняется, и ее можно использовать в течение всего года. Из нее готовят самые разнообразные блюда.

Салат из тыквы. Очищенную тыкву (без сердцевины и кожуры), морковь, квашеное яблоко натереть на крупной терке, все смешать, посолить, заправить сметаной и подать к столу, посыпав укропной зеленью.

Тыква 100 г, морковь 50, яблоко 30, сметана 20, укроп 2 г, соль по вкусу.

Салат из тыквы, яблок и орехов. Очищенные тыкву и яблоки натереть на крупной терке, смешать с измельченными орехами, заправить соком смородины и лимона. Подавать к столу через 2 ч.

Тыква 100 г, яблоки 100, грецкие орехи 25, лимонный сок 7–10 г, сок красной смородины, ксилит по вкусу.

Тыква печеная. Очищенную тыкву нарезать на равные небольшие дольки, положить на эмалированный противень или сковороду, подлить несколько ложек воды, поставить в духовку и запечь. Подавать к столу, посыпав корицей и ксилитом.

Тыква 150 г, ксилит 7 г, корица.

Тыквенная каша. Очищенную тыкву нарезать мелкими кубиками, положить в горячее молоко и варить 10–15 мин, затем засыпать промытое пшено, соль, ксилит и, помешивая, варить до готовности. Для упревания кастрюлю поставить в духовку. Перед подачей к столу заправить сливочным маслом.

Тыква 125 г, пшено 15, масло сливочное 10 г, молоко 1/4 стакана, соль, ксилит по вкусу.

Запеканка тыквенная с творогом. Очищенную тыкву нарезать мелкими кубиками и на слабом огне обжарить в масле до готовности. В кипящее молоко засыпать манную крупу, перемешать и варить густую манную кашу. В тыкву добавить кашу, протертый творог, яйцо, соль, ксилит, тмин либо изюм. Массу хорошо перемешать, выложить на противень, смазанный сливочным маслом, разровнять, смазать яйцом и запечь в духовке. Подавая к столу, разрезать на куски и полить сметаной.

Тыква 120 г, творог 60, манная крупа 12, сливочное масло 6, сметана 20 г, молоко 30 мл, яйцо 1 шт., ксилит, соль.

Блины с тыквой. Горячую тушеную тыкву протереть через дуршлаг или решето. Долить теплого молока, положить дрожжи, разведенные в молоке, добавить муку. Поставить в теплое место, а когда тесто подойдет, добавить столовую ложку растопленного сливочного масла или маргарина, яйца, растертые с ксилитом, соль. Хорошо вымесить. После того как тесто поднялось еще раз, можно печь блины. Подавать со сметаной, селедкой, килькой.

Больному сахарным диабетом при употреблении блинов не следует в этот день есть мучные гарниры и хлеб.

Тыква тушеная. Тыкву очистить, нарезать небольшими кубиками, поместить в глубокую эмалированную сковороду, дно которой покрыто небольшим количеством воды. Слегка подсолить и накрыть крышкой, тушить до размягчения тыквы. Добавить сливочное масло, залить сливками или молоком. Перед подачей к столу добавить мелко нарезанные свежие яблоки или свежие ягоды, посыпать ксилитом по вкусу.

Тыква 120 г, яблоки 20, масло сливочное 10, молоко 60 г, ксилит, соль по вкусу.

Укроп огородный. Обладает противорвотным свойством и используется при нарастающей интоксикации у больных сахарным диабетом. Является неизменной приправой к первым и вторым блюдам. Его солят, маринуют, сушат.

Таратор по-болгарски. Зеленый свежий укроп нарезать, смешать с мелко нарезанными луком и огурцами, залить холодным кефиром и взбивать до вспенивания.

Укроп 15 г, лук зеленый 5, огурец 20, кефир 300, сметана 15 г, соль, перец по вкусу.

Укропное пюре. На терке натереть свежий огурец, смешать с мелко нарезанным укропом, заправить сметаной. Массой пюре намазать ломтики хлеба и подавать в виде бутербродов.

Укроп 50 г, огурец 50, сметана (или сливочное масло) 20 г.

Фасоль обыкновенная. В бобах фасоли много аргинина, который оказывает инсулиноподобное влияние на обмен веществ у больных сахарным диабетом. Отвар бобов фасоли — одно из сахароснижающих средств, проверенных и признанных научной медициной. Данные народной и научной медицины свидетельствуют об эффективном воздействии отвара бобов фасоли на течение сахарного диабета при легких и среднетяжелых формах заболевания. Еще более эффективно использование бобов фасоли в сочетании с листьями черники.

Из фасоли готовят салаты, супы, гарниры, пюре, котлеты, начиняют пирожки фаршем из фасоли и т. д.

Салат из стручковой фасоли. Стручковую фасоль очищают от волокон, отваривают в воде, добавляют немного соли. Охлаждают, нарезают кусочками, посыпают солью, ксилитом, молотым красным перцем, добавляют яблоко и луковичу, лимонную кислоту, перемешивают и поливают растительным маслом.

Рекомендуется в качестве гарнира к мясу и птице.

Фасоль 120 г, яблоко 1 шт., лук 1 шт., ксилит, лимонная кислота, соль, перец по вкусу.

Котлеты из фасоли. 400 г фасоли отваривают и протирают в горячем виде через сито или пропускают через мясорубку. Протирают 2–3 клубня сваренного картофеля, смешивают, добавляют яйцо, соль, перец по вкусу, пассированный лук. Из полученной массы формируют котлеты, панируют сухарями и жарят. Едят с томатным соком или соусом.

Пюре из фасоли с луком. 2 стакана фасоли отваривают до готовности, процеживают, протирают через сито, добавляя немного отвара. 2 луковицы мелко нарезают, обжаривают в растительном масле и добавляют к протертой фасоли. Соль и перец по вкусу. Готовое блюдо украшают зеленью петрушки и укропа. Можно добавить 2–3 нарубленных крутых яйца.

Фасоль с ветчиной. 400 г фасоли намачивают и отваривают. Отвар сцеживают, а к мягкой фасоли добавляют 60 г мелко нарезанной и поджаренной ветчины, 2 истолченных зубка чеснока и подогревают.

Фасоль с грибами. 300 г фасоли намачивают и отваривают в воде, к которой прибавляют 2 стакана горячего молока. 250 г свежих грибов очищают, моют, нарезают лапшой и отваривают в небольшом количестве воды. Если берут сушеные грибы (50 г), их заливают предварительно водой на несколько часов. 1 луковичу мелко нарезают и обжаривают в масле. К части отвара из фасоли добавляют лук и грибы, смешивают со всей массой фасоли (без отвара), заправляют мукой и сметаной, добавляют по вкусу соль, перец и нагревают до кипения. На стол подают с отварным картофелем и овощным салатом.

Хрен обыкновенный. Отмечено сахароснижающее действие хрена. Сок его, разбавленный водой (1:1), используется для полоскания полости рта и горла при стоматитах, гингивитах, пародонтозе, а также при сахарном диабете.

Хрен готовят как приправу к мясным блюдам, закускам. Молодые листья добавляют в салаты.

Приправа из хрена. Корни хрена очистить, вымыть и натереть на терке или пропустить через мясорубку. На 1 кг добавить 4 г лимонной кислоты или уксуса, 800 г остуженной кипяченой воды, 80 г ксилита, 40 г соли. Все перемешать и разложить в небольшие баночки.

Свекла с хреном. Натереть на терке вареную свеклу, перемешать с приправой из хрена, полить сметаной или растительным маслом. При подаче на стол посыпать зеленью.

Свекла 100 г, хрен 2 столовые ложки, сметана 30 (растительное масло 15), укроп или петрушка 5 г.

Свекла с хреном и огурцами. Натереть на мелкой терке вареную свеклу, добавить 2 столовые ложки приправы из хрена и 1–2 мелко нарезанных огурца (свежих или соленых, предварительно вымоченных в воде). Полить сметаной или растительным маслом. На стол подавать, посыпав зеленью.

Свекла 100 г, сметана 30, огурцы 40, укроп или петрушка 5 г, хрен 2 столовые ложки.

Салат из хрена с яйцом и зеленью. Мелко нарезать сваренные вкрутую яйца, смешать с приправой из хрена, добавить зелень (зеленый лук, петрушку, укроп), ксилит, заправить сметаной, посолить (по вкусу).

Хрен 50 г, зеленый лук, укроп, петрушка — по 10, сметана 30, яйцо 2 шт., ксилит, соль.

Салат из хрена с морковью. Морковь натереть на крупной терке, смешать с приправой из хрена, заправить ксилитом и солью по вкусу. При подаче на стол посыпать зеленью.

Морковь 100 г, хрен 20, зелень 15, ксилит 5 г, соль.

Сельдерей с яблоками и хреном. Натереть на крупной терке неочищенные яблоки и корень сельдерея в соотношении 3:1, положить в простоквашу, заправить солью и мелко натертым хреном.

Яблоки 120 г, корень сельдерея 30, хрен 30, простокваша 100 г, соль.

Сельдь со свеклой и хреном. Очищенные ломтики сельди выложить на блюдо, добавить гарнир из свеклы, натертой на терке и смешанной с тертым хреном. Подать под майонезом или с растительным маслом и зеленью.

Яйца, фаршированные свеклой с хреном, под майонезом. Яйца сварить вкрутую, вынуть из половинок желтки, растереть с вареной свеклой, смешанной с хреном. Зафаршировать яйца, подать под майонезом, посыпанные зеленью.

Свекла вареная 50 г, хрен 20, майонез 15 г, яйца вареные 2 шт.

Голубцы со свеклой и хреном под сметаной. Листья капусты, пропаренные в кипятке, начинить смесью свеклы и хрена, потушить в сметане, подавать посыпанные зеленью.

Капуста 60 г, свекла 60, хрен 20, сметана 30, укроп и петрушка по 5 г, соль по вкусу.

Чеснок посевной. Понижает уровень сахара в крови при одновременном усилении процесса образования гликогена в печени, в силу чего он может служить вспомогательным лекарственным средством при сахарном диабете. Чеснок активизирует сердечную деятельность, ускоряет выведение холестерина из организма, умеренно снижает кровяное давление. Применяют его при атеросклерозе и гипертонической болезни. Специфический запах чеснока является некоторым препятствием при использовании его в повседневном питании, однако он легко исчезает, если пожевать корень петрушки.

Салат из моркови с чесноком. Натирают на мелкой терке свежую морковь, перемешивают с мелко нарезанным чесноком, затем с майонезом.

Морковь 80 г, чеснок 3, майонез 10 г.

Салат из свеклы с чесноком. Вареную свеклу нарезают мелкими кубиками или натирают на терке, измельчают ядра орехов и мелко насекают чеснок. Перемешивают все, поливают майонезом, добавляют соль, перец по вкусу.

Свекла 80 г, чеснок 3, майонез 10 г, грецкий орех 2 шт.

Салат из помидоров с чесноком. Нарезают свежие помидоры кружочками, добавляют мелко нарезанный чеснок, поливают сметаной. Соль, перец по вкусу.

Салат весенний с чесноком. Мелко нарезают листья одуванчика, крапивы и первоцвета, солят и перемешивают. Добавляют мелко нарезанный чеснок. Поливают растительным маслом или майонезом. Сверху посыпают нарезанным вкрутую сваренным яйцом.

Одуванчик 50 г, крапива 30, первоцвет 30, чеснок 3, майонез (растительное масло) 15 г, яйцо 1/4 шт.

Баклажанная икра с чесноком. К баклажанной икре добавляют 2–3 мелко нарезанных зубка чеснока и все это перемешивают, посыпают свежей зеленью.

Икра баклажанная консервированная 100 г, чеснок 3, укроп 5 г.

Шпинат. Рекомендуются больным сахарным диабетом, но не на фоне нарушения солевого обмена по подагрическому типу. Шпинат богат фенольными соединениями, обладающими капилляроукрепляющим, противосклеротическим и противовоспалительным действием.

Салат из шпината. Вымытые и обсушенные листья нарезают, смешивают с зеленым нашинкованным луком, заправляют сметаной, укладывают в салатницу, украшают кружочками лука, помидоров, огурцов, мелко нарезанным вареным яйцом.

Шпинат 100 г, зеленый лук 10, огурец 10, помидор 10, сметана 20 г, яйцо 1/2 шт., соль по вкусу.

Омлет со шпинатом. В чугунную сковороду кладут масло, нагревают, выливают омлет и обжаривают с двух сторон до подрумянивания. На середину омлета кладут листья тушеного шпината, края загибают к центру и поливают маслом, затем прогревают в духовке. Листья шпината промывают, мелко нарезают и тушат в небольшом количестве подсоленной воды, перед готовностью добавляют измельченный лук, сливочное масло, соль.

Шпинат 100 г, лук репчатый 20, масло сливочное 10–15, молоко 20 г, яйцо 1 шт.

Каша из шпината. Муку пассируют на растительном масле. К ней добавляют очищенный, промытый и мелко нарезанный шпинат. Хорошо перемешивают, доводят до полуготовности. Добавляют воду, соль и кипятят еще 10–15 мин. Яйца взбивают вместе с простоквашей и добавляют к ним мелко нарезанную зелень петрушки. Смесь выливают в кашу, непрерывно ее помешивая, доводят до кипения и снимают с огня. Подают к столу горячей, посыпая натертой брынзой.

Шпинат 125 г, мука 10, масло растительное 20, простокваша 50, петрушка 7, брынза или сыр 5, вода 125 г, яйцо 1 шт., соль.

Щи зеленые из шпината. В мясной бульон кладут мелко нарезанные морковь, корень петрушки, лук, а также протертый через ситечко шпинат. Все варят еще 20 мин. За 5–10 мин до окончания варки в кастрюлю добавляют свежую зелень, соль по вкусу.

Мясной бульон 300 мл, шпинат 60 г, морковь 10, корень петрушки 10, лук 10, масло 5, укроп 5 г.

Котлеты из шпината. Шпинат крупно нарезают, припускают в течение 7 мин. Затем отжимают, соединяют с тертым картофелем, добавляют панировочные сухари или муку, яйца, нашинкованный репчатый лук, зелень петрушки. Массу хорошо перемешивают, из нее формируют котлеты, панируют в сухарях или муке и обжаривают. Подают с соленьями, зеленым салатом или кислым молоком.

Шпинат 125 г, картофель 60, сухари панировочные 10, лук репчатый 7, петрушка 7, масло растительное 15 г, яйцо 1/2 шт.

Ячмень обыкновенный. Ячменный кофе с цикорием имеет лечебное влияние на больных сахарным диабетом и используется в лечебном диетическом питании. Из высушенных проросших зерен готовят экстракт ячменного солода и употребляют при сахарном диабете.

Среди дикорастущей флоры имеется немало растений, содержащих инсулин и инсулиноподобные вещества, т. е. обладающих сахароснижающим эффектом. Их применяют в виде соков, настоев, отваров, а также добавляют к блюдам из садовых растений.

Приведем некоторые примеры комбинирования культурных и дикорастущих растений.

Березовый сок — поливитаминный напиток. В нем много веществ, незаменимых в процессе обмена. Сахаристость низкая — 2–5 %. Из сахаров преобладает фруктоза, количество глюкозы незначительное, что позволяет употреблять его при сахарном диабете. Л. В. Николайчук и коллеги рекомендуют использовать березовый сок, купажированный сахароснижающими компонентами.

Березовый сок, купажированный настойкой элеутерококка колючего. К 1 л натурального березового сока добавить 12 мл аптечной настойки элеутерококка колючего, перемешать, закрыть плотной крышкой, хранить в холодильнике не более недели. Принимать по стакану 2 раза в день перед едой.

Березовый сок, купажированный экстрактом золотого корня. На 1 л натурального березового сока добавить 3 мл аптечного экстракта золотого корня, перемешать, закрыть плотной крышкой, хранить в холодильнике не более недели. Принимать по стакану 2 раза в день перед едой.

Березовый сок, купажированный настоем листьев черники. К натуральному березовому соку добавить настой листьев черники в соотношении 2:1, перемешать. Хранить в холодильнике закрытым не более 4 дней. Принимать по стакану 3 раза в день перед едой.

Березовый сок, купажированный настоем листьев брусники. К натуральному березовому соку добавить настой листьев брусники в соотношении 2:1, перемешать, плотно закрыть. Хранить в холодильнике 3–4 дня. Принимать по стакану 3 раза в день перед приемом пищи.

Березовый сок, купажированный настоем листьев цикория. К натуральному березовому соку добавить настой листьев цикория при соблюдении соотношения сока и настоя 2:1, перемешать, плотно закрыть крышкой и хранить в холодильнике 3–4 дня. Принимать по полстакана — стакану 2–3 раза в день перед приемом пищи.

Березовый сок, купажированный отваром корней цикория. К натуральному березовому соку добавить отвар корней цикория, при соблюдении соотношения 3:1, перемешать, плотно закрыть крышкой и хранить в холодильнике не более 3–4 сут. Принимать по полстакана — стакану 2–3 раза в день перед едой.

Березовый сок, купажированный настоем ягод шиповника. К натуральному соку березы добавить настой шиповника в соотношении сока и настоя 1:1, перемешать, закрыть крышкой, хранить в холодильнике 3–4 сут. Принимать по стакану 3 раза в день после еды в подогретом виде.

Березовый сок, купажированный настоем крапивы двудомной. К натуральному соку березы добавить настой крапивы двудомной, при соблюдении соотношения 2:1, перемешать, плотно закрыть крышкой. Хранить в холодильнике не дольше 3–4 сут. Принимать по стакану 3 раза в день после еды.

Березовый сок, купажированный отваром лопаток бобов фасоли. К натуральному березовому соку добавить отвар лопаток бобов фасоли, при соблюдении соотношения 2:1, перемешать, хранить в холодильнике закрытым не более 3–4 сут. Принимать по стакану 3 раза в день перед едой.

Березовый сок, купажированный отваром корня девясила высокого. К натуральному соку березы добавить отвар корня девясила высокого в соотношении 3:1 или 4:1, перемешать, хранить закрытым в холодильнике не более 4 сут. Принимать по полстакана 3 раза в день перед едой.

Сок зеленого перца. Полезен при нарушении роста волос и ногтей, функций потовых и сальных желез. Принятый натощак в смеси с морковным соком действует как легкое слабительное. Такая смесь показана при нарушении пигментации кожи.

Сок капусты. Применяется при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ожирении, сахарном диабете, энтероколитах с преобладанием гнилостных процессов, пародонтозе. Есть указания, что сок капусты показан при лечении опухолей и запоров, кожных заболеваний на фоне сахарного диабета. Усиление газообразования можно ослабить добавлением морковного сока.

Огуречный сок. Полезен при нарушениях кровяного давления. Одно из лучших естественных мочегонных средств. В сочетании с морковным, шпинатным и салатным соками способствует росту волос, ногтей, показан при ревматизме.

Сок подорожника. Используется при сахарном диабете, сопровождающемся язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Свежие листья моют, перемалывают на мясорубке, добавляют равное количество кипяченой воды и отжимают. Пасту можно использовать как приправу или самостоятельное блюдо.

Свекольный сок. Показан при атеросклерозе, нарушениях обмена веществ, запорах. Смесь свекольного, морковного и огуречного соков эффективна при образовании камней в почках и желчных путях, геморрое.

Томатный сок. Показан в диетическом питании больных сахарным диабетом. Можно использовать сок промышленного приготовления. Свежеприготовленный сок богат солями железа, органическими кислотами, минеральными солями, имеет щелочную реакцию и благотворно влияет на обменные процессы. При подагре, желчно- и почечнокаменной болезни принимать с осторожностью, учитывая его способность увеличивать образование пуринов.

Картофельный сок. Полезен при поражениях слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и периферической нервной системы, зобе, нарушениях пигментации кожи. Для улучшения вкуса его смешивают с огуречным или морковным соком.

Сок стручковой фасоли. Содержит растительный инсулин, поэтому особенно полезен больным сахарным диабетом. Сок получают из зеленых или слегка пожелтевших стручков и принимают в смеси с морковным и капустным по 1 л ежедневно.

Фруктово-ягодные квасы (клюквенный, брусничный, яблочный, рябиновый, ежевичный, смородиновый, березовый и т. д.), приготовленные без добавления сахара, хорошо утоляют жажду, возникающую при некоторых заболеваниях. На 10 л кваса добавляют 300 г сухих фруктов или 100 г изюма.

Лекарственные сборы и отвары растений, применяемые при различных заболеваниях. Общие правила

Назначать фитотерапию может только врач после всестороннего тщательного обследования больного и установления диагноза.

При лечении травами нужно организовать нормальный режим труда и отдыха, заниматься физкультурой, не курить и не принимать алкогольных напитков.

Стул регулируют добавлением компонентов, обладающих закрепляющим или слабительным действием.

Во время обострения болезни принимают ударные (увеличенные) дозы лекарственных препаратов. Лечение препаратами растительного происхождения требует довольно длительного промежутка времени.

Отсутствие в сборе 1–2 компонентов лишь несколько снижает его терапевтический эффект.

Заболевания органов дыхания

При лечении острых респираторных заболеваний, гриппа, ангины, острого бронхита можно применять следующие сборы:

Сбор № 1

Корень алтея лекарственного	2 части (1 часть = 20 г)
Почки березы повислой (пушистой)	1 часть
Цветки бузины черной	1 часть
Корневище и корни девясила высокого	1 часть
Ягоды и листья малины обыкновенной	2 части
Трава зверобоя продырявленного	7 частей
Листья мяты перечной	2 части
Почки сосны обыкновенной	2 части
Трава шалфея обыкновенного	2 части

Сбор № 2

Плоды аниса обыкновенного	2 части
Корневище и корни девясила высокого	1 часть
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Трава крапивы двудомной	2 части
Цветки липы сердцевидной	3 части
Трава мать-и-мачехи	4 части
Цветки ромашки аптечной	2 части
Плоды фенхеля обыкновенного	2 части
Трава фиалки трехцветной	4 части
Трава череды трехраздельной	2 части

Сбор № 3

Корень аира	1 часть
Почки березы	2 части
Трава душицы обыкновенной	3 части
Корневище с корнями валерианы лекарственной	1 часть
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Листья калины обыкновенной	2 части
Семя льна посевного	2 части
Трава тысячелистника	2 части
Плоды укропа огородного	2 части

Настаивают сборы № 1–3 12 ч, выпивают в 3 приема. Ударные дозы (4–6 ложек сбора на 2 стакана кипятка) применяют 3–5 дней при ОРЗ, ангине и гриппе и 6–8 при бронхите, затем переходят к обычной дозе — 2–3 столовые ложки на 2 стакана кипятка (суточная доза) и продолжают фитотерапию в течение 2–3 нед до полного выздоровления, используя один из сборов либо меняя их через 5–6 дней. В сборы можно включать растения седативного действия — валериану, пустырник, боярышник, сушеницу.

В народной медицине одновременно со сборами используют ингаляции, полоскания и ножные ванны с применением лекарственных трав. Для ингаляции берут листья эвкалипта, шалфея, травы чабреца, сосновые и березовые почки (отдельно или в смеси): 3 столовые ложки измельченного сырья заливают 2 стаканами горячей воды, кипятят в чайнике 3–4 мин, снимают его с огня, надевают на носик бумажную воронку и вдыхают горячий пар через нос и рот.

Для промывания полости носа и полоскания горла используют листья шалфея, цветки ромашки, череду, чабрец, аир, багульник, будру плющевидную, зверобой, календулу, фиалку (любой из видов), хвощ (зимующий или полевой), эвкалипт: 4 столовые ложки измельченного сырья заливают 2 стаканами кипятка, кипятят несколько минут и применяют 3–4 раза в день.

Лук и чеснок натирают на мелкой терке и вдыхают пары в течение 10–15 мин 2 раза в день на протяжении 10–15 дней. Во время эпидемии гриппа с профилактической целью применяют настой чеснока: 2–3 истолченных зубчика заливают 2,5 ложками крутого кипятка, настаивают 2 ч и закапывают в нос по 2 капли в каждую ноздрю (взрослым и детям). Мелко-нарезанный чеснок в марлевом мешочке привязывают к детской кроватке как профилактическое средство. Для предупреждения гриппа жуют корень аира болотного.

Сок редьки с медом (1:2) принимают по столовой ложке 3–4 раза в день в течение 3–5 дней как противовоспалительное, отхаркивающее и смягчительное средство.

Отвар ягод калины с медом (1:2, варят 5 мин) пьют при трахеите и бронхите (2 столовые ложки 4–5 раз в день) с теплой водой как противовоспалительное и смягчительное средство.

Настой шиповника (5–6 столовых ложек ягод на 2 стакана кипятка) показан при всех простудных заболеваниях.

В аптеках продаются готовые грудные и потогонные сборы и алтейный сироп.

Заболевания печени, желчевыводящих путей и хронический панкреатит

Сбор № 1

Листья березы повислой (или пушистой)	3 части
Цветы бессмертника песчаного	5 частей
Цветки календулы лекарственной	2 части
Листья крапивы двудомной	2 части
Семя льна посевного	3 части
Листья мяты перечной	2 части
Листья подорожника большого	2 части
Цветки ромашки аптечной	2 части
Трава тысячелистника обыкновенного	3 части
Плоды шиповника коричневого (иглисто)	4 части

2–3 столовые ложки измельченного сырья залить в термосе 2 стаканами крутого кипятка, оставить на 10 ч. Выпить в 3–4 приема за 30 мин до еды.

Сбор № 2

Цветки бессмертника песчаного	4 части
Трава душицы обыкновенной	4 части
Трава кипрея узколистного	3 части
Соцветия клевера красного	3 части
Листья мяты перечной	1 часть
Лепестки розы крымской	2 части
Трава тысячелистника обыкновенного	2 части
Трава тимьяна ползучего (чабреца)	3 части
Листья шиповника коричневого (иглисто)	2 части

Принимать как сбор № 1.

Сбор № 3

Цветки бессмертника песчаного	6 частей
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Листья копытеня европейского	3 части
Семя льна посевного	2 части
Листья мяты перечной	3 части
Трава пастушьей сумки	2 части
Листья почечного чая	4 части
Трава тысячелистника обыкновенного	3 части
Плоды шиповника коричневого (иглисто)	5 частей

Принимать как сбор № 1.

При остром гепатите показаны теплые клизмы с отваром цветков ромашки 2–3 раза в неделю. Длительность лечения в среднем 2–3 мес, зависит от тяжести заболевания.

При хроническом гепатите нужно чередовать сборы № 1 и 2, через каждые 2 мес делать перерыв на 10–14 дней. Лечение длительное. Показано применение горечей. В сбор входят кора ивы — 1/2 части, трава одуванчика лекарственного — 1 часть, трава тысячелистника обыкновенного — 1,5 части. Столовую ложку смеси заливают 1,5 стаканами кипятка и пьют по 1/2 стакана 2 раза в день за 15 мин до приема основного сбора. Принимают 2–3 нед через каждые 3 мес.

В народной медицине рекомендуют следующие сборы при желчнокаменной болезни и панкреатите:

Сбор № 4

Корни барбариса обыкновенного	3 части
Цветки бессмертника песчаного	7 частей
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Корни крапивы двудомной	5 частей
Кора крушины ольховидной	2 части
Семя льна посевного	2 части
Листья мяты перечной	1 часть
Трава пастушьей сумки	2 части
Цветки пижмы обыкновенной	3 части
Корневище пырея ползучего	5 частей
Корни цикория обыкновенного	4 части
Листья черники обыкновенной	4 части
Принимать как сбор № 1.	

Сбор № 5

Цветки бессмертника песчаного	5 частей
Корневище горца змеиного	2 части
Плоды жостера слабительного	2 части
Трава зверобоя продырявленного	4 части
Листья земляники лесной	3 части
Рыльца кукурузы обыкновенной	4 части
Семя льна	4 части
Листья мяты перечной	2 части
Листья одуванчика лекарственного	4 части
Трава спорыша (горца птичьего)	5 частей
Плоды фенхеля обыкновенного	2 части
Соплодия хмеля обыкновенного	2 части
Трава чистотела большого	3 части
Принимать как сбор № 1.	

Сбор № 6

Трава бессмертника песчаного	3 части
Трава буквицы лекарственной	3 части
Цветки календулы лекарственной	3 части
Кора крушины ольховидной	3 части
Корневище лапчатки прямостоячей	2 части
Семя льна посевного	3 части
Листья мяты перечной	4 части
Трава репешка обыкновенного	5 частей
Плоды укропа пахучего	2 части
Корни шиповника коричного	4 части
Принимать как сбор № 1.	

Во время обострения рекомендованы ударные дозы: 5–6 столовых ложек сырья на 2 стакана кипятка — суточная доза. Лечение длительное — 2–3 года. Нужно чередовать сборы и делать перерывы через каждые 2 мес на 10–14 дней.

Заболевания почек и мочевого пузыря

Сбор № 1

Корни аира болотного	1 часть
Листья брусники	3 части
Кора дуба обыкновенного	2 части
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Цветки календулы лекарственной	3 части
Семя льна посевного	2 части
Листья мяты перечной	2 части
Листья почечного чая	3 части
Трава спорыша (горца птичьего)	4 части
Трава тимьяна (чабреца)	2 части
Плоды шиповника коричневого	2 части

2–3 столовые ложки смеси заваривают 2 стаканами кипятка, настаивают 6 ч, выпивают за 3 раза теплым за 30 мин до еды.

Сбор № 2

Кожура арбуза	3 части
Цветки бузины черной	2 части
Трава донника лекарственного	3 части
Трава душицы обыкновенной	4 части
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Цветки коровяка скипетровидного	2 части
Листья мать-и-мачехи	3 части
Листья мяты перечной	2 части
Трава пустырника	7 частей
Трава шалфея лекарственного	4 части
Плоды шиповника коричневого	2 части

Принимать как сбор № 1.

Сбор № 3

Корни алтея лекарственного	2 части
Трава вероники лекарственной	5 частей
Трава донника лекарственного	3 части
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Листья крапивы двудомной	4 части
Листья мяты перечной	2 части
Трава пустырника пятилопастного	8 частей
Цветки ромашки аптечной	2 части
Трава тысячелистника обыкновенного	2 части
Плоды шиповника коричневого	3 части

Принимать как сбор № 1.

Сбор № 4

Листья березы повислой	4 части
Трава донника лекарственного	2 части
Листья земляники лесной	3 части
Трава лапчатки гусиной	3 части
Семя льна посевного	3 части
Листья мяты перечной	1 часть
Трава пастушьей сумки	3 части
Корневище и корни солодки уральской	4 части
Трава фиалки трехцветной	2 части
Трава сушеницы болотной	6 частей
Трава яснотки белой	4 части

Принимать как сбор № 1.

При выраженной артериальной гипертензии в сборах увеличивают содержание пустырника и сушеницы болотной. Лечение длительное. Сборы чередуют, делая через каждые 2 мес небольшой перерыв. Побочных действий не отмечено. Результаты и длительность лечения зависят от тяжести заболевания.

Хронические пиелонефрит и цистит

Сбор № 5

Корни аира болотного	2 части
Цветки бузины черной	4 части
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Семя льна посевного	3 части
Трава мелиссы лекарственной	2 части
Листья почечного чая	3 части
Трава спорыша (горца птичьего)	5 частей
Листья толокнянки обыкновенной	5 частей
Плоды фенхеля обыкновенного	2 части
Принимать как сбор № 1.	

Сбор № 6

Корни алтея лекарственного	3 части
Цветки василька синего	4 части
Листья крапивы двудомной	5 частей
Семя льна посевного	2 части
Плоды можжевельника обыкновенного	3 части
Листья мяты перечной	1 часть
Цветки ромашки аптечной	4 части
Трава татарника разнолистного (бодяка)	4 части
Трава фиалки трехцветной	5 частей

Сбор № 7

Побеги багульника болотного	5 частей
Трава вероники лекарственной	5 частей
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Рыльца кукурузы обыкновенной	3 части
Семя льна посевного	2 части
Листья мяты перечной	3 части
Почки сосны обыкновенной	3 части
Трава хвоща полевого	4 части

Сбор № 8

Почки березы повислой (пушистой)	2 части
Трава душицы обыкновенной	7 частей
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Семя льна посевного	3 части
Листья мяты перечной	2 части
Трава петрушки огородной	5 частей
Корневища спаржи лекарственной	2 части
Трава спорыша (горца птичьего)	5 частей
Побеги туи западной	4 части
Листья эвкалипта шарикового	1 часть

Лечение длительное (1–1,5 года), до стойкого исчезновения клинических признаков болезни. С профилактической целью осенью и весной и при острых респираторных заболеваниях следует в течение 2 мес провести курс лечения.

При щелочной реакции мочи в течение 7–10 дней принимают настой толокнянки (2 столовые ложки травы на 2 стакана кипятка — суточная доза) или сбор из листьев толокнянки — 5 частей, почек березы — 3 части и травы хвоща полевого — 5 частей (3 столовые ложки смеси заливают в термосе 2 стаканами крутого кипятка и оставляют на 7–10 ч. Выпивают теплым, в 3 приема за 30 мин до еды. Принимают 7–14 дней).

При полипах мочевого пузыря и уретры в сборы добавляют траву чистотела либо в течение 1–2 мес пьют ежедневно настой, приготовленный из расчета: столовая ложка травы на 2 стакана кипятка. Полезны теплые сидячие ванны с настоем чистотела (2 столовые ложки травы на 1 л воды).

Для лечебных сидячих ванн при хроническом цистите используют сборы № 9–11. Продолжительность ванн — 10–15 мин, частота — 1–2 раза в день. Курс лечения — 8–12 дней.

Сбор № 9

Листья березы повислой 5 частей

Трава душицы обыкновенной 3 части

Листья смородины черной 5 частей

Трава фиалки трехцветной 2 части

Трава тимьяна (чабреца) 4 части

Листья эвкалипта шарикового 1 часть

Смесь (из расчета 3 столовые ложки на 1 л воды) залить горячей водой, довести до кипения, процедить, охладить до 39 °С.

Сбор № 10

Трава будры плющевидной 5 частей

Цветки календулы лекарственной 3 части

Трава горца птичьего (спорыша) 5 частей

Трава хвоща полевого 5 частей

Трава чистотела большого 2 части

Применять как сбор № 9.

Сбор № 11

Трава донника лекарственного 2 части

Цветки ромашки аптечной 5 частей

Трава сушеницы болотной 5 частей

Соплодия хмеля обыкновенного 3 части

Трава шалфея лекарственного 5 частей

Применять как сбор № 9.

Лечебные сидячие ванны со сборами № 9–11 показаны и при приступах почечнокаменной болезни.

Облегчение при цистите приносят подушечки с распаренной травой (ромашкой, шалфеем, сушеницей, хвощом полевым), наложенные на надлобковую часть живота.

Почечнокаменная болезнь

Сбор № 12

Корни аира болотного 2 части

Трава будры плющевидной 4 части

Листья земляники лесной 5 частей

Семя льна посевного 3 части

Листья мяты перечной 2 части

Плоды паслена черного 5 частей

Трава полыни обыкновенной 5 частей

Корневища ревеня алтайского 2 части

Корневища и корни солодки 4 части

Трава тысячелистника обыкновенного 2 части

Соплодия хмеля обыкновенного 3 части

2–3 столовые дозы настаивают в термосе в 2 стаканах кипятка, выпивают в 3–4 приема в течение дня.

Сбор № 13

Корни барбариса	2 части
Цветки василька синего	2 части
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Корни лопуха большого	4 части
Листья мяты перечной	2 части
Трава пастушьей сумки	2 части
Листья почечного чая	3 части
Трава руты душистой	2 части
Трава горца птичьего (спорыша)	4 части
Плоды укропа огородного	2 части
Листья черники обыкновенной	2 части
Принимать как сбор № 12.	

Сбор № 14

Листья брусники	4 части
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Рыльца кукурузы обыкновенной	4 части
Листья мяты перечной	3 части
Трава петрушки огородной	5 частей
Корневище пырея ползучего	5 частей
Листья черной смородины	3 части
Побеги туи западной	3 части
Трава хвоща полевого	4 части
Плоды шиповника коричневого (иглистоого)	3 части
Применять как сбор № 12.	

Сборы меняют через 1,5–2 мес. Через каждые 2 мес делают перерыв на 7–10 дней. После излечения целесообразно повторять курс (2 мес) весной и осенью и во время простудных заболеваний в профилактических целях.

Для отхождения камней иногда рекомендуют во время перерыва в приеме сбора пить настой травы спорыша в течение 5–7 дней (суточная доза 5–6 столовых ложек сырья на 4 стакана кипятка).

В народной медицине при лечении почечнокаменной болезни наряду со сборами применяют сок редьки в соотношении 1:2 (по столовой ложке 3 раза в день через 30 мин после еды на протяжении 3–4 нед). Курс можно повторить через несколько месяцев.

Для лечения ночного непроизвольного мочеиспускания (энуреза) рекомендуют перед сном пить чай из травы зверобоя или настой зверобоя, хвоща полевого, листьев брусники и черники, взятых в равных долях. Настой пьют в 2 приема — днем за 30 мин до еды и вечером перед сном на протяжении 2–4 мес.

Заболевания суставов

При ревматизме и ревматоидном артрите применяют сборы № 1–3.

Сбор № 1

Корни аира болотного	1 часть
Плоды боярышника кроваво-красного	5 частей
Трава душицы обыкновенной	3 части
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Трава мелиссы лекарственной	2 части
Плоды паслена черного	3 части
Почки сосны обыкновенной	2 части
Трава фиалки трехцветной	4 части
Трава тимьяна (чабреца)	3 части
Листья эвкалипта шарикового	2 части

Сбор № 2

Побеги багульника болотного	4 части
Корневище и корни девясила высокого	3 части
Трава донника лекарственного	3 части
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Трава ландыша майского	3 части
Семя льна посевного	2 части
Плоды можжевельника обыкновенного	2 части
Трава репешка обыкновенного	4 части
Трава тысячелистника обыкновенного	2 части
Трава хвоща полевого	2 части
Трава череды трехраздельной	5 частей

Сбор № 3

Побеги багульника болотного	5 частей
Почки березы повислой	3 части
Корневище и корни девясила высокого	2 части
Трава донника лекарственного	2 части
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Листья крапивы двудомной	2 части
Цветки липы сердцевидной	1 часть
Листья мяты перечной	1 часть
Цветки ромашки аптечной	3 части
Плоды укропа пахучего	1 часть
Соплодия хмеля обыкновенного	3 части
Корни щавеля конского	2 части

Для суточной дозы 2–3 столовые ложки смеси заливают в термосе 2 стаканами кипятка и настаивают несколько часов. Пьют в 3 приема до еды на протяжении 6–8 мес до наступления стойкой ремиссии. Сборы чередуют, делая через каждые 2 мес перерывы на 7–10 дней. При обострениях в течение 3–5 нед применяют ударные дозы (5–6 столовых ложек смеси на 4 стакана кипятка).

При ревматоидных висцеритах целесообразно добавлять в сборы соответствующие компоненты или пользоваться сборами трав, применяемых при лечении заболеваний почек, печени, органов дыхания или сердечно-сосудистой системы.

Даже при стойкой ремиссии проведение повторных курсов фитотерапии обязательно в течение 1,5–2 мес — при острых респираторных заболеваниях, оперативных вмешательствах, любых интеркуррентных болезнях, а также в осенне-весенний период в продолжение 4–5 лет от начала фитотерапии.

К метаболическим артритам относятся такие заболевания суставов, как подагрический артрит и хондрокальциноз.

При метаболических артритах рекомендуют применять сборы № 4–6.

Сбор № 4

Побеги багульника болотного	3 части
Листья брусники	4 части
Трава донника лекарственного	3 части
Трава зверобоя продырявленного	2 части
Семя льна посевного	2 части
Листья крапивы двудомной	2 части
Листья мяты перечной	2 части
Трава петрушки огородной	1 часть
Корневище пырея ползучего	3 части
Корневище и побеги спаржи лекарственной	2 части
Трава фиалки трехцветной	3 части
Трава череды трехраздельной	4 части

Сбор № 5

Корни барбариса обыкновенного	3 части
Цветки бузины черной	3 части
Трава зверобоя продырявленного	4 части
Семя льна посевного	2 части
Корни одуванчика лекарственного	3 части
Цветки пижмы обыкновенной	2 части
Соплодия хмеля обыкновенного	3 части
Трава спорыша (горца птичьего)	4 части
Листья черники обыкновенной	2 части

Сбор № 6

Листья березы повислой (пушистой)	3 части
Корневище и корни девясила высокого	3 части
Корни лопуха большого	4 части
Плоды паслена черного	3 части
Листья почечного чая	2 части
Листья смородины черной	3 части
Плоды укропа пахучего	2 части
Корни цикория обыкновенного	4 части
Венчики цветков яснотки белой	2 части

Для суточной дозы 2–3 столовые ложки сборов настаивают в 2 стаканах кипятка, принимают не менее 2 лет с небольшими перерывами. Курс повторяют и в дальнейшем, если наступает обострение болезни.

Больным, особенно с избыточным весом, показаны разгрузочные дни в один и тот же день недели на протяжении многих лет. Накануне и в конце разгрузочного дня делают лечебные клизмы с настоем ромашки аптечной, вахты трехлистной или шалфея. В разгрузочный день пьют только воду — до 2 л. Первые результаты заметны через 2–3 мес: уменьшение болей в суставах и массы тела. В первый год применения разгрузочных дней масса тела уменьшается на 7–10 кг, во второй — на 5–7, в дальнейшем становится стабильной при улучшении общего состояния здоровья.

Разгрузочные дни показаны при избыточном весе больным атеросклерозом, гипертонией, хроническим холециститом, хроническим панкреатитом, почечнокаменной болезнью, при *сахарном диабете и гипертиреозе — только вредны.*

В народной медицине для лечения суставов применяют в течение 10–15 дней 20-минутные припарки из травы донника, ромашки, бузины черной, хмеля обыкновенного.

Показаны лечебные ванны из смеси трав (из расчета 4 столовые ложки сбора на 1 л воды). Сбор доводят до кипения и процеживают. Температура ванны 38–40 °С, продолжительность 15–20 мин. Курс лечения — 10–15 ванн. Через несколько месяцев его повторяют.

Применяют следующие **смеси для лечебных ванн:**

Сбор № 1

Цветки бузины черной	3 части
Листья крапивы двудомной	2 части
Цветки пижмы обыкновенной	4 части
Листья смородины черной	3 части
Трава хвоща полевого	4 части
Трава череды трехраздельной	5 частей

Сбор № 2

Трава донника лекарственного	4 части
Корни лопуха большого	4 части
Корневище пырея ползучего	4 части
Почки сосны обыкновенной	2 части
Соплодия хмеля обыкновенного	5 частей
Листья эвкалипта	1 часть

Сбор № 3

Побеги багульника болотного	5 частей
Трава душицы обыкновенной	2 части
Побеги и плоды можжевельника обыкновенного	2 части
Трава фиалки трехцветной	3 части
Трава тимьяна (чабреца)	4 части

Пораженные суставы растирают спиртовыми настоями багульника болотного, донника лекарственного, корня лопуха большого, можжевельника обыкновенного, пырея ползучего, хмеля обыкновенного, тимьяна ползучего. Для приготовления настоя стеклянную банку объемом 1/2 л заполняют свежим измельченным сырьем, заливают спиртом, настаивают 7 дней в темном месте и процеживают.

Как болеутоляющее и противовоспалительное средство можно использовать мази из донника лекарственного, зверобоя продырявленного или хмеля обыкновенного: 2 столовые ложки свежесушенного и растертого в порошок цветков донника, соцветий хмеля или цветков зверобоя смешивают с 50 г вазелина и тщательно растирают. Хранят в темном месте. Для компрессов используют свеженатертую кашицу из черной редьки.

В народной медицине пораженные суставы рекомендуют постоянно обертывать листьями лопуха, весной — листьями мать-и-мачехи, зимой — листьями капусты белокочанной. Регулярное применение обертываний значительно уменьшает болезненные явления.

Эндокринные заболевания

Сахарный диабет

Фитотерапия при сахарном диабете проводится только под наблюдением эндокринолога и, как правило, лишь дополняет основное медикаментозное лечение. Рекомендуется применять следующие сборы:

Сбор № 1

Листья черники	1,25 части
Листья крапивы двудомной	1,25 части
Листья одуванчика лекарственного	1,25 части

Столовую ложку сбора залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 15 мин, через несколько минут процедить. Принимать по 2–3 столовые ложки 2–4 раза в день за 20 мин до еды.

Сбор № 2

Листья черники	1,25 части
Лопатки бобов фасоли	1,25 части
Трава крапивы двудомной	1,25 части

Столовую ложку сбора залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять и процедить. Принимать по 1/2 стакана в день перед едой в течение месяца.

Сбор № 3

Листья черники	1,25 части
Трава спорыша (горца птичьего)	1,25 части
Листья одуванчика лекарственного	1,25 части
Трава крапивы двудомной	1,25 части

Столовую ложку смеси залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять и процедить. Принимать по 1/2 стакана 2–3 раза в день за 20 мин до еды.

Сбор № 4

Листья черники	1,25 части
Листья брусники	1,25 части
Трава зверобоя продырявленного	1,25 части
Трава спорыша (горца птичьего)	1,25 части

Столовую ложку сбора залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять, процедить. Принимать по 1/2 стакана 2–3 раза в день за 20 мин до еды.

Сбор № 5

Листья черники	1,25 части
Листья одуванчика лекарственного	1,25 части
Трава зверобоя продырявленного	1,25 части
Трава хвоща полевого	1,25 части

Столовую ложку смеси залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, процедить. Принимать по 1/3 стакана 2–3 раза в день перед едой на протяжении месяца. Если в предыдущий сбор входил зверобой — его следует исключить из смеси.

Сбор № 6

Листья черники	1,25 части
Листья одуванчика лекарственного	1,25 части
Листья цикория обыкновенного	1,25 части
Трава крапивы двудомной	1,25 части
Листья брусники	1,25 части

Столовую ложку сбора залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 3 мину, настоять 15 мин, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3–4 раза в день за 20 мин до еды.

Сбор № 7

Листья брусники	1 часть
Листья одуванчика лекарственного	1 часть
Листья цикория обыкновенного	1 часть
Листья крапивы двудомной	1 часть
Трава хвоща полевого	1 часть

Столовую ложку смеси залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 10 мин, настоять 5 мин, процедить, принимать по 1/2 стакана 2–3 раза в день за 20 мин до еды.

Сбор № 8

Листья первоцвета лекарственного	1,25 части
Листья одуванчика лекарственного	1,25 части
Листья крапивы двудомной	1,25 части
Листья яснотки белой	1,25 части

Десертную ложку сбора залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 3 мин, настоять, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3–4 раза в день за 20 мин до еды.

Сбор № 9

Цветки боярышника кроваво-красного	1,25 части
Листья черники	1,25 части
Листья толокнянки обыкновенной	1,25 части

Столовую ложку смеси залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 3 мин, настоять 10 мин, процедить. Принимать по 1/2 стакана 2–3 раза в день за 20 мин до еды при сахарном диабете, сочетающемся с нарушениями сердечно-сосудистой системы.

Сбор № 10

Листья ежевики	1 часть
Листья черники	1 часть
Плоды шиповника	1 часть
Листья земляники лесной	1 часть

Столовую ложку смеси залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 30 мин, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день за 20 мин до еды.

Сбор № 11

Листья ежевики	1 часть
Листья черники	1 часть
Листья смородины черной	1 часть
Листья толокнянки обыкновенной	1 часть

Столовую ложку смеси залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 3 мин, настоять 10 мин, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день за 20 мин до еды.

Сбор № 12

Листья земляники лесной	1,25 части
Трава зверобоя продырявленного	0,5 части
Листья цикория обыкновенного	1 часть
Листья толокнянки обыкновенной	1 часть

Столовую ложку смеси залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 4 мин, настоять 30 мин, процедить. Принимать по 1/4 стакана 3 раза в день за 20 мин до еды.

Сбор № 13

Корень девясила высокого	0,25 части
Корень цикория обыкновенного	0,25 части
Корень валерианы лекарственной	0,25 части

Десертную ложку измельченных корней залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/4 стакана 3 раза в день после еды.

Сбор № 14

Кукурузные рыльца	0,5 части
Цветки бессмертника песчаного	0,25 части
Листья черники	1,5 части
Плоды шиповника (измельченные)	0,5 части

Столовую ложку сбора залить 1,5 стаканами кипятка, кипятить 5 мин, настоять час, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день после еды.

Сбор № 15

Листья березы повислой (пушистой)	2 части
Плоды боярышника кроваво-красного	3 части
Трава вероники лекарственной	2 части
Трава золототысячника малого	5 частей
Корни лопуха большого	5 частей
Листья мяты перечной	2 части
Листья почечного чая	2 части
Трава пустырника пятилопастного	3 части
Корневище и корни солодки уральской	2 части
Корни цикория обыкновенного	4 части
Плоды шиповника коричневого	2 части

Для приготовления суточной дозы 2–3 столовые ложки сбора заливают в термосе 2 стаканами крутого кипятка и оставляют на 8–10 ч. Выпивают в 3 приема за 30 мин до еды теплым.

Сбор № 16

Плоды боярышника кроваво-красного	3 части
Листья крапивы двудомной	3 части
Семя льна посевного	2 части
Листья мяты перечной	2 части
Трава пустырника пятилопастного	5 частей
Корневище и побеги спаржи лекарственной	4 части
Трава чабреца	4 части
Листья черники обыкновенной	7 частей
Плоды шиповника коричневого	3 части

Принимать как сбор № 15.

Сбор № 17

Листья брусники	4 части
Трава зверобоя продырявленного	2 части
Рыльца кукурузы обыкновенной	4 части
Корни лопуха большого	5 частей

Листья мяты перечной	2 части
Листья ореха грецкого	3 части
Почки сирени обыкновенной	2 части
Трава сушеницы болотной	2 части
Листья черники обыкновенной	3 части
Корни шиповника коричневого	2 части
Принимать как сбор № 15.	

Сбор № 18

Плоды боярышника кроваво-красного	2 части
Цветки бузины черной	2 части
Трава зверобоя продырявленного	2 части
Слоевище ламинарии сахаристой (морской капусты)	2 части
Листья мяты перечной	2 части
Листья подорожника большого	2 части
Листья смородины черной	2 части
Стручки фасоли обыкновенной	2 части
Листья черники обыкновенной	2 части
Принимать как сбор № 15.	

Отвары растений, применяемые в диабетическом лечении:

20 г лопаток бобов фасоли залить стаканом кипятка, кипятить 20 мин, затем долить кипятка до 2 стаканов. Настоять 3–4 ч и процедить. Пить 3–4 раза в день по 1/3 стакана перед едой.

20 г листьев березы залить 1,5 стаканами воды, довести до кипения, кипятить 20 мин, добавить 0,2 г соды, настоять 6 ч. Процедить, выпить в 2 приема с интервалом в 4 ч.

10 г березовых почек залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить в течение 20 мин, настоять 6 ч, процедить, пить по 1/3 стакана в день.

20 г плодов боярышника кроваво-красного залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 15–20 мин, настоять 3 ч. Пить как чай.

15 г цветков боярышника кроваво-красного залить 2 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 2 ч. Пить по 1/2 стакана 3–4 раза в день.

20 г листьев брусники залить 2,5 стаканами кипятка, прокипятить 10 мин, настоять, добавить 1–2 чайные ложки меда, настоять 3–4 ч. Принимать по 1/3 стакана 2–3 раза в день.

30 г ягод брусники залить стаканом кипятка, прокипятить в течение 5 мин, настоять 1 ч. Принимать по 1/4 стакана 2–3 раза в день перед едой.

20 г листьев ежевики залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 3 ч, процедить. Пить по 1/2 стакана 2–3 раза в день перед едой.

20 г измельченных корней ежевики залить 2 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 3 ч и процедить. Пить по 1/3 стакана 3 раза в день перед едой.

30 г ягод ежевики залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить в закрытой посуде 5–7 мин, настоять 30 мин. Принимать по 1/2 стакана 2–3 раза в день после еды.

20 г цветков калины залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 2 ч и процедить. Пить перед едой как чай.

10 г коры калины залить стаканом кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 4 ч, процедить. Пить по столовой ложке 3 раза в день.

30 г ягод калины залить стаканом кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 1 ч, принимать по 1/3 стакана 2–3 раза в день после еды.

15 г ягод можжевельника обыкновенного залить стаканом кипятка, прокипятить 10 мин, настоять 3 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3 раза в день перед едой.

15 г плодов шиповника измельчить, залить 1,5 стакана кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 3 ч, процедить. Пить по 1/2 стакана 3–4 раза в день.

20 г листьев шиповника залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 1 ч. Пить как чай 1–2 раза в день.

15 г плодов рябины обыкновенной измельчить, залить 1,5 стакана кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 4 ч, процедить, Принимать по 2 столовые ложки 3–4 раза в день.

20 г ягод черной смородины залить кипятком, прокипятить 10 мин, настоять 3 ч, процедить. Пить по 1/2 стакана 3 раза в день.

20 г листьев смородины черной залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 10 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день.

30 г ягод смородины красной залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 2 столовые ложки 3 раза в день перед едой.

20 г ягод черники залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить в закрытой посуде 3 мин, настоять 30 мин. Принимать по стакану 2–3 раза в день после еды.

15 г корня бедренца-камнеломки залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3 раза в день до еды.

15 г травы бессмертника песчаного залить стаканом кипятка, прокипятить 5 мин, долить кипятком до 1,5 стакана, настоять 3 ч, процедить. Принимать по 1/4 стакана 3–4 раза в день после еды.

20 г травы спорыша (горца птичьего) залить стаканом кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 1–2 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3–4 раза в день.

20 г измельченных корней девясила высокого залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 2 столовые ложки 3 раза в день.

20 г листьев земляники лесной залить стаканом кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день перед едой.

20 г плодов земляники лесной залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить в закрытой посуде 5 мин, настоять 30 мин, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3–4 раза в день.

20 г измельченных листьев крапивы двудомной залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 3 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3–4 раза в день перед едой.

15 г измельченного корня лопуха большого залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, охладить и процедить. Принимать по столовой ложке 3–4 раза в день после еды.

20 г семян лопуха большого залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять час, принимать по столовой ложке 3–4 раза в день после еды.

20 г листьев медунки мягчайшей залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 4 ч, пить по 1/2 стакана 3 раза в день перед едой.

20 г листьев мяты перечной залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять час, процедить. Принимать по столовой ложке 3–4 раза в день за 30 мин до еды.

20 г листьев первоцвета весеннего залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1,5 стакана 3 раза в день перед едой.

15 г измельченных листьев подорожника большого залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 3 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3 раза в день перед едой.

10 г семян подорожника большого растолочь, залить 1,25 стакана кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 3 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3–4 раза в день.

20 г измельченного корня ревеня залить 2 стаканами кипятка, прокипятить 30 мин, настоять 4 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3–4 дня. Для слабительного эффекта выпивают по стакану отвара 1–2 раза в день.

15 г плодов тмина обыкновенного залить 1 1/4 стаканами кипятка, прокипятить 5–10 мин, настоять 2–3 ч. Принимать по столовой ложке 3 раза в день.

30 г зерен овса залить 1,5 стаканами кипятка, настоять 4 ч, прокипятить 20 мин, настоять еще 2 ч, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день после еды.

20 г стеблей овса залить 1 1/4 стакана кипятка, прокипятить 30 мин, долить до 1,5 стакана, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день перед едой.

10 г листьев толокнянки обыкновенной залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 3 мин, настоять 3–4 ч, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день.

20 г тысячелистника обыкновенного залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 3 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3 раза в день.

30 г травы хвоща полевого залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 2–3 столовые ложки 3–4 раза в день перед едой.

20 г корня цикория обыкновенного залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 3–4 ч, процедить. Принимать по 2 столовые ложки 3 раза в день перед едой.

20 г листьев яснотки белой залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 3 ч. Принимать по стакану 3 раза в день перед едой.

15 г измельченного корня одуванчика лекарственного залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 3 ч, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день перед едой.

25 г листьев одуванчика лекарственного залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 3 ч, процедить. Принимать по 3 столовые ложки 3–4 раза в день перед едой.

20 г листьев голубики залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить в закрытой посуде 5 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день после еды.

30 г плодов голубики залить стаканом кипятка, прокипятить 5 мин, настоять час, процедить. Принимать по 1/2 стакана 2–3 раза в день перед едой.

20 г травы душицы обыкновенной залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/4 стакана 3 раза в день после еды.

30 г ягоды клюквы залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить в закрытой посуде 5 мин, настоять 30 мин. Принимать по 1/2 стакана 3–4 раза в день после еды.

20 г травы пастушьей сумки залить стаканом кипятка, прокипятить 5 мин, настоять и процедить. Принимать по 2–3 столовые ложки 3 раза в день после еды.

30 г гречневой крупы сечки залить 1,5 стаканами холодной воды, настоять 3 ч, прокипятить на водяной бане 2 ч, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день перед едой.

30 г кукурузных рылец залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 10 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день после еды.

Диффузный токсический зоб

Фитотерапия при диффузном токсическом зобе проводится дополнительно к основному медикаментозному лечению. Можно использовать следующие растительные сборы.

Сбор № 1

Плоды боярышника кроваво-красного	3 части
Трава донника лекарственного	2 части
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Цветки календулы лекарственной	2 части
Слоевище ламинарии сахаристой	4 части
Трава Melissa лекарственной	3 части
Цветки пижмы обыкновенной	2 части
Трава пустырника пятилопастного	4 части
Трава руты пахучей	3 части
Побеги туи западной	2 части
Соплодия хмеля обыкновенного	3 части
Трава шалфея лекарственного	4 части
Плоды шиповника коричневого	3 части

Вечером 2–3 столовые ложки сбора нужно высыпать в термос и залить 2 стаканами крутого кипятка. На следующий день выпить в 3 приема в теплом виде за 30 мин до еды.

Сбор № 2

Трава будры плющевидной	2 части
Трава дурнишника колючего	5 частей
Слоевище ламинарии сахаристой	5 частей
Трава ландыша майского	2 части
Листья мяты перечной	1 часть
Трава полыни обыкновенной	2 части
Плоды рябины черноплодной	2 части
Трава сушеницы болотной	3 части
Трава тысячелистника обыкновенного	1 часть
Трава тимьяна ползучего	2 части
Плоды шиповника коричневого	2 части

Принимать как сбор № 1.

Сбор № 3

Плоды боярышника кроваво-красного	2 части
Корневище и корни валерианы лекарственной	1 часть
Трава дурнишника колючего	6 частей
Трава душицы обыкновенной	2 части
Слоевище ламинарии сахаристой	3 части

Трава мелиссы лекарственной	2 части
Трава омелы белой	2 части
Трава пустырника пятилопастного	4 части
Корневище и побеги спаржи лекарственной	2 части
Плоды укропа пахучего	1 часть
Трава чистотела большого	2 части
Плоды шиповника коричневого	2 части
Принимать как сбор № 1.	

Сбор № 4

Корневище с корнями девясила высокого	1 часть
Трава донника лекарственного	3 части
Трава дурнишника колючего	5 частей
Трава зверобоя продырявленного	2 части
Листья земляники лесной	2 части
Слоевидные ламинарии сахаристой	3 части
Трава ландыша майского	2 части
Цветки липы сердцевидной	1 часть
Листья мяты перечной	1 часть
Листья подорожника большого	2 части
Цветки ромашки аптечной	2 части
Трава сушеницы болотной	3 части
Трава фиалки трехцветной	1 часть
Плоды шиповника коричневого	2 части
Принимать как сбор № 1.	

Сборы чередуют и принимают в течение 1,5–2 лет, а иногда и более длительное время. У больных, склонных к поносам, в настои следует включать еще и растения, обладающие вяжущим действием — кровохлебку, плоды ольхи, кору дуба и т. п.

ЭТИКА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Людам часто кажется, что они естественны,
тогда как на самом деле они просто
не воспитанны и грубы.

Ларошфуко

В этом разделе речь пойдет о том, как вести себя медицинскому работнику. Основа этики — воспитанность, вежливость, уважительное отношение к себе и окружающим, желание сделать общение как можно более комфортным. Восточная мудрость гласит: «Приветливость — это золотой ключ, который открывает железные замки людских сердец».

Нормы этики сводятся к основному правилу: везде и во всем уважать общество в целом и каждого его члена в отдельности. Правило очень простое: относитесь к другим так, как хочешь, чтобы относились к тебе. Знание и соблюдение элементарных правил хорошего тона скорее облегчает, чем усложняет жизнь, и помогает людям чувствовать себя комфортно и уверенно в любых ситуациях повседневного и делового общения. И наоборот: незнание этикета, правил хорошего тона, неумение себя вести в обществе и с пациентами, отсутствие умений и навыков приличных манер приводят человека в своеобразный тупик, в котором интенсивно формируются комплексы ущербности, неполноценности, второсортности.

Медицинская этика (греч. *ethika*, от *ethikos* — касающийся нравственности, морали) — совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей. По современным представлениям медицинская этика включает в себя следующие аспекты:

- научный (раздел медицинской науки, изучающий этические и нравственные аспекты деятельности медицинских работников);
- практический (область медицинской практики, в задачи которой входят формирование и применение этических норм и правил в профессиональной медицинской деятельности).

Медицинская этика изучает и решает различные проблемы межличностных взаимоотношений по трем основным направлениям:

- медицинский работник — больной;
- медицинский работник — родственники больного;
- медицинский работник — медицинский работник.

Primum non nocere (прежде всего, не навреди) — это главный этический принцип в медицине. Моральная ответственность медицинского работника подразумевает соблюдение всех принципов медицинской этики. Неправильные действия медицинского работника могут привести к физическим и нравственным страданиям пациентов. Недопустимы такие действия медицинского работника, как разглашение врачебной тайны, отказ в медицинской помощи, нарушение неприкосновенности частной жизни и т. д.

Уход за больным предполагает также соблюдение определенных правил общения с ним. Важно уделять пациенту максимум внимания, успокаивать его, разъяснять необходимость соблюдения режима, регулярного приема лекарств, убеждать в возможности выздоровления или улучшения состояния. Нужно соблюдать большую осторожность при разговоре с больными, особенно страдающими онкологическими заболеваниями, которым не принято сообщать истинный диагноз. И в настоящее время остается значимым высказывание великого врача древности, отца медицины Гиппократ: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но, главное, оставь его в неведении того, что ему угрожает». В некоторых странах больного все же информируют о серьезности заболевания, в том числе и о возможном летальном исходе, исходя из социально-экономических соображений. Так, в США пациент вправе возбудить судебное дело против врача, скрывшего от него диагноз онкологического заболевания.

Ятрогенные заболевания

Нарушение деонтологических принципов общения с больным может привести к развитию у него так называемых ятрогенных заболеваний (греч. *iatros* — врач, *genes* — порождаемый, возникающий). Ятрогенным заболеванием (ятрогией) называют патологическое состояние пациента, обусловленное неосторожными высказываниями или поступками врача или другого медицинского работника, которые создают у человека представление о наличии у него какого-либо заболевания или об особой тяжести имеющейся у него болезни. Неадекватные, ранящие и вредящие пациенту словесные контакты могут привести к различным психогенным ятрогениям.

Еще «английский Гиппократ» Томас Сиденхем (1624–1689) подчеркивал опасность для пациента не только действий медицинского работника, травмирующих психику больного, но и других возможных факторов — нежелательных последствий медицинских манипуляций. Поэтому в настоящее время к ятрогенным относят любые заболевания, возникновение которых связано с теми или иными действиями медицинских работников. Так, кроме описанной выше психогенной ятрогении (ятропсихогении) выделяют:

- ятрофармакогении — следствие медикаментозного воздействия на больного (например, побочные действия препаратов);
- манипуляционные ятрогении — неблагоприятное воздействие на больного в процессе его обследования;
- комбинированные ятрогении — следствие воздействия нескольких факторов;
- так называемые немые ятрогении — следствие бездействия медицинского работника.

Впервые основной этический принцип врачевания сформулировал Гиппократ (ок. 460–370 до н. э.): «Должно обращать внимание, чтобы все, что принимается, приносило пользу». Он писал: «Лицо, посвятившее себя медицине, должно обладать следующими качествами: бескорыстием, скромностью, целомудрием, здравым смыслом, хладнокровием...»

Какие же качества необходимы медицинскому работнику для его профессиональной деятельности? «Любовь и забота — лучшее лекарство», — писал Парацельс. Эти же качества, обязательные для медицинского работника, выделяет и И. Харди в книге «Врач, сестра, больной» (1981): «Нежность, ласковость, терпение и вежливость — вот составные элементы хорошего стиля работы, в них выражается заботливость, внимание и любовь сестры к своим больным».

Деонтология медицинского работника

Медицинская деонтология (от греч. *deontos* — должное, надлежащее и *logos* — учение) — наука о профессиональном поведении медицинского работника. Сам термин «деонтология» был введен в обиход в начале XIX в. английским философом Иеремией Бентамом для обозначения науки о профессиональном поведении человека.

Задолго до введения термина основные принципы, регламентирующие правила поведения врача и медицинского работника, содержались в письменных источниках, дошедших из глубины веков. Уже в индийском своде законов Ману «Веды» перечислены правила поведения врача. В античные времена огромное влияние на развитие принципов поведения медицинского работника оказала знаменитая «Клятва» основоположника научной медицины Гиппократа. Любопытно отметить, что за всю историю развития медицины только в 1967 г. на II Всемирном деонтологическом конгрессе в Париже было сделано первое и единственное дополнение к клятве Гиппократа: «Клянусь обучаться всю жизнь».

На формирование и развитие принципов медицинской деонтологии, как и медицинской этики, на протяжении всей истории оказывали влияние сложившиеся в данном обществе политический строй, социально-экономические и классовые отношения, национальные и религиозные традиции и др.

Основными задачами медицинской деонтологии являются:

- изучение принципов поведения медицинского персонала, направленных на максимальное повышение эффективности лечения;

- исключение неблагоприятных факторов в медицинской деятельности;
- изучение системы взаимоотношений, которые устанавливаются между медицинским персоналом и больным;

- устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы.

Медицинский работник должен строго хранить врачебную тайну. Под врачебной тайной понимают следующее:

- сведения о больном, полученные медицинским работником от больного или в процессе лечения и не подлежащие разглашению в обществе;
- сведения о больном, которые медицинский работник не должен сообщать больному (неблагоприятный исход болезни, диагноз, наносящий психологический ущерб больному, и т. д.).

К деонтологическим вопросам работы с больными можно отнести и необходимость сохранения врачебной тайны. Медицинский работник не имеет права разглашать сведения о больном глубоко личного, интимного характера. Однако это требование не относится к ситуациям, представляющим опасность для других людей (венерические, инфекционные заболевания, инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), отравления и др.). В этих случаях медицинский работник обязан немедленно информировать соответствующие организации о полученных сведениях. С целью проведения санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге при выявлении педикулеза, инфекционного заболевания или пищевого отравления медицинский работник в течение 12 ч с момента установления диагноза обязан информировать санитарно-эпидемиологическую службу по телефону и одновременно направить туда заполненный бланк экстренного извещения (форма № 058/у).

При решении вопроса о врачебной тайне иногда приходится учитывать, не наносит ли это ущерб обществу. В тех случаях, когда само сохранение врачебной тайны может принести вред обществу или окружающим больного лицам (например, при венерических, инфекционных, психических заболеваниях и т. д.), медицинский работник должен принять необходимые меры, не нанося при этом психологического ущерба больному.

В практике медицинского работника нередко бывают случаи, когда врачебная тайна связана с обманом, который С. П. Боткин назвал «святой ложью». Например, не следует говорить обреченному больному о тяжести его болезни. Слова надежды на выздоровление, высказанные таким людям, приносят им облегчение. Нельзя разглашать сведения не только о характере и возможном исходе заболевания, но и сведения об интимной жизни больных, так как это может причинить им дополнительные страдания и подорвать доверие к медицинским работникам.

Большое значение в общении врача и медицинской сестры с больным играют вера в выздоровление, уверенность в правильности лечения и своевременности оказания необходимой помощи при ухудшении состояния. Неудовлетворение просьб, опоздание на вызов больного, небрежное выполнение назначенных врачом процедур, административно-холодный тон медицинского работника вызывают у больного тревогу за свое состояние и желание пожаловаться или просить консилиума.

Медицинский работник не должен рассказывать о том, что случилось с пациентом, распространять информацию о тяжелобольных, так как это может обострить болезненную ипохондричность, усилить страх и беспокойство больных за свое здоровье. Фамильярность, резкий тон в разговоре очень мешают созданию нормальных отношений между медицинской сестрой и больным. При установлении контакта необходимо понять переживания больного и сочувственно принять их. Большое значение имеет готовность медицинского работника к состраданию. Сочувственный отклик на жалобы больного, стремление по возможности облегчить его болезненные переживания порой оказывают не меньшее лечебное действие, чем назначение медикаментозных средств, и вызывают горячую благодарность со стороны пациентов. Иногда важно просто выслушать больного, но не формально, а с элементами эмоционального участия, соответственно реагируя на услышанное. Умение слушать — одно из важных свойств хорошего медицинского работника. Данное качество помогает получить самую необходимую информацию о больном. Кроме того, во время беседы больной успокаивается, снимается его внутренняя напряженность.

При установлении контакта важную роль играет личность медицинского работника. Он может любить свою профессию, обладать прекрасными навыками, однако, если он в силу личностных особенностей часто конфликтует с больными, его профессиональные качества не дают должного эффекта. Путь к истинному мастерству всегда долгий и нелегкий. Необходи-

димо выработать нужный стиль работы и овладеть искусством благоприятного воздействия на больных. И. Харди в книге «Врач, сестра, больной» описывает 6 типов медицинских сестер по характеристике их деятельности:

1. Сестра-рутинер. Наиболее характерная ее черта — механическое выполнение своих обязанностей. Полученные задачи она выполняет с необыкновенной тщательностью, скрупулезностью, проявляя ловкость и умение. Выполняет все, что нужно при уходе за больным, но самого-то ухода нет, так как она работает автоматически, безразлично, не сопереживая, не сочувствуя ему. Такая сестра способна разбудить спящего больного только ради того, чтобы дать ему предписанное врачом снотворное.

2. Сестра, «играющая заученную роль». Такая сестра в процессе работы разыгрывает какую-нибудь роль, стремясь к осуществлению определенного идеала. Если ее поведение переходит допустимые границы, неискренность заменяет непосредственность. Она играет роль альтруиста, благодетеля, проявляя «артистические» способности. Поведение искусственное, показное.

3. Тип «нервной» сестры. Это эмоционально лабильные личности, склонные к невротическим реакциям. В результате они часто бывают раздражительными, вспыльчивыми, могут быть грубыми. Такую сестру можно видеть хмурой, как бы обиженной среди ни в чем не повинных больных. Она очень ипохондрична, боится заразиться или заболеть «тяжелой болезнью». Нередко отказывается выполнять различные задания якобы потому, что не может поднимать тяжести, болят ноги и т. д. Такие сестры создают помехи в работе и нередко плохо влияют на больных.

4. Тип личности с мужеподобной, сильной психикой. Таких людей издали можно узнать по походке. Они отличаются настойчивостью, решительностью, нетерпимостью к малейшим беспорядкам. Нередко они недостаточно гибки, грубы и даже агрессивны с больными. В благополучных случаях такие сестры могут быть хорошими организаторами.

5. Сестра материнского типа. Такая сестра выполняет свою работу с максимальной заботой о больных и сочувствием. Работа для нее — неотъемлемое условие жизни. Она все может и всюду успевает. Забота о больных — жизненное призвание. Часто заботой о других, любовью к людям проникнута и ее личная жизнь.

6. Тип специалиста. Это сестры, которые благодаря какому-то особому свойству личности, особому интересу получают специальное назначение. Они посвящают свою жизнь выполнению сложных задач, например в лабораториях; фанатически преданы своей узкой специальности.

Представленные типы довольно условны. Личность медицинской сестры, фельдшера, стиль и методы их работы, владение техникой психологического воздействия на больных и умение обращаться с ними — все это является важным звеном в сложной системе мероприятий, обеспечивающих лечебный процесс.

Соблюдение медицинским работником морально-этических норм предусматривает не только выполнение своих обязанностей, но и несение ответственности за уклонение или непрофессиональное их выполнение. В деятельности медработника могут встретиться как ошибки, так и медицинские правонарушения.

Ошибки в медицинской практике связаны с заблуждениями, а медицинские правонарушения обусловлены недобросовестным отношением к своим профессиональным обязанностям. Подобным правонарушением является, например, неправильное введение лекарственных препаратов, особенно сильнодействующих, что может привести к трагическим последствиям.

Административную ответственность несут медицинские работники за нарушения правил хранения и учета ядовитых, сильнодействующих и наркотических средств. К медицинским правонарушениям относят также неоказание больному помощи без уважительных причин.

Регламентируют юридическую ответственность медицинского работника за причинение вреда здоровью граждан «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993), а именно:

- ст. 66 «Основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан»;
- ст. 67 «Возмещение затрат на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий»;
- ст. 68 «Ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья»;

- ст. 69 «Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья».

В зависимости от степени тяжести совершенных правонарушений медицинский работник подвергается дисциплинарным взысканиям (выговор, перевод на менее оплачиваемую работу и т. д.) или же привлекается к ответственности согласно существующему законодательству. Таким образом, работа с больными предполагает правовую ответственность медицинских работников, помимо четкого выполнения ими своих должностных обязанностей и соблюдения принципов медицинской деонтологии.

Общение в работе медицинского персонала

Сегодня, как и сто лет назад, поспешная фамильярность так же неприятна многим людям, как и излишняя назойливость. Поэтому не торопитесь переходить на «ты» с вашими новыми знакомыми, тем более с пациентами.

Обращением «ты» можно без сомнения пользоваться, если вы беседуете с близким, хорошо знакомым вам человеком, в неофициальной обстановке.

Твердых правил, как можно перейти на «ты», не существует. Это зависит от многих причин. Инициатива и право перехода на «ты» принадлежит женщине и старшим по возрасту.

К незнакомому человеку можно обратиться со словами: «гражданин», «господин», «сударь» или «сударыня», «девушка», «молодой человек». В сегодняшней России нет устоявшейся формы такого обращения. И надо признать, что некоторые из названных слов в конкретных случаях не совсем удачны. Потому мы часто обращаемся к незнакомому человеку просто с фразой: «Извините...», или «Позвольте...», или «Будьте так добры...»

При общении с пациентами следует избегать обращения «больной» или «больная», чтобы лишний раз не напоминать человеку о его недуге, не способствовать развитию у него ипохондрии.

Не спешите превратить только что состоявшееся знакомство в дружбу. Это может выглядеть назойливо.

Избежать недоразумений в обращении с только что познакомившимся человеком позволяют визитные карточки. В зарубежных странах визитные карточки очень распространены. Их размер и шрифт не регламентируются строгими правилами.

На визитных карточках, изготовленных чаще из белой плотной (иногда глянцевой) бумаги размером обычно 9 × 5 см, типографским способом печатается фамилия, имя, отчество, занимаемая должность. В левом нижнем углу печатают адрес учреждения, в котором работает владелец визитной карточки, в правом — номер служебного телефона. Иногда указывают и другие дополнительные сведения (домашний телефон).

Вручая кому-либо свою визитную карточку, вы показываете стремление поддерживать деловые и личные контакты и в будущем.

Визитные карточки можно посылать по почте или с нарочным, они могут заменить письма, поздравления. На визитных карточках от руки делают различные надписи, например: «С наилучшими пожеланиями». С визитной карточкой посылаются цветы и подарки.

Значение психотерапевтического воздействия хорошо известно, его ценность превосходит иногда все другие методы лечения. Поэтому общение — одно из важных умений, необходимых для эффективной деятельности медработника. Навыки общения необходимы для взаимодействия с пациентом, его семьей, врачами и другими специалистами, участвующими в лечебном процессе.

Доверие к медработнику у пациента и его семьи возникает только в том случае, если он владеет навыками эффективного общения.

Одно из определений общения следующее: «Все способы поведения, которые человек использует сознательно или бессознательно для воздействия на другого не только с помощью устной или письменной речи, но также и с помощью мимики, жестов и символов». Выделяют три уровня общения:

1. Внутриличное — мысленное общение человека с самим собой, когда он вырабатывает какие-то планы, развивает идеи, подготавливаясь к общению с кем-либо. Примером внутриличного общения медсестры может быть напоминание себе: «Нужно проверить капельницу у Н.», но она не произносит это вслух.

2. Межличностное — общение между двумя или более людьми. Медработник, например, обменивается мыслями, идеями, решениями, опытом со своими коллегами, либо, выполняя свой профессиональный долг, общается с пациентами или их родственниками.

3. Общественное — общение одного человека с большой аудиторией. Следует тщательно готовиться к межличностному и общественному общению. Правильное общение усиливает взаимопонимание между людьми.

Техника общения

Эффективное общение состоит из пяти элементов:

- 1) отправитель — кто передает информацию;
- 2) сообщение — посылаемая информация;
- 3) канал — форма отправки сообщения (устная речь, мимика, жесты, поза, и др.);
- 4) получатель — кому посылается сообщение;
- 5) подтверждение — способ, с помощью которого уведомляют отправителя, что сообщение получено.

Каналы общения

Вербальное общение:

- 1) устная речь (получатель слышит ее);
- 2) письменное общение — слова или символы, которые получатель прочитает.

Невербальное общение, или неречевое сообщение, включает мимику, жесты, позы и действия, которые получатель видит.

В некоторых случаях используют несколько каналов общения (например, устная речь, а затем письменное сообщение или устная речь, мимика, жесты и поза одновременно). Довольно часто даже при наличии всех пяти элементов общения люди плохо понимают друг друга. Причины подобного непонимания различны:

- сообщение передано или невнятно, или очень быстро, или очень тихо;
- неправильно выбран канал передачи сообщения (например, человек плохо слышит или не может прочитать письменное сообщение), отправитель не получил подтверждение о получении и понимании.

Устная речь

Формы устной речи могут сделать устный канал общения как эффективным, так и неэффективным. Задавая «правильные» вопросы, люди делают общение более эффективным. Вопросы могут быть закрытые (общие), на которые в ответ можно услышать односложное «Да» или «Нет», и открытые (специальные), на которые можно получить более или менее подробный ответ. Закрытые вопросы начинаются со слов: «Вы можете?..», «Вы хотите?..», «Вам нужно?..», «У вас есть?..», «Вы думаете, что?..» Открытые вопросы начинаются со слов: «Скажите мне...», «Покажите мне...», «Что?..», «Где?..», «Когда?..», «Почему?..», «Как?..», «Вы расстроены, потому что?..»

Неправильно заданный вопрос может сделать общение неэффективным. Обучая пациента (или его родственников) необходимым навыкам и задавая в процессе обучения вопрос: «Вы поняли меня?», можно получить ответ: «Да», в то время как в действительности человек просто не хочет признаться в том, что он не все понял. В тоже время, если сказать человеку: «Я хотела бы убедиться, что вы меня правильно поняли», можно получить подтверждение полученного сообщения и сделать общение эффективным.

Устная речь предполагает два важных элемента: что говорить и как говорить. Устное сообщение будет ясным, кратким и эффективным, если:

- говорить медленно, с хорошим произношением, простыми короткими фразами; не злоупотреблять специальной терминологией; если терминология окажется для пациента непонятной и он постесняется обратиться за разъяснением, общение окажется неэффективным;

- выбирать скорость и темп речи при общении с конкретным пациентом. Если медработник говорит слишком медленно, то пациент может подумать, что он недооценивает его возможности воспринимать информацию. Если медработник говорит слишком быстро, пациент может подумать, что он торопится, и не захочет дальше его слушать;
- правильно выбирать время для общения: тот, кому адресована информация медработника, должен иметь желание и интерес к беседе. Лучшее время для общения то, когда пациент сам задает вопросы о своем состоянии, плане лечения, вмешательствах и т. д.;
- не начинать беседу сразу после информации врача о неблагоприятном исходе или неизлечимом заболевании;
- следить за интонацией своего голоса, убедиться, что она соответствует тому, что вы собираетесь сказать. Неприятный случай, который произошел накануне, может отразиться на беседе с пациентом. Тон может выражать энтузиазм, заботу, безразличие и даже раздражение. Страх, гнев, печаль также выражаются интонацией;
- выбирать нужную громкость: говорить так, чтобы вас слышали, но не кричать;
- убедиться в том, что вас поняли, задавая человеку открытые, а не закрытые вопросы. Следует задать вопрос: «Как вы будете готовиться к обследованию?», но не «Вы поняли, как готовиться к обследованию?» Пациент может и на второй (закрытый) вопрос тоже сказать «Да», если даже не понял сообщения.

Юмор тоже способствует эффективному вербальному общению, но он должен использоваться с осторожностью, особенно при манипуляциях, связанных с личной гигиеной пациента. При общении с пациентом медработники могут рассказывать смешные случаи и использовать игру слов, чтобы вызвать улыбку у пациента. Некоторые зарубежные исследователи отмечают, что юмор помогает успокоить и снять напряжение и боль, обеспечивает эмоциональную поддержку и смягчает восприятие болезни.

Искусство вести беседу

Умение общаться — это прежде всего умение вести беседу. Тут тоже существуют общепринятые (европейские) правила.

Научитесь слушать вашего собеседника, не перебивая его. Умение внимательно и терпеливо выслушать человека, с которым вы беседуете, показав при том благожелательность, симпатию, сочувствие к нему, — это истинный талант. К счастью, этот талант не врожденный: каждый может воспитать его в самом себе и в своих детях.

Слушая собеседника, старайтесь смотреть ему в глаза или на предмет, на который он сам обращает ваше внимание. Подтверждайте свой живейший интерес к чьим-либо высказываниям легкими кивками головы или какими-нибудь словами-замечаниями. Ни в коем случае не спешите возражать и спорить, не выслушав говорящего до конца. Никогда не следует обрывать или перебивать говорящего, отворачиваться от него, смотреть на часы, зевать, рыться в карманах или в сумке, вступать параллельно в разговор с другим человеком. Если собеседник злоупотребляет вашим вниманием, можно вежливо извиниться и сказать, что вы сейчас, к сожалению, заняты и перенести разговор на другое время.

Нередко бывает, что в беседе участвуют несколько человек. В этом случае тема должна быть интересной и понятной для каждого из собеседников. Не следует затрагивать в подобных ситуациях специальные вопросы. Не считается вежливым рассказывать в обществе сенсационные, но не достоверные новости. Некрасиво говорить намеками, понятными лишь отдельным собеседникам. Не стоит предаваться длительным воспоминаниям о прошлом, увлекаться бесконечными монологами.

Плох собеседник, ведущий разговор лишь для того, чтобы выговориться самому. В конечном счете он останется без слушателей.

Избегайте замечаний, которые могут больно ранить чувства собеседника, не злоупотребляйте колкостями.

Очень важно следить за тем, как собеседник реагирует на ваши слова. Ведь обидеть можно не только текстом, но и подтекстом.

В спорах тщательно выбирайте формулировки. Старайтесь соблюдать элементарное уважение к собеседнику в любой ситуации.

Помогайте включиться в общую беседу тем, кто только присоединился к разговору и еще не сориентировался в обстановке.

Беседы во время еды не должны портить аппетита окружающим.

Говорите всегда по существу вопросов, наблюдайте, слушает ли вас собеседник. Не плохо иногда похвалить его рассуждения. Некрасиво перебивать собеседника, особенно если он преклонного возраста. Не следует подсказывать или поправлять рассказчика.

Отрицательное впечатление производит вычурность, неестественность, излишняя театральность, насыщение речи вульгарными и сорными словами (типа «так», «вот», «так сказать»), мычание при подборе нужного слова.

Обязательной нормой общения является умеренная громкость высказывания. Ничто не может оправдать шумливость и крикливость речи. Нет смысла повышать голос даже в споре, так как крик не добавляет убедительности аргументам.

Не стройте из себя всезнайку. Если возможно, постарайтесь заранее подготовиться к намеченной беседе, поинтересуйтесь увлечениями вашего собеседника.

Очень опасны крайности в области общения.

Испытанным средством снятия напряжения в споре или простой беседе является юмор. Однако помните, что излишний юмор, остроты и анекдоты не всегда уместны.

Невербальное общение

Бессловесное (невербальное) общение осуществляется с помощью символов, жестов, мимики, поз, прикосновения.

Как правило, люди в меньшей степени способны сознательно контролировать этот канал общения. Изучением его занимается новая наука — кинесика. Исследователи доказали, что устную речь контролировать легче, чем язык мимики и жестов.

Многие люди не осознают, что их мимика сообщает совсем не то, что они говорят. Например, открыв дверь кабинета, человек может сказать: «Прошу вас, заходите. Я рад вас видеть», тогда как выражение его лица говорит: «Я занят. Хорошо, если бы вы не зашли». Этот канал невербального общения более достоверно выражает чувства и подразумеваемый смысл. Иногда все тело человека участвует в передаче сообщения. Следует учесть, что медработнику часто приходится ухаживать за пациентами, неспособными использовать устную речь как канал общения. Поэтому навык невербального общения необходим.

Походка человека — это тоже способ передачи сообщения и самовыражения. Например, человек, смело и уверенно входящий в комнату, демонстрирует либо свое благополучие, либо чувство гнева. Медленно входящий в комнату демонстрирует сдержанность, страх или тревогу. Положение и движения тела пациента свидетельствуют как о физическом, так и об эмоциональном его состоянии.

Когда смотрят на человека, то получают много информации по выражению его лица, по мимике, жестам. В языке жестов большую роль играют руки, причем не только тогда, когда говорящий показывает руками форму обсуждаемого предмета, указывает направление или комментирует какое-либо событие. Руки передают и эмоциональное состояние. Так, беспокойство можно выразить непрерывным движением рук, «заламыванием пальцев» и т. д. Например, при разговоре медработник видит, что пациентка сложила руки и тесно прижала их к груди. Это может означать, что она очень волнуется или расстроена. Выражение лица медработника значительно влияет на общение с пациентом. Так, улыбка может быть знаком приветствия или одобрения. Нахмуренные брови означают раздражение или неудовольствие.

Исследования показывают, что лицо выражает шесть основных чувств: удивление, страх, гнев, отвращение, счастье и печаль. Пациенты смотрят, как правило, на выражение лица медработника, когда он делает перевязку, отвечает на вопросы о тяжести и прогнозе заболевания. В связи с этим следует научиться контролировать выражение своего лица, особенно в случаях, вызывающих неприятные эмоции, чтобы смягчить чувство страха у пациента. Мимика человека — очень богатый источник информации об эмоциональном состоянии. С помощью мимики можно передать различные состояния: удовольствия, радости; интереса, ажиотажа; гнева, ярости; пренебрежения, презрения; удивления; испуга; стыда, робости, унижения; страха, ужаса; счастья, печали и т. д. Как отмечают многие, самое выразительное в лице — глаза. Об этом свидетельствуют многие поговорки и фразы («читать душу по глазам», «сверкать глазами», «есть глазами», «недобрый взгляд», «прятать глаза» и т. д.). Взгляд человека дополняет то, что недосказано словами и жестами. Часто именно взгляд придает подлинное значение произнесенной фразе. Выразительный взгляд способен передать смысл

не только сказанного, но и недосказанного или невысказанного. В некоторых случаях взглядом можно сказать больше, чем словами. Поэтому взгляд «глаза в глаза» — всегда важнейший канал невербального общения.

Один из важных аспектов невербального общения — внешний вид медработника. У пациента возникает больше доверия при виде его одетым в профессиональную форму. Естественно, в разных странах в зависимости от уровня экономического развития, культуры, религии или общества складываются определенные ожидания и требования как к медицине в целом, так и к внешнему виду медработника. Даже в одной стране каждый пациент имеет собственное представление о медработнике.

Вербальное и невербальное общение может существовать одновременно. Общение в виде беседы (вербальное) может сопровождаться улыбкой, жестами, плачем и другими формами невербального общения. При этом следует отметить, что восприятие сообщения во многом зависит от невербального компонента.

Хотя обе формы общения (вербальное и невербальное) и являются взаимодополняющими, многие исследователи полагают, что невербальные сигналы используются более эффективно, особенно когда нужно передать эмоциональное состояние человека. Невербальные способы (прикосновение рукой к плечу, похлопывание по спине или объятия) позволяют медработнику передать человеку привязанность, эмоциональную поддержку, ободрение, нежность.

Зоны комфорта

Медработнику следует учитывать, что общение будет более успешным, если оно происходит в зоне комфорта. У каждого человека размер этой зоны свой. У большей части людей размер «личной» зоны, общение в которой не вызывает дискомфорта, составляет 0,46–1,2 м. В тоже время при выполнении тех или иных процедур медработник «вторгается» не только в личную, но и в «интимную» зону (размер 15–46 см). Медработник, зная и понимая трудности, которые при этом может испытывать пациент, должен быть особенно внимательным и деликатным. Например, размер комфортной зоны медработника позволяет ему стоять близко к другим людям, но они испытывают при этом неудобство и отодвигаются, поскольку размер их комфортной зоны меньше. И наоборот, медработник может чувствовать себя комфортно только в том случае, если вокруг него большое пространство, а человек думает при этом, что он ему неприятен и поэтому он стоит (сидит) так далеко.

В связи с этим нужно внимательно относиться к зоне комфорта каждого и находить взаимоприемлемое для медработника и пациента расстояние. Необходимо быть очень внимательной к проявлению пациентом и (или) его близкими чувства дискомфорта, связанного с вторжением в индивидуальную зону комфорта.

Независимо от того, какой канал общения использует человек, он должен стремиться к тому, чтобы задуманное им сообщение соответствовало переданному.

Этому способствует уверенная манера общения. Если сообщение передано твердо и уверенно, вероятность того, что получатель сообщения согласится с ним, возрастает. Некоторые люди путают «уверенную манеру общения» с агрессивностью и грубостью, поэтому следует использовать ее избирательно и всегда думать о том, как это воспримут.

В тех случаях, когда человек ведет себя агрессивно (не уверенно) по отношению к медработнику, необходимо использовать следующие рекомендации:

- не следует воспринимать чье-либо агрессивное поведение как личное оскорбление: чаще всего люди выплескивают свои отрицательные эмоции на тех, кого чаще видят, даже если их расстроил кто-то другой — необходимо сделать глубокий вдох и сосчитать до 10 или 20, пока не наступит успокоение;
- выйти из комнаты, если есть опасение сказать или сделать что-то неприятное (только в том случае, если пациент находится в безопасности);
- сделать перерыв, совершив небольшую прогулку, выпив глоток воды;
- рассказать о случившемся тому, кто пользуется вашим уважением;
- следует вновь поговорить с человеком, проявившим неуважение к медработнику: дать понять, что он все равно будет продолжать выполнять свои обязанности.

Среднему медицинскому персоналу очень важно оставлять каналы общения открытыми даже в тех случаях, когда полученное сообщение вызывает ощущение неловкости.

Вот несколько рекомендаций, позволяющих продолжать необходимое общение, несмотря на неловкость. Для этого следует:

- сделать паузу на несколько секунд, чтобы успокоиться, перестать думать о своих чувствах, и сконцентрироваться на сообщении собеседника;
- проявить интерес к собеседнику, используя мимику, жест, прикосновение: если человек почувствует заинтересованность, то эта молчаливая поддержка может оказать больше эффекта, чем любые слова;
- вновь пригласить пациента к разговору, задав вопрос: «Как вы себя чувствуете?», «Вы уверены, что вам сейчас лучше побыть одному?» Иногда можно повторить сообщение собеседника своими словами: «Вы действительно скучаете по семье»;
- просто слушать собеседника, поскольку иногда это единственное, что нужно человеку. Если медработник считает, что пациент нуждается в ответах на вопросы, а он не может этого сделать, следует найти того, кто ответит на вопросы;
- говорить о своих переживаниях, о возникших недоразумениях с другим человеком, пользуясь доверием медработника.

Взаимоотношение врача и медицинской сестры

Взаимоотношение врача и медицинской сестры — одна из ключевых тем в медицинской психологии и профессиональной этике. По мере возрастания потребности общества в службе здравоохранения роль среднего медицинского персонала трансформировалась из расплывчатого акта милосердия «сердобольной прислуги» в четкие профессионально-должностные обязанности, в самостоятельный род деятельности в пределах очерченной компетенции.

Это несложно проследить на примере истории врачевания, когда уход за пациентом, создание благоприятного для него психологического климата, выполнение медицинских процедур постепенно приобретали самоценность. Еще М. Я. Мудров отмечал важность сотрудничества врача с обслуживающим персоналом, высоко ценил труд сиделки, замечаниями которой не советовал пренебрегать, если речь идет о пользе дела. К концу XIX в. сестра рассматривалась как помощница врача, обязанная строго следовать его указаниям. Известный немецкий хирург прошлого столетия Т. Бильрот в книге «Домашний уход за больными» писал: «Сестра милосердия должна быть помощницей больного и врача; она должна научиться целесообразно и точно выполнять его предписания, но она не должна лечить на собственный страх. Она должна питать такое же безграничное доверие к врачу, как и сам больной. Если же этого не будет, то она всегда себе позволит критиковать назначения врача с высоты своего полужнания и, пожалуй, пожелает их исправить согласно своим мнениям. Такая сестра не только мешает врачу исполнять свои обязанности, но, что гораздо хуже, из-за нее, при таких условиях, всего больше страдает сам больной. Он может умереть от того, что, колеблемый сестрой в своей вере к врачу, начнет пробовать то одно, то другое лечение, не доводя ни одного из них правильно до конца».

Эти слова относятся к 1881 г. С той поры прошло много времени. Изменились медицина, требования к занятому в ней персоналу. Возросла роль и иной стала функция медицинской сестры. Вместо научения (методом подражания) на краткосрочных курсах на подготовку медсестры сегодня уходит не менее 3 лет в медицинских училищах и колледжах, не считая различных форм усовершенствования. Современная сестра обладает более глубокими знаниями по сравнению со своими предшественницами, имеет практические навыки, превосходя при выполнении отдельных манипуляций дипломированных врачей. В качестве подтверждения этого можно сослаться на известного американского кардиолога, лауреата Нобелевской премии Б. Лоуна, автора книги «Утерянное искусство врачевания». Характеризуя деятельность своего отделения интенсивной терапии, он отмечал: «Медсестры обладали высокой квалификацией. Они, как и врачи, носили при себе стетоскоп и участвовали в утренних обходах. Их замечания о состоянии пациентов были особенно важны потому, что у лечащих врачей недостаточно времени на общение с пациентами. Раз в неделю я проводил для медсестер специальные образовательные конференции».

При остановке сердца сестры не ждали врача, а немедленно начинали дефибрилляцию. Они обладали большим опытом обращения с приборами, чем врачи, так как в отделении интенсивной терапии им приходилось постоянно на них работать, этой возможности многие врачи были лишены. Работа опытных медсестер вызывала восхищение. Помню, как однажды медсестра попросила меня осмотреть вновь прибывшего пациента, пожарного инспектора 48 лет. Так как отделение было переполнено, он временно находился в процедурной. Медсестра сообщила, что несколько минут назад у него остановилось сердце. Однако, увидев пациента, я понял, что он ни о чем не успел догадаться. Он сказал мне: “Я, наверное, отключился на пару минут”.

Медсестра объяснила, что она снимала электрокардиограмму и в это время начались желудочковые фибрилляции. Тогда она убедилась, что сигнал не является ложным из-за отошедшего контакта, проверила у больного пульс, включила дефибриллятор, подождала десять секунд, чтобы накопился необходимый заряд, приложила электроды к груди пациента и подала разряд. На все это у нее ушло 27 секунд! Я точно определил время, потому что электрокардиограф был включен. Когда через минуту пациент очнулся, медсестра успокоила его, сказав, что у него был легкий приступ аритмии, который больше не повторится. Оба были спокойны, словно произошло обычное событие, не заслуживающее долгого обсуждения».

Конечно, этот пример можно рассматривать по-разному, либо превознося квалификацию и находчивость медсестры, либо обвиняя ее в превышении профессиональных полномочий: при негативных последствиях ее действия подпали бы под Уголовный кодекс. Однако в данном случае исход был благополучный. Не каждый врач в подобной ситуации оказался бы на высоте.

Б. Лоун с сожалением отмечает возрастающую неудовлетворенность среднего медперсонала своим положением, поскольку его обязанности все чаще перекладываются на технику. Последняя, наряду с преимуществами, имеет и существенные недостатки (сбои, поломки, отключение), уже не говоря о том, что ничем не восполняет отсутствие тепла человеческого участия; это обстоятельство особенно важно в выхаживании тяжелобольных.

Сестринский труд высоко ценили корифеи медицины. Не случайно ему посвящено немало слов благодарности в работах С. П. Боткина, Н. И. Пирогова, Н. В. Склифосовского, С. П. Федорова, М. П. Кончаловского, С. С. Юдина, Е. М. Тареева, В. Х. Василенко, С. Я. Дольского, Г. А. Илизарова и других крупнейших клиницистов.

Мы оставляем в стороне требования нравственного порядка, нашедшие отражение в национальных и международных этических кодексах. Они общеизвестны и соблюдаются большинством среднего медицинского персонала, хотя и здесь встречаются отклонения, порой переходящие в преступления.

С организацией в стране системы высшего сестринского образования (сегодня работают более 20 факультетов ВСО в медицинских вузах) перед средним медицинским персоналом открываются широкие горизонты для карьерного роста.

Вместе с тем возникают и проблемы. Некоторые из них связаны с неурегулированностью трудовых отношений и существующей номенклатурой специальностей, другие — с неготовностью службы здравоохранения принять всех специалистов, поскольку в России меньше, чем на Западе, развита внебольничная сеть.

Система высшего сестринского образования породила также множество психологических и нравственных проблем. К числу первых относятся завышенные притязания дипломированных медсестер, забвение традиционно сложившейся соподчиненности медицинского персонала, недооценка культурных ценностей, принижение роли личностного психологического фактора в общении с пациентами. Если раньше не очень умный врач помыкал медсестрой, то теперь она сама начинает уподобляться врачу, не считаясь с тревожными ожиданиями пациента, его пожеланиями и волеизъявлением. Например, далеко не всегда такой медработник откликается на просьбу оказать ту или иную посильную услугу (отправить письмо или телеграмму, позвонить кому-либо или даже пригласить священнослужителя). Подобные «обращения» не вписываются в профессионально-должностные обязанности медсестер, а потому и воспринимаются как нечто выходящее за рамки поведения больного человека.

Что же касается нравственных изъянов, то они напрямую связаны с проблемой уважения личности пациента и защиты его прав. Отмеченные недостатки должны устраняться в ходе обучения на факультетах ВСО, на последипломном этапе образования и в самих рабочих коллективах. И здесь трудно переоценить роль умного врача-наставника. Ибо как бы ни развивалась в дальнейшем система высшего медицинского образования, медсестра будет по-

стоянно занимать свою нишу в служебной иерархии и подчиняться врачу. Ее основное предназначение — создание комфортных условий для больного с целью оптимизации лечебного процесса. Она никогда не заменит врача, данный аспект должен быть учтен при преподавании курса медицинской психологии. Сегодня последнюю читают либо на кафедрах педагогики и медицинской психологии (где преимущественно излагается общая психология) или на кафедрах психиатрии, при которых функционируют курсы медицинской психологии. В первом случае работа протекает спонтанно, так как кафедра не располагает коечным фондом. Во втором есть больничные койки, но весьма урезан курс общей психологии как базовой дисциплины.

Говоря о перспективах сотрудничества врача и медсестры, надо отметить, что оно возможно при наличии специальных служб (реабилитационной, медико-оздоровительной, спортивно-оздоровительной, патронажной и т. п.). Здесь открывается широкий простор для относительно самостоятельной работы сестринского персонала с высшим медицинским образованием. Неправильно противопоставлять врача и медсестру, поскольку в конечном итоге они оба призваны служить людям — больным и здоровым. Обе эти профессии в гуманном отношении равнозначны, а значит, и самоценны.

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Нормативные документы, определяющие профессиональную деятельность среднего медицинского персонала

Положение о специалистах со средним медицинским и фармацевтическим образованием

Утверждено
приказом МЗ РФ от 19.08.1997 г. № 249
«О номенклатуре специальностей среднего
медицинского и фармацевтического персонала»

Специальность: «Сестринское дело»

I. Общие положения

К профессиональной деятельности в качестве специалиста в области сестринского дела допускаются лица, получившие высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» или среднее медицинское образование, диплом по специальности «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело», сертификат по специальности «Сестринское дело».

Специалист по сестринскому делу непосредственно подчиняется врачу, с которым он работает, старшей медицинской сестре отделения.

В своей работе медработник руководствуется настоящим Положением, законодательными и нормативными документами Российской Федерации по вопросам здоровья населения, а также распоряжениями вышестоящих органов и должностных лиц.

Специалист по сестринскому делу используется на должностях, соответствующих специальности «Сестринское дело». Назначение и увольнение осуществляется руководителем учреждения в установленном порядке.

II. Обязанности

1. Общие положения:

- рационально организовать свой труд в отделении, подразделении или в кабинете лечебного учреждения;
- обеспечить инфекционную безопасность (соблюдать правила санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов, асептики, правильно хранить, обрабатывать, стерилизовать и использовать изделия медицинского назначения);
- осуществлять все этапы сестринского процесса при уходе за пациентами (оценку состояния пациента, интерпретацию полученных данных, планирование и осуществление ухода, оценку достигнутого), своевременно и качественно выполнять профилактические и лечебно-диагностические процедуры, назначенные врачом. Ассистировать при проведении врачом лечебно-диагностических манипуляций и малых операций в амбулаторных и стационарных условиях;
- оказывать неотложную помощь при острых заболеваниях, несчастных случаях и различных видах катастроф с последующим вызовом врача к пациенту или направлением его в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение;
- вводить лекарственные препараты, противошоковые средства (при анафилактическом шоке) больным по жизненным показаниям (при невозможности своевременного прибытия врача к пациенту) в соответствии с установленным порядком действий при данном состоянии;

- сообщать врачу или заведующему, а в их отсутствие дежурному врачу о всех обнаруженных тяжелых осложнениях и заболеваниях пациентов, осложнениях, возникших в результате проведения медицинских манипуляций, или о случаях нарушения внутреннего распорядка учреждения;

- обеспечивать правильное хранение, учет и списание лекарственных препаратов, соблюдение правил приема лекарств пациентами;

- взаимодействовать с коллегами и сотрудниками других служб в интересах пациента;
- вести утвержденную медицинскую учетно-отчетную документацию;
- систематически повышать свою профессиональную квалификацию;
- проводить санитарно-просветительную работу по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганду здорового образа жизни.

2. В больничных учреждениях:

- осуществлять прием вновь поступивших пациентов, знакомить их с правилами внутреннего распорядка и назначенного режима в отделении и контролировать их выполнение;

- обеспечивать безопасную среду для пациентов в стационаре;
- принимать непосредственное участие в обходе пациентов лечащим или дежурным врачом, сообщать им сведения об изменениях в состоянии здоровья пациентов;

- проводить качественную и своевременную подготовку пациентов к различного рода исследованиям, процедурам, операциям;

- владеть методами простейших лабораторных исследований (мочи на белок, сахар, определение гемоглобина и скорости оседания эритроцитов — СОЭ);

- контролировать работу младшей медицинской сестры по уходу.

3. В амбулаторно-поликлинических учреждениях:

- подготовить амбулаторный прием врача: подготовка рабочего места, приборов, инструментария, индивидуальных карт амбулаторного больного, бланков рецептов и других статистических медицинских бланков, своевременно получать результаты лабораторных и других исследований и расклеивать их по амбулаторным картам;

- подготовить больного к амбулаторному приему врача: измерить артериальное давление, провести термометрию и другие медицинские исследования и манипуляции в пределах своей компетенции или по поручению врача;

- заполнять карты экстренного извещения, бланки направления на лечебно-диагностические исследования, помогать в заполнении посыльных листков во МСЭК, санаторно-курортных карт, выписки из индивидуальных карт амбулаторного больного, вносить в индивидуальную карту амбулаторного больного данные флюорографического и других исследований;

- объяснять пациенту способы и порядок подготовки к лабораторным, инструментальным и функциональным исследованиям;

- проводить отбор материала для бактериологических исследований в соответствии с назначениями врача;

- проводить под руководством и контролем врача профилактические прививки;

- обучать членов семьи организации безопасной среды для пациента;

- осуществлять уход и обучение уходу членов семьи в период болезни и реабилитации пациента;

- проводить обучение по организации безопасной среды и ухода за пациентами на дому;

- регулярно повышать квалификацию.

III. Права

Получать информацию, необходимую для четкого выполнения своих профессиональных обязанностей.

Вносить предложения по совершенствованию работы медицинской сестры и организации сестринского дела в учреждении.

Требовать от старшей медицинской сестры отделения обеспечения поста (рабочего места) оборудованием, оснащением, инструментарием, предметами ухода и т. д., необходимыми для качественного выполнения своих функциональных обязанностей.

Повышать свою квалификацию в установленном порядке, проходить аттестацию (переподготовку) с целью присвоения квалификационных категорий.

Участвовать в работе профессиональных медицинских ассоциаций.

IV. Ответственность

Специалист за невыполнение своих профессиональных обязанностей несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством.

Квалификационные характеристики специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием (с изменениями от 6 февраля 2001 г.)

Утверждены
приказом МЗ РФ от 19.08.1997 г. № 249
«О номенклатуре специальностей среднего
медицинского и фармацевтического персонала»

1. Общие знания

- основы законодательства и права в здравоохранении;
- основы медицинского страхования;
- организацию работы медицинского учреждения в новых экономических условиях;
- статистические показатели, характеризующие состояние здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения;
- теоретические основы сестринского дела;
- философию и этику сестринского дела;
- психологию профессионального общения;
- основные причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики заболеваний и травм;
- основы геронтологии и гериатрии;
- организацию сестринского ухода за больными на основе этапов сестринского процесса;
- основы паллиативной сестринской помощи, основы танатологии;
- виды, формы и методы реабилитации, организацию и проведение мероприятий по реабилитации пациентов;
- основные лекарственные группы, показания и противопоказания к применению, характер взаимодействия, осложнения применения лекарственных средств; нормативные документы, регламентирующие фармацевтический порядок в медицинском учреждении;
- основы валеологии и санологии, методы и средства санитарного просвещения, роль сестринского персонала в глобальных, федеральных, территориальных программах охраны здоровья населения;
- основы диетологии;
- основы диспансеризации, социальную значимость заболеваний;
- систему инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов и персонала медицинского учреждения, систему взаимодействия лечебно-профилактических учреждений с учреждениями санитарно-эпидемиологического профиля;
- учетно-отчетную деятельность структурного подразделения, основные виды медицинской документации;
- охрану труда и технику безопасности в медицинском учреждении;
- функциональные обязанности, права и ответственность младшего медицинского персонала;
- основы медицины катастроф.

2. Общие умения

В соответствии с требованиями специальности в области сестринского дела специалист должен уметь:

- анализировать сложившуюся ситуацию и принимать решения в пределах своей профессиональной компетенции и полномочий;
- владеть коммуникативными навыками общения;
- выполнять диагностические, лечебные, реанимационные, реабилитационные, профилактические, лечебно-оздоровительные, санитарно-гигиенические, санитарно-просветительные мероприятия в соответствии со своей профессиональной компетенцией, полномочиями и врачебными назначениями;

- осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса при уходе за пациентами;
- оценивать состояние и выделять ведущие синдромы и симптомы у пациентов и пострадавших, находящихся в тяжелом и терминальном состояниях, оказывать экстренную доврачебную помощь при неотложных состояниях;
- осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса при паллиативной сестринской помощи инкурабельным пациентам;
- оценивать действие лекарственных средств у конкретного пациента, оказывать доврачебную помощь при лекарственном отравлении;
- подготавливать пациента к лабораторным, функциональным, инструментальным методам исследования;
- выполнять основные виды физиотерапевтических процедур, проводить занятия по лечебной гимнастике, владеть приемами массажа, контролировать выполнение рекомендаций по трудотерапии, использовать элементы психотерапии, контролировать соблюдение назначенной врачом диеты, оценивать эффективность проводимых мероприятий;
- владеть методами и средствами санитарного просвещения, планировать и оценивать комплексные программы профилактики, направленные на воспитание и обучение отдельных лиц, семей, групп населения по сохранению и укреплению здоровья;
- соблюдать фармацевтический порядок получения, хранения и использования лекарственных средств;
- соблюдать правила техники безопасности и охраны труда;
- вести медицинскую документацию;
- выполнять требования инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала;
- проводить мероприятия по защите населения, пациентов, пострадавших и персонала службы медицины катастроф, медицинской службы гражданской обороны, оказывать доврачебную помощь в чрезвычайных ситуациях;
- повышать профессиональный уровень знаний, умений и навыков.

3. Специальные знания

3.1. В соответствии с требованиями специальности в области сестринского дела в амбулаторно-поликлиническом учреждении специалист должен знать:

- систему организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- нормативные документы, определяющие основные задачи, функции, условия и порядок деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения;
- оснащение, организацию, режим работы структурных подразделений амбулаторно-поликлинического учреждения;
- организацию сестринского дела в структурных подразделениях амбулаторно-поликлинического учреждения;
- функциональные обязанности, права и ответственность сестринского и младшего медицинского персонала структурных подразделений;
- демографическую и медико-социальную характеристику прикрепленного населения;
- организацию профилактической работы среди населения участка, организацию и методику работы по гигиеническому воспитанию населения и пропаганде здорового образа жизни;
- роль и основные задачи медицинской сестры при проведении врачебного амбулаторного приема, его организацию и материальное обеспечение;
- основы диспансеризации населения;
- основы экспертизы нетрудоспособности;
- противоэпидемическую работу в очаге инфекции;
- иммунопрофилактику;
- систему инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала в структурных подразделениях амбулаторно-поликлинического учреждения;
- организацию сестринской помощи на дому;
- организацию восстановительного лечения и реабилитации больных в условиях деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения;

- основы рационального и сбалансированного питания;
- основные учетные формы медицинской документации амбулаторно-поликлинического учреждения.

3.2. В области сестринского дела в больничном учреждении специалист должен знать:

- систему организации больничной помощи населению;
- нормативные документы, определяющие основные задачи, функции, условия и порядок деятельности больничного учреждения;
- оснащение, организацию, режим работы структурных подразделений больничного учреждения;
- организацию сестринского дела в структурных подразделениях больничного учреждения;
- лечебно-охранительный режим, профилактику больничного травматизма, положения пациента в постели, правила транспортировки пациентов;
- систему больничного инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала в структурных подразделениях клинического учреждения;
- охрану труда и технику безопасности в структурных подразделениях больничного учреждения;
- организацию сестринского ухода в специализированных отделениях больничного учреждения;
- организацию оперативного сестринского ухода;
- основные синдромы острых нарушений функций, систем и органов;
- современные методы интенсивной терапии и реанимации при заболеваниях и критических состояниях;
- организацию сестринского ухода и реабилитацию пациентов блока интенсивной терапии и реанимации;
- организацию восстановительного лечения и реабилитации пациентов в условиях больничного медицинского учреждения;
- основы рационального и сбалансированного питания, основы организации лечебного и диетического питания в больничном учреждении;
- основные учетные формы медицинской документации больничного учреждения.

4. Специальные умения

4.1. В соответствии с требованиями специальности в области сестринского дела в амбулаторно-поликлиническом учреждении специалист должен уметь:

- проводить персональный учет прикрепленного населения;
- собирать оперативную информацию об эпидемиологической ситуации, совместно с санитарно-эпидемиологической службой проводить противоэпидемиологические мероприятия в очаге инфекции, владеть техникой иммунопрофилактики;
- проводить забор, доставку, хранение собранного материала для бактериологического исследования;
- выполнять требования инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала, техники безопасности и охраны труда в структурных подразделениях амбулаторно-поликлинического учреждения;
- проводить санитарно-просветительскую работу на участке, включающую пропаганду медицинских знаний, гигиеническое воспитание и обучение населения здоровому образу жизни;
- организовать проведение амбулаторного приема врача (подготовку рабочего места, приборов, инструментария, подготовку индивидуальных карт амбулаторного больного, бланков, рецептов; проведение предварительного сбора анамнеза, предварительного осмотра больного);
- выполнять профилактические, лечебные, диагностические мероприятия, назначаемые врачом в поликлинике и на дому, ассистировать врачу при проведении амбулаторных операций и сложных манипуляций соответственно профилю кабинета (структурного подразделения);
- осуществлять обеспечение кабинета необходимыми медикаментами, стерильными инструментами, перевязочными материалами, спецодеждой; учет расхода медикаментов, перевязочных материалов, инструментов, бланков специального учета;

- проводить контроль сохранности и исправности медицинской аппаратуры и оборудования своевременным ремонтом и списанием;
- проводить подготовку санитарного актива участка, включающую занятия по оказанию самопомощи и взаимопомощи при травмах, отравлениях, неотложных состояниях, обучение родственников тяжелобольных методам ухода, оказанию первой медицинской помощи;

- вести утвержденную учетно-отчетную медицинскую документацию.

4.2. В области сестринского дела в больничном учреждении (стационаре):

- осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса при уходе за пациентами, инкурабельными пациентами;
- выполнять требования больничного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала, техники безопасности и охраны труда в структурных подразделениях больничного учреждения;
- выполнять профилактические, лечебные, диагностические мероприятия, назначенные врачом в больничном учреждении, готовить инструменты и ассистировать врачу при проведении сложных манипуляций;
- владеть техникой подготовки пациентов к диагностическим исследованиям, экстренной операции;
- проводить санитарно-просветительскую работу среди пациентов и их родственников, включающую пропаганду медицинских знаний, обучение оказанию само- и взаимопомощи при травмах, отравлениях, неотложных состояниях, обучение методам ухода, первой медицинской помощи, проводить гигиеническое воспитание и обучение здоровому образу жизни.

5. Манипуляции

- приготовление дезинфицирующих растворов;
- предстерилизационная очистка шприцев, игл, инструментов;
- укладка в биксы перевязочного материала;
- пользование стерильным биксом;
- облачение в стерильную одежду;
- накрытие стерильного стола;
- ведение документации по учету лекарственных средств;
- инъекции (все виды);
- сбор системы для капельного введения;
- венепункция;
- подготовка пациента и участие в проведении всех видов пункций;
- проведение искусственного дыхания;
- подача кислорода;
- определение группы крови, проба на индивидуальную совместимость;
- проведение премедикации;
- остановка кровотечений из поверхностно расположенных сосудов.

Порядок допуска к осуществлению профессиональной деятельности

К занятию профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельностью допускаются лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование и специальное звание (квалификацию) в Российской Федерации, имеющие диплом и сертификат специалиста.

Диплом — документ об уровне образования, специальности, подготовки и квалификации, выдаваемый образовательным учреждением профессионального образования (высшие и средние медицинские и фармацевтические учебные заведения). Специальность по диплому «Сестринское дело» по окончании медицинского колледжа и медицинского училища дает право на работу в должности медицинской сестры общей практики, специализированной медицинской сестры специалистам, прошедшим обучение на базе среднего медицинского образования (медицинской сестре, фельдшеру, акушерке).

Сертификат специалиста — это документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам.

Сертификат специалиста свидетельствует о достижении его обладателем определенного уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности.

Сертификат специалиста выдают государственные медицинские (фармацевтические) образовательные и научно-исследовательские учреждения, осуществляющие последипломную подготовку специалистов со средним медицинским образованием по государственным образовательным программам.

Сертификат специалиста действует на всей территории Российской Федерации и подтверждается каждые пять лет после соответствующей подготовки в системе дополнительного профессионального образования. Специалист может иметь несколько сертификатов. Сертификат специалиста выдается на основании документов по специальностям, предусмотренным номенклатурой, утверждаемой МЗ и МП РФ.

Перечень документов:

1. Заявление.
2. Копия диплома об окончании медицинского и фармацевтического учебного заведения.
3. Копия диплома или удостоверения о прохождении повышения квалификации и специализации.
4. Копия ранее выданных сертификатов.
5. Выписка из трудовой книжки.

К квалификационному экзамену (проверочному испытанию) допускаются лица, прошедшие полный курс обучения в соответствии с программой дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), а также лица со средним медицинским фармацевтическим образованием, не работавшие по специальности более 5 лет и подтвердившие свою квалификацию в соответствующем учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Лицам, успешно выдержавшим квалификационный экзамен или проверочное испытание, выдается сертификат специалиста установленного образца.

Не выдержавшим квалификационный экзамен (проверочное испытание) выдается справка. Лица, не выдержавшие квалификационный экзамен, допускаются к профессиональной деятельности: средние медицинские и фармацевтические работники — на соответствующих их базовому образованию должностях под руководством специалиста.

Порядок повторной сдачи экзамена на сертификат специалиста определяется квалификационной комиссией.

Медицинские работники, не работавшие по своей специальности более 5 лет, могут быть допущены к профессиональной деятельности после дополнительной подготовки и подтверждения сертификата специалиста.

2. Аттестация специалистов со средним медицинским образованием

Порядок аттестации средних медицинских и фармацевтических работников ЛПУ

1. Аттестационная комиссия для средних медицинских и фармацевтических работников учреждений здравоохранения проводит аттестацию на присвоение (подтверждение) квалификационной категории: высшей, первой, второй — по специальностям:

Подкомиссия № 1

- сестринское дело,
- акушерское дело,
- операционное дело,
- анестезиология и реаниматология,
- лабораторная диагностика,
- общая практика,
- рентгенология,
- фармация,
- функциональная диагностика,
- физиотерапия,

медицинский массаж,
лечебная физкультура,
диетология,
медицинская статистика,
дезинфекционное дело.

Подкомиссия № 2

стоматология,
стоматология ортопедическая.

Подкомиссия № 3

лечебное дело.

2. Аттестация проводится в два этапа:

первый этап — тестовый контроль с использованием компьютерных программ,

второй этап — собеседование на заседании аттестационной комиссии.

Первый этап аттестации для специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием проводится на базе государственного образовательного учреждения среднего профессионального образования.

Для прохождения аттестации аттестуемый обязан предоставить следующие документы:

- титульный лист,
- личное заявление на имя председателя комиссии,
- аттестационный лист, заверенный подписью руководителя учреждения, главной медсестры и печатью учреждения,
- отзыв районного специалиста (для работников муниципальных учреждений),
- отчет о работе за последний год, утвержденный руководителем учреждения,
- копии: диплома, сертификата, свидетельства о повышении квалификации, удостоверение о наличии квалификационной категории, заверенные отделом кадров учреждения.

Документы представляются в соответствующем порядке, в скоросшивателе, за три месяца до окончания срока действия квалификационной категории.

3. Аттестационная комиссия должна рассмотреть аттестационные материалы в течение трех месяцев со дня их получения.

Рекомендуемая структура отчета для среднего медицинского работника по специальности «Управление сестринской деятельностью»

Введение. В отчете рекомендуется представить:

Краткие сведения о профессиональной деятельности аттестуемого (Ф. И. О., образование, квалификационная категория, сертификат, участие в работе областных, районных конференций, конкурсах, наличие печатных работ, участие в работе общественной организации средних медработников, преподавательская деятельность).

Краткую характеристику учреждения здравоохранения, отделения или кабинета, его материально-техническую и кадровую обеспеченность (не более одной страницы).

Глава 1. Характеристика работы главной медицинской сестры

Основные показатели, характеризующие деятельность специалиста (с учетом специальности, занимаемой должности в ЛПУ).

Структура управления сестринским персоналом.

Характеристика кадрового состава организаторов сестринского дела (ст. медсестер).

Квалификационный состав персонала учреждения здравоохранения.

Организация работы главной медицинской сестры.

Организация профессионального непрерывного образования и повышение квалификации среднего и младшего персонала (планы последипломной подготовки, количественные показатели, проведение конкурсов «Лучший по профессии», подготовка резерва организаторов сестринского дела, подписка на периодические медицинские журналы, работа в общественных организациях, в ассоциации, на съездах, конференциях, печатные работы).

Глава 2. Организация сестринского дела в учреждении

Организация контроля качества.

Стандартизация сестринских технологий, эффективность их внедрения.

Материально-техническое обеспечение деятельности сестринского персонала.

Обеспечение инфекционной безопасности персонала и пациентов.
Охрана труда медицинского персонала.
Организация лекарственного обеспечения.
Организация доврачебной медицинской помощи (проведение зачетов на компетентность медсестер).

Инновации в сестринском деле.

Работа в Совете по сестринскому делу.

Глава 3. Качественные показатели работы

Санитарно-бактериологические.

Число осложнений при выполнении процедур.

Число осложнений при применении фармацевтических препаратов и мед. техники.

Глава 4. Проведение противоэпидемических мероприятий

Соблюдение правил асептики, антисептики.

Осмотр и изоляция больных.

Использование методов дезинфекции, дезинсекция.

Глава 5. Наставничество

Работа с учащимися медицинских училищ и колледжей по рациональному прохождению клинической практики.

Глава 6. Профилактическая деятельность и работа по укреплению здоровья населения

Школы пациентов.

Лекции, беседы, санитарные бюллетени.

Глава 7. Вопросы этики и деонтологии

Знание Этического кодекса и Хартии медицинских сестер России.

Принятие этических решений.

Повышение профессиональной квалификации и самообразование.

Заключение содержит краткие выводы о результатах проделанной работы и предложения аттестуемого по совершенствованию деятельности службы в учреждении.

Рекомендуемая структура отчета для среднего медицинского работника по специальности «Организация сестринского дела»

Введение. В отчете рекомендуется представить:

Краткие сведения о профессиональной деятельности (Ф. И. О., образование, квалификационная категория, сертификат, участие в работе областных, районных конференций, конкурсах, наличие печатных работ, участие в работе общественной организации средних медработников, преподавательская деятельность).

Глава 1. Краткая характеристика учреждения здравоохранения, отделения или кабинета, его материально-техническая и кадровая обеспеченность (не более одной страницы).

Глава 2. Основные показатели, характеризующие деятельность специалиста (с учетом специальности, занимаемой должности в ЛПУ).

Глава 3. Объем выполняемой работы

Число пролеченных пациентов за текущий год (сравнить с предыдущим годом).

Квалификационный состав персонала учреждения здравоохранения.

Организация работы по кадровому планированию, рациональной расстановке и использованию средних и младших медицинских кадров.

Организация труда средних и младших медицинских кадров.

Организация обучения, контроль знаний и выполнения работниками инструкций по технике безопасности, гигиене труда, производственной санитарии, противопожарной безопасности.

Контроль за своевременным выполнением медицинскими сестрами врачебных назначений.

Организация и контроль за лечебно-охранительным, санитарно-эпидемиологическим режимами работы медицинского учреждения.

Оценка качества сестринской практики.

Организация контроля за медицинской документацией.

Глава 4. Организация сестринского дела

Лечебные процедуры и манипуляции.

Диагностические процедуры и подготовка пациентов.

Лечебное питание.

Оказание помощи при состояниях, угрожающих жизни.

Уход за больными и их реабилитация.

Забор лабораторного материала.

Проведение лабораторных исследований.

Использование медицинского оборудования и инвентаря.

Комплектация упаковок неотложной помощи, ВИЧ-профилактики, укладки ООИ, педикулеза.

Прием и передача дежурств.

Стандартизация сестринских технологий, эффективность их внедрения.

Глава 5. Качественные показатели работы

Санитарно-бактериологические.

Число осложнений при выполнении процедур.

Число осложнений при применении фармацевтических препаратов и мед. техники.

Глава 6. Проведение противоэпидемических мероприятий

Соблюдение правил асептики, антисептики.

Осмотр и изоляция больных.

Использование методов дезинфекции, дезинсекции.

Глава 7. Наставничество

Работа с учащимися медицинских училищ и колледжей по рациональному прохождению клинической практики.

Глава 8. Профилактическая деятельность и работа по укреплению здоровья населения

Школы пациентов.

Лекции, беседы, санитарные бюллетени.

Глава 9. Вопросы этики и деонтологии

Знание Этического кодекса и Хартии медицинских сестер России.

Принятие этических решений.

Повышение профессиональной квалификации и самообразование.

Заключение содержит краткие выводы о результатах проделанной работы и предложения аттестуемого по совершенствованию деятельности службы в учреждении.

Рекомендуемая структура отчета для среднего медицинского работника по специальностям «Сестринское дело», «Сестринское дело в педиатрии»

Введение. В отчете рекомендуется представить:

Краткие сведения о профессиональной деятельности (Ф. И. О., образование, квалификационная категория, сертификат, участие в работе областных, районных конференций, конкурсах, наличие печатных работ, участие в работе общественной организации средних медработников, преподавательская деятельность).

Глава 1. Краткая характеристика учреждения здравоохранения, отделения или кабинета, его материально-техническая и кадровая обеспеченность (не более одной страницы).

Глава 2. Знания и умения по аттестуемой специальности

Специалист отражает, как проводились лечебные процедуры и манипуляции, подготовка больных к диагностическим процедурам, оказание помощи при состояниях, угрожающих жизни, уход за больными и их реабилитация, забор лабораторного материала. Аттестуемый описывает подготовку медицинского оборудования, инструментария и хозяйственного инвентаря к работе, а также как проводились выписка, хранение и учет фармацевтических препаратов, ведение медицинской документации, создание благоприятных социально-психологических условий для больного, проведение лабораторных исследований и др. В этой главе можно отразить особенности ухода за пациентами с различной патологией, преимущества использования новых фармацевтических препаратов, предметов ухода, новейших технологий и т. д.

Глава 3. Качество проведения противоэпидемических мероприятий (соблюдение правил асептики и антисептики, использование современных методов дезинфекции и стерилизации).

Основные качественные показатели деятельности специалиста за отчетный период (санитарно-бактериологические, число осложнений при выполнении манипуляций и процедур, число осложнений при применении медицинской техники, инфицирование пациентов в результате проведения медицинских процедур и др.). Все сопоставимые показатели даются в сравнении с аналогичными показателями по учреждению, району, области. В этой главе от-

чета рекомендуется провести анализ основных показателей своей деятельности, проанализировать причины возникших осложнений и определить пути их предупреждения. За каждым цифровым материалом должно следовать аналитическое пояснение, демонстрирующее способность специалиста оценить собственную деятельность, деятельность учреждения и службы в целом.

Глава 4. Педагогическая, методическая и санитарно-просветительная деятельность аттестуемого, участие в работе профессиональной ассоциации, в профессиональных конкурсах, в научно-практических конференциях, наставничество (работа с учащимися медицинских училищ, работа с молодыми специалистами, обмен опытом с коллегами).

Заключение содержит краткие выводы о результатах проделанной работы и предложения аттестуемого по совершенствованию деятельности службы в учреждении.

3. Повышение квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием

В целях совершенствования сестринской практики медицинская сестра обязана постоянно повышать свою квалификацию. Формы и методы подготовки различны и, как правило, могут проводиться комплексно. К ним относятся:

- самообразование и самоподготовка специалистов;
- технические учебы (мастер-классы, тестирование);
- сестринские конференции внутри отделения и общебольничные;
- семинары и инструктажи.

Все методы обучения делятся на две группы и направлены:

- 1) на первичное овладение знаниями;
- 2) на закрепление и совершенствование знаний и формирование умений и навыков.

Необходимо создать условия для самообразования медицинских сестер, для этого необходимо в отделениях иметь библиотечки с необходимой литературой по сестринскому делу, выписывать журналы «Сестринское дело», «Медицинская сестра», «Медицинская помощь», «Здравоохранение». Для подбора информации при подготовке рефератов (санитарных бюллетеней) медицинские сестры могут воспользоваться услугами библиотеки, Интернета.

Другим важным методом повышения квалификации является организация технических занятий. Тематику технических занятий целесообразно формировать с учетом задач, стоящих перед отделением, а также выявленных при проверке недочетов и ошибок в работе сестринского персонала. Серьезное внимание следует уделять вопросам изучения новых нормативных и методических документов (по вопросам инфекционного контроля, использования лекарственных и дезинфицирующих средств и др.). К проведению занятий привлекаются не только врачи, но и опытные, профессионально грамотные медицинские сестры, что способствует повышению их квалификации и престижа. Существует несколько видов проведения технических учеб:

- мастер-класс с обучением медицинских сестер практическим навыкам;
- зачетные занятия, которые проводятся в виде тестирования (устного или письменного, на компьютере).

Сопровождаются технические учебы наглядными материалами (плакатами, предметами ухода, инструментарием, муляжами и т. д.).

Сестринские конференции должны нести познавательный характер. На них рассматриваются вопросы, касающиеся инновационных технологий в отделении или больнице, новых методик, вопросов профилактики острых инфекционных и неинфекционных заболеваний. Сопровождается конференция слайдами либо демонстрацией фильма, могут применяться и смешанные формы.

Семинар проводится с конкретной категорией специалистов (процедурными, перевязочными медицинскими сестрами, медицинскими сестрами амбулаторного приема). Для организации семинарского занятия составляется программа, где предусматриваются вопросы практической значимости в работе специалиста. Для проведения семинара приглашаются высококвалифицированные специалисты, в совершенстве владеющие вопросами предусмотренной программы. Во время проведения семинара демонстрируются практические навыки

для закрепления полученных знаний. После полученных теоретических и практических навыков проводится аттестация специалистов на рабочем месте либо зачетное занятие для закрепления полученных знаний.

Учитывая опыт других больниц и регионов, для обучения персонала используются следующие методы:

- «копирование» — медицинская сестра прикрепляется к другой медицинской сестре и учится, копируя ее действия;
- наставничество — занятия старшей медицинской сестры с медицинскими сестрами отделения в ходе ежедневной работы;
- метод усложняющих заданий — специальная программа рабочих действий, выстроенная по степени их важности, расширения объема заданий и повышения их сложности; заключительной ступенью при этом является самостоятельное выполнение задания (такой метод чаще всего используется в работе операционного блока);
- ротация — медицинская сестра переводится на новую работу или должность (например, с должности медицинской сестры кабинета на должность процедурной) для получения дополнительной профессиональной квалификации, обычно на срок от нескольких дней до нескольких месяцев;
- использование учебных методик, инструкций (например, как работать с какой-либо диагностической аппаратурой и др.).

Большинство перечисленных методов могут комбинироваться, дополнять друг друга.

Для обучения и воспитания медицинских сестер на рабочем месте более эффективны активные методы обучения, такие как:

- производственно-деловые игры;
- блиц-игра;
- «мозговой штурм»;
- ситуационные игры или задачи.

Производственно-деловые игры направлены на формирование определенного круга умений, уточнение и систематизацию имеющихся знаний. Знания и умения должны соответствовать сегодняшним требованиям.

В деловой игре «Возникновение чрезвычайной ситуации» медицинский персонал отрабатывает навыки правильного реагирования и поведения при возникновении пожара, обнаружении оставленного без присмотра предмета, анонимном звонке с информацией о заминировании здания и др. Сюжеты разработанных игр отражают реально существующие в стране проблемы (угрозы терроризма, опасность заражения атипичной пневмонией и др.). Чем быстрее и четче будут действовать медицинские сестры в смоделированной ситуации, тем меньше ошибок они допустят при возникновении реального чрезвычайного происшествия. Специалисты, проводящие обучение, обязательно обсуждают результаты игры, анализируя допущенные ошибки.

Блиц-игра. Обычно этот метод используют для работы со студентами, которые проходят учебно-производственную практику. Цель блиц-игры — установление личного контакта со студентами и определение объема и уровня их теоретических знаний по определенной теме. В основе блиц-игры лежит определенная ситуация. Например, при демонстрации учебного видеофильма медицинская сестра с помощью коротких вопросов выясняет понимание студентами изучаемой темы.

Во время первой встречи студентам дают задание описать свое впечатление о больнице, медицинских сестрах и руководителях. Таким образом создается портрет конкретного сотрудника на основании коллективного впечатления. Затем полученную информацию анализируют.

Деловая игра «**Мозговой штурм**» направлена на коллективное выдвижение идей и их развитие.

Название появилось в системе управления и заключается в поиске выхода из сложной проблемы посредством интенсивных высказываний несколькими людьми всевозможных идей, догадок, предложений. Медицинским сестрам дают идею, соответственно которой они должны представить свои предложения. Процесс экспертизы предложений очень трудоемкий, так как следует оценить каждую идею отдельно. Этот метод дает возможность медицинским сестрам высказывать даже самые абсурдные идеи, не бояться критики. Однако он не дает гарантий, что в числе выдвинутых идей найдется та, которая приведет к верному решению.

Самоподготовка по сборникам тестовых заданий по специальности «Сестринское дело», «Организатор сестринского дела», выпущенным Ассоциацией медицинских сестер России и утвержденным МЗ РФ. Данные сборники дают возможность хорошо подготовиться к аттестационному экзамену на присвоение квалификационной категории, сертификационному экзамену.

Медицинские сестры должны уметь самостоятельно клинически мыслить, анализировать причинно-следственные связи, влияющие на качество работы с пациентами. Нельзя отдавать предпочтение тому или иному методу, следует использовать их в системе, взаимосвязи, стремясь достигнуть наилучших результатов в освоении медицинскими сестрами знаний, выработке у них необходимых умений и навыков, развитии мыслительной активности.

4. Охрана труда среднего медицинского персонала

Инструкция по охране труда для медицинской сестры консультативной поликлиники

Общие требования охраны труда

К самостоятельной работе допускаются лица, имеющие среднее и высшее медицинское образование.

Медицинская сестра поликлиники должна проходить медицинский осмотр при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры не реже 1 раза в год.

Вновь поступившая на работу медицинская сестра проходит вводный инструктаж у инженера по охране труда с регистрацией в журнале вводного инструктажа. После этого проводится окончательное оформление вновь поступившего работника с направлением его на рабочее место.

Вновь поступившая на работу медицинская сестра должна пройти первичный инструктаж на рабочем месте с регистрацией в журнале инструктажа. Медицинская сестра поликлиники проходит повторный инструктаж на рабочем месте не реже 1 раза в 6 месяцев с регистрацией в журнале инструктажа, утвержденном руководителем учреждения.

Медицинская сестра поликлиники в течение месяца после приема на работу должна аттестоваться на первую группу по электробезопасности.

Медицинская сестра поликлиники должна соблюдать правила внутреннего трудового распорядка учреждения, руководствоваться своей должностной инструкцией, почасовым графиком работы и другими инструкциями, применяемыми в работе.

Должна знать и соблюдать правила личной гигиены при работе с пациентами.

Продолжительность рабочей недели не должна превышать 39 часов.

Медицинская сестра поликлиники должна соблюдать инструкцию при эксплуатации электрооборудования, противопожарной безопасности, при работе на ПК.

Администрация учреждения должна обеспечить медицинскую сестру спецодеждой, средствами индивидуальной защиты в зависимости от выполняемой работы (медицинский халат, колпак, маска, резиновые перчатки, защитные очки).

О каждом несчастном случае на производстве (либо являясь очевидцем несчастного случая) медицинская сестра немедленно должна известить непосредственного руководителя.

Требования охраны труда перед началом работы

Правильно надеть специальную одежду так, чтобы не было свисающих, развевающихся концов пол халата, волосы должны быть аккуратно уложены или убраны под головной убор.

Не надевать одежду из синтетических материалов, сильно электризующихся при движении, что может привести к накоплению электрических зарядов на теле.

Проверить исправность вилок, розеток перед тем, как включить электрическое медицинское оборудование, приборы (визуально).

Проверить наличие заземления и его исправность (визуально).

Проверить работоспособность прибора и оборудования на «холостом ходу».

Работать в помещении с включенной вентиляцией.

Требования охраны труда во время работы

Соблюдать правила инфекционной безопасности в кабинетах поликлиники.

Во время процедур не допускать соприкосновения пациента с незаземленными металлическими предметами, находящимися под действием электрического тока.

При работе с инфекционными пациентами соблюдать меры личной и общей гигиены.

Не применять самим и не разрешать другим пользоваться неисправным, искрящимся оборудованием, приборами.

Не применять электрические нагревательные приборы с открытой спиралью.

Работать с проверенным, исправным оборудованием, приборами.

Требовать от сестры-хозяйки полного и своевременного обеспечения кабинета пеленками, салфетками, полотенцами, предметами ухода за пациентами.

Выполнять своевременно врачебные назначения.

Соблюдать лечебно-охранительный режим.

Использовать в работе поверенную аппаратуру: приборы для измерения артериального давления, весы. Хранить аппараты для измерения АД в специальном футляре, не оставляя их без присмотра.

Докладывать о чрезвычайных происшествиях в течение рабочего дня врачу кабинета, старшей медицинской сестре поликлиники.

Не загромождать запасные выходы во избежание возникновения паники при возникновении чрезвычайной ситуации.

Требования охраны труда по окончании работы

Привести рабочее место в порядок.

Провести влажную уборку в кабинете, продезинфицировать принадлежности, с которыми соприкасался пациент, с целью инфекционной безопасности.

Привести оборудование, приборы в исходное состояние согласно инструкции по эксплуатации.

Проверить отключение электрического тока, вентиляции.

Сдать спецодежду сестре-хозяйке поликлиники в специально отведенное место.

Сдать ключи от кабинета сторожу-вахтеру.

Требования охраны труда в аварийных ситуациях

В случае возникновения пожара руководствоваться инструкцией по противопожарной безопасности.

Знать расположение первичных средств пожаротушения.

Уметь правильно пользоваться огнетушителем. Применять его после отключения электрической энергии, если возгорание произошло от короткого замыкания.

При поражении человека электрическим током необходимо:

- освободить пострадавшего от действия электрического тока, отключить рубильник, выключатель и т. д.;
- в случае невозможности отключения напряжения использовать подручные средства, чтобы не быть травмированным, намотать на руки сухое белье, оттащить пострадавшего от токоведущих частей на расстояние не менее 8–10 метров;
- оказать пострадавшему доврачебную медицинскую помощь.

Инструкция по охране труда при работе на персональном компьютере

I. Общие требования охраны труда

Настоящая инструкция направлена на обеспечение оптимальных условий труда и отдыха работников с персональным компьютером.

Труд работника с ПК сопровождается активизацией внимания при приеме и вводе информации, наблюдении и корректировке данных, а также получении и выдаче информации.

Работники подвергаются воздействию вредных и опасных факторов производственной среды: электромагнитных полей (радиочастот), статического электричества, шума и психоэмоционального напряжения.

Требования к размещению ПК:

- не допускается размещение ПК в подвальных помещениях;
- видеомонитор должен располагаться на расстоянии не менее 1 метра от стены;
- помещение, где установлен ПК, должно быть обеспечено подачей теплоносителя с нормальными параметрами микроклимата;
- кондиционирование воздуха должно обеспечивать поддержание параметров микроклимата, а также очистку воздуха от пыли и вредных веществ;

- для снижения шума и вибрации необходимо установить специальные подставки и амортизирующие прокладки.

Требования к естественному и искусственному освещению:

- освещение в помещениях должно быть смешанным (естественное и искусственное);
- в помещениях, где установлены ПК, окна должны выходить на северную сторону, предпочтительнее, чтобы естественное освещение было не фронтальным, а боковым;
- в качестве источников общего освещения должны использоваться люминесцентные лампы ЛБ и ДРЛ с индексом цветоподачи не менее 70;
- для исключения бликов отражения на экранах от светильников общего освещения необходимо применять антибликерные сетки, специальные фильтры для экранов, защитные козырьки или располагать источники света параллельно направлению взгляда с обеих сторон на экран. Не допускается расположение дисплеев экранами друг к другу. Отношение яркости экрана дисплея к яркости окружающих его поверхностей не должно превышать в рабочей зоне 3:1.

Требования к защите от статического электричества и излучений

Для предотвращения образования и защиты от статического электричества в помещениях необходимо использовать нейтрализаторы и увлажнители, полы должны иметь антистатическое покрытие. Защита от статического электричества должна проводиться в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами допустимой напряженности электрического поля.

Устройство визуального отображения генерирует несколько типов излучения, в том числе рентгеновское, радиочастотное, видимое и ультрафиолетовое. Уровни этих излучений достаточно низки и не превышают действующие нормы.

В помещениях с ПК необходимо контролировать уровень аэроионизации. Следует учитывать, что мягкое рентгеновское излучение, возникающее при напряжении на аноде 20–22 кВ, а также высокое напряжение на токоведущих участках схемы вызывают ионизацию воздуха с образованием положительных ионов, считающихся неблагоприятными для человека.

II. Требования охраны труда перед началом работы на ПК

Организация рабочих мест

Организацию рабочих мест необходимо осуществлять на основе современных эргономических требований. Конструкция рабочей мебели (столы) должна обеспечивать возможность индивидуальной регулировки соответственно росту работающего и создавать удобную позу. Даже если предметы труда и органы управления часто не используются в процессе работы, все равно они должны находиться в оптимальной рабочей зоне.

Рабочий стул (кресло) должен быть снабжен подъемно-поворотным устройством, обеспечивающим регулировку высоты сидения и спинки; его конструкция должна предусматривать изменение угла наклона спинки. Рабочее кресло должно иметь подлокотники.

На рабочем месте необходимо предусматривать подставку для ног. Ее длина должна составлять 400 мм, ширина — 350 мм. Высота подставки — в пределах 250 мм, а угол наклона — в пределах 0–20 градусов. Подставка должна иметь рифленое покрытие и бортик высотой 10 мм, идущий по нижнему краю.

Требования к видеотерминальному устройству

Видеотерминальное устройство должно соответствовать следующим требованиям:

- яркость свечения экрана — не менее 100 кд/м²;
- минимальный размер светящейся точки — не более 0,4 мм монохромного дисплея и не более 0,6 мм для цветного дисплея;
- контрастность изображения знака — не менее 0,8;
- частота регенерации изображения при работе с позитивным контрастом в режиме обработки текста — не менее 72 Гц;
- количество точек на строке — не менее 640;
- низкочастотное дрожание изображения в диапазоне 0,05–1,0 Гц должно находиться в пределах 0,1 мм;
- экран должен иметь антибликерное покрытие;
- размер экрана должен быть не менее 31 см по диагонали, высота символов на экране — не менее 3,8 мм, при этом расстояние от глаз оператора до экрана должно быть в пределах 40–80 см.

Видеомонитор должен быть оборудован поворотной площадкой, позволяющей перемещать его в горизонтальной и вертикальной плоскостях в пределах 130–220 мм и изменять угол наклона экрана на 10–15 градусов.

При работе с текстовой информацией (в режиме ввода данных, редактирования текста и чтения с экрана дисплея) наиболее физиологичным является предъявление черных знаков на светлом (белом) фоне.

III. Требования охраны труда во время работы

Рациональный режим труда и отдыха работающих на ПК, установленный с учетом психофизиологической напряженности их труда, динамики функционального состояния систем организма и работоспособности, предусматривает строгое соблюдение регламентированных перерывов. При этом перерывы должны быть оптимальной длительности: слишком длительные перерывы ведут к нарушению рабочей установки, расстройству динамического стереотипа. Основным перерывом является перерыв на обед. В соответствии с особенностями трудовой деятельности работников с ПК и характером функциональных изменений различных частей организма в режим труда должны быть дополнительно введены два-три регламентированных перерыва длительностью 10 мин каждый: два перерыва при 8-часовом рабочем дне. При 8-часовой смене (с обеденным перерывом через 4 часа работы) дополнительные регламентированные перерывы необходимо предоставлять через 3 часа после начала работы и за 2 часа до ее окончания.

Режим труда и отдыха непосредственно работающих с видеомонитором должен зависеть от характера выполняемой работы: при вводе данных, редактировании программ, чтении информации с экрана непрерывная продолжительность работы с видеомонитором не должна превышать 4 часа при 8-часовом рабочем дне. Через каждый час работы необходимо вводить перерыв на 5–10 минут, а через 2 часа — на 15 минут.

Количество обрабатываемых символов (или знаков) на видеомониторе не должно превышать 30 тыс. за 4 часа работы.

В целях профилактики переутомления и перенапряжения при работе на ПК, в том числе при использовании дисплеев, необходимо выполнять во время регламентированных перерывов комплексы упражнений.

В целях предупреждения у работников профессиональных заболеваний необходимо проходить предварительные, при приеме на работу, и периодические ежегодные медицинские осмотры.

IV. Требования охраны труда по окончании работы на ПК

По окончании работы на ПК отключите его от сети, осуществите технический уход за оборудованием.

Протрите монитор, клавиатуру, системный блок, принтер слегка влажной салфеткой (пропитанной специальным составом). Нельзя протирать монитор грубой ветошью, обильно смоченной водой.

После обработки слегка влажной салфеткой протрите монитор, клавиатуру, системный блок и принтер сухой салфеткой. Убедитесь, что на мониторе нет разводов.

Технический уход за персональным компьютером осуществляется не реже 1 раза в неделю.

При аварийных ситуациях немедленно отключите компьютер от сети и примите меры по устранению аварийной ситуации!

5. Рабочее место медицинской сестры

Организация рабочего места

Кабинет амбулаторного приема — рабочее место врача и медицинской сестры, где осуществляется консультация пациента врачом-специалистом. Медицинской сестрой проводится оценка функционального состояния пациента перед началом врачебного приема: измеряется артериальное давление, температура тела, проводятся антропометрические измерения, выполняются врачебные назначения, оказывается доврачебная помощь пациентам в случае ухудшения их состояния, оформляется медицинская документация.

Кабинет должен соответствовать санитарным нормам: площадь не менее 13–15 м², стены кабинета окрашены масляной краской светлых тонов или оклеены обоями. Покрытие полов должно обеспечивать легкую влажную уборку. В кабинете должно быть сантехническое оборудование (раковина) и централизованная подача холодной и горячей воды.

Температура воздуха в кабинете должна быть +18...+20 °С.

Кабинет необходимо регулярно проветривать: открывать форточки, фрамуги, в летнее время — окна. Частота и длительность проветривания зависят от времени года.

Освещение кабинета должно быть естественное — равномерное и достаточно интенсивное. При недостаточности естественного освещения применяется искусственное, которое не должно быть слишком ярким, источник освещения должен быть закрыт потолочными светильниками.

Кабинет обеспечивается внутренней телефонной связью для обмена информацией как внутри поликлиники, так и с другими подразделениями больницы.

В кабинете размещают столы для врача и медицинской сестры, кушетку, стулья поворотные для пациента, тумбочки для хранения дезинфицирующих средств и предметов личного пользования.

Наглядная информация для пациентов располагается на видном месте в холле или коридорах поликлиники.

На рабочем месте медицинской сестры располагаются папки для амбулаторных карт, бланков, стандарт по организации работы сестринского персонала консультативной поликлиники.

Требования по подготовке рабочего места

Медицинская сестра должна:

До начала амбулаторного приема включить персональный компьютер, подготовить амбулаторные карты пациентов в соответствии с талонами на врачебный прием, результаты исследований, бланки, выписки, предметы ухода, мягкий инвентарь, антисептические салфетки, канцелярские принадлежности.

Во время врачебного приема регулировать очередность пациентов на амбулаторный прием, учитывая их состояние после оперативных и диагностических лечений, с высоким артериальным давлением, температурой и другими неотложными состояниями.

Сопровождать пациентов на лечебно-диагностические исследования и иные консультации врачей-специалистов, госпитализацию пациентов в плановом порядке до регистратуры и при неотложных состояниях совместно с врачом кабинета в приемное отделение больницы.

Строго соблюдать требования охраны труда и техники безопасности во время работы.

Оснащение кабинета амбулаторного приема:

№ п/п	Наименование	Количество
Мебель		
1	Стол однетумбовый для врача и медицинской сестры	2 шт.
2	Стул поворотный для врача и медицинской сестры	2 шт.
3	Стул для пациента	2 шт.
4	Тумбочка	2 шт.
5	Ширма	1 шт.
6	Шкаф	1 шт.
7	Жалюзи	1 шт.
8	Термометр комнатный	1 шт.
9	Зеркало	1 шт.
Медицинское оборудование		
1	Тонometr для измерения артериального давления	1 шт.
2	Фонендоскоп	1 шт.
3	Кушетка	1 шт.
4	Ростомер	1 шт.
5	Облучатель бактерицидный	1 шт.
6	Негатоскоп	1 шт.
7	Медицинские весы	1 шт.
Электрооборудование кабинета		
1	Лампа настольная	1 шт.
2	Часы	1 шт.
3	Телефон	1 шт.
Предметы медицинского пользования		
1	Дозатор для жидкого мыла	1 шт.
2	Диспенсер для полотенец	1 шт.

№ п/п	Наименование	Количество
Медикаментозное обеспечение		
1	Салфетки дезинфицирующие	25 шт.
Предметы ухода		
1	Термометр медицинский	2 шт.
2	Перчатки	1 пара
3	Лента сантиметровая	1 шт.
Мягкий инвентарь		
1	Салфетка разового использования	12 шт.
2	Ветошь	15 шт.
Канцелярские принадлежности		
1	Ножницы	1 шт.
2	Линейка	1 шт.
3	Ластик	1 шт.
4	Клей	1 шт.
5	Карандаш	1 шт.
6	Карандаш цветной или фломастер	6 шт.
7	Бумага для записок	50 листов
8	Календарь на текущий год	1 шт.
Наглядная информация		
1	Информация для пациентов по специфике работы кабинета	1 шт.
2	План эвакуации пациентов в случае чрезвычайной ситуации	1 шт.
Контейнеры для дезинфекции		
1	Ветоши	1 шт.
2	Термометров	1 шт.
3	Текущей дезинфекции (поверхностей)	1 шт.
4	Медицинских отходов (использованные салфетки)	1 шт.
Контейнеры для хранения		
1	Дезинфектантов	1 шт.
2	Чистой ветоши	1 шт.
3	Термометров	1 шт.
4	Перчаток	1 шт.
Хозяйственный инвентарь		
1	Корзина для сбора мусора	1 шт.
2	Коврик	1 шт.
3	Контейнер для использованных пеленок	1 шт.
4	Мешки для сбора медицинских отходов (по классам)	2 шт.

6. Медицинская документация, используемая в работе медицинской сестрой

Требования к оформлению и ведению медицинской документации

Для каждого специалиста сестринского персонала составляется номенклатура дел, которая помогает правильно организовать работу по всем разделам деятельности и проконтролировать качество ее выполнения.

За подготовку, качество ведения и хранения медицинской документации ответственность несет медицинская сестра амбулаторного приема.

Для этого медицинская сестра амбулаторного приема должна знать и выполнять требования, предъявляемые к медицинской документации.

Требования по ведению медицинской документации

1. Медицинская сестра должна знать и выполнять требования по ведению медицинской документации и заполнять ее своевременно согласно номенклатуре дел.

2. Медицинская документация должна использоваться строго по назначению.

3. Записи в журнале ведутся согласно установленным графам.
4. Используются чернила синего или фиолетового цвета.
5. Не допускаются исправления и заклеивания.
6. Записи производятся разборчиво.
7. В случае нарушения заполнения граф пишется слово «Ошибочно» и ставится подпись медицинской сестры, допустившей ошибку.
8. В случае грубого нарушения требований ведения документации, порчи или утраты медицинская сестра пишет объяснительную записку на имя заведующего отделением.

Требования по хранению медицинской документации

1. Текущая медицинская документация хранится в специально выделенном месте — ящике стола.
2. Архивная медицинская документация хранится у старшей медицинской сестры консультативной поликлиники.

Требования к хранению и использованию бланков

Унифицированные бланки, необходимые в работе медицинской сестры амбулаторного приема, хранятся в ячейках или специально отведенном ящике стола.

Все бланки хранятся отдельно по наименованиям и назначению. Запас бланков не должен превышать недельной потребности. При необходимости пополнения запасов бланков медицинская сестра амбулаторного приема получает их у старшей сестры регистратуры.

Медицинский персонал должен использовать бланки строго по назначению!

Требования по оформлению журнала

1. Титульный лист подписывается компьютерным шрифтом без сокращений. По центру титульного листа пишется название журнала, наименование профиля кабинета.

Пример:

<p>ЖУРНАЛ регистрации больных на госпитализацию в хирургическое отделение ОКБ</p>
--

2. В учетно-отчетной документации все листы журнала от начала до конца нумеруются арабскими цифрами в правом нижнем углу (размер 1 × 1 см).

3. На первом листе журнала пишется «Начат» и «Окончен», ставится дата (число, месяц, год).

Пример:

<p>Начат: 01.01.2005 Окончен: 01.01.2006</p>

4. Верхняя часть журнала срезается на величину 2,5–3 см и делится на графы, подписывается машинописным шрифтом, заклеивается скотчем. *При этом первые и последние листы не срезаются.*

5. При заведении учетной документации журнал шнуруется. Для предупреждения разрыва страниц в месте прокола на первом и последнем листе прокладываются картонные полоски (размером 1,5–3 см). Проколы делают с интервалом 5 см с отступом от нижнего края журнала в 6–7 см.

На последнем листе журнала завязывается двойной узел так, чтобы шнуровка не мешала свободно раскрывать журнал на любой странице, не повредив целостности листов.

6. Поверх шнуровки клеится этикетка (размером 8 × 6 см). Хвостики от ниток обязательно должны торчать из-под этикетки на 2–3 см. Этикетка оформляется так: «В журнале пронумеровано и прошнуровано ... листов (количество листов написать цифрами, а в скобках — прописью)». Заверяется подписями заместителя главного врача по поликлинике, зав. отделением поликлиники, старшей медсестрой. Затем ставится круглая печать лечебного учреждения.

Пример:

<p>Пронумеровано и прошнуровано 52 (пятьдесят два) листа. Зам. гл. врача по поликлинике _____ М. И. Иванова Зав. поликлиникой _____ Е. П. Ершова Ст. м/с ЛОКП _____ И. А. Егорова</p>

7. Новый журнал готовится к работе, если в предыдущем осталось 5 листов или за 1 неделю до его окончания.

8. Сдача журнала с указанием даты его окончания производится старшей медсестре консультативной поликлиники.

Медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у)

Медицинская карта является основным первичным медицинским документом пациента, лечущегося амбулаторно или на дому, отражает состояние здоровья и заполняется при первом обращении за медицинской помощью в данное учреждение.

На каждого пациента поликлиники оформляется одна медицинская карта, независимо от того, лечится он у одного или нескольких специалистов.

Амбулаторная медицинская карта оформляется в регистратуре консультативной поликлиники медицинскими регистраторами при предъявлении пациентом паспорта, полиса обязательного медицинского страхования, направления от врача из района.

Каждая амбулаторная медицинская карта имеет свой электронный номер, является собственностью лечебного учреждения и хранится в соответствии с порядковым номером в регистратуре консультативной поликлиники.

В амбулаторной карте пациента каждая врачебная запись начинается штампом специалиста с указанием даты и времени обращения. Затем следует запись осмотра с оформлением заключения, рекомендаций по обследованиям, лечению. Вносятся страховой анамнез, сведения о выдаче листа нетрудоспособности, заключение КЭК.

В случаях оказания неотложной помощи в обязательном порядке в амбулаторной карте регистрируются все действия медицинского персонала, с четким указанием даты, времени, что является важным в разрешении конфликтных ситуаций.

Требования по работе с амбулаторными картами

1. После приема сдавать амбулаторные карты пациентов в регистратуру.
2. Своевременно и аккуратно подклеивать вкладыши, а также бланки с результатами исследований, анализов, выписные эпикризы.
3. В случае госпитализации больного в стационар передавать амбулаторную карту в отделение.
4. При возврате амбулаторных карт из стационара передавать их в регистратуру.

Выписка (заключение) из амбулаторной карты пациента (форма № 027/у)

Выписка (заключение) представляет информацию для амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений области о диагнозе, течении заболевания, состоянии больного, проведенных исследованиях, о дальнейших рекомендациях по лечению и ведению.

После каждого посещения на руки пациенту выдается выписка (заключение) по установленной форме.

Порядок оформления выписки (заключения):

- данные обследования;
- диагноз;
- рекомендации по дальнейшему лечению и ведению;
- указания места дальнейшего наблюдения пациента;
- дата повторной консультации в случае необходимости.

Данные заключения контролируются врачом и заверяются его подписью и печатью.

Выписка (заключение) заверяется штампом консультативной поликлиники (при неформализованном бланке), треугольной печатью (в случае необходимости).

Формы ведения медицинской документации медицинской сестрой консультативной поликлиники

1. Журнал регистрации амбулаторных больных (форма № 074/у):

№ п/п	Числа месяца	Принятый больной первичный, повторный (вписать)	Фамилия, имя, отчество	Пол	Год рождения (для детей до 1 г. дата рождения)	Домашний адрес
1	2	3	4	5	6	7

Окончание заголовочной части

Место работы (для колхозников — название колхоза, для школьников — название школы, в каком классе учится)	Диагноз	Назначенное лечение	Примечание
8	9	10	11

Примечание. На верхней строке журнала ставятся дата приема и Ф. И. О. врача.

2. Журнал учета диспансерных пациентов (форма № 030/у):

№ п/п	ФИО пациента	Число, месяц, год рождения	Домашний адрес	Место работы	Дата взятия на учет	Дата снятия с учета	Исход заболевания	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9

3. Журнал учета работы ЛПУ по медицинской профилактике (форма № 038/у-02):

№ п/п	Дата проведения	Форма работы (массовые мероприятия, школы здоровья)	Тема	Место проведения	Число слушателей	Число лиц, обученных здоровому образу жизни в школах здоровья	Число медицинских работников, обученных методам медицинской профилактики	Ответственный исполнитель
1	2	3	4	5	6	7	8	9

4. Журнал регистрации больных на госпитализацию в _____ отделение ОКБ:

№ п/п	Дата госпитализации	ФИО больного	Электрон. номер амбул. карты	Район проживания	Диагноз при направлении
1	2	3	4	5	6

Окончание заголовочной части

Дата возврата амбул. карты в ЛОКП	Дата выписки	Диагноз при выписке	Наличие эпикриза (да, нет)	ФИО врача	ФИО м/с	Примечания
7	8	9	10	11	12	13

5. Журнал предварительной записи больных на плановую госпитализацию в _____ отделение ОКБ:

№ п/п	Дата записи на госпитализацию	ФИО больного (полностью)	Электрон. номер амбул. карты	Контактный телефон
1	2	3	4	5

Окончание заголовочной части

Диагноз	Предположительная дата госпитализации	Фактическая дата госпитализации	Примечания
6	7	8	9

6. Журнал учета консультаций заведующего _____ отделения ОКБ:

№ п/п	Дата	ФИО пациента	Район проживания	Электрон. номер амбул. карты
-------	------	--------------	------------------	------------------------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9

12. Журнал учета носителей HCV Ab, HBs Ag среди сотрудников ОКБ:

№ п/п	Год выявления	ФИО сотрудника	Отделение	Носители		Год увольнения	Примечания
				HBs Ag	HCV Ab		
1	2	3	4	5	6	7	8

13. Журнал учета медицинских отводов от иммунизации у сотрудников ОКБ:

№ п/п	ФИО сотрудника	Год рождения	Должность	Отделение	Электронный номер амбул. мед. карты	Диагноз	Срок мед. отвода	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8	9

14. Журнал регистрации поствакцинальных осложнений:

№ п/п	ФИО	Год рождения	Дата вакцинации	Срок начала заболевания	Вакцинный препарат	Основные симптомы
1	2	3	4	5	6	7

Окончание заголовочной части

Проведенное лечение	Состояние	Предварит. диагноз	Рекомендации	Дата госпитализации	Окончательный диагноз	Дата регистр. в эпид. бюро
8	9	10	11	12	13	14

15. Журнал регистрации времени работы бактерицидных ламп:

Дата	Условия обеззараживания (в присутствии или отсутствии людей)	Объект обеззараживания (воздух, поверхности или то и другое)	Вид микроорганизмов (санитарно-показательный или иной)	Режим обучения (непрерывный или повторно-кратковременный)
1	2	3	4	5

Окончание заголовочной части

Время		Длительность (для повторно-кратковременного интервала между сеансами обучения)	Итоговое время
Включения	Выключения		
6	7	8	9

Перечень бланков для работы медицинской сестры амбулаторного приема

№ п/п	Наименование	Номер формы
1	Медицинская карта амбулаторного больного	025/у
2	Талон на прием к врачу	025-4/у
3	Выписка из медицинской карты амбулаторного пациента	027/у
4	Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/у 131/уДД 12-Д-1

		12-Д-2
5	Талон амбулаторного пациента	025-11/у-02
6	Талон внутренней консультации	25/у-89
7	Дневник работы врача поликлиники	039/у
8	Направления на консультацию и во вспомогательные кабинеты	028/у
9	Направления на КЭК	088/у

Окончание таблицы

№ п/п	Наименование	Номер формы
10	Направление на медико-социальную экспертизу	088/у-97
11	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного образования	090/у
12	Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования	027-2/у
13	Направление на лабораторные исследования	25/щ
14	Направление на исследование мокроты	45/г
15	Направление на колопроктологическое исследование	45-9
16	Направление на цитологическое исследование и результат исследования материала, полученного при профилактическом гинекологическом осмотре, скрининге	446/у
17	Направление на патолого-гистологическое исследование	014/у
18	Направление в диагностический центр	Нет данных
19	Направление на исследования	Нет данных

Номенклатура дел старшей медицинской сестры консультативной поликлиники

Индекс кода	Заголовок дела (тома, частей)	Кол-во (томов, частей)	Срок хранения дела (тома, части и № по перечню)
72.2-01	Приказы МЗ (копии)	1	По мере действия приказа
72.2-02	Приказы по лечебному учреждению (копии)	1	По мере действия приказа
72.2-03	Годовой план работы старшей медицинской сестры	1	5 лет
72.2-04	Должностные инструкции среднего и младшего медперсонала	1	3 года
72.2-05	Графики учета рабочего времени	1	1 год
72.2-06	Документы (трудовой договор, копия штатного расписания, выписки из приказа о трудоустройстве сотрудников, списки сотрудников на поощрения и премирования, списки сотрудников с паспортными данными, докладные записки, объяснительные, график отпусков, ксерокопии личных документов сотрудников и т. д.) по работе с кадрами	2	До замены новыми (ДЗН)
72.2-07	Документы (коллективный договор между администрацией ОКБ и бригадой поликлиники, копия штатного расписания, таблица тарифных окладов, норма рабочего времени на текущий год, таблица распределения объема работы среди сотрудников поликлиники, положение о распределении финансовых средств, копии протоколов по распределению дополнительных финансовых средств) по организации финансово-экономической работы	1	5 лет
72.2-08	Документы по ЭВН, ВУТ, положение о работе страхового стола	1	ДЗН
72.2-09	Документы (должностная инструкция, номенклатура дел, планы, отчеты, анализ укомплектованности, списки медицинских сестер и т. д.) по организации работы старшей медицинской сестры поликлиники	1	ДЗН
72.2-10	Документы (методические рекомендации, номенклатура дел, формы ведения медицинской документации) по организации труда сестринского персонала поликлиники	1	ДЗН

72.2-11	Документы (приказы, перспективный план квалификации на 5 лет, аттестации и переаттестации, календарный план циклов усовершенствования и специализации средних медицинских работников на базе ОУПК на текущий год, список м/с с указанием информации о последипломном образовании и аттестации) по последипломной подготовке сестринского персонала	1	5 лет
---------	--	---	-------

Продолжение таблицы

Индекс кода	Заголовок дела (тома, частей)	Кол-во (томов, частей)	Срок хранения дела (тома, части и № по перечню)
72.2-12	Документы (план повышения квалификации, протоколы занятий с подписью м/с, журнал учета посещаемости общебольничных конференций, списки медсестер, обучающихся в учебной комнате ОКБ) по повышению квалификации на рабочем месте	1	5 лет
72.2-13	Документы по организации санитарно-противоэпидемического режима: 1. Приказы 2. Инструкции по особо опасным инфекциям 3. Инструкции по профилактике инфекционных заболеваний 4. Инструкции по санитарно-противоэпидемическому режиму 5. Документы (акты СЭС, результаты бакпосевов, журнал учета качества предстерилизационной обработки) по организации СЭР в поликлинике 6. Журнал регистрации инфекционных больных в областной СЭС 7. Аннотации к дезинфицирующим средствам 8. Выписка из протоколов семинарских занятий по ООИ и профилактике инфекционных заболеваний	8	5 лет, 1 год
72.2-14	Документы по иммунопрофилактике: 1. Нормативные документы по иммунизации 2. Накладные получения бактериальных препаратов 3. Журнал учета бактериальных препаратов 4. Папка с отчетами по расходу бактериальных препаратов 5. Журнал учета температурного режима холодильника для вакцин 6. Акты списания вакцин и анатоксинов	6	5 лет
72.2-15	Документы (приказы, инструктивные письма) по медикаментозному обеспечению	1	ДЗН
72.2-16	Журнал учета спирта	1	5 лет
72.2-17	Журнал учета лекарственных средств, изделий медицинского назначения, перевязочных средств, подлежащих предметно-количественному учету	1	5 лет
72.2-18	Папка учета выписки требований на медикаменты (наркотических, психотропных, сильнодействующих, ядовитых средств, экстермпоральной рецептуры, официальных форм, спирта, лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету)	2	5 лет
72.2-19	Инструкции: 1. По охране труда 2. По технике безопасности при эксплуатации медицинского оборудования 3. По противопожарной безопасности 4. По доставке биологического материала в ЦКДЛ 5. По ВИЧ-инфекции	3	3 года (после замены новыми)
72.2-20	Журнал учета инструктажа на рабочем месте по охране труда, ТБ и противопожарной безопасности	1	10 лет
72.2-21	Журнал учета медосмотра сотрудников	1	5 лет
72.2-22	Документы по оснащению медицинским оборудовани-	5	5 лет

	ем: 1. Инвентарные описи 2. Требования-накладные 3. Акты внутренних передач 4. Акты списания 5. Заявки на медицинское оборудование (копии)		
72.2-23	Журнал учета основных средств (счет 013)	1	5 лет

Окончание таблицы

Индекс кода	Заголовок дела (тома, частей)	Кол-во (томов, частей)	Срок хранения дела (тома, части и № по перечню)
72.2-24	Журнал учета малоценного инвентаря (счет 071)	1	5 лет
72.2-25	Журнал учета метрологической поверки медицинского оборудования	1	5 лет
72.2-26	Журнал учета технического обслуживания медицинского оборудования и отправки аппаратуры в ремонт	1	3 года
72.2-27	Паспорта на дорогостоящее медицинское оборудование	1	5 лет (после списания)
72.2-28	Журнал учета планово-профилактических ремонтов в поликлинике	1	3 года
72.2-29	Журнал учета административных и административно-хозяйственных обходов	1	5 лет
72.2-30	Отчеты на квалификационную категорию, доклады, рефераты м/с	1	ДЗН
72.2-31	Отчеты по работе кабинетов	1	1 год
72.2-32	Документы (критерии оценки качества, анализ работы и др.) по контролю и экспертной оценке деятельности сестринского персонала поликлиники	1	3 года
72.2-33	Документы по работе Совета медицинских сестер консультативной поликлиники (положение о Совете м/с, протоколы заседаний, план работы, акты проверки, отчеты о работе и др.)	1	5 лет
72.2-34	Документы по сотрудничеству с Ассоциацией медицинских сестер (копия устава, списки м/с с указанием номера удостоверения и др.)	1	5 лет
72.2-35	Номенклатура дел	1	ДЗН

Примечание. 72. — код подразделения лечебного учреждения; 2 — код старшей медсестры поликлиники; -01, 02... — порядковый номер документа.

7. Технологии выполнения основных медицинских процедур

Медицинская сестра должна четко выполнять назначения врача, ориентироваться в сроках обследования пациентов применительно к специфике работы кабинета. Осуществлять сопровождение пациентов на различные виды исследований по направлениям врача-консультанта.

В случае отсутствия направления или отказа пациента от назначенного вида обследования медицинская сестра обязана сообщить врачу кабинета.

Категорически запрещается медицинским сестрам самостоятельно отменять или заменять исследования пациентам, осуществлять их сопровождение без амбулаторных карт или выдавать им амбулаторные карты.

После проведенных обследований и лечения медицинская сестра вписывает в амбулаторную карту данные исследований (дату, вид исследования, диагноз, ФИО врача, проводившего исследование), результаты проведенных диагностических исследований возвращаются пациенту.

При направлении на диагностические исследования медицинская сестра обязана информировать и обучать пациента конкретным алгоритмам подготовки к исследованиям, руководствуясь рекомендациями применительно профиля кабинета.

При проведении оценки функционального состояния пациента медицинская сестра во время осмотра должна соблюдать следующие правила:

1. Проводить осмотр при хорошем освещении.
2. Руки должны быть теплыми.
3. Пациент должен быть обнажен до пояса.
4. Проводить осмотр со всех сторон в определенной последовательности (голова, лицо, шея, туловище, конечности).

Все данные, полученные при оценке функционального состояния пациента, медицинская сестра амбулаторного приема должна сообщить врачу и занести данные осмотра в амбулаторную карту.

Измерение артериального давления на периферических артериях

Код технологии		Название технологии
A02.12.002		Измерение артериального давления на периферических артериях
1	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия 040400 Стоматология 040600 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук
3	Условия выполнения простой медицинской услуги: • Амбулаторно-поликлинические • Стационарные • Санаторно-курортные • Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи»	
4	Функциональное назначение простой медицинской услуги: • Диагностическое • Профилактическое	
5	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	• Прибор для измерения артериального давления (тонометр, прошедший ежегодную поверку средств измерения), соответствующий ростовозрастным показателям пациента и разрешенный к применению в медицинской практике • Стетофонендоскоп
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	• Антисептическое средство для обработки рук • Антисептическое или дезинфицирующее средство для обработки мембраны стетофонендоскопа
5.6	Прочий расходный материал	• Мыло жидкое

	<ul style="list-style-type: none"> • Одноразовое полотенце • Марлевые салфетки • Кушетка (при измерении артериального давления в положении лежа) • Стул (при измерении артериального давления в положении сидя) • Стол
--	---

Продолжение табл. «Измерение АД...»

6	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Основным неинвазивным методом измерения артериального давления является аускультативный</p> <p>Алгоритм исследования артериального давления на периферических артериях</p> <p><i>1. Подготовка к процедуре:</i></p> <p>1.1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры</p> <p>1.2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить</p> <p>1.3. Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его</p> <p><i>2. Выполнение процедуры:</i></p> <p>2.1. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца</p> <p>2.2. Наложить манжету тонометра на плечо пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки — один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки</p> <p>2.3. Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей тонометра до исчезновения пульса (исчезновение пульса фиксируется исследователем пальпаторно). Этот уровень давления, зафиксированный на шкале тонометра, соответствует систолическому давлению</p> <p>2.4. Спустить воздух из манжеты тонометра и подготовить прибор для повторного накачивания воздуха</p> <p>2.5. Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже, но не прилагая для этого усилий</p> <p>2.6. После фиксации мембраны быстро накачать манжету до уровня, превышающего полученный результат на 30 мм рт. ст.</p> <p>2.7. Сохраняя положение стетофонендоскопа, начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2–3 мм рт. ст. за секунду. При давлении более 200 мм рт. ст. допускается увеличение этого показателя до 4–5 мм рт. ст. за секунду</p> <p>2.8. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона — это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путем</p> <p>2.9. Отметить по шкале на тонометре прекращение громкого последнего тона — это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15–20 мм рт. ст. относительно последнего тона</p> <p><i>3. Окончание процедуры:</i></p> <p>3.1. Сообщить пациенту результат измерения артериального давления</p> <p>3.2. Обработать мембрану фонендоскопа антисептическим или дезинфицирующим средством</p> <p>3.3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить</p> <p>3.4. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию. Об изменении артериального давления у пациента сообщить врачу</p>
7	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Для корректного измерения артериального давления необходимо соблюдать ряд условий:</p> <p>1. Условия измерения артериального давления. Измерение должно проводиться в спокойной комфортной обстановке при комнатной температуре, после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5–10 мин. За час до измерения исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли</p> <p>2. Положение пациента. Артериальное давление может определяться в положении «сидя» (наиболее распространено), «лежа» и «стоя», однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к завышению или занижению АД на 4 мм рт. ст. В положении «сидя» измерение проводится у пациента, располагающегося в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной изменчивости ар-</p>

	териального давления, поэтому необходимо информировать об этом пациента до начала измерения. Рука пациента должна быть удобно расположена на столе рядом со стулом и лежать неподвижно с упором в области локтя до конца измерения. При недостаточной высоте стола необходимо использовать специальную подставку для руки. Не допускается положение руки «на весу». Для выполнения измерения артериального давления в положении «стоя» необходимо использовать специальные упоры для поддержки руки либо во время измерения поддерживать руку пациента в районе локтя
--	---

Окончание табл. «Измерение АД...»

	<p>3. Кратность измерений. Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2 мин. Во время первого визита пациента необходимо измерить артериальное давление на обеих руках. В дальнейшем целесообразно производить эту процедуру только на одной руке, всегда отмечая, на какой именно. При выявлении устойчивой значительной асимметрии (более 10 мм рт. ст. для систолического артериального давления и 5 мм рт. ст. для диастолического артериального давления) все последующие измерения проводятся на руке с более высокими цифрами. В противном случае измерения проводят, как правило, на «нерабочей» руке</p> <ul style="list-style-type: none"> • Если первые два измерения артериального давления отличаются между собой не более, чем на 5 мм рт. ст., измерения прекращают и за уровень артериального давления принимают среднее значение этих величин • Если имеется отличие более 5 мм рт. ст., проводится третье измерение, которое сравнивается по приведенным выше правилам со вторым, а затем (при необходимости) и четвертое измерение. Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение артериального давления, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента • Если же отмечаются разнонаправленные колебания артериального давления, то дальнейшие измерения прекращают и определяют среднее трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения артериального давления) • Для детей от 1 года до 18 лет АД рекомендуется измерять в одни и те же часы суток, после 10–15 минутного отдыха, на правой руке (первый раз на обеих руках), трехкратно с интервалом в 3 мин. Предпочтительнее располагать манжету на уровне сердца • Для определения АД у детей используют возрастные манжеты. Ширина ее должна составлять половину окружности плеча ребенка. Манжета тонометра должна соответствовать возрасту. Выпускаются специальные, соответствующие возрасту, манжеты шириной 3,5–13 см • Размеры манжеты для измерения АД: до 1 года — 2,5 см; от 1 до 3 лет — 5–6 см; от 4 до 7 лет — 8–8,5 см от 8 до 9 лет — 9 см; от 10 до 13 лет — 10 см; от 14 до 18 лет — 13 см <p>Новорожденным детям измерение АД производят на голени манжетой М-130, на бедре — манжетой М-180, височная артерия — М-55</p>									
8	<p>Достижимые результаты и их оценка Оценка результатов производится путем сопоставления полученных данных с установленными нормативами (для относительно здорового человека):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Время суток</th> <th>Нормотензия</th> <th>Гипертензия</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>День</td> <td>< 135/85</td> <td>≥ 140/90</td> </tr> <tr> <td>Ночь</td> <td>< 120/70</td> <td>≥ 125/75</td> </tr> </tbody> </table> <p>При промежуточных значениях артериального давления правомочно говорить о предположительно повышенном артериальном давлении.</p>	Время суток	Нормотензия	Гипертензия	День	< 135/85	≥ 140/90	Ночь	< 120/70	≥ 125/75
Время суток	Нормотензия	Гипертензия								
День	< 135/85	≥ 140/90								
Ночь	< 120/70	≥ 125/75								
9	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об измерении артериального давления, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на измерение артериального давления не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>									
10	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных • Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения • Результаты измерения получены и правильно интерпретированы • Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации • Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) • Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги 									
11	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги:									

	<ul style="list-style-type: none"> • Коэффициент УЕТ врача — 0 • Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 0,3
12	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13	Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости): Отсутствует

Измерение массы тела

Код технологии		Название технологии
A02.01.001		Измерение массы тела
1	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия 040400 Стоматология 040600 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их антисептическим раствором
3	Условия выполнения простой медицинской услуги: <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторно-поликлинические • Стационарные • Санаторно-курортные 	
4	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Медицинские весы любой модификации с диапазоном измерений, соответствующим возрастным характеристикам пациента, и разрезанные к применению в медицинской практике — 1 шт.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептик — 2 разовые дозы для обработки рук
5.6	Прочий расходный материал	<ul style="list-style-type: none"> • Одноразовая салфетка (или чистый лист бумаги) — 1 шт. • Чистая пеленка (для детей грудного возраста) — 1 шт.
6	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
6.1	Алгоритм измерения массы тела пациента <i>Подготовка к процедуре:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Проверить исправность и точность медицинских весов в соответствии с инструкцией по их применению • Постелить салфетку на площадку весов • Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) • Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры <i>Выполнение процедуры:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Установить равновесие весов (для механических конструкций) • Предложить и помочь пациенту разуться и осторожно встать (без обуви) на середину площадки весов 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Провести определение массы тела пациента <p><i>Окончание процедуры:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Сообщить пациенту результат исследования массы тела • Помочь пациенту сойти с площадки весов • Убрать салфетку с площадки весов и выбросить ее в емкость для отходов • Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) • Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию
<i>Окончание табл. «Измерение массы тела»</i>	
6.2	<p>Алгоритм измерения массы тела грудного ребенка</p> <p><i>Подготовка к процедуре:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Проверить исправность и точность медицинских весов в соответствии с инструкцией по их применению • Постелить чистую пеленку на площадку весов • Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) • Представиться родителям или лицу, ответственному за ребенка, объяснить цель и ход процедуры <p><i>Выполнение процедуры:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Установить равновесие весов (для механических конструкций) • Распеленать ребенка и уложить его на площадку весов • Провести определение массы тела пациента <p><i>Окончание процедуры:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Сообщить результат исследования массы тела ребенка • Снять ребенка с площадки весов, переложить на столик для пеленания, запеленать ребенка • Убрать пеленку с площадки весов и поместить ее в емкость для дезинфекции • Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) • Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию
7	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Медицинский работник должен обязательно предупреждать пациента о необходимости опорожнения мочевого пузыря и кишечника до момента проведения взвешивания • При взвешивании лежачего пациента производить взвешивание с помощью кроватных весов в соответствии с имеющейся к ним инструкцией
8	<p>Достижимые результаты и их оценка:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Единовременное взвешивание пациента с целью определения массы тела не оценивается • Повторные взвешивания пациента должны сопровождаться записью об увеличении / уменьшении массы пациента на конкретную величину, полученную в результате сравнения двух или более результатов взвешивания <p>Результаты взвешивания с целью определения избыточной/недостаточной массы тела могут быть использованы для подсчета индекса Бушара:</p> $P/L \cdot 100,$ <p>где P — масса тела (кг); L — рост (см)</p> <p>Средняя величина индекса Бушара равна 36–40; более высокие цифры указывают на избыточную, а более низкие — на недостаточную массу тела</p>
9	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об измерении массы тела пациента, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на измерение массы тела не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>
10	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <p>Отсутствуют</p>
11	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Коэффициент УЕТ врача — 0 • Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 0,2
12	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13	<p>Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>При проведении измерения массы тела в условиях медицинской организации результаты заносятся в соответствующую медицинскую документацию</p>

Измерение окружности головы

Код технологии		Название технологии
A02.03.002		Измерение окружности головы
1	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: <i>Продолжение табл. «Измерение окружности головы»</i>
		0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия 040400 Стоматология 040600 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их антисептическим раствором
3	Условия выполнения простой медицинской услуги: • Амбулаторно-поликлинические • Стационарные	
4	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	• Стул — 1 шт. • Пеленальный столик (при измерении окружности головы у новорожденных и детей грудного возраста) — 1 шт.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептик — спирт этиловый 70 % — 5 мл
5.6	Прочий расходный материал	• Мыло жидкое с дозатором — 1 шт. • Мягкая сантиметровая лента — 1 шт. • Перчатки нестерильные — 1 пара • Перчатки стерильные (при измерении окружности головы у новорожденных) — 1 пара • Салфетка (пеленка) — 1 шт. • Марлевые салфетки (ватный шарик) — 1 шт.
6	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм измерения окружности головы <i>Подготовка к процедуре:</i> • Объяснить пациенту (родственникам) цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие • Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) • Подготовить необходимое оснащение • Обеспечить адекватную освещенность рабочего места • Попросить пациента сесть <i>Выполнение процедуры:</i> • Наложить сантиметровую ленту на голову пациента по ориентирам: сзади — затылочный бугор, спереди — надбровные дуги • Определить результат измерения • Снять сантиметровую ленту <i>Окончание процедуры:</i>	

	<ul style="list-style-type: none"> • Сообщить пациенту (родственникам) о результатах измерения • Обработать сантиметровую ленту дезинфицирующим средством в соответствии с принятыми санитарными нормами и правилами • Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) • Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую документацию
--	---

Окончание табл. «Измерение окружности головы»

7	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики При измерении окружности головы новорожденному в родильном зале медицинский персонал работает в стерильной одежде (маска, халат, перчатки). Для измерения применяется стерильная лента. Манипуляция проводится на пеленальном столике</p>																											
	<p>Достижимые результаты и их оценка:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка измерения окружности головы проводится как изолированно, так и в сочетании с другими антропометрическими показателями, в первую очередь массой тела и длиной тела, по специальным стандартизированным таблицам (таблицы центильного или параметрического типа; таблицы, предложенные Э. Парайц и Й. Сенаши, и др.) • При оценке показателей окружности головы у детей различного возраста пользуются центильными таблицами: «Распределение окружности головы (см) по возрасту (мальчики)» «Распределение окружности головы (см) по возрасту (девочки)» <p>Оценка проводится путем сопоставления полученных данных с половозрастными нормативами, измеряемыми в центильных величинах: <i>Средние, или условно нормальные, величины</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Центили</th> <th>Интерпретация</th> <th>Клиническое значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25–75</td> <td>Область «средних величин»</td> <td>Норма</td> </tr> <tr> <td>10–25</td> <td>Область величин «ниже среднего»</td> <td>Возможное патологическое состояние</td> </tr> <tr> <td>75–90</td> <td>Область величин «выше среднего»</td> <td>Возможное патологическое состояние</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Отклонения от нормы</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Центили</th> <th>Интерпретация</th> <th>Клиническое значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3–10</td> <td>Область «низких величин»</td> <td>Вероятность патологического состояния высокая</td> </tr> <tr> <td>90–97</td> <td>Область «высоких величин»</td> <td>Вероятность патологического состояния высокая</td> </tr> <tr> <td>До 3</td> <td>Область «очень низких» величин</td> <td>Вероятность патологического состояния высокая</td> </tr> <tr> <td>От 97</td> <td>Область «очень высоких» величин</td> <td>Вероятность патологического состояния высокая</td> </tr> </tbody> </table>	Центили	Интерпретация	Клиническое значение	25–75	Область «средних величин»	Норма	10–25	Область величин «ниже среднего»	Возможное патологическое состояние	75–90	Область величин «выше среднего»	Возможное патологическое состояние	Центили	Интерпретация	Клиническое значение	3–10	Область «низких величин»	Вероятность патологического состояния высокая	90–97	Область «высоких величин»	Вероятность патологического состояния высокая	До 3	Область «очень низких» величин	Вероятность патологического состояния высокая	От 97	Область «очень высоких» величин	Вероятность патологического состояния высокая
Центили	Интерпретация	Клиническое значение																										
25–75	Область «средних величин»	Норма																										
10–25	Область величин «ниже среднего»	Возможное патологическое состояние																										
75–90	Область величин «выше среднего»	Возможное патологическое состояние																										
Центили	Интерпретация	Клиническое значение																										
3–10	Область «низких величин»	Вероятность патологического состояния высокая																										
90–97	Область «высоких величин»	Вероятность патологического состояния высокая																										
До 3	Область «очень низких» величин	Вероятность патологического состояния высокая																										
От 97	Область «очень высоких» величин	Вероятность патологического состояния высокая																										
9	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о клиническом значении измерения и порядке его проведения в соответствии с определенными правилами. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на измерение окружности головы не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>																											
10	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения • Результаты измерения получены и правильно интерпретированы • Отсутствует отрицательная реакция пациента на измерение 																											
11	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Коэффициент УЕТ врача — 0 • Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 0,1 																											
12	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует</p>																											
13	<p>Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует</p>																											

Измерение окружности грудной клетки

Код технологии		Название технологии
A02.09.002		Измерение окружности грудной клетки
1	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: <i>Продолжение табл. «Измерение окружности грудной клетки»</i>
		0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия 040400 Стоматология 040600 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования необходимо вымыть руки с мылом или обработать их антисептическим раствором
3	Условия выполнения простой медицинской услуги: <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторно-поликлинические • Стационарные • Санаторно-курортные 	
4	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<ul style="list-style-type: none"> • Сантиметровая лента — 1 шт. • Стул (при проведении измерения в положении сидя) — 1 шт.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	<ul style="list-style-type: none"> • Антисептик — 2 разовые дозы для обработки рук
5.6	Прочий расходный материал	<ul style="list-style-type: none"> • Перчатки — 1 пара • Мыло
6	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм измерения окружности грудной клетки <i>Подготовка к процедуре:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Проверить целостность сантиметровой ленты, четкость обозначений • Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры • Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) • Придать пациенту удобное положение <i>Выполнение процедуры:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Предложить пациенту освободить грудную клетку от одежды и слегка отвести руки в стороны • Наложить сантиметровую ленту сзади — по нижним углам лопаток, спереди — по 4-му ребру • Прodelать измерение 3 раза (в покое, на максимальном вдохе и максимальном выдохе) <i>Окончание процедуры:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Сообщить пациенту результат измерения окружности грудной клетки • Надеть перчатки и обработать (методом двукратного протирания) ленту дезинфицирующим раствором • Перчатки поместить в емкость с дезинфицирующим раствором • Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) • Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию 	
7	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики Отсутствуют	

8	<p>Достижимые результаты и их оценка Размеры грудной клетки, полученные при измерении в покое, используются для оценки телосложения пациента (подсчет индекса Бругша):</p> $T/L \cdot 100,$ <p>где T — окружность груди (см); L — рост (см)</p> <p style="text-align: right;"><i>Окончание табл. «Измерение окружности грудной клетки»</i></p>
	<p>Оценка результатов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50–55 — норма • Более 55 — широкая грудная клетка (гиперстеническое телосложение) • Менее 50 — узкая грудная клетка (астеническое телосложение)
9	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящем измерении окружности грудной клетки. Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на измерение окружности грудной клетки не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>
10	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики Отсутствуют</p>
11	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Коэффициент УЕТ врача — 0 • Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 0,1
12	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует</p>
13	<p>Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует</p>

Измерение роста

Код технологии	Название технологии
A02.03.005	Измерение роста
1	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу
1.1	<p>Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги</p> <p>1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия 040400 Стоматология 040600 Сестринское дело</p>
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу Отсутствуют
2	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их антисептическим раствором
3	<p>Условия выполнения простой медицинской услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторно-поликлинические • Стационарные • Санаторно-курортные
4	Функциональное назначение простой медицинской услуги

	Диагностическое	
5	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<ul style="list-style-type: none"> • Ростомер медицинский вертикальный — 1 шт. • Ростомер медицинский горизонтальный (при измерении у детей грудного возраста) — 1 шт.
5.2	Реактивы	Отсутствуют

Продолжение табл. «Измерение роста»

5.3	Иммунобиологические препараты и реактивы	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Отсутствуют
5.6	Прочий расходный материал	<ul style="list-style-type: none"> • Мыло жидкое с дозатором — 1 шт. • Салфетка однократного применения — 1 шт. • Пеленка однократного применения (при измерении у детей грудного возраста) — 1 шт. • Перчатки нестерильные — 1 пара • Дезинфицирующее средство

6	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Алгоритм измерения роста</p> <p><i>Подготовка к процедуре:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие • Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) • Подготовить ростомер к работе в соответствии с инструкцией от производителя • Положить салфетку на площадку ростомера (под ноги пациента) • Попросить пациента снять обувь и головной убор • Поднять планку ростомера выше предполагаемого роста <p><i>Выполнение процедуры:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Попросить пациента встать на середину площадки ростомера так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком • Установить голову пациента так, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии • Опустить планку ростомера на голову пациента • Определить на шкале рост пациента по нижнему краю планки • Попросить пациента сойти с площадки ростомера (при необходимости — помочь сойти) <p><i>Окончание процедуры:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Сообщить пациенту о результатах измерения • Надеть перчатки • Снять салфетку с площадки ростомера и поместить ее в емкость с дезинфицирующим раствором • Поверхность ростомера обработать дезинфицирующим раствором однократно или двукратно с интервалом 15 мин в соответствии с методическими указаниями по применению дезинфицирующего средства • Снять перчатки и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором • Вымыть и осушить руки • Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую документацию 	
---	--	--

7	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Достоверность полученных данных возможна лишь при строгом соблюдении условий проведения измерения • В некоторых случаях рост измеряют в положении пациента сидя • Если у пациента имеются расстройства слуха, использовать методы невербального общения • Для измерения роста у детей грудного возраста применяется горизонтальный ростомер • Для измерения роста новорожденного в родильном зале используется стерильная мягкая лента • Персонал при измерении роста новорожденного в родильном отделении работает в стерильной одежде (халат, маска, перчатки) 	
---	--	--

8	<p>Достижимые результаты и их оценка:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка измерения роста проводится как изолированно, так и в сочетании с другими антропометрическими показателями, в первую очередь массой тела и окружностью головы, по спе- 	
---	---	--

<p>циальным стандартизированным таблицам (таблицы центильного или параметрического типа; таблицы, предложенные Э. Парайц и Й. Сенаши, и др.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • При оценке показателей роста у детей различного возраста пользуются центильными таблицами: <ul style="list-style-type: none"> «Распределение роста (см) по возрасту (мальчики)» «Распределение роста (см) по возрасту (девочки)»

Окончание табл. «Измерение роста»

<p>Оценка проводится путем сопоставления полученных данных с половозрастными нормативами, измеряемыми в центильных величинах: <i>Средние, или условно нормальные, величины</i></p>		
Центили	Интерпретация	Клиническое значение
25–75	Область «средних величин»	Норма
10–25	Область величин «ниже среднего»	Возможное патологическое состояние
75–90	Область величин «выше среднего»	Возможное патологическое состояние
<i>Отклонения от нормы</i>		
Центили	Интерпретация	Клиническое значение
3–10	Область «низких величин»	Вероятность патологического состояния высокая
90–97	Область «высоких величин»	Вероятность патологического состояния высокая
До 3	Область «очень низких» величин	Вероятность патологического состояния высокая
От 97	Область «очень высоких» величин	Вероятность патологического состояния высокая
9	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент (его родственники или доверенные лица) должен быть информирован о клиническом значении измерения и порядке его проведения в соответствии с определенными правилами. Письменного согласия не требуется, так как метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>	
10	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения • Результаты измерения получены и правильно интерпретированы • Отсутствует отрицательная реакция пациента на измерение 	
11	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Коэффициент УЕТ врача — 0 • Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 0,1 	
12	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует</p>	
13	<p>Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует</p>	

Термометрия общая

Код технологии		Название технологии
A02.31.001		Термометрия общая
1	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспо-	Отсутствуют

	могательному персоналу	
2	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	1) До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук 2) В случае повреждения ртутного термометра собрать ртуть и остатки термометра и провести демеркуризацию, поместить в отходы класса Г

Продолжение табл. «Термометрия общая»

3	Условия выполнения простой медицинской услуги: <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторно-поликлинические • Стационарные • Санаторно-курортные 	
4	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Термометр медицинский (ртутный, электронный или другой, разрешенный к применению)
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	<ul style="list-style-type: none"> • Антисептический раствор для обработки рук • Дезинфицирующий раствор для обработки термометров • Вазелин (вазелиновое масло) — при измерении ректальной температуры
5.6	Прочий расходуемый материал	<ul style="list-style-type: none"> • Марлевые салфетки • Мыло жидкое • Одноразовое полотенце для рук персонала • Емкость для дезинфекции • Демеркуризатор (20% хлорная известь или 0,2% раствор перманганата калия) • Перчатки нестерильные (при измерении ректальной температуры)
6	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
6.1	Алгоритм измерения температуры тела в подмышечной впадине <i>Подготовка к процедуре:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Приготовить сухой чистый термометр: проверить его целостность, при необходимости — протереть насухо чистой салфеткой • Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры • Обработать руки гигиеническим способом, осушить • Встряхнуть ртутный термометр сверху вниз, так чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар <i>Выполнение процедуры:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Осмотреть подмышечную впадину, при необходимости — вытереть насухо салфеткой или попросить пациента сделать это • Расположить термометр в подмышечной области так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента (прижать плечо к грудной клетке) • Оставить термометр не менее чем на 5 мин <i>Окончание процедуры:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Извлечь термометр из подмышечной впадины, произвести считывание показаний термометра, держа его на уровне глаз • Сообщить пациенту результаты измерения • Встряхнуть термометр сверху вниз, так чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар, положить в емкость с дезинфицирующим раствором • Обработать руки гигиеническим способом, осушить • Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в документации • О лихорадящих пациентах сообщить дежурному врачу 	
6.2	Алгоритм измерения температуры в прямой кишке	

	<p><i>Подготовка к процедуре:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Приготовить сухой чистый термометр: проверить его целостность, при необходимости — протереть насухо чистой салфеткой • Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры • Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки <p>Встряхнуть ртутный термометр сверху вниз, так чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар</p>
--	--

Продолжение табл. «Термометрия общая»

	<ul style="list-style-type: none"> • Резервуар термометра смазать вазелином • Попросить пациента лечь на бок, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах <p><i>Выполнение процедуры:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Раздвинуть 1-м и 2-м пальцами левой руки ягодицы пациента, осмотреть область анального отверстия • Ввести резервуар термометра в анальное отверстие на глубину 3–4 см. Если чувствуется сопротивление введению термометра, процедуру немедленно прекратить • Оставить термометр на 10 мин <p><i>Окончание процедуры:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Термометр извлечь, протереть салфеткой, считать результат. Если салфетка не загрязнена биологическими жидкостями, то она может быть просто утилизирована • Протереть салфеткой анальное отверстие, помочь пациенту принять удобное положение • Сообщить пациенту результат измерения • Термометр поместить в емкость с дезинфицирующим раствором • Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором • Обработать руки гигиеническим способом, осушить • Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации 														
7	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> • Измерение температуры тела проводится, как правило, 2 раза в сутки: утром с 6 до 9 ч и вечером с 17 до 19 ч. По назначению врача измерение температуры может производиться чаще, по мере необходимости • Перед измерением температуры пациент нуждается в отдыхе (10–15 мин); рекомендуется проводить измерение не ранее чем через час после приема пищи; в экстренных ситуациях это не учитывается • При измерении температуры у пациента с психическими нарушениями необходимо присутствие младшего медицинского персонала во избежание попыток проглатывания термометра или вскрытия вен • При использовании электронного термометра необходимо следовать инструкции по применению данного прибора • Одноразовые химические термометры используются для измерения температуры во рту или в подмышечной области. При пероральном применении термометр помещается в ротовую полость произвольно матрицей вверх, результат читается через 60 с; результаты измерения в области подмышек оценивают через 3 мин, полоска с точечной матрицей обязательно должна быть приложена к телу 														
8	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <table border="1" data-bbox="284 1541 1450 1765"> <thead> <tr> <th data-bbox="284 1541 877 1585">Температура тела, °С</th> <th data-bbox="877 1541 1450 1585">Оценка результатов</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="284 1585 877 1619">35,0 и ниже</td> <td data-bbox="877 1585 1450 1619">Гипотермия</td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 1619 877 1653">36,2–36,9</td> <td data-bbox="877 1619 1450 1653">Норма</td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 1653 877 1686">37,0–38,0</td> <td data-bbox="877 1653 1450 1686">Субфебрильная</td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 1686 877 1720">38,0–39,0</td> <td data-bbox="877 1686 1450 1720">Фебрильная</td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 1720 877 1753">39,0–40,0</td> <td data-bbox="877 1720 1450 1753">Пиретическая</td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 1753 877 1787">Более 40,0</td> <td data-bbox="877 1753 1450 1787">Гиперпиретическая</td> </tr> </tbody> </table> <p>В ротовой полости и прямой кишке в норме температура выше на 10 °С, чем в подмышечной впадине. У пожилых людей температура тела 35,0–36,0 °С, у новорожденных 37,0–37,2 °С считается нормой</p>	Температура тела, °С	Оценка результатов	35,0 и ниже	Гипотермия	36,2–36,9	Норма	37,0–38,0	Субфебрильная	38,0–39,0	Фебрильная	39,0–40,0	Пиретическая	Более 40,0	Гиперпиретическая
Температура тела, °С	Оценка результатов														
35,0 и ниже	Гипотермия														
36,2–36,9	Норма														
37,0–38,0	Субфебрильная														
38,0–39,0	Фебрильная														
39,0–40,0	Пиретическая														
Более 40,0	Гиперпиретическая														
9	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании температуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на измерение температуры не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>														

10	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Контрольное измерение с целью установления соответствия полученных данных • Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения • Результаты измерения получены и правильно интерпретированы • Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации • Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) • Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги
<i>Окончание табл. «Термометрия общая»</i>	
11	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Коэффициент УЕТ врача — 0 • Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 0,2
12	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует</p>
13	<p>Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует</p>

Иммобилизация при переломах костей

Код технологии		Название технологии
A15.03.002		Иммобилизация при переломах костей
1	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1	Перечень специальностей / кто участвует в выполнении услуги	<p>1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело</p> <p>2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия 040600 Сестринское дело</p>
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования необходимо вымыть руки с мылом или обработать их антисептическим раствором Использовать перчатки во время процедуры
3	<p>Условия выполнения простой медицинской услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторно-поликлинические • Стационарные • Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи» 	
4	<p>Функциональное назначение простой медицинской услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Профилактическое • Лечебное 	
5	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<ul style="list-style-type: none"> • Транспортные (стандартные) шины: Крамера 60 × 8 см — 4 шт., 110 × 11 см; Дитерикса; пневматические • Деревянный щит • Ватно-марлевый или пневматический воротник • Кольца Дельбе • Ножницы хирургические • Стерильная укладка с набором инструментария и перевязочного материала для обработки раны • Пластиковый пакет для отработанного материала
5.2	Реактивы	Отсутствуют

5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	<ul style="list-style-type: none"> • Антисептическое средство для обработки рук • Дезинфицирующее средство • Анальгетики (в зависимости от локализации и степени тяжести переломов)

Продолжение табл. «Иммобилизация при переломах костей»

5.6	Прочий расходный материал	<ul style="list-style-type: none"> • Бинты (средние, широкие) • Вата медицинская • Марля • Косынка • Медицинская клеенка • Мыло • Стерильный перевязочный материал • Лейкопластырь • Перчатки нестерильные
6	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Иммобилизация при переломах костей осуществляется для создания неподвижности поврежденной части тела, предупреждения смещений отломков и повреждения ими кровеносных сосудов, периферической и центральной нервной системы, внутренних органов и мягких тканей</p> <p><i>Основные принципы транспортной иммобилизации:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Шину накладывают непосредственно на месте происшествия • Шина обязательно должна захватывать как минимум два сустава (выше и ниже места перелома), при повреждении плеча и бедра — три сустава • Перед применением жесткие стандартные шины необходимо обернуть ватой, фиксировать ее бинтом или одеть чехол из моющейся ткани • Не следует снимать одежду с пострадавшего, если ее невозможно снять, для осмотра места повреждения необходимо разрезать ее по швам • Перед наложением шины необходимо по возможности придать поврежденной конечности среднефизиологическое положение, а если это не возможно — такое положение, при котором конечность меньше всего травмируется • Моделирование шины следует проводить, прикладывая ее к поврежденной конечности • При открытых переломах вправление отломков не производится: останавливают кровотечение временными способами, накладывают стерильную повязку, конечность фиксируют в том положении, в котором она находится • При закрытых переломах, особенно нижних конечностей, фиксируя шину повязкой, необходимо проводить легкое и осторожное вытяжение поврежденной конечности по оси • При перекладывании пострадавшего с наложенной шиной на носилки нужно поддерживать поврежденную конечность или часть тела <p>Алгоритм иммобилизации при переломах костей</p> <p>1. <i>Подготовка к процедуре:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Придать пациенту удобное положение • Объяснить ход предстоящей манипуляции • Обработать руки гигиеническим способом, осушить • Надеть резиновые перчатки • Освободить место травмы от одежды • Осмотреть место травмы для определения характера повреждения • Подготовить необходимое количество шин нужной длины и ширины • Обернуть их ватой, фиксировать ее бинтом (марлей) или одеть специальный чехол <p>2. <i>Выполнение процедуры:</i></p> <p>2.1. Иммобилизация конечности при переломе костей кисти и пальцев:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Подготовить лестничную шину длиной от концов пальцев до локтевого сустава • Наложить шину на поврежденную конечность с ладонной стороны • Придать кисти среднефизиологическое положение, вложить в ладонь ватный валик • Фиксировать шину к конечности бинтом, оставив пальцы открытыми • Иммобилизовать поврежденную конечность с помощью косынки <p>2.2. Иммобилизация конечности при переломе костей предплечья:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Подготовленную проволочную шину, длиной 80 см, смоделировать по контуру здо- 	

	<p>ровой руки (от запястно-фаланговых суставов до середины плеча)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Осторожно согнуть поврежденную конечность в локтевом суставе под прямым углом, предплечье привести в среднее положение между пронацией и супинацией, кисть немного разогнуть, вложить в ладонь плотный валик • Уложить поврежденную конечность на подготовленную шину • Зафиксировать шину бинтом • Имobilизировать поврежденную конечность с помощью косынки
--	--

Продолжение табл. «Иммobilизация при переломах костей»

	<p>2.3. Имobilизация конечности при переломе плечевой кости:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Подготовить лестничную шину нужной длины (от концов пальцев поврежденной конечности до плечевого сустава противоположной стороны), моделировать по неповрежденной конечности • В подмышечную впадину подкладывают ватно-марлевый валик, который фиксируют лентой бинта, проведенной через грудь и завязанной на здоровом надплечье. Поврежденную конечность согнуть в локтевом суставе под острым углом • Уложить на внутреннюю поверхность шины кисть в среднем положении между супинацией и пронацией, вложить под согнутые пальцы кисти ватно-марлевый валик • Направить шину по задненаружной поверхности поврежденной конечности через плечо на спину до плечевого сустава противоположной стороны • Связать концы шины бинтом через неповрежденное надплечье и подплечную область • Фиксировать шину к конечности спиральными ходами бинта до локтевого сгиба или средней трети плеча • Для лучшей фиксации конечности положить повязку Дезо <p>2.4. Имobilизация конечности при переломе ключицы, лопатки, головки шейки плеча</p> <p>2.4.1. Имobilизация с использованием косыночной повязки:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Взять косынку с двумя длинными концами и одним коротким. Середину косынки подвести под согнутое в локтевом суставе до 90° предплечье • Один конец косынки расположить между предплечьем и туловищем и провести через здоровое плечо, другой, находящийся спереди от предплечья, через больное плечо. Оба конца завязать сзади на шее. Вершину косынки (третий ее конец) загнуть в области локтевого сустава спереди и закрепить булавкой <p>2.4.2. Имobilизация путем бинтования:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поврежденную руку слегка отвести в сторону, подложить в подмышечную область ватно-марлевый валик, чтобы поднять плечевой сустав и отодвинуть его от грудной клетки, плечо прижимать к туловищу и наложить повязку • Согнуть поврежденную руку под прямым углом и плотно прижать к груди • В таком положении прибинтовать поврежденную руку к туловищу круговыми витками бинта по направлению от здоровой стороны грудной клетки к больной <p>2.4.3. Имobilизация кольцами Дельбе:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Смоделировать диаметр стандартных колец по здоровому плечу или изготовить кольца из марли и ваты: валик из ваты завернуть в марлю квадратной формы 60 × 60 см «с угла на угол», наружные углы марли, свободные от ваты, завязать узлом в виде кольца • Кольца одеть на плечи с обеих сторон — как лямки рюкзака в положении максимального сведения лопаток • Плечи отвести назад, а кольца связать между собой за спиной при помощи бинта. <p>2.5. Имobilизация конечности при переломе ребер и грудины</p> <p>2.5.1. Имobilизация бинтованием</p> <p>Пострадавшему выполнить нетугое бинтование грудной клетки или стянуть грудь полотенцем. Тугое бинтование широкими бинтами проводят на глубоком выдохе. Или же наложить спиральную повязку на грудную клетку, на выдохе обернуть вокруг грудной клетки ткань (сложенную простынь, марлю, полотенце), зашить край нитками или фиксировать булавками. Убедиться в отсутствии открытого пневмоторакса. Если он обнаружен, то наложить герметизирующую асептическую повязку перед бинтованием грудной клетки</p> <p>2.5.2. Имobilизация с применением лейкопластыря</p> <p>Наложить на место перелома лейкопластырную черепицеобразную повязку. Широкие полоски лейкопластыря наложить от края грудины до позвоночника так, чтобы последующая полоска прикрывала предыдущую на половину. Повязка должна захватывать область 2–3 ребер выше и ниже места перелома</p>
--	---

2.6. Имobilизация конечности при переломе лодыжек и костей стопы:

- Подготовить две лестничные шины нужной длины (первая, длиной 80 см, шириной 11 см, располагается от верхней трети голени по задней поверхности ее под стопу до конца пальцев. Вторая, длиной 120 см, шириной 8 см, моделируется в виде дуги, от верхней трети голени наружной стороны под стопу до верхней трети голени внутренней стороны)
- Наложить шины на поврежденную конечность, фиксировать марлевым бинтом

Продолжение табл. «Имobilизация при переломах костей»

2.7. Имobilизация конечности при переломе костей голени:

- Подготовить три лестничные шины нужной длины (первую, длиной 120 см, шириной 11 см, расположить от ягодичной складки поврежденной конечности по задней поверхности бедра, голени под стопу до концов пальцев; вторую, длиной 80 см, шириной 8 см, от верхней трети наружной поверхности бедра до наружного края стопы и загнуть под стопу; третью шину, такой же длины и ширины, как вторая, моделировать так же, как вторую, и расположить на внутренней поверхности поврежденной конечности
- Уложить поврежденную конечность на первую шину, подложить ватные валики в подколенную ямку и над пяткой
- Приложить две оставшиеся шины к наружной и внутренней поверхности поврежденной конечности, наложить шины от верхней трети бедра до стопы с фиксацией коленного и голеностопного суставов

- Фиксировать шины на конечности спиральными турами бинта

2.8. Имobilизация конечности при переломе бедра

2.8.1. Имobilизация проволочными шинами Крамера:

- Подготовить три лестничные шины нужной длины (первая моделируется нижним углом лопатки поврежденной стороны по задней поверхности бедра, голени, по стопе до конца пальцев; вторая — от подмышечной ямки по наружной поверхности туловища, бедра голени до наружного края стопы и загибается под стопу. Третья располагается от паховой области по внутренней поверхности поврежденной конечности под стопу)
- Приподнять пострадавшую конечность и уложить ее на первую шину. Подложить в подколенную ямку и над пяткой ватный валик. Приложить две оставшиеся шины
- Фиксировать шины марлевым бинтом
- Фиксировать подошвенную часть шины, крепление для шнура наружу, к стопе восьмиобразной повязкой
- Короткую (внутреннюю) планку, нижнюю ее часть, завести во внутреннюю скобу «подошвы» (шина должна выстоять от «подошвы» на 10 см), валик шины должен прилегать к бедру и упираться в промежность
- Подвижную часть на торце внутренней планки, с отверстием, установить под углом 90°, в отверстие просунуть веревку от «подошвы»
- Длинную (наружную) планку шины, нижнюю ее часть, завести в наружную скобу подошвы (шина должна выстоять от подошвы на 10 см), а шип ее — в паз торцевой, установленной под углом 90°, планки
- Вложить под костные выступы (лодыжек, коленного сустава, большого вертела и крыла подвздошной кости) прокладку из ваты для предупреждения сдавления и развития некроза
- Наружную шину уложить вдоль конечности и туловища до подмышечной впадины, зафиксировать ремнем через плечо противоположной стороны и через талию, другим ремнем — к туловищу
- Внутреннюю шину зафиксировать ремнем к бедру
- Шину в области голени зафиксировать бинтами
- С помощью палочки, закручивая веревку, выполнить натяжение конечности. Палочку зафиксировать

2.8.2. Имobilизация с использованием шины Дитерикса:

- Смоделировать шину по здоровой конечности
- Короткую планку шины смоделировать по внутренней стороне конечности, ее длина должна быть от паховой складки и на 10–15 см длиннее конечности; длинную планку шины смоделировать по наружной стороне конечности и туловища, ее длина должна быть от подмышечной впадины и на 10–15 см длиннее конечности
- Конечность слегка согнуть в тазобедренном и коленном суставах, стопа по отношению к голени должна находиться под углом 90°
- В подмышечную впадину и в область промежности укладывают ватно-марлевые валики

	<p>2.9. Иммобилизация конечности при переломе костей таза:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Переложить пострадавшего на деревянный щит, твердые носилки, на спину с использованием трех помощников (минимум вдвоем), поднимая одновременно все части тела • Под колени пострадавшего подложить валик, изготовленный из одеяла, подушки или одежды так, чтобы конечности были согнуты в коленных и тазобедренных суставах • Бедра развести в стороны на 20–30 см и зафиксировать их ремнем, наложив ремень восьмиобразно в области нижней трети бедер
--	---

Окончание табл. «Иммобилизация при переломах костей»

	<p>2.10. Иммобилизация конечности при переломе позвоночника:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Переложить пострадавшего на деревянный щит с использованием трех помощников (минимум вдвоем), поднимая одновременно все части тела • Под позвоночник, в область перелома, подложить валик • При переломе шейного отдела позвоночника необходимо одеть на шею пострадавшего ватно-марлевый или пневматический воротник и закрепить его специальными застежками <p>3. <i>Окончание процедуры:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Сообщить пострадавшему о результатах иммобилизации и дальнейших действиях (если он находится в сознании) • Перенести пострадавшего в автомобиль для транспортировки в лечебное учреждение • Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции • Обработать руки гигиеническим способом, осушить • Сделать запись о факте иммобилизации в сопроводительный лист, принятый в службе скорой медицинской помощи
7	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Одежду с пострадавшего снимать нельзя • При отсутствии стандартных шин иммобилизацию можно выполнить с помощью подручных средств
8	<p>Достижимые результаты и их оценка:</p> <ul style="list-style-type: none"> • В процессе иммобилизации общее состояние не ухудшилось • Шина обеспечивает неподвижность как минимум двум суставам, выше и ниже места перелома, при повреждении плеча и бедра — трем суставам
9	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей иммобилизации. Информация о необходимости проведения иммобилизации сообщается медицинским работником с указанием ее цели</p>
10	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры • Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения процедуры • Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации • Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) • Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги
11	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Коэффициент УЕТ врача — 1,0 • Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 1,0
12	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13	<p>Формулы, расчеты, номограммы, бланки и др. документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствует</p>

Тонометрия глаза

Код технологии		Название технологии
A02.26.013		Тонометрия глаза
1	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело

		2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040600 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют

Окончание табл. «Тонометрия глаза»

2	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	Выполнение гигиенического стандарта обработки рук Выполнение указаний нормативных документов
3	Условия выполнения простой медицинской услуги:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторно-поликлинические • Стационарные • Санаторно-курортные 	
4	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<ul style="list-style-type: none"> • Тонометр Маклакова • Бикс со стерильными влажными шариками • Почкообразный тазик • Спирт 70 %
5.2	Реактивы	Краска «Бисмарк-браун» с глицерином и водой
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	<ul style="list-style-type: none"> • Дикаин, 0,5% раствор • 2% или 10% раствор лидокаина • 20% альбуцид
5.6	Прочий расходный материал	Отсутствует
6	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
	<i>Подготовка к процедуре:</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Информировать пациента и объяснить смысл предстоящей манипуляции • Уложить пациента на кушетку — лежа на спине 	
	<i>Выполнение процедуры:</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Вымыть руки гигиеническим способом • Провести обезболивание путем закапывания в глаза 0,5% раствора дикаина — 1 капля в каждый глаз • Оттянуть оба века глаз пациента пальцами через 15 мин после введения дикаина • Обработать тонометр Маклакова краской «Бисмарк-браун» • Резко опустить тонометр на роговицу глаза • Снять тонометр с роговицы • Смочить бумагу 70% спиртом и сделать на ней отпечаток тонометром Маклакова • Закапать в глаза 1–2 капли 20% альбуцида • Прикрыть глаза пациента стерильными влажными шариками • Использованный тонометр Маклакова поместить в емкость для обработки 	
	<i>Окончание процедуры:</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Вымыть руки гигиеническим способом • Записать результаты измерений • Попросить пациента снять влажные шарики с глаз и сбросить их в емкость для обработки 	
7	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики Отсутствуют	
8	Достижимые результаты и их оценка:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Пациент удовлетворен выполненной процедурой • Получены четкие отпечатки тонометра Маклакова 	
9	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Необходимо получить согласие на выполнение процедуры и объяснить пациенту значимость получения результата измерений	
10	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	

	Отсутствуют
11	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 3,0
12	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13	Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует

Перевязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки

Код технологии		Название технологии
A15.01.002		Перевязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки
1	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1	Перечень специальностей / кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040600 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования необходимо вымыть руки с мылом или обработать их антисептическим раствором Использование перчаток во время процедуры
3	Условия выполнения простой медицинской услуги: <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторно-поликлинические • Стационарные 	
4	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное	
5	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<ul style="list-style-type: none"> • Зажим • Пинцет • Пуговчатый зонд • Хирургические ножницы с одним острым концом • Ножницы Рихтера • Желобоватый зонд • Зажим Москит • Скальпель • Дренажная трубка
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	<ul style="list-style-type: none"> • Антисептическое средство для обработки рук • Дезинфицирующее средство • Перекись водорода 3 % • Раствор йода спиртовой 5 % • Раствор бриллиантового зеленого • Октенисепт • Гипертонический раствор натрия хлорида 10 % • Спирт этиловый 70 % • Лекарственные средства по назначению врача • Клеол 5 мл

5.6	Прочий расходный материал	<ul style="list-style-type: none"> • Бинты • Стерильные ватные шарики • Стерильные марлевые салфетки разного размера • Пластырь • Перчатки стерильные • Клеенка (одноразовая влагоустойчивая пленка) • Клеенчатый (одноразовый пластиковый) фартук
-----	---------------------------	---

Продолжение табл. «Перевязки при гнойных заболеваниях кожи...»

6	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм перевязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки <i>Подготовка к процедуре:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получить информированное согласие пациента, рассказать ему о цели и ходе процедуры • Обработать руки гигиеническим способом, осушить • Надеть печатки • Подготовить все необходимое для перевязки • Помочь пациенту раздеться и попросить занять удобное положение на перевязочном столе или на стуле • Подложить клеенку под область перевязки • Надеть очки, защитную одежду (фартук, маску) <p><i>Выполнение процедуры:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Снять фиксирующую повязку (пластырь или клеоловую салфетку, бинт) с помощью ножниц Рихтера • Снять поочередно все 3 слоя повязки в направлении от одного края раны к другому (тяга поперек раны увеличивает ее зияние и причиняет боль), кожу при снятии повязки следует придерживать марлевым шариком или пинцетом, не позволяя ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку следует отслаивать шариком, смоченным в 3% растворе перекиси водорода (иногда присохшие повязки лучше удалять после отмачивания, если состояние раны позволяет применить ванну из теплого раствора перманганата калия 1:3000) • Поместить использованный материал в емкость для дезинфекции • Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции • Обработать антисептиком руки • Надеть стерильные перчатки • Осмотреть рану и окружающую ее область (запах, отделяемое, сближение краев раны, отечность, болезненность) • Обработать кожу вокруг раны стерильными марлевыми шариками, меняя их после каждого движения и перемещая тампон от наименее загрязненного участка к наиболее загрязненному и от центра кнаружи, вначале сухими, затем смоченными растворами антисептика (спирт этиловый 70 %), края раны смазывают 5% раствором йода или 1% раствором бриллиантового зеленого • Удалить скопившийся экссудат, если есть, промокнув стерильными шариками или промыть 3% раствором перекиси водорода, после чего рану осушить сухими тампонами • По назначению врача нанести на рану мазь или другое лекарственное средство стерильным шпателем • Наложить новую стерильную повязку 3 слоями пинцетом • Под дренаж положить надрезанную до середины салфетку • Зафиксировать повязку пластырем, липкой повязкой или бинтом в зависимости от места нахождения раны <p><i>Окончание процедуры:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Поместить использованные инструменты в емкость для дезинфекции • Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции • Снять очки, защитную одежду (передник или халат, маску) и сбросить в емкость или пакет для сбора белья • Обработать руки гигиеническим способом, осушить • Сообщить пациенту о состоянии раны, проинструктировать его о дальнейших действиях • Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
---	--

7	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • перевязка при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки проводится ежедневно • Может проводиться не в перевязочной, а непосредственно у постели больного в палате, по медицинским показаниям, при соблюдении правил асептики и антисептики
8	<p>Достижимые результаты и их оценка:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Очищение раны от микробной флоры • Остановка развития гнойного процесса • Заживление раны вторичным натяжением, без формирования келоидных рубцов, некроза кожи, косметических дефектов

Окончание табл. «Перевязки при гнойных заболеваниях кожи...»

9	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящем лечении и проведении лечебных процедур. Информация о предстоящих процедурах сообщается ему врачом, медсестрой или фельдшером, включает сведения о цели проводимого лечения, желаемых результатах и возможных осложнениях</p>
10	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры • Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения процедуры • Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации • Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) • Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги
11	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <ul style="list-style-type: none"> • Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 2,0
12	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13	<p>Формулы, расчеты, номограммы, бланки и др. документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствует</p>

Перевязки при нарушениях целостности кожных покровов

Код технологии	Название технологии
A02.09.002	Перевязки при нарушениях целостности кожных покровов
1	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу
1.1	<p>Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги</p> <p>1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040600 Сестринское дело</p>
1.2	<p>Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу</p> <p>Отсутствуют</p>
2	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала
2.1	<p>Требования по безопасности труда при выполнении услуги</p> <p>До и после проведения исследования необходимо вымыть руки с мылом или обработать их антисептическим раствором Использование перчаток во время процедуры</p>
3	<p>Условия выполнения простой медицинской услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторно-поликлинические • Стационарные

4	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное	
5	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<ul style="list-style-type: none"> • Перевязочный стол • Стол для инструментов и перевязочного материала • Зажим • Пинцет хирургический • Пинцет анатомический • Пуговчатый зонд • Шпатель • Почкообразный лоток

Продолжение табл. «Перевязки при нарушениях целостности кожных покровов»

		<ul style="list-style-type: none"> • Хирургические ножницы с одним острым концом • Ножницы Рихтера
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	<ul style="list-style-type: none"> • Перекись водорода 3 % • Раствор йода спиртовой 5 % • Раствор бриллиантового зеленого • Октенисепт • Спирт этиловый 70 % • Фурацилин • Клеол 5 мл • Антисептическое средство для обработки рук • Дезинфицирующее средство
5.6	Прочий расходный материал	<ul style="list-style-type: none"> • Бинты — 1–2 шт. • Марлевые шарики — 5–10 шт. • Стерильные большие марлевые салфетки • Стерильные средние марлевые салфетки • Пластырь • Пеленка одноразовая • Перчатки нестерильные • Перчатки стерильные • Пластиковый пакет • Очки • Маска • Стул (для проведения перевязки в положении сидя) • Емкость для дезинфекции
6	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм проведения перевязки <i>Подготовка к процедуре:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Представиться пациенту, рассказать ему о цели и ходе процедуры • Обработать руки гигиеническим способом, осушить • Подготовить все необходимое для перевязки • Помочь пациенту раздеться или освободить повязку от одежды, занять удобное положение в постели, на перевязочном столе, стуле • Надеть перчатки <i>Выполнение процедуры:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Снять фиксирующую повязку бережно и щадяще (пластырь или клеоловую салфетку, бинт) с помощью ножниц Рихтера • Снять поочередно салфетки, прикрывающие рану, по направлению вдоль раны (при снятии повязки в поперечном направлении края раны расходятся, что затрудняет сращение, пациент ощущает боль). При снятии повязки, для уменьшения неприятных ощущений, кожу необходимо придерживать шариком на пинцете. Если повязка не снимается, можно попробовать ее удалить с помощью шарика на пинцете, смоченного рас- 	

	<p>твором перекиси водорода, или применить ванночку с теплым раствором перманганата калия 1:3000</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поместить использованный материал в емкость для дезинфекции или пластиковый пакет (при выполнении процедуры в палате) • Снять перчатки, положить их в емкость для отработанного материала для дезинфекции или в пластиковый пакет • Обработать руки антисептиком • Надеть стерильные перчатки • Осмотреть рану и кожу вокруг нее. Обратит внимание на запах, характер отделяемого, состояние краев (слипшиеся, зияют), наличие симптомов воспаления (боль, отек, гиперемия)
--	--

Окончание табл. «Перевязки при нарушениях целостности кожных покровов»

	<ul style="list-style-type: none"> • Обработать окружающую рану кожу стерильными марлевыми шариками, меняя их после каждого движения и перемещая тампон от наименее загрязненного участка к наиболее загрязненному и от центра к наружи, вначале сухими, затем смоченными растворами дезинфектанта (спирт этиловый 70 %), края раны смазывают 5% раствором йода или 1% раствором бриллиантового зеленого • Удалить скопившийся экссудат (если есть), промокнув стерильными шариками или промывая 3% раствором перекиси водорода, после чего рану осушают сухими тампонами • По назначению врача нанести на рану мазь с помощью шпателя или наложить салфетку, смоченную лекарственным препаратом • Прикрыть рану стерильными салфетками с помощью пинцета не менее чем в три слоя • Фиксировать салфетки полосками лейкопластыря, бинтом или клеевой повязкой <p><i>Окончание процедуры:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Поместить использованные инструменты в емкость для дезинфекции • Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции • Обработать руки гигиеническим способом, осушить • Сообщить пациенту о состоянии раны, проинструктировать его о дальнейших действиях • Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
7	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Перевязка может проводиться по медицинским показаниям, у постели пациента • Для ее проведения используют передвижной манипуляционный столик. Манипуляция проводится с соблюдением правил асептики и антисептики • В течение 15–20 мин после манипуляции необходимо наблюдать за состоянием повязки (фиксация, отделяемое). При пропитывании повязки кровью сообщить врачу
8	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p><i>Цель:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Профилактика развития инфекции и осложнений • Заживление раны в установленные сроки <p><i>Желаемые результаты:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Заживление раны первичным натяжением • Заживление раны в течение 7–10 дней • Ощущение комфорта у пациента
9	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пациент должен быть информирован о предстоящем лечении и проведении лечебных процедур. Информация о предстоящих процедурах сообщается ему врачом, или медсестрой, или фельдшером, включает сведения о цели проводимого лечения, желаемых результатах и возможных осложнениях • Требуется письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на проведение лечебных процедур, так как они являются потенциально опасными для здоровья пациента
10	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения процедуры • Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации процедуры

	<ul style="list-style-type: none"> • Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) • Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги
11	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги: <ul style="list-style-type: none"> • Коэффициент УЕТ врача — 3,0 • Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 2,0
12	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13	Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует

8. Санитарные, гигиенические и противоэпидемические нормы в работе медицинской сестры

Правила личной гигиены для медицинской сестры

Медицинская сестра ежегодно проходит медицинский осмотр с целью охраны здоровья и профилактики инфекционных заболеваний.

При проведении медицинского осмотра привлекаются врачи-специалисты: хирург, гинеколог, терапевт, стоматолог, отоларинголог, окулист; при необходимости — врачи других специальностей. Назначаются лабораторные, функциональные и рентгенологические исследования.

Медицинская сестра консультативной поликлиники согласно «Национальному календарю прививок» проходит вакцинацию (против гриппа, вирусного гепатита В, дифтерии, кори, туберкулеза).

Медицинская сестра поликлиники один раз в год проходит инструктаж по санитарно-противоэпидемиологическим мероприятиям и знаниям регламентирующих приказов с последующей сдачей зачета.

Медицинская сестра должна соблюдать следующие правила личной гигиены:

- Следить за чистотой тела, рук, сменой повседневной (уличной) одежды на специальную медицинскую, одеваемую под халат или костюм.

- Волосы должны быть аккуратно уложены или убраны под медицинскую шапочку.

- Обувь должна не создавать шума и поддаваться обработке.

- Хранить одежду в гардеробе для сотрудников в специально отведенном шкафу.

- Использовать в работе средства индивидуальной защиты (очки, маски, перчатки).

Одним из важных аспектов при соблюдении правил личной гигиены является мытье рук с антисептическим мылом перед и после физического контакта с пациентом.

Технология выполнения медицинской услуги «Гигиеническая обработка рук»:

1	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1	Перечень специальностей / кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности 0406 «Сестринское дело»
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	Отсутствуют
3	Условия выполнения медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические
4	Функциональное назначение медицинской услуги	Чистота рук
5	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Раковина со смесителем
5.2	Лекарственные средства	Не требуются
5.3	Прочий расходный материал	<ul style="list-style-type: none"> • Дозатор жидкого мыла • Диспенсер с разовыми полотенцами
6	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	

6.1	Подготовка к процедуре	С помощью смесителя включить воду
6.2	Выполнение процедуры	<ul style="list-style-type: none"> • Намочить руки под струей проточной воды, нанести на руки 3–5 мл жидкого мыла • Вымыть руки путем механического трения • Попеременно обработать межпальцевые промежутки • Вымыть руки под проточной водой так, чтобы запястья и кисти были ниже уровня локтей
6.3	Окончание процедуры	<ul style="list-style-type: none"> • Выключить воду с помощью смесителя • Высушить руки полотенцем
7	Достижимые результаты и их оценка	Механическое удаление микроорганизмов с кожи рук персонала

Окончание таблицы

8	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациентов и членов его семьи	Не требуется
---	---	--------------

Санитарное содержание кабинетов амбулаторного приема, оборудования, инвентаря

Влажная уборка кабинетов (мытьё полов, протирка мебели, подоконников, дверей и т. д.) должна осуществляться 2 раза в день с применением моющих (мыльно-содовых) растворов и других разрешенных органами и учреждениями санэпидслужбы дезинфицирующих средств. Протирка оконных стекол должна проводиться не реже 1 раза в неделю изнутри и по мере загрязнения, но не реже 1 раза в 4–6 мес, снаружи.

Использование для влажной уборки кабинетов порошкообразных синтетических моющих средств не допускается.

Генеральная уборка кабинетов, помещений с тщательным мытьем стен, полов, всего оборудования, а также протиранием мебели, светильников, защитных жалюзи от пыли должна производиться по утвержденному графику 1 раз в месяц.

Весь уборочный инвентарь (ведра, ветошь, тряпкодержатели) хранятся в санитарной комнате.

На уборочном инвентаре должна быть маркировка с указанием помещения и видов работ. Емкости для мытья стен и полов хранятся отдельно и используются строго по назначению. После завершения работ весь уборочный инвентарь обрабатывается дезинфицирующим средством, с выдерживанием экспозиции, затем ветошь прополаскивается водой, высушивается и хранится в емкости с соответствующей маркировкой.

Уборка кабинета

Цели:

- создание безопасных условий окружающей среды для пациента и персонала;
- уничтожение или сведение к минимуму большинства болезнетворных микроорганизмов на поверхности недвижимых предметов;
- снижение риска перекрестного заражения.

Показания: все помещения, кабинеты, в которых могут находиться пациенты и персонал.

Необходимые условия:

- дезинфектанты;
- уборочный инвентарь;
- влажная уборка 2 раза в день;
- генеральная уборка с дезинфицирующим средством — не реже 1 раза в месяц.

Действия персонала и их обоснование представлены в следующей таблице:

Действие персонала	Обоснование
Надеть специальную одежду	Инфекционная безопасность
Осмотреть помещение с целью уборки	Определение уровня загрязнения
Чистой ветошью, пропитанной дезинфицирующим составом, протереть поверхности подоконников, мебели, приборов и затем пол	Удаление пыли, оседающей на горизонтальные поверхности из воздуха и органических веществ. Эффективность очистки зависит от тщательности трения

Протереть полы: • уборочную ветошь смочить в дезинфицирующем растворе и тщательно протереть обрабатываемую поверхность; • вновь смочить в дезинфицирующем растворе и вымыть необработанные поверхности пола; • моющий раствор менять с учетом норм расхода	Удаление пыли, большинства видов микроорганизмов: • для поддержания необходимой концентрации и эффективности действия дезинфицирующего раствора; • для уничтожения болезнетворных микроорганизмов в воздухе помещений
Уборочный инвентарь после использования подвергнуть дезинфекции. Ветошь прополоскать, высушить и хранить в специальном шкафу	Предотвращение роста числа микроорганизмов во время хранения, дальнейшего заражения помещений
Проветрить кабинет	Чистая окружающая среда сведет до минимума количество болезнетворных микроорганизмов

Медицинская сестра контролирует работу, выполняемую младшим медицинским персоналом, а именно:

- рациональное использование дезинфицирующих средств;
- использование необходимых концентраций дезинфицирующих растворов для дезинфекции предметов ухода;
- качество проведения текущей, заключительной и генеральной уборок;
- содержание, хранение и использование уборочного инвентаря.

Средства и режим дезинфекции медицинского инструментария, изделий медицинского назначения, оборудования с использованием оптимальных концентраций и дезинфектантов нового поколения

Объект, форма дезинфекции	Средство дезинфекции (концентрация, %)	Экспозиция, мин	Способ дезинфекции
Медицинский инструментарий	Перекись водорода 6 %	60	Полное погружение с последующим промыванием
	Люмакс-хлор 0,1 %	60	
	Дезоформ 3 %	30	
	Септодор-форте 0,4 %	60	
Изделия медицинского назначения из металла, стекла, резины	Перекись водорода 6 %	60	Полное погружение с последующим промыванием
	Бриллиант 2 %	30	
	Клиндезин специаль 1 %	60	
	Люмакс 4 %	60	
Руки персонала	Клиндезин-элит	2	Протирание ватным тампоном, смоченным раствором, затем мытье теплой водой с мылом
	Велтосепт	2	
Лоток эмалированный, пластмассовый	Септодор-форте 0,4 %	60	Двукратное протирание, через 15 мин
	Перформ 2 %	60	
	Деохлор 0,1 %	60	
Резиновые перчатки	Перекись водорода 6 %	60	Погружают в раствор с последующим промыванием, высушиванием и талькованием
	Люмакс 4 %	60	
	Деохлор 0,1 %	30	
	Самаровка 3 %	60	
Санитарно-техническое оборудование	Деохлор 0,1 %	60	Двукратно протирают ветошью, смоченной в дезрастворе, после обеззараживания промывают водой
	Велтолен 2,5 %	Согласно инструкции	
	Самаровка 2 % Бианоль 0,5 %	То же 30	
Уборочный инвентарь	Деохлор 0,1 %	60	Погружение в дезинфицирующий раствор, после обеззараживания прополоскивание водой
	Дезэфект 0,8 %	60	
	Люмакс 3 %	60	
	Бебидез ультра 3,5 %	30	
Текущая дезинфекция	Бианол 0,5 %	60	Методом орошения
	Септодор 0,05 %	60	
	Эффект-форте 2,5 %	60	
	Дезэфект 0,8 %	60	
Генеральная уборка	Перекись водорода 6 %	60	Методом орошения
	Септодор-форте 0,4 %	60	
	Деохлор 0,1 %	60	
	Бианол 1,5 %	60	

Памятка по маркировке изделий медицинского назначения

В медицинских учреждениях необходимо проводить маркировку изделий медицинского назначения.

Цель маркировки:

1. Целесообразность использования изделий медицинского назначения и предметов ухода за пациентами.

2. Соблюдение технологии приготовления дезинфицирующих средств.

3. Соблюдение этапов обработки медицинского инструментария и оборудования.

Требования к маркировке:

1. Маркировка наносится трафаретом с самоклеющейся пленкой или через буквенный трафарет масляной краской.

2. Величина маркировочного шрифта: высота буквы — 1,5–2 см; расстояние между буквами не должно превышать 0,5 см.

3. Цветовая гамма маркировки должна соответствовать цветовой гамме помещения.

4. Маркировка производится с боковой стороны емкости.

Перечень маркировочных наименований:

№ п/п	Изделия	Наименование маркировки
1	Емкости для дезинфекции	Предварительная очистка ИМН Окончательная очистка Дезинфекция инструментов Дезинфекция шприцев Дезинфекция перчаток Дезинфекция использованного материала Дезинфекция высокого уровня (ДВУ) Дезинфекция ветоши Дезинфекция поверхностей Дезинфекция термометров Ополаскивание инструментов в дистиллированной воде Дезинфекция смывных вод Предстерилизационная очистка
2	Емкости для хранения	Чистые термометры Чистая ветошь Дистиллированная вода Спирт 70, 96 %
3	Уборочный инвентарь	Для стен Для пола Для туалета Для генеральной уборки
4	Другие	Стерильные растворы Наружные растворы Спиртовые растворы Стерильные укладки Форма — 50 Противошоковая укладка Опасные отходы класса Б Отходы класса А

Структура отходов в ЛПУ

В ЛПУ вне зависимости от его профиля и коечной мощности в результате деятельности образуются отходы, различные по фракционному составу и степени эпидемиологической и экологической опасности.

Группы отходов ЛПУ:

Группы отходов	Описание отходов
Биологические отходы	Патолого-анатомические отходы (удаленные конечности, органы, кости, ткани, опухоли, биоптаты, плацента и т. п.); трупы лабораторных жи-

	вотных и др.
Бумага	Упаковочный картон, писчая бумага, пакеты, газеты и т. д.
Текстиль	Использованные бинты, вата, салфетки, марля и т. п.
Полимерные отходы	Использованные одноразовые шприцы, системы переливания крови, системы для инфузионных растворов, чашки Петри и другие полимеры
Металл	Сломанные медицинские инструменты, скальпели, иглы для шприцев, проволочные шины и т. п.
Стекло	Ампулы, банки, флаконы, пробирки, чашки Петри и т. п.
Лабораторные отходы, относящиеся к категории «инфекционные»	Отходы микробиологических лабораторий (патологический материал, среды с патогенными микроорганизмами); отходы клинических, биохимических, гистологических лабораторий (кровь, моча и другой лабораторный материал)

Окончание таблицы

Группы отходов	Описание отходов
Лекарственные средства. Химикаты	Твердые, жидкие химикаты; дезинфицирующие средства; токсичные вещества; просроченные или фальсифицированные лекарственные средства; цитотоксины
Радиоактивные отходы	Отработанные источники радиоактивных излучений; промоченные фармацевтические препараты, содержащие радиоактивные изотопы
Пищевые отходы	Остатки процессов приготовления и потребления пищевых продуктов
Ртутьсодержащие отходы	Неисправные и сломанные ртутные термометры и другие ртутьсодержащие медицинские приборы; люминесцентные и бактерицидные лампы
Рентгеновская пленка	Использованные рентгеновские снимки; просроченная рентгеновская пленка
Фотоматериалы	Использованные и просроченные фотопленка и фотоснимки; использованные растворы фиксажа и проявителя
Резина	Трубки, перчатки
Подстилка и остатки кормов от лабораторных животных	Опилки, стружка, бумага и т. д.; остатки твердых кормов
Древесина	Списанная мебель и т. п.
Другие виды отходов	Смет, строительный мусор и т. д.

Классы отходов и правила обращения с ними

В соответствии с требованиями СанПиН 2.1.7.728-99 все отходы здравоохранения разделяются по степени их эпидемиологической, токсической и радиационной опасности на 5 классов:

Класс отходов	Категория опасности	Морфологический состав
А	Неопасные	Отходы, не имеющие контакта с биологическими жидкостями пациентов, инфекционными больными; нетоксичные отходы. Пищевые отходы всех подразделений ЛПУ кроме инфекционных (в том числе кожно-венерологических) и фтизиатрических. Мебель, инвентарь, неисправное диагностическое оборудование, не содержащее токсических элементов. Неинфицированная бумага, смет, строительный мусор и т. д.
Б	Опасные (рискованные)	Потенциально инфицированные отходы. Материалы и инструменты, загрязненные выделениями, в том числе кровью. Выделения пациентов. Патолого-анатомические отходы. Органические операционные отходы (органы, ткани и т. п.). Все отходы из инфекционных отделений (в том числе пищевые). Отходы микробиологических лабораторий, работающих с микроорганизмами III–IV групп патогенности. Биологические отходы вивариев
В	Чрезвычайно опасные	Материалы, контактирующие с больными ООИ. Отходы из лабораторий, работающих с микроорганизмами I–IV групп патогенности. Отходы фтизиатрических, микологических больниц. Отходы от пациентов с анаэробной инфекцией
Г	Отходы, по составу близкие к промышленным	Просроченные лекарственные средства, отходы от лекарственных и диагностических препаратов, дезсредства, не подлежащие использованию, с истекшим сроком годности. Цитостатики и другие химиопрепараты. Ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование

Д	Радиоактивные отходы	Все виды отходов, содержащие радиоактивные компоненты
---	----------------------	---

С учетом степени потенциальной опасности отходов ЛПУ для персонала поликлиник отходы условно объединяют в два основных потока.

К первому потоку (класс А) относят отходы, не имевшие контакта с биологическими жидкостями пациентов, инфекционными больными; нетоксичные отходы; пищевые отходы всех подразделений ЛПУ, кроме инфекционных (в том числе кожно-венерологических) и фтизиатрических; использованная мебель и инвентарь; неисправное диагностическое оборудование, не содержащее токсичных элементов; неинфицированную бумагу; смет, строительный мусор и т. д. Обычно данный тип отходов не представляет эпидемиологической опасности для персонала, но требует соблюдения определенных мер предосторожности при транспортировке (например, в герметичных емкостях). Такие материалы могут, хотя и не всегда, обезвреживаться вместе с бытовыми отходами.

Второй поток (классы Б — Д) составляют потенциально опасные отходы, создающие очевидный или скрытый риск для здоровья сотрудников ЛПУ, а также для персонала, обслуживающего схему удаления отходов из ЛПУ. Они образуются в инфекционных, хирургических, акушерских отделениях и операционных, отделениях патологической анатомии и трансплантации, пунктах переливания крови и т. д. При этом особое внимание необходимо уделять следующим категориям отходов:

- иглам, шприцам, скальпелям и другим режущим и колющим инструментам;
- крови и материалам, содержащим выделения больных;
- патолого-анатомическим отходам.

Отходы радиоактивные, ртутьсодержащие, соли металлов и фармацевтические препараты на основе токсичных элементов, токсичные химические вещества и вещества с высокой окислительной способностью относят к категории особо опасных. Несмотря на то, что их накопление в ЛПУ невелико, нельзя исключить их потенциального вредного воздействия на здоровье людей.

Исходя из различной степени эпидемиологической, токсикологической, радиационной опасности к отходам каждого из классов предъявляются различные требования.

Нельзя соединять отходы разных классов в одну упаковку. Для сбора отходов должны быть установлены контейнеры с соответствующей маркировкой. Транспортировку отходов осуществляет специальная бригада.

Профилактика сыпного тифа и педикулеза

В целях профилактики сыпного тифа и педикулеза медицинской сестрой проводится осмотр всех пациентов на педикулез. Результаты осмотра фиксируются в амбулаторной карте.

При обнаружении лиц с педикулезом они отправляются в санитарно-эпидемиологические станции для обработки.

Для проведения противопедикулезной обработки пациентов в ЛПУ должна быть специальная укладка:

№ п/п	Содержимое укладки	Количество
1	Клеенчатая пелерина	1 шт.
2	Тканевая пелерина (мешок) для вещей пациентов (клеенчатый или бумажный)	1 шт.
3	Пеленка	1 шт.
4	Полотенце	1 шт.
5	Косынка	2–3 шт.
6	Частый гребень	1 шт.
7	Машинка для стрижки волос	1 шт.
8	Мыло	1 шт.
9	Ножницы	1 шт.
10	Вата	15–20 г
11	5% раствор перманганата калия	10 г
12	1% раствор бриллиантового зеленого	10 г
13	Инсектицидное мыло «Витар»	1 шт.
14	3% мыло ГХУТ	1 шт.

15	5–10% раствор столового уксуса	50 мл
16	5% борная мазь	1 флакон
17	30% шампунь «Ниттифор»	50 мл
18	Емкость для раствора педикулицида	1 шт.
19	Емкость для дезинфекции использованного гребня	1 шт.
20	Ведро оцинкованное или лоток для сжигания волос	1 шт.
21	Мерная емкость для раствора педикулицида	1 шт.
22	Мерная емкость для дезинфицирующих средств	1 шт.
23	Спички	1 коробок
24	Спиртовка	1 шт.
25	Перчатки резиновые	1 пара

Противопедикулезная обработка может производиться медицинским персоналом, а после соответствующего инструктажа и самим пациентом двумя способами: механическим и обработкой инсектицидами.

Для проведения механической противопедикулезной обработки необходимо:

- надеть защитную одежду;
- вымыть голову с мылом или шампунем;
- прополоскать волосы теплым раствором столового уксуса;
- сквозь зубья частого гребня пропустить ватный жгутик или нитку, обильно смоченную уксусом;
 - тщательно расчесать волосы, наклонив голову над клеенкой или бумагой;
 - по окончании вычесывания клеенку или бумагу вместе с насекомыми сжечь в ведре или лотке;
- провести дезинфекцию использованных предметов;
- помещение, где проводилась противопедикулезная обработка, обработать средствами для дезинфекции помещений;
 - снять защитную одежду и сдать ее в камерную дезинфекцию;
 - вымыть руки;
 - вещи пациента с педикулезом сдать в камерную дезинфекцию.

Действия медицинского персонала при выявлении в поликлинике пациента с инфекционным заболеванием

О каждом случае выявления инфицированного пациента или подозрении на инфекционное заболевание медицинская сестра незамедлительно сообщает по телефону врачу-эпидемиологу больницы.

Медицинская сестра организует проведение текущей дезинфекции кабинета, задачей которой является уничтожение возбудителей инфекционного заболевания, выделяемых во внешнюю среду пациентом. Обеззараживание предметов и объектов проводят дезинфицирующими, моющими, чистящими средствами в концентрации, соответствующей данной инфекции.

Медицинский персонал, находившийся в контакте с пациентом, должен пройти бактериологическое обследование и наблюдаться в течение максимального инкубационного периода для обнаружения первых признаков данной инфекции. При необходимости проводится иммунизация или экстренная химиопрофилактика.

Действия медицинского персонала при выявлении пациента с подозрением или установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция»

Медицинская сестра обязана строго выполнять положение закона РФ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого ВИЧ-инфекцией», и нести ответственность за организацию медицинской помощи пациенту с подозрением или установленным диагнозом ВИЧ-инфекции.

Медицинская сестра, задействованная в оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированному пациенту, должна иметь подготовку по ВИЧ-инфекции и удостоверение о сдаче зачета, тестирование на ВИЧ-инфекцию ей надо проходить ежегодно. Медицинская сестра организует мероприятия, направленные на предупреждение профессионального заражения, выполняет гигиенические мероприятия (мытьё рук, смена спецодежды).

При возникновении случая, который может привести к профессиональному заражению, медицинская сестра проводит комплекс профилактических мероприятий:

- проводит обработку загрязненного кровью или другими биологическими жидкостями участка тела;
- при загрязнении кожных покровов тампоном снимает остатки биоматериала, кожу обрабатывает дезинфицирующими растворами или 70% спиртом двукратно, разными тампонами ваты;
- при нарушении целостности кожных покровов не останавливает кровотечения, а выдавливает кровь из раны, промывает рану водой и обрабатывает 5% раствором йода;
- при попадании крови пациента на слизистые рта их обильно прополаскивают 0,05% раствором марганцовокислого калия или 70% спиртом;
- глаза промывают 0,05% раствором марганцовокислого калия.

О возникновении внештатного случая медицинская сестра ставит в известность администрацию поликлиники совместно со старшей медицинской сестры службы, составляет акт о произошедшем случае и дополнительно регистрирует в специальном журнале, где фиксируются все аварийные ситуации при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным лицам. В случае попадания биологических жидкостей от пациента на незащищенные слизистые или поврежденные кожные покровы (микротрещины, экскориация), нарушения целостности перчаток сообщается в Центр СПИДа и пострадавшая медицинская сестра ставится на диспансерный учет.

9. Оценка качества оказания медицинских услуг пациентам медицинской сестрой

Качество сестринской помощи — совокупность факторов, подтверждающих соответствие оказанной помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям и современному уровню технологий и медицинской науки.

Качество сестринской помощи непосредственно зависит от сестринской практики, которая определяет удовлетворенность потребностей пациента в медицинских услугах таким образом, чтобы оказываемая сестринская помощь являлась наиболее безопасной, непрерывной и результативной.

Качество сестринской помощи определяется факторами, которые непосредственно зависят от медицинской сестры и которые от нее напрямую не зависят (она влияет на них опосредованно).

Основные факторы качества сестринской помощи:

- *Профессиональная компетентность* — наличие теоретических знаний и практических умений и применение их на практике.
- *Доступность* — возможность получения необходимой медицинской помощи независимо от экономических, социальных и иных барьеров.
- *Непрерывность* — получение пациентом необходимой медицинской помощи без задержки, перерывов и ненужных повторов.
- *Безопасность* — сведение до минимума риска возможных осложнений заболеваний, побочных эффектов лечения, инфекций и других нежелательных последствий при оказании сестринской помощи.
- *Результативность* — эффективность медицинских вмешательств, улучшающих здоровье пациента в строго контролируемых и наблюдаемых условиях.

Для обеспечения качества сестринской помощи разработаны уровни контроля деятельности медицинских сестер и критерии оценки качества их работы.

Уровни контроля деятельности медицинской сестры:

№ п/п	Уровни контроля	Кем предоставляется информация	Периодичность контроля
1	Первый уровень — внутриотделенческий	Заместитель главного врача Старшая медицинская сестра отделения Старшая медицинская сестра службы	Ежедневно То же « «
2	Второй уровень — внут-	Главный врач	Ежемесячно

	рибольничный	Главная медицинская сестра Совет по сестринскому делу Оргметодотдел Эпидемиологическая служба Провизор аптеки Статистик Бухгалтерия	То же « « « « « « « « « « « «
3	Третий уровень — вне-больничный	Аттестационная комиссия Центр повышения квалификации работников здравоохранения Аккредитационная комиссия Медицинские страховые компании Иные организации	В плановом порядке То же « « « « « « « «

В ЛПУ оценка качества работы сестринского персонала осуществляется старшей медицинской сестрой на основании ежедневного контроля выполнения врачебных назначений, сестринских технологий, ухода за пациентами, освоения и применения инноваций, документирования сестринской деятельности.

Контролю подвергаются все разделы деятельности медицинской сестры поликлиники и оцениваются экспертами трех уровней контроля ЛПУ. Информация по оценке качества работы медицинской сестры фиксируется старшей медицинской сестрой в контрольной карте, и ежемесячно проводится анализ выявленных замечаний.

Контроль осуществляется на основании критериев, которые позволяют объективно оценить деятельность каждой медицинской сестры.

Критерии оценки качества работы медицинской сестры стационара, поликлиники:

№ п/п	Критерий (К), содержание критерия	Балл
1	Профессиональная подготовка специалиста (К1): <ul style="list-style-type: none"> Уровень теоретической подготовки по сестринскому делу Знание и применение на практике регламентирующих документов по основным разделам сестринской деятельности Своевременная сдача тестовых экзаменов и зачетов по приказам МЗ РФ, касающихся компетенции медицинской сестры Участие в проведении техучеб, семинаров, конференций Аттестация на рабочем месте Своевременное освоение смежных специальностей с последующей сдачей зачета Самообразование и самосовершенствование 	0–3
2	Организация труда медицинской сестры (К2): <ul style="list-style-type: none"> Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка больницы Рациональная организация своего труда в кабинете ЛПУ Соблюдение графика взаимодействия с подразделениями больницы в интересах пациента Соблюдение правил охраны труда, ТБ, ППБ и правил действия при ЧС Обеспечение контроля и исправности медицинского инструментария, оборудования, предметов ухода Соблюдение исполнительской дисциплины Освоение и владение инновациями в работе медицинской сестры Соблюдение сохранности материальных ценностей 	0–3
3	Сестринская практика (К3): <ul style="list-style-type: none"> Своевременное выполнение врачебных назначений Владение техникой выполнения процедур и манипуляций по стандартам и разъяснение содержания ПМУ пациентам и их родственникам Применение необходимых концепций, теорий и исследований в практич. деятельности Своевременное предоставление неотложной доврачебной помощи при острых состояниях, несчастных случаях и различных видах катастроф с последующим вызовом врача к пациенту или направлением его в ближайшее ЛПУ Использование терапевтических методов общения с пациентом Знание и соблюдение правил хранения, учета и использования лекарственных средств, перевязочного материала, рецептурных бланков 	0–3
4	Оказание доврачебной помощи (К4): <ul style="list-style-type: none"> Наличие наборов для оказания посиндромной помощи 	0–3
5	Этико-деонтологические взаимоотношения (К5): <ul style="list-style-type: none"> Соблюдение Этического кодекса медицинской сестры России Соблюдение принципов деонтологии, профессиональной компетенции, законных 	0–3

	специалиста													
К2	Организация труда медицинской сестры													
К3	Сестринская практика													
К4	Оказание доврачебной помощи													
К5	Этико-деонтологические взаимоотношения													
К6	Инфекционная безопасность													
К7	Документирование сестринской деятельности													
ИКК														

Подпись медицинской сестры _____

Подпись осуществившего контроль _____

ПРИЛОЖЕНИЕ К КОНТРОЛЬНОЙ КАРТЕ № 1

Замечания, выявленные во время контроля

Дата контроля _____

Уровень контроля _____

Кем предоставлена информация _____

(ФИО, должность)

Замечания: _____

Предложения и сроки устранения: _____

Подпись _____

Предложенная модель оценки качества оказания сестринской помощи пациентам в настоящее время апробируется и может использоваться для создания модели конечных результатов деятельности медицинских сестер как один из рычагов экономического и морального стимулирования.

10. Приказы Минздравсоцразвития РФ, федерального ФОМС РФ

Приказ МЗ РФ от 10.02.2003 № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях»

В целях совершенствования акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Инструкцию по организации работы женской консультации (Приложение № 1).

1.2. Схемы динамического наблюдения беременных и родильниц (Приложение № 2).

1.3. Схемы динамического наблюдения гинекологических больных (Приложение № 3).

2. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Шарапову О. В.

Министр

Ю. Л. ШЕВЧЕНКО

*Приложение № 1
к Приказу Минздрава России
от 10.02.2003 № 50*

Инструкция по организации работы женской консультации

В оказании амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи ведущую роль играет женская консультация.

Учитывая особое значение женских консультаций в профилактике осложнений беременности, родов, послеродового периода, охране репродуктивного здоровья женщин, в целях развития и дальнейшего совершенствования организации акушерско-гинекологической помощи, эти учреждения внесены в номенклатуру учреждений здравоохранения, утвержденную в установленном порядке.

Женские консультации осуществляют амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь в соответствии с действующим положением об организации деятельности женской консультации, утвержденным приказом Минздрава России от 30.12.1999 № 462 «О совершенствовании организации медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным» (в гос. регистрации не нуждается; письмо Минюста России от 09.02. 2000 № 820-ЭР).

Территория деятельности женской консультации устанавливается соответствующим органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Режим работы женской консультации организуется с учетом обеспечения максимальной доступности амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женскому населению. В женских консультациях время работы рекомендуется устанавливать с 8 до 20 часов; в субботу, предпраздничные и праздничные дни — с 8 до 18 часов. Неотложная акушерско-гинекологическая помощь обеспечивается специализированными отделениями больниц или родильных домов. Информация о часах работы женской консультации, расписании приемов врачей всех специальностей, лечебных и диагностических кабинетов, работе школы материнства размещается у регистратуры.

Следует предусмотреть возможность самозаписи на прием к врачу или посещения врача с талоном на руках. Запись к специалистам и для обследования может быть предварительной. В соответствии с этими записями акушерка готовит к приему необходимую документацию. Женщине предоставляется право выбора врача по ее желанию. В целях оптимизации преемственности рекомендуется наблюдение женщины во время беременности и после родов одним и тем же врачом.

Помощь на дому беременным, родильницам и гинекологическим больным оказывает лечащий или дежурный врач женской консультации. Помощь на дому осуществляется в день вызова. После посещения женщины врач вносит соответствующую запись в первичную медицинскую документацию. Лечебные и диагностические манипуляции на дому выполняются средним медицинским персоналом (по назначению врача).

Структуру и штаты женской консультации утверждает главный врач (заведующий).

Штаты женской консультации и дневных стационаров в амбулаторно-поликлинических учреждениях устанавливаются в соответствии с действующими нормативами. Индивидуальные нормы нагрузки (обслуживания) врачей акушеров-гинекологов амбулаторно-поликлинических учреждений устанавливаются руководителями учреждений здравоохранения в зависимости от конкретных условий труда (приказ Минздрава СССР от 31.08.1989 № 504 «О признании рекомендательными нормативных актов по труду»).

Пятидневная или шестидневная рабочая неделя устанавливается администрацией учреждения с учетом специфики работы.

Во время приема больных основную помощь врачу оказывает акушерка, которая готовит инструменты, медицинскую документацию, осуществляет взвешивание беременных, измерение артериального давления, оформляет выдачу направлений на анализы и консультации, проведение лечебных процедур, патронаж на дому.

В штаты женской консультации рекомендуется вводить социальных работников.

Социальный работник участвует в работе по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи. Основной его задачей является работа с подростками, молодежью и женщинами социальной группы риска по предупреждению непланируемой беременности, инфекций, передаваемых половым путем.

Организация наблюдения и медицинской помощи беременным

При первом обращении женщины в консультацию по поводу беременности врач знакомится с общим и акушерско-гинекологическим анамнезом, обращая особое внимание на семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте соматические и гинекологиче-

ские заболевания, особенности менструального цикла и репродуктивной функции.

При ознакомлении с семейным анамнезом следует выяснить наличие у родственников сахарного диабета, гипертонической болезни, туберкулеза, психических, онкологических заболеваний, многоплодной беременности, наличие в семье детей с врожденными и наследственными заболеваниями.

Необходимо получить сведения о перенесенных женщиной заболеваниях, особенно краснухе, токсоплазмозе, генитальном герпесе, цитомегаловирусной инфекции, хроническом тонзиллите, болезнях почек, легких, печени, сердечно-сосудистой, эндокринной, онкологической патологии, повышенной кровоточивости, операциях, переливании крови, аллергических реакциях, а также об употреблении табака, алкоголя, наркотических или токсических средств.

Акушерско-гинекологический анамнез включает сведения об особенностях менструального цикла и генеративной функции, в том числе о количестве беременностей, интервалах между ними, продолжительности, течении и их исходах, осложнениях в родах и послеродовом периоде; массе новорожденного, развитию и здоровью имеющихся в семье детей. Уточняется наличие в анамнезе инфекций, передаваемых половым путем (генитального герпеса, сифилиса, гонореи, хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, ВИЧ/СПИД-инфекции, гепатита В и С), использовании контрацептивных средств. Выясняется возраст и состояние здоровья мужа, группа его крови и резус-принадлежность, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек.

При первом осмотре беременной оценивается характер ее телосложения, уточняются сведения об исходной массе тела незадолго до беременности, а также характер питания. Обращается особое внимание на женщин с избыточной и недостаточной массой тела.

Критерием избыточной или недостаточной массы тела считается величина выше или ниже стандартной на 15–20 % и более. В качестве стандарта можно использовать индекс Брока (масса тела = длина тела – 100).

Во время осмотра беременной измеряется масса тела, артериальное давление на обеих руках, обращается внимание на цвет кожных покровов и слизистых оболочек, выслушиваются тоны сердца, легкие, пальпируются щитовидная железа, молочные железы, регионарные лимфатические узлы; оценивается состояние сосков. Проводится акушерский осмотр: определяются наружные размеры таза, размеры диагональной конъюгаты и пояснично-крестцового ромба, производится влагалищное исследование с обязательным осмотром шейки матки и стенок влагалища в зеркалах, а также области промежности и ануса. У женщин с физиологическим течением беременности при отсутствии изменений в области влагалища и шейки матки влагалищное исследование осуществляется однократно, а частота последующих исследований по показаниям.

Частота посещений врача акушера-гинеколога и других специалистов женщинами с нормально протекающей и осложненной беременностью, частота лабораторных и других исследований, лечебно-оздоровительных мероприятий, показания к госпитализации содержатся в «Схемах динамического наблюдения беременных женщин и родильниц» (Приложение № 2). Периодичность посещений и объем обследований, необходимость их выполнения врач акушер-гинеколог обсуждает с беременной и получает ее согласие.

Ведение беременных после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и переноса эмбрионов в полость матки (ПЭ) представлено в Приложении № 2.

При физиологическом течении беременности может быть установлена частота наблюдения врачом акушером-гинекологом до 6–8 раз (до 12 нед., 16 нед., 20 нед., 28 нед., 32–33 нед., 36–37 нед.) при условии регулярного (каждые 2 нед.) наблюдения специально подготовленной акушеркой после 28 недель беременности. Изменение числа посещений беременными врача акушера-гинеколога может быть введено регламентирующим документом местного органа управления здравоохранением при наличии условий и подготовленных специалистов.

Особого наблюдения требуют курящие беременные, употребляющие алкоголь или наркотические средства. В целях убеждения в необходимости полного отказа от курения в течение всей беременности и кормления грудью с курящими женщинами проводится разъяснительная работа. При выявлении употребления алкоголя или наркотических средств беременную следует убедить обратиться к врачу психиатру-наркологу по месту жительства в интересах сохранения здоровья своего и будущего ребенка. Дальнейшее наблюдение за течением беременности, а также после родов осуществляется врачом акушером-гинекологом с выполнением рекомендаций врача психиатра-нарколога. Для профилактики и коррекции отклоне-

ний в течении беременности и уменьшения токсического влияния наркотиков и алкоголя рекомендуется использование препаратов из группы естественных метаболитов.

Беременные, инфицированные ВИЧ, наблюдаются врачом акушером-гинекологом женской консультации совместно с врачом-инфекционистом, который назначает курсы соответствующей терапии по согласованию с территориальным центром по профилактике и борьбе со СПИДом и определяет стационар для родоразрешения.

При выявлении беременных в возрасте до 18 лет в случае принятия положительного решения о сохранении беременности и деторождении они поступают под наблюдение врача акушера-гинеколога территориальной женской консультации, после родов — в центры планирования семьи и репродукции или молодежные центры для индивидуального подбора средств контрацепции.

При первом посещении женщины уточняется срок беременности и предполагаемых родов. В случае необходимости вопрос о сроке беременности решается консультативно с учетом данных ультразвукового исследования.

После первого осмотра врачом акушером-гинекологом беременная направляется на обследование к терапевту, который осматривает ее в течение физиологически протекающей беременности дважды (после первого осмотра врачом акушером-гинекологом и в сроке 30 нед. беременности).

При первом посещении беременной врач терапевт оценивает соматический статус женщины и заносит данные осмотра в «Индивидуальную карту беременной и родильницы». При необходимости запрашивается выписка из «Медицинской карты амбулаторного больного». При наличии экстрагенитальных заболеваний врач терапевт совместно с врачом акушером-гинекологом решает вопрос о возможности пролонгирования беременности. Сведения об экстрагенитальных заболеваниях, впервые выявленных во время беременности или послеродовом периоде, передаются в общелечебную сеть. Динамическое наблюдение за беременными с экстрагенитальными заболеваниями, осуществляемое врачом акушером-гинекологом совместно с терапевтом и другими специалистами, содержится в Приложении № 2.

Беременная также осматривается врачами: стоматологом, окулистом, оториноларингологом и по показаниям — другими специалистами. Консультативная помощь беременным оказывается в специализированных кабинетах женских консультаций, стационарах, базах кафедр образовательных медицинских учреждений, НИИ.

В целях повышения эффективности дородовой диагностики и предупреждения рождения детей с врожденной и наследственной патологией всем беременным проводится пренатальная диагностика в соответствии с приказом Минздрава России от 28.12.2000 № 457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» (в гос. регистрации не нуждается; письмо Минюста России от 12.02. 2001 № 07/1459-ЮД).

При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины ей выдается комиссионное заключение с полным клиническим диагнозом, заверенное подписями специалистов (в зависимости от профиля заболевания), врачом акушером-гинекологом, главным врачом (заведующим) женской консультации, ставится печать учреждения.

На основании данных обследования и лабораторных анализов определяются факторы риска неблагоприятного исхода беременности, к которым относятся:

I. Социально-биологические:

возраст матери (до 18 лет; старше 35 лет);

возраст отца старше 40 лет;

профессиональные вредности у родителей;

табакокурение, алкоголизм, наркомания, токсикомания;

массо-ростовые показатели матери (рост 150 см и менее, масса на 25 % выше или ниже нормы).

II. Акушерско-гинекологический анамнез:

число родов 4 и более;

неоднократные или осложненные аборт;

оперативные вмешательства на матке и придатках;

пороки развития матки;

бесплодие;

невынашивание беременности;

неразвивающаяся беременность;
преждевременные роды;
мертворождение;
смерть в неонатальном периоде;
рождение детей с генетическими заболеваниями и аномалиями развития;
рождение детей с низкой или крупной массой тела;
осложненное течение предыдущей беременности;
бактериально-вирусные гинекологические заболевания (генитальный герпес, хламидиоз, цитомегалия, сифилис, гонорея и др.).

III. Экстрагенитальные заболевания:

сердечно-сосудистые: пороки сердца, гипер- и гипотензивные расстройства;
заболевания мочевыделительных путей;
эндокринопатия;
болезни крови;
болезни печени;
болезни легких;
заболевания соединительной ткани;
острые и хронические инфекции;
нарушение гемостаза;
алкоголизм, наркомания.

IV. Осложнения беременности:

рвота беременных;
угроза прерывания беременности;
кровотечение в I и II половине беременности;
поздний гестоз;
многоводие;
маловодие;
плацентарная недостаточность;
многоплодие;
анемия;
Rh и АВ0 изосенсибилизация;
обострение вирусной инфекции (генитальный герпес, цитомегалия, др.);
анатомически узкий таз;
неправильное положение плода;
переношенная беременность;
индуцированная беременность.

Все беременные группы риска осматриваются главным врачом (заведующим) женской консультации, а по показаниям направляются на консультацию к соответствующим специалистам для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.

Для своевременной оценки отклонений в течении беременности и развитии плода целесообразно также использовать гравидограмму, в которой регистрируются основные показатели обязательного клинического и лабораторного обследования беременных.

Показатели, указанные в первых графах гравидограммы, записываются в их числовом выражении. В графе «Артериальное давление» жирными линиями отмечены границы допустимой нормы систолического и диастолического давления. При каждом посещении беременной и измерении артериального давления точками отмечается уровень систолического и диастолического давления, которые соединяются между собой, образуя 2 отдельные линии систолического и диастолического давления, отражающие динамику АД в течение беременности.

Особое внимание обращается на регистрацию высоты стояния дна матки, представленной на гравидограмме двумя линиями, характерными для нормального увеличения объема матки в течение беременности. При каждом измерении высоты стояния дна матки ее величина отмечается точкой, соединяясь между собой линией. Линия, вышедшая за пределы верхней границы нормы, в большинстве случаев указывает на крупный плод, многоводие, многоплодие, а вышедшая за пределы нижней границы — на внутриутробную задержку роста плода, маловодие, что требует проведения других методов обследования (УЗИ, КТГ, доплерометрия и др.).

Состояние шейки матки оценивается в баллах, особенно у женщин с риском преждевременного прерывания беременности. Для балльной оценки состояния шейки матки ис-

пользуют видоизмененную схему Е. Н. Bishop, представленную в таблице:

Шейка матки	Баллы		
	0	1	2
Длина	более 2 см	менее 2 см, но более 1 см	менее 1 см
Цервикальный канал	наружный зев закрыт	наружный зев проходим для 1 поперечного пальца	внутренний зев открыт
Консистенция	плотная	размягченная	мягкая
Позиция	кзади от проводной оси таза	по проводной оси таза	кпереди от проводной оси таза

При суммарной оценке 4 балла в момент наблюдения хирургической коррекции не требуется, при оценке 5–8 баллов — она необходима. Для более точной диагностики желательно провести ультразвуковое исследование для оценки степени раскрытия истмической части шейки матки. Раскрытие менее 0,8 см оценивается в 1 балл, более 0,8 см — 2 балла.

В последующих графах гравидограммы указывается предлежание плода, наличие его сердцебиения, отеки беременной, что обозначается знаком «+».

При оценке величины прибавки массы тела в течение беременности учитывается массоростовой коэффициент (МРК) женщины в зависимости от характера телосложения (МРК, % = масса тела, кг/рост, см × 100). Для женщин нормального телосложения МРК находится в пределах 35–41 %; имеющих избыточную массу тела МРК — 42–54 %; с недостаточной массой тела МРК — 30–34 %. В каждой весовой категории женщин на гравидограмме представлены линии, отражающие границы нормальной прибавки массы тела во время беременности. При очередном взвешивании в графе «Масса, кг» отмечается величина массы тела, а точкой отмечается величина прибавки массы тела соответственно сроку беременности. Полученные точки соединяются между собой, образуя кривую, отражающую характер прибавки массы тела женщины в течение беременности. Выход кривой за границы нормы при последующих измерениях массы тела беременной является одним из признаков осложнений беременности (отеки, многоводие, маловодие и др.). Общая прибавка массы тела у всех беременных (с ранних сроков до 40 нед.) менее 7 кг или отсутствие ее нарастания в течение нескольких посещений врача может указывать на внутриутробную задержку роста плода.

У женщин, имеющих первоначально недостаточную массу тела, допускается большая прибавка массы тела, чем у остальных. При отсутствии видимых отеков разгрузочные дни у этой категории беременных рекомендуется проводить после тщательного обследования, поскольку они могут относиться к риску наступления преждевременных родов или рождения детей с низкой массой тела.

В комплексной оценке состояния плода женщина сама может использовать тест движений плода «Считай до 10», который является простым информативным диагностическим методом.

Тест движений плода регистрирует сама женщина ежедневно с 28 недель беременности до родов на специальном листе. Уменьшение движений плода или изменение их характера нужно рассматривать как симптом нарушения его состояния.

Начиная с 9 часов утра, женщина считает 10 шевелений плода. Время 10-го шевеления отмечается крестиком в графе, соответствующей сроку беременности и дню недели (дни недели обозначены первыми буквами), после чего дальнейший счет прекращается. При каждом посещении женской консультации беременная предъявляет заполненный лист.

Кроме теста «Считай до 10», можно использовать подсчет числа движений плода в течение 1 часа 3 раза в день (например, 7.00–8.00 ч, 12.00–13.00 ч, 18.00–19.00 ч).

Число шевелений плода менее 10 в течение 12 часов (с 9.00 до 21.00 ч) и менее 3 в течение 1 часа (в каждом измеряемом интервале времени) рассматривается как сигнал тревоги со стороны плода и требует проведения кардиомониторного исследования.

Все данные опроса, обследования, результаты клинико-лабораторных исследований, заключения других специалистов, советы и назначения, а также индивидуальный план наблюдения за течением беременности, который согласуется с главным врачом (заведующим) женской консультации, заносятся в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» при каждом посещении с указанием диагнозов и даты последующей явки на прием и подтверждаются подписью врача.

«Индивидуальные карты беременной и родильницы» хранятся в кабинете каждого вра-

ча акушера-гинеколога в картотеке по датам очередного посещения.

В картотеке должны быть выделены также карты родивших; женщин, подлежащих патронажу, и беременных, госпитализированных в стационар.

Для патронажа отбираются карты женщин, не явившихся в назначенный срок. Патронаж на дому производится акушеркой по назначению врача. Для проведения осмотра на дому акушерка должна иметь тонометр, фонендоскоп, сантиметровую ленту, акушерский стетоскоп или портативный ультразвуковой аппарат.

Записи о результатах патронажного посещения акушеркой заносятся в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» и фиксируются в «Тетради учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)».

В наиболее сложных случаях патронаж на дому проводится врачом акушером-гинекологом.

Беременные с акушерской патологией по показаниям госпитализируются в отделение патологии беременных родильного дома (отделения); при наличии экстрагенитальной патологии рекомендуется госпитализация в отделение патологии беременных родильного дома (отделения), а также в сроке до 36–37 недель беременности — в отделение больницы по профилю заболевания. Беременные с тяжелой акушерской и/или экстрагенитальной патологией могут быть госпитализированы в специализированный родильный дом или перинатальный центр.

Для госпитализации беременных, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, рекомендуется развертывание стационаров дневного пребывания в женских консультациях или родильных домах (отделениях).

Показания к отбору беременных для госпитализации в стационар дневного пребывания:

вегето-сосудистая дистония и гипертоническая болезнь в I и II триместрах беременности; обострение хронического гастрита;

анемия (снижение гемоглобина не ниже 90 г/л);

ранний токсикоз при отсутствии или наличии транзиторной кетонурии;

угроза прерывания беременности в I и II триместрах при отсутствии в анамнезе привычных выкидышей и сохраненной шейке матки;

для проведения медико-генетического обследования, включающего инвазивные методы (амниоцентез, биопсия хориона и др.) у беременных группы высокого перинатального риска при отсутствии признаков угрозы прерывания беременности;

для проведения немедикаментозной терапии (иглорефлексотерапия, психо- и гипнотерапия и др.);

для проведения неспецифической десенсибилизирующей терапии при наличии резус-отрицательной крови;

для обследования и лечения беременных с резус-конфликтом в I и II триместрах беременности;

для оценки состояния плода;

для обследования и лечения при подозрении на фетоплацентарную недостаточность;

для обследования при подозрении на порок сердца, патологию мочевыделительной системы и др.;

для проведения специальной терапии при алкоголизме и наркомании (по показаниям);

в критические сроки беременности при невынашивании в анамнезе без клинических признаков угрозы прерывания;

при выписке из стационара после наложения швов на шейку матки по поводу истмико-цервикальной недостаточности;

для продолжения наблюдения и лечения после длительного пребывания в стационаре.

При ухудшении течения заболевания и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения беременная незамедлительно переводится в соответствующее отделение стационара.

*Приложение № 2
к Приказу Минздрава России
от 10.02.2003 № 50*

Схемы динамического наблюдения беременных и родильниц

Динамическому наблюдению подлежат все беременные, начиная с первой явки по по-

воду беременности, и родильницы.

При физиологическом течении беременности практически здоровой женщине рекомендуется повторно посетить врача акушера-гинеколога с результатами анализов и заключениями врачей через 7–10 дней после первого обращения, а затем 1 раз в месяц до 28 нед. беременности; после 28 нед. беременности 2 раза в месяц. Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом может быть установлена до 6–8 раз (до 12 нед., 16 нед., 20 нед., 28 нед., 32–33 нед., 36–37 нед.) при условии регулярного наблюдения специально подготовленной акушеркой.

При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений врача акушера-гинеколога возрастает.

Объем обследования беременных с акушерской, экстрагенитальной патологией и наличием факторов риска включает также перечень исследований, указанный при физиологической беременности.

В последующих разделах приведены согласно диагнозу частота наблюдения врачом акушером-гинекологом, осмотр других специалистов, лабораторные и другие исследования, основные лечебно-оздоровительные мероприятия, показания к госпитализации.

I. Физиологическая беременность

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

За время беременности 10 раз: после первого осмотра явка через 7–10 дней с анализами, заключением терапевта и других специалистов; в дальнейшем — 1 раз в месяц до 28 нед., 2 раза в месяц — после 28 нед. беременности. Частота наблюдений может быть 6–8 раз при наблюдении акушеркой каждые 2 недели, после 37 нед. — каждые 7–10 дней. При выявлении патологии частота посещений врача акушера-гинеколога возрастает.

Осмотр врачами других специальностей

Терапевт — 2 раза; окулист, отоларинголог, стоматолог — 1 раз при первой явке, в дальнейшем — по показаниям; другие специалисты — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови 3 раза (при первом посещении, при сроке 18 и 30 нед.); анализ мочи при каждом посещении; микроскопическое исследование отделяемого влагалища 2 раза (при первом посещении и сроке 30 нед.); группа крови и Rh-фактор; при резус-отрицательной принадлежности — обследование мужа на групповую и Rh-принадлежность; анализ крови на RW — 3 раза (при первом посещении, сроке 30 нед., за 2–3 нед. до родов); анализ крови на ВИЧ — 2 раза (при первом посещении и сроке 30 нед.); УЗИ — 3 раза (при сроке 10–14 нед., 20–24 нед., 32–34 нед.). Исследование крови на АФП, ХГЧ в 16–20 нед. При первом посещении рекомендуется обследование на наличие возбудителей TORCH-комплекса и носительство вирусов гепатита В и С (тест на гепатит В и С повторяется в III триместре). Тест шевеления плода с 28 нед.; оформление гравидограммы при каждом посещении.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Гигиена беременной; режим труда и отдыха; диета; физио-психопрофилактическая подготовка к родам; ультрафиолетовое облучение; витаминотерапия; профилактика йоддефицитных состояний; бандаж.

II. Беременность патологическая (акушерская патология)

Диагноз Рвота беременных легкая или умеренная

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

1 раз в 10 дней

Лабораторные и другие исследования

Контроль за массой тела, диурезом, АД. Клинический анализ крови, гематокрит; ацетон и кетоновые тела в моче — 1 раз в 2 нед.; биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, прямой и непрямой, электролиты — Na, K, Cl, глюкоза, креатинин) — 1 раз, по показаниям — чаще.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Диета (частое, дробное питание без ограничения жидкости); психотерапия, витамины, антигистаминные препараты, противорвотные и седативные средства.

Показания к госпитализации

Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения.

Диагноз Рвота беременных — неукротимая или тяжелая

Показания к госпитализации

Обследование и лечение в стационаре.

Диагноз Отеки беременных

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

2 раза в неделю. По исчезновении отеков — 1 раз в 1 нед.

Лабораторные и другие исследования

Контроль за массой тела, диурезом, АД. Клинический анализ крови; анализ мочи — 1 раз в 1 нед.; анализ суточной мочи на белок, исследование мочи по Нечипоренко, Зимницкому. Другие исследования — по показаниям.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Диета с ограничением соли и свободной жидкости; лечебно-охранительный режим, режим в домашних условиях (стационар на дому); витаминотерапия, растительные мочегонные средства.

Показания к госпитализации

Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения.

Диагноз Протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности

Показания к госпитализации

Необходимость стационарного лечения.

Диагноз Невынашивание беременности вне беременности

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

В соответствии с графиком обследования.

Осмотр врачами других специальностей

Эндокринолог, невропатолог, окулист, терапевт, генетик, физиотерапевт.

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови, мочи. Измерение ректальной температуры; гистеросальпингография на 18–20-й день менструального цикла с измерением диаметра истмуса; 17-КС на 5-й день цикла и на 4-й день повышения ректальной температуры; бактериологическое и вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала (цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, хламидии, микоплазма) на 3–5-й день менструального цикла; исследование на TORCH-комплекс и Rh-принадлежность крови супругов, определение групповых и Rh-антител, биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок), гемостазиограмма; исследование крови на наличие волчаночного антикоагулянта (ВА) и антитела к ХГЧ, рентгенография черепа и турецкого седла по показаниям; гистероскопия (для выявления внутриматочных синехий); медико-генетическое обследование, УЗИ органов малого таза; спермограмма.

Диагноз Невынашивание беременности вне беременности, обусловленное гиперандрогенией

Лабораторные и другие исследования

Измерение ректальной температуры. Массо-ростовой коэффициент; определение уровня 17-КС в моче, дегидроэпиандростерона (ДЭА), эстрадиола, ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона, 17-гидроксипрогестерона в крови на 5–8-й день менструального цикла и II фазе — уровень эстрадиола и прогестерона; УЗИ органов малого таза. По показаниям — рентгенография черепа, турецкого седла; электроэнцефалограмма; поля зрения; тест на толерантность к глюкозе; медико-генетическое обследование; дифференциально-диагностические гормональные пробы для определения формы гиперандрогении.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Медикаментозное лечение в зависимости от клинико-патогенетических форм гиперандрогении. При гиперандрогении надпочечникового генеза — глюкокортикоидная терапия с 1-го дня менструального цикла и продолжается в течение беременности. Доза подбирается под контролем 17-КС в моче (не более 0,5 мг дексаметазона). При яичниковой форме гиперандрогении — гестагены во II фазу менструального цикла в течение 2–3 циклов, стимуляция овуляции и глюкокортикоиды в индивидуальном режиме. При смешанной форме гиперандрогении — нормализация обменных процессов (снижение веса, при ожирении), гестаге-

ны во II фазу менструального цикла в течение 2–3 циклов, глюкокортикоидная терапия в индивидуальном режиме.

Диагноз Невынашивание беременности во время беременности: I триместр (до 12 нед.)

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

1 раз в 2 нед. с обязательным влагалищным исследованием и осмотром шейки матки в зеркалах.

Осмотр врачами других специальностей

Генетик, эндокринолог, физиотерапевт — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови, мочи. Измерение ректальной температуры до 11 нед., исследование в моче ХГЧ — 1 раз в 2 нед., 17-КС в моче — 1 раз в 1–2 нед. ДЭА в крови. Анализ крови на Rh-групповые антитела; бактериологическое и вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала, гемостазиограмма, исследование крови на ВА и антитела к ХГЧ, биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза). УЗИ матки.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Спазмолитические препараты; по показаниям — глюкокортикоиды в течение всего триместра беременности под контролем экскреции 17-КС в моче; гестагены с 7–8 нед. при яичниковой и смешанной форме гиперандрогении и наступлении беременности после стимуляции овуляции; физиотерапия; иглорефлексотерапия; иммуноцитотерапия (лимфоцитами мужа). По показаниям при хроническом вирусоносительстве иммуноглобулин 3 раза через день в/в кап.

Показания к госпитализации

Угроза прерывания беременности.

Диагноз Невынашивание беременности во время беременности: II триместр (до 28 нед.)

Лабораторные и другие исследования

УЗИ при сроке 20–24 нед. Гемостазиограмма. Исследование крови на ВА и антитела к ХГЧ. При наличии ВА и анти-ХГЧ — гемостазиограмма 1 раз в 2–3 нед. При гиперандрогении: исследование в моче 17-КС — 1 раз в 2 нед.; тонусометрия матки. Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза). Осмотр шейки матки с 12 нед. каждые 2 нед.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Спазмолитические препараты; по показаниям — глюкокортикоиды под контролем экскреции 17-КС в моче (при яичниковой форме гиперандрогении до 20 нед., при надпочечниковой или сочетанной формах продолжить в III триместре; при угрозе выкидыша — продолжить независимо от формы гиперандрогении); физиотерапия; миметики (партусистен, бриканил, сальбутамол, фенотерол); курс профилактической терапии плацентарной недостаточности с 18 нед. При наличии ВА под контролем гемостазиограммы антиагреганты и/или антикоагулянты; иммуноглобулин 3 раза через день в/в кап. при хронической вирусной инфекции.

Показания к госпитализации

Хирургическая коррекция при выявлении истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) до 26 нед. беременности; угроза прерывания беременности.

Диагноз Невынашивание беременности во время беременности: III триместр (с 28 нед.)

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

1 раз в 10 дней.

Осмотр врачами других специальностей

Терапевт — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

УЗИ при сроке 32–34 нед. КТГ, доплерометрия в динамике. Гемостазиограмма. При гиперандрогении — 17-КС в моче. Рентгенопельвиометрия после 38 нед. Механогистерография, тонусометрия матки по показаниям.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Спазмолитическая терапия; по показаниям — глюкокортикоиды до 36 нед.; миметики; физиотерапия; иглорефлексотерапия; курс профилактической терапии плацентарной недостаточности при сроке 32–34 нед., человеческий иммуноглобулин 3 раза через день в/в кап.

Показания к госпитализации

Угроза преждевременных родов, подозрение на излитие околоплодных вод, плацентарная недостаточность.

Диагноз Невынашивание беременности вне беременности, обусловленное инфекционным генезом

Лабораторные и другие исследования

Микроскопическое исследование отделяемого влагалища; бактериологическое и вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала (цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, хламидии, микоплазма); вирусурия; исследование крови на иммунный и интерфероновый статус; гистохимическое исследование лимфоцитов крови.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Антибактериальная терапия в сочетании с энзимотерапией (вобэнзим, флогензим) с 1-го по 7-й день менструального цикла с одновременным и аналогичным лечением мужа; с 7-го дня цикла в течение 2 нед. прием иммуномодулирующих препаратов и индукторов интерферона (имунофан в/м через день № 10); при недостаточном эффекте терапии или при сочетании с аутоиммунными нарушениями применение плазмафереза или эндоваскулярное лазерное облучение крови.

Диагноз Невынашивание беременности во время беременности: I триместр

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

1 раз в 2 нед.

Лабораторные и другие исследования

Дополнительно к объему рутинного обследования: бактериологический и бактериоскопический мониторинг отделяемого влагалища и цервикального канала 1 раз в 2–3 нед.; исследование отделяемого из цервикального канала на наличие указанных выше вирусов.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Комплексы метаболической терапии 1 раз в 10 дней; иммуноглобулин в/в кап. 3 раза через день; иммуноцитотерапия лимфоцитами мужа.

Диагноз Невынашивание беременности во время беременности: II триместр

Лабораторные и другие исследования

Контроль за состоянием шейки матки каждые 2 нед.; при угрозе прерывания беременности или при коррекции ИЦН — микроскопический и бактериологический мониторинг отделяемого и мазков из влагалища и цервикального канала 1 раз; при отсутствии угрозы или коррекции ИЦН — 1 раз в 2–3 нед.; вирусологическое исследование отделяемого цервикального канала; определение специфических антител к вирусам ЦМВ и ВПГ; исследование в крови АФП, ХГЧ, эстриола и 17-ОП в 16–20 нед.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Своевременная коррекция истмико-цервикальной недостаточности; антибактериальная и энзимотерапия по показаниям; комплексы метаболической терапии с интервалом в 10 дней; иммуноглобулин в/в кап. 3 раза через день: противовирусные препараты (виферон, интерферон альфа-2 1 св. 2 раза в течение 10 дней), неспецифические иммуностимуляторы (женьшень, элеутерококк); профилактика плацентарной недостаточности. Санация влагалища по показаниям с использованием эубиотиков.

Диагноз Невынашивание беременности во время беременности: III триместр

Лабораторные и другие исследования

Бактериоскопическое исследование отделяемого влагалища 1 раз в 2 нед.; бактериологическое и вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала 1 раз в 2 нед.; определение специфических антител к ЦМВ и ВПГ; противовоспалительные цитокины в крови и слизи из цервикального канала (по показаниям). УЗИ плода, доплерометрия и КТГ в динамике.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Комплекс метаболической терапии через 10 дней; иммуноглобулин в/в кап. 3 раза через день; противовирусные препараты (свечи виферона 1 раз ежедневно в течение 10 дней), профилактика плацентарной недостаточности. Санация влагалища (по показаниям). Плазмаферез.

Диагноз Невынашивание беременности вне беременности, обусловленное аутоиммунным генезом

Лабораторные и другие исследования

Дополнительно к общеклиническому обследованию: гемостазиограмма (ТЭГ, агрега-

ция тромбоцитов, растворимые комплексы мономеров фибрина, продукт деградации фибрина); исследование крови на наличие волчаночного антикоагулянта, антитела к ХГЧ, антитиреоидные антитела.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

При нарушении гемостазиограммы — антиагрегантная и антикоагулянтная терапия в индивидуальных дозах под контролем показателей гемостазиограммы; энзимотерапия; плазмаферез.

Диагноз Невынашивание беременности во время беременности: I триместр

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

1 раз в нед.

Лабораторные и другие исследования

Гемостазиограмма 1 раз в нед.; исследование крови на ВА и анти-ХГЧ антитела 1 раз в нед. (до подбора адекватной дозы глюкокортикоидов); антитиреоидные антитела по показаниям.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Антиагрегантная и антикоагулянтная терапия по показаниям под контролем гемостазиограммы; глюкокортикоиды от 1 до 2 табл.; системная энзимотерапия; плазмаферез; профилактика плацентарной недостаточности; иммуноглобулин в/в кап. 3 раза через день, комплексы метаболической терапии, санация влагалища по показаниям.

Показания к госпитализации

Угроза выкидыша.

Диагноз Невынашивание беременности во время беременности: II триместр

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

1 раз в 2 нед.

Лабораторные и другие исследования

Гемостазиограмма 1 раз в 2 нед.; определение ВА и анти-ХГЧ антител при отклонении показателей гемостазиограммы от нормы. Микроскопическое, бактериоскопическое, бактериологическое, вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала 1 раз в месяц. УЗИ, доплерометрия в 20–24 нед. Определение в крови АФП, ХГЧ, эстриола и 17-ОП в 16–20 нед.; антитиреоидных антител (по показаниям).

Диагноз Невынашивание беременности во время беременности: III триместр

Показания к госпитализации

Угроза преждевременных родов.

Диагноз Переношенная беременность

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

1 раз в 4–5 дней в течение 8–10 дней после предполагаемого срока родов.

Лабораторные и другие исследования

Определение зрелости шейки матки. Амниоскопия. УЗИ, КТГ, доплерометрия после предполагаемого срока родов.

Показания к госпитализации

Уточнение диагноза перенашивания беременности и решение вопроса о родоразрешении.

Диагноз Беременность у женщин с Rh(–) или ABO несовместимостью без явлений сенсибилизации

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

В соответствии с графиком.

Лабораторные и другие исследования

Определение группы крови и Rh-фактора мужа. Анализ крови на Rh и групповые иммунные антитела 1 раз в 2 мес.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Неспецифическая десенсибилизирующая терапия при сроке 10–12, 24–25, 32–33 нед. При Rh(+) крови мужа введение иммуноглобулина анти-Rh в дозе 350 мг в/м в 28–30 нед. Повторное введение иммуноглобулина не позднее 48–72 часов после родов.

Диагноз Беременность у женщин с Rh(-) или ABO несовместимостью с явлениями сенсibilизации

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

2 раза в мес.

Осмотр врачами других специальностей

Генетик — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Иммуногенетический анализ крови супругов на изоантигены. Анализ крови на Rh и групповые иммунные антитела 1 раз в 1 мес. до 32 нед.; 2 раза в 1 мес. с 32 до 35 нед., затем еженедельно. УЗИ плода в сроки 10–14, 20–24, 32–34, 36–37 нед. КТГ, доплерометрия в динамике. Амниоцентез (по показаниям).

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Неспецифическая десенсибилизирующая терапия при сроке 10–12, 24–25, 32–33 нед.; при выраженной сенсibilизации глюкокортикоиды ежедневно с 26–28 нед. Иммуноцитотерапия в 10–12 нед. и повторно через 4 месяца в зависимости от уровня титра Rh-антител.

Показания к госпитализации

Госпитализация в зависимости от сроков гибели плода с гемолитической болезнью при предыдущих родах, а также в 30–34 нед. с учетом титра Rh-антител, данных УЗИ о состоянии плода. Прерывание беременности вне зависимости от срока при тяжелой форме гемолитической болезни плода.

Диагноз Предлежание плаценты без кровотечения, обнаруженное во время беременности

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

Не реже 1 раза в 2 нед. до 30 нед., затем еженедельно.

Осмотр врачами других специальностей

Терапевт.

Лабораторные и другие исследования

Гемостазиограмма. УЗИ плода 1 раз в 1 мес.; КТГ, доплерометрия в динамике.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Ограничение физической нагрузки; соблюдение режима труда и отдыха; витаминотерапия.

Показания к госпитализации

В 36–37 нед. для обследования и решения вопроса о сроках родоразрешения.

Диагноз Многоводие

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

1 раз в 1 нед.

Осмотр врачами других специальностей

Терапевт, генетик, другие специалисты — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Исследование на выявление сахарного диабета, резус-конфликта, хронической инфекции. Исследование плода для исключения врожденной и наследственной патологии (УЗИ, АФП, ХГЧ, эстриол, 17-ОП). УЗИ для определения объема амниотических вод. КТГ, доплерометрия в динамике. Рентгенопельвиометрия после 38 нед.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Диета гипохлоридная. Медикаментозная терапия (по показаниям).

Показания к госпитализации

Острое многоводие или его нарастание. Подозрение или наличие пороков развития плода.

Диагноз Узкий таз

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

В соответствии с графиком обследования.

Лабораторные и другие исследования

Рентгенопельвиометрия после 38 нед. УЗИ, КТГ, доплерометрия в динамике.

Показания к госпитализации

В 37–38 нед. для решения вопроса о родоразрешении.

Диагноз Неправильное положение плода, в т. ч. тазовое

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

После 30 нед. еженедельно.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Корригирующая гимнастика после 32–34 нед.

Показания к госпитализации

Госпитализация до родов.

III. Беременность и экстрагенитальная патология

Диагноз Ревматические пороки сердца

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

2 раза в 1 мес., после 30 нед. 3–4 раза в 1 мес.

Осмотр врачами других специальностей

Срочная консультация терапевта и в дальнейшем динамическое наблюдение; ревматолог; по показаниям — другие специалисты.

Лабораторные и другие исследования

ЭКГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее 10 нед.), УЗИ сердца; ревматические пробы (определение титра антигиалуронидазы, анти-О-стрептолизина, дифениламиновая проба, С-реактивный белок и др.); другие исследования — по показаниям. КТГ, доплерометрия в динамике.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Специальная физическая подготовка к родам; соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки, медикаментозная терапия по назначению терапевта, ревматолога.

Показания к госпитализации

Уточнение диагноза и решение вопроса о возможности продолжения беременности при сроке до 10 нед., появление признаков декомпенсации (при любом сроке беременности); курс профилактической терапии при сроке 28–29 нед. и за 2–3 нед. до родов.

Диагноз Врожденные пороки сердца

Осмотр врачами других специальностей

Срочная консультация терапевта, в дальнейшем — его динамическое наблюдение; консультация кардиолога, генетика.

Лабораторные и другие исследования

ЭКГ, УЗИ сердца; рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее 10 нед.); УЗИ плода в 20–24 нед.; КТГ, доплерометрия в динамике.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки; медикаментозная терапия по назначению терапевта.

Диагноз Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

В соответствии с графиком.

Осмотр врачами других специальностей

Срочная консультация терапевта и его наблюдение (в I половине беременности не реже 1 раза в 1 мес., во II половине — не реже 2 раз в 1 мес.). Окулист — 2–3 раза во время беременности, чаще — по показаниям. Другие специалисты по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Частота клинических анализов крови, мочи, повторная ЭКГ по назначению терапевта. Исследование глазного дна — 2–3 раза. УЗИ, КТГ, доплерометрия плода. Другие исследования и анализы — по показаниям.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Медикаментозная терапия по назначению терапевта, соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки; физиопсихопрофилактическая подготовка к родам с ограничением физической нагрузки; диета.

Показания к госпитализации

Обследование и решение вопроса о сохранении беременности при наличии I–IIА ста-

дии заболевания. Прерывание беременности или лечение при отказе женщины прервать беременность при наличии IIБ и III стадии заболевания. Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения. Ухудшение состояния плода. Присоединение позднего гестоза беременных. Обследование при сроке 37–38 нед. для решения вопроса о родоразрешении.

Диагноз *Острый миокардит*

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

По показаниям.

Осмотр врачами других специальностей

Срочная консультация терапевта, кардиолога.

Лабораторные и другие исследования

ЭКГ. Клинический анализ крови.

Показания к госпитализации

Срочное обследование и лечение в терапевтическом отделении или в специализированном акушерском стационаре.

Диагноз *Кардиомиопатия, миокардиодистрофия*

Осмотр врачами других специальностей

Консультация терапевта; кардиолога, эндокринолога — по показаниям. Динамическое наблюдение терапевта (1–2 раза в 1 мес.).

Лабораторные и другие исследования

ЭКГ, УЗИ сердца; рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее 10 нед.). Частота клинического анализа крови — по назначению терапевта. Исследование тиреоидных гормонов в крови для исключения тиреотоксической кардиомиопатии.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки; медикаментозная терапия по назначению терапевта; лечение заболевания, вызвавшего миокардиодистрофию.

Показания к госпитализации

Уточнение диагноза и решение вопроса о возможности пролонгирования беременности до 10 нед. — по назначению терапевта. Появление признаков декомпенсации (при любом сроке беременности), курс профилактической терапии в 28–29 нед. и за 2–3 нед. до родов.

Диагноз *Бронхиальная астма. Хронический бронхит. Хроническая пневмония*

Осмотр врачами других специальностей

Консультация терапевта. В дальнейшем динамическое наблюдение терапевта каждые 2 нед. Консультация пульмонолога (по показаниям).

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови. Рентгенокопия органов грудной клетки (по назначению терапевта). Бактериологический анализ мокроты.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Соблюдение режима труда и отдыха. Профилактика простудных заболеваний. Медикаментозное лечение по назначению терапевта.

Показания к госпитализации

Обострение заболевания.

Диагноз *Анемия, осложняющая беременность*

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

2 раза в 1 мес.

Осмотр врачами других специальностей

Терапевт — 1 раз в 2 нед. (до выздоровления или госпитализации); гематолог — по показаниям; другие специалисты — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови — 1 раз в 1 мес. с подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов. Биохимический анализ крови (общий белок, сывороточное железо, билирубин); другие исследования по назначению терапевта.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Диета, богатая белками, железом и витаминами, препараты, содержащие железо, витамины.

Показания к госпитализации

Уточнение диагноза (характера анемии) в зависимости от общего состояния и гематологических показателей. Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения.

Диагноз *Инфекции мочевыводящих путей при беременности***Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом**

2–3 раза в 1 мес.

Осмотр врачами других специальностей

Терапевт — 2 раза в 1 мес.; уролог (нефролог) и другие специалисты — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови. Клинический и бактериологический анализ средней порции мочи, исследование мочи по Нечипоренко и Зимницкому, проба Реберга, общий белок, мочевины и креатинин крови. УЗИ почек. Диурез. (Частоту указанных исследований устанавливает терапевт или уролог.) Исследования глазного дна — по показаниям. УЗИ почек плода в 20–24 нед. КТГ, доплерометрия в динамике.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Медикаментозная терапия по назначению терапевта, уролога.

Показания к госпитализации

Уточнение диагноза, обострение или острый процесс; присоединение позднего гестоза, угроза прерывания беременности; гипотрофия плода. В 37–38 нед. для решения вопроса о родоразрешении.

Диагноз *Сахарный диабет при беременности***Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом**

2 раза в 1 мес., до 30 нед., 3–4 раза после 30 нед.

Осмотр врачами других специальностей

Эндокринолог (при его отсутствии — терапевт) в порядке динамического наблюдения; окулист — 2–3 раза; другие специалисты — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови, мочи. Определение глюкозы в крови; глюкозы, ацетона в моче; глюкозы в суточной моче — 2–3 раза в 1 мес. Гликемический и глюкозурический профиль. Другие исследования по назначению эндокринолога или терапевта. Биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевины, холестерин, липопротеины, триглицериды, электролиты). Исследование мочи по Нечипоренко, Зимницкому, проба Реберга. Бактериологический посев мочи. Гемостазиограмма. Исследование глазного дна.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Специальная диета. Медикаментозное лечение — под контролем эндокринолога и терапевта.

Показания к госпитализации

Решение вопроса о возможности сохранения беременности, нарушение компенсации сахарного диабета при любом сроке беременности, присоединение позднего гестоза. Уточнение диагноза в терапевтическом или специализированном стационаре.

Диагноз *Инфекция половых путей при беременности***Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом**

До 30 нед. — 2 раза в 1 мес.; после 30 нед. — 3–4 раза в 1 мес.

Осмотр врачами других специальностей

По показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови, мочи. Бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого из влагалища, цервикального канала, уретры. Серологическое исследование крови.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Санация влагалища с последующим введением эубиотиков. Комплексы метаболической терапии. Комплексный иммуноглобулиновый препарат.

Показания к госпитализации

Обследование и лечение.

Обследованию подлежат беременные с отягощенной по сахарному диабету наследст-

венностью; ожирением II–III–IV степени; жалобами на жажду, обильное питье, зуд наружных половых органов, потливость, фурункулез, повышенный аппетит и резкую слабость при данной беременности или в анамнезе; повторно беременные, рожавшие крупных детей (4 кг и более); глюкозурией, впервые выявленной во время данной беременности или установленной при предыдущих беременностях. При подозрении или выявлении гонореи или сифилиса беременную необходимо направить в кожно-венерологический диспансер для уточнения диагноза и лечения.

Диагноз Алкоголизм, наркомания

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

1 раз месяц.

Осмотр врачами других специальностей

Врач психиатр-нарколог 1 раз в месяц.

Лабораторные и другие исследования

По показаниям.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

По рекомендации врача психиатра-нарколога.

Показания к госпитализации

По рекомендации врача психиатра-нарколога.

Диагноз Поражения печени во время беременности

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

До 30 нед. 2 раза в 1 мес., после 30 нед. — 3–4 раза в 1 мес.

Осмотр врачами других специальностей

Терапевт в порядке динамического наблюдения (1 раз в 2–3 мес.). Консультация гастроэнтеролога, гепатолога.

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови (общий белок, билирубин — прямой и непрямой, холестерин, глюкоза, креатинин); печеночные пробы, трансаминазы (лактатдегидрогеназа, щелочная фосфотаза, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза), гемостазиограмма, УЗИ печени, желчного пузыря и протоков.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Соблюдение режима труда и отдыха, диета. Медикаментозная терапия по назначению терапевта или гепатолога.

Показания к госпитализации

Обострение заболевания.

Диагноз Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

До 30 нед. — 2 раза в 1 мес., после 30 нед. — каждые 2 нед.

Осмотр врачами других специальностей

Консультация гастроэнтеролога; осмотр терапевтом — 1 раз в 3 мес., по показаниям — чаще.

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь, по показаниям — гастродуоденоскопия.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Соблюдение режима труда и отдыха; диета. Медикаментозная терапия по назначению терапевта, гастроэнтеролога.

Диагноз Тиреотоксикоз с зобом или без него

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

2 раза в 1 мес. в I и II триместре, после 30 нед. — еженедельно.

Осмотр врачами других специальностей

Консультация терапевта, эндокринолога; в дальнейшем динамическое наблюдение 1–2 раза в 1 мес. Консультация генетика.

Лабораторные и другие исследования

Исследование тиреоидных гормонов, белковосвязанного йода. Анализ крови с под-

счетом тромбоцитов, гемостазиограмма 1 раз в триместр, ЭКГ (по назначению эндокринолога или терапевта); УЗИ плода в 20–24 нед. (по показаниям чаще), КТГ, доплерометрия в динамике.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической и психической нагрузки, медикаментозная терапия по назначению терапевта, эндокринолога.

Показания к госпитализации

В ранние сроки беременности для подбора корригирующей терапии и за 2 нед. до родов (при тиреотоксикозе средней степени в конце I триместра для решения вопроса об оперативном лечении). Обострение заболевания. Тяжелая степень заболевания.

Диагноз Нетоксический узловой зоб

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической и психологической нагрузки. Седативная терапия.

Диагноз Приобретенный гипотиреоз

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Тиреоидные гормональные препараты в течение всей беременности с коррекцией дозы во II половине беременности под контролем тиреоидных гормонов.

Показания к госпитализации

Обследование и лечение в ранние сроки беременности.

Диагноз Варикозное расширение вен нижних конечностей

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

По показаниям.

Осмотр врачами других специальностей

Флеболог или сосудистый хирург — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, гемостазиограмма. Осмотр в зеркалах стенок влагалища — при варикозе наружных половых органов. Пальпация вен. Цветная или дуплексная доплерография вен нижних конечностей.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Бинтование эластичными бинтами или лечебные чулки (I–II класс компрессии). Мазевые/гелевые нестероидные противовоспалительные и антикоагулянтные препараты. Физиотерапия. При появлении жалоб (тяжесть в ногах, боли в области варикозных вен) — ангиопротекторы во II триместре беременности.

Показания к госпитализации

Тромбофлебит; выраженный варикоз нижних конечностей, вульвы или стенок влагалища для решения вопроса о методе родоразрешения при сроке 37–38 нед.

Диагноз Ожирение

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

2 раза в 1 мес. до 30 нед., 3–4 раза в 1 мес. после 30 нед., по показаниям — чаще.

Осмотр врачами других специальностей

Консультация терапевта при I и II степени ожирения 2 раза, при необходимости чаще. При III степени — в порядке динамического наблюдения (1 раз в 1 мес.). Эндокринолог — 1 раз при первой явке, в дальнейшем — по показаниям; другие специалисты — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Исследование на выявление сахарного диабета: глюкоза крови, сахарная кривая с нагрузкой — при первом обращении (при необходимости — по назначению эндокринолога — чаще). Исследование липидного спектра крови (холестерин, триглицериды, липопротеины низкой и высокой плотности). Гемостазиограмма. Диурез.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Диета с ограничением жиров и углеводов, дробное 5–6-разовое питание; строгий контроль за прибавкой массы тела. Медикаментозная терапия по показаниям. Профилактика позднего гестоза, перенашивания, тромбогеморрагических осложнений, крупного плода.

Показания к госпитализации

Признаки позднего гестоза.

IV. Беременность и отдельные факторы риска

Диагноз Беременность у женщин 35 лет и старше

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

В I половину беременности 1–2 раза в 1 мес., после 20 нед. — 2 раза в 1 мес., после 30 нед. — 4 раза в 1 мес.

Осмотр врачами других специальностей

Консультация генетика вне беременности или в максимально ранние сроки.

Лабораторные и другие исследования

УЗИ плода, в 10–14, 20–24 нед., доплерометрия с 24 нед. в динамике. Исследование в крови АФП, ХГЧ, эстриола и 17-ОП в 16–20 нед., КТГ в динамике после 32 нед. Цитогенетическая диагностика хромосомных болезней плода в 10–14 нед. или 20–24 нед. (в зависимости от времени обращения пациентки).

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

По назначению терапевта ЭКГ и др.

Показания к госпитализации

Необходимость проведения биопсии хориона или амниоцентеза. Решение вопроса о родоразрешении при сроке 37–38 нед.

Диагноз Рождение детей с врожденными или наследственными заболеваниями в анамнезе

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

В соответствии с графиком.

Осмотр врачами других специальностей

Консультация генетика вне беременности или в максимально ранние сроки для цитогенетического или молекулярно-генетического исследования. Другие специалисты — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

УЗИ плода в 10–14, 20–24 и 32–34 нед. Биопсия хориона или амниоцентез в 10–14 нед. Амниоцентез или кордоцентез в 20–24 нед. (по показаниям). Определение в крови матери или амниотической жидкости АФП и 17-ОП в 10–14 нед.; АФП, ХГЧ, эстриола, 17-ОП в 16–20 нед.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

По назначению специалистов.

Показания к госпитализации

При выявлении у плода врожденных или наследственных заболеваний госпитализация в любом сроке для прерывания беременности.

Диагноз Плацентарные нарушения

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

1 раз в нед.

Осмотр врачами других специальностей

Генетик — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, креатинин), гемостазиограмма, АФП, ХГЧ, эстриол, ВА и антитела к ХГЧ. Бактериологический анализ отделяемого из цервикального канала, УЗИ, КТГ и доплерометрия в динамике. Измерение стояния высоты дна матки и окружности живота.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Комплексы метаболической терапии, поливитамины, салицилаты, ангиопротекторы.

Показания к госпитализации

Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения.

Диагноз Крупный плод

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

В соответствии с графиком.

Осмотр врачами других специальностей

Эндокринолог, другие специалисты — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Исследование глюкозы в крови, УЗИ плода в 20–24 нед., 32–34 нед. и перед родами. Рентгенопельвиометрия после 38 нед. КТГ, доплерометрия в динамике.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Диета с ограничением углеводов.

Показания к госпитализации

Решение вопроса о родоразрешении при сроке 37–38 нед.

Диагноз Рубец на матке после кесарева сечения или миомэктомии

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

До 20 нед. беременности 1 раз в 3–4 нед. (по показаниям — чаще), с 20 до 28 нед. — 2 раза в 1 мес.: после 28 нед. — не реже 1 раза в 7–10 дней.

Осмотр врачами других специальностей

По показаниям.

Лабораторные и другие исследования

При корпоральном кесаревом сечении или рубце на передней стенке матки после миомэктомии в анамнезе — обязательное УЗИ в 32–34 нед. для определения состояния рубца, КТГ, доплерометрия в динамике. Гемостазиограмма. Выписка из истории родов, закончившихся кесаревым сечением или миомэктомией с указанием локализации удаленных узлов и объема операции.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Ограничение физической нагрузки, при необходимости медикаментозная терапия.

Показания к госпитализации

Срочная госпитализация при подозрении на несостоятельность рубца. Госпитализация в сроке 36–37 нед. для решения вопроса о родоразрешении.

Диагноз Краснуха или контакт с больным краснухой

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

Осмотр в начале и конце заболевания. При контакте с краснухой — частота осмотров не меняется.

Осмотр врачами других специальностей

Консультация инфекциониста.

Лабораторные и другие исследования

Определение титра антител к вирусу краснухи на 7–10-й день после начала заболевания или контакта с больным, повторить через 2 нед. При заболевании обязательно УЗИ плода в 10–14, 20–24 нед., в дальнейшем — по показаниям. Определение уровня АФП, ХГЧ, эстриола в 16–20 нед.; КТГ, доплерометрия в динамике.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

При заболевании — прерывание беременности до 12 нед.; при сохранении беременности — лечение, направленное на ее сохранение.

Показания к госпитализации

Для прерывания беременности.

Диагноз Беременность многоплодная

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

2 раза в 1 мес. до 28 нед., 1 раз в 7–10 дней после 28 нед.

Осмотр врачами других специальностей

Консультация терапевта 3 раза, другие специалисты — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови (1 раз в 2 мес.). Определение в крови гематокрита, ретикулоцитов, сывороточного железа, общего белка, глюкозы, билирубина, мочевины; в 16–20 нед. — АФП, ХГЧ, эстриола и 17-ОП. Гемостазиограмма. Наружная гистерография или тонусометрия матки при сроке 18–19 и 30–31 нед. Контроль за состоянием шейки матки для выявления истмико-цервикальной недостаточности. УЗИ плодов, КТГ, доплерометрия в динамике.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Лечебно-охранительный режим, включающий расширение показаний для соблюдения

постельного режима и временной нетрудоспособности. Обеспечение полноценного питания с преобладанием в пище белков животного происхождения. С 20 нед. в зависимости от тонуса матки назначение минидоз адреномиметиков по 2–4 нед. с перерывом 1–2 нед. Оральный прием железосодержащих препаратов с 16–20 нед. в течение 3 мес.

Показания к госпитализации

Госпитализация в сроке 36 нед. для решения вопроса о родоразрешении.

Диагноз Беременность многоплодная у многорожавшей (при отсутствии патологии)

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

1 раз в 1 мес. до 20 нед., 2 раза в 1 мес. до 30 нед., 1 раз в 1 нед. после 30 нед.

Осмотр врачами других специальностей

Осмотр терапевтом в каждом триместре беременности, другие специалисты — по показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови 1 раз в 1 мес. с определением гематокрита. Гемостазиограмма. Бактериологическое исследование мазков из зева, носа, цервикального канала.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Ограничение физической нагрузки. Диета, богатая белками, железом и витаминами. Курс метаболической терапии в 20–21, 30–31, 37 нед.

Показания к госпитализации

После 37 нед. для подготовки к родам.

Диагноз Беременность многоплодная (миома матки)

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом

До 20 нед. — 1 раз в 3–4 нед.; с 20 нед. — 2–3 раза в 1 мес.

Осмотр врачами других специальностей

По показаниям.

Лабораторные и другие исследования

Клинический анализ крови 1 раз в 1 мес. при значительной величине миомы или неблагоприятной локализации. Гемостазиограмма. Исследование в крови АФП, ХГЧ и эстриола в 16–20 нед. УЗИ матки и плода, КТГ и доплерометрия в динамике.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия

Ограничение физической нагрузки. Спазмолитические средства в течение всей беременности, гестагены до 30–32 нед. Метаболическая терапия. По показаниям после 18 нед. адреномиметики; иглорефлексотерапия.

Показания к госпитализации

Появление боли в области миоматозного узла или быстрорастущая миома. Большие размеры миомы (10 см и более), множественные узлы или их неблагоприятная локализация. Решение вопроса о сохранении беременности до 12 нед. Госпитализация в срок 37–38 нед. для решения вопроса о родоразрешении.

*Приложение № 3
к Приказу Минздрава России
от 10.02.2003 № 50*

Схемы динамического наблюдения гинекологических больных

Динамическому наблюдению подлежат гинекологические больные с хроническим течением заболевания, относящегося к группе риска по возникновению онкопатологии или нарушения репродуктивного здоровья. На каждую женщину заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения», где указывается диагноз заболевания, по которому она поставлена на учет, частота осмотров, проводимые методы обследования и лечения.

Впервые обратившиеся женщины с острыми гинекологическими заболеваниями направляются на стационарное лечение («Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты»), после выписки из стационара подлежат динамическому наблюдению в соответствии с рубрикой заболевания. После излечения, подтвержденного контрольными обследованиями, женщина может быть снята с учета в женской консультации.

В последующих разделах приведены согласно диагнозу перечень диагностических процедур, используемых при установлении диагноза, осмотр врачами других специальностей, пе-

речень диагностических процедур, проводимых в процессе наблюдения и лечения, лечебно-оздоровительные мероприятия, периодичность повторных осмотров врачом акушером-гинекологом, показания к стационарному лечению, критерии снятия с учета.

Объемы обследования и предоперационной подготовки гинекологических больных

Рубрика	Диагностические процедуры	Рубрика	Диагностические процедуры
А — обследование гинекологических больных	Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Исследование при помощи зеркал. Кольпоскопия. Влагалищное исследование. Цитология мазков (РАР-тест)	Б — предоперационная подготовка больных с гинекологическими заболеваниями	Общее физикальное обследование. Пульс. АД. ЭКГ. Клинический анализ крови. Глюкоза крови. Гемостазиограмма. Биохимическое исследование крови. Определение группы крови и резус-фактора. Общий анализ мочи. Бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала, уретры. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки

Окончание таблицы

Рубрика	Диагностические процедуры	Рубрика	Диагностические процедуры
АД — обследование девочек до 18 лет с гинекологическими заболеваниями и больных virgo	Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Осмотр наружных половых органов. Ректо-абдоминальное исследование	БД — предоперационная подготовка девочек до 18 лет с гинекологическими заболеваниями и больных virgo	Общее физикальное обследование. Пульс. АД. ЭКГ. Клинический анализ крови. Глюкоза крови. Гемостазиограмма. Биохимическое исследование крови. Определение группы крови и резус-фактора. Общий анализ мочи. Бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала, уретры. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки

Приказ МзиСР РФ от 30 декабря 2005 г. № 816 «Об утверждении методических рекомендаций по оформлению в 2006 году трудовых отношений между врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии — соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта РФ)»

В соответствии с пунктом 3 Постановления Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 года № 851 «О порядке финансового обеспечения расходов и учета средств на выполнение в 2006 году учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии — соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации) государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи» приказываю:

Утвердить Методические рекомендации по оформлению в 2006 году трудовых отношений между врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии — соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации) согласно приложению.

Министр

М. Ю. ЗУРАБОВ

Не нуждается в государственной регистрации. Письмо Минюста России от 23 января 2006 г. 3 01/385-ВЯ.

*Приложение
к Приказу МЗиСР РФ
от 30 декабря 2005 г. № 816*

Методические рекомендации по оформлению в 2006 г. трудовых отношений между врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики и учреждениями здравоохранения муниципальных образований...

1. Настоящие Методические рекомендации разработаны в целях оказания методической помощи учреждениям здравоохранения муниципальных образований, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии — соответствующим учреждениям здравоохранения субъекта Российской Федерации), по оформлению трудовых отношений с врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (далее — Работники) в части увеличения объема выполняемой ими работы в связи с выполнением государственного задания на оказание дополнительной медицинской помощи.

2. Трудовые отношения между Работниками и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии — соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации) (далее — Работодатели) по выполнению дополнительного объема работы в связи с выполнением государственного задания на оказание дополнительной медицинской помощи, следует оформлять путем заключения дополнительных соглашений к трудовым договорам в письменной форме (далее — дополнительные соглашения), которые составляются в двух экземплярах. Один экземпляр дополнительного соглашения передается Работнику, другой хранится у Работодателя.

Рекомендуемая форма дополнительного соглашения к трудовому договору об увеличении объема работы, выполняемой врачом-терапевтом участковым (врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом)), приведена в приложении № 1 к настоящим Методическим рекомендациям.

Рекомендуемая форма дополнительного соглашения к трудовому договору об увеличении объема работы, выполняемой медсестрой участковой врача-терапевта участкового (медсестрой участковой врача-педиатра участкового, медсестрой врача общей практики), приведена в приложении № 2 к настоящим Методическим рекомендациям.

3. В дополнительном соглашении на определенный им срок рекомендуется возложение на работника обязанностей по выполнению дополнительного объема работы в пределах установленной ему законодательством продолжительности рабочего времени в зависимости от должности:

а) врач-терапевт участковый:

- проведение мероприятий по динамическому медицинскому наблюдению за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- осуществление назначения и выписки лекарственных препаратов отдельным категориям граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- организация, анализ и подведение итогов дополнительной диспансеризации работающего населения;
- проведение диспансеризации неработающих пенсионеров;
- проведение диспансерного наблюдения отдельных категорий прикрепленного населения: с хроническими заболеваниями, часто длительно болеющих лиц и др.;
- организация оказания неотложной медицинской помощи прикрепленному населению;
- проведение иммунизации прикрепленного населения;

— проведение мероприятий по раннему выявлению и профилактике сахарного диабета, онкологических заболеваний, туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний опорно-двигательного аппарата;

— обеспечение преемственности на различных этапах лечения прикрепленного населения;

— медицинский отбор и направление (оформление справки для получения путевки и санаторно-курортной карты) на санаторно-курортное лечение отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора соцуслуг;

— взаимодействие с учреждениями медико-социальной экспертизы по вопросам определения стойкой утраты трудоспособности и реабилитации инвалидов среди прикрепленного населения;

б) врач-педиатр участковый:

— наблюдение детей, имеющих право на получение набора социальных услуг;

— осуществление назначения и выписки лекарственных препаратов отдельным категориям граждан, имеющих право на получение набора соцуслуг;

— проведение профилактических осмотров и диспансерного наблюдения отдельных категорий детей, в том числе детей в возрасте 15–17 лет включительно;

— направление в санаторно-курортные учреждения детей, имеющих право на получение набора социальных услуг и нуждающихся в санаторно-курортном лечении;

— проведение иммунизации детского населения;

— проведение мероприятий по профилактике и раннему выявлению гепатита В и С, ВИЧ-инфекции;

— диспансерное наблюдение детей с заболеваниями, выявленными в результате неонатального скрининга;

в) врач общей практики (семейный врач):

— проведение мероприятий по динамическому медицинскому наблюдению за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора соцуслуг;

— проведение дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;

— организация, анализ и подведение итогов дополнительной диспансеризации работающего населения;

— проведение диспансеризации неработающих пенсионеров;

— проведение диспансерного наблюдения отдельных категорий прикрепленного населения: с хроническими заболеваниями, часто длительно болеющих лиц и др.;

— организация оказания неотложной медицинской помощи прикрепленному населению;

— проведение иммунизации прикрепленного населения;

— проведение мероприятий по раннему выявлению и профилактике сахарного диабета, онкологических заболеваний, туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний опорно-двигательного аппарата;

— увеличение числа граждан (из прикрепленного населения), охваченных профилактическими мероприятиями;

— обеспечение преемственности на различных этапах лечения прикрепленного населения;

— медицинский отбор и направление (оформление справки для получения путевки и санаторно-курортной карты) на санаторно-курортное лечение отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора соцуслуг;

— взаимодействие с учреждениями медико-социальной экспертизы по вопросам определения стойкой утраты трудоспособности и реабилитации инвалидов среди прикрепленного населения;

г) медицинская сестра участковая врача-терапевта участкового:

— участие в организации дополнительной диспансеризации работающего населения;

— проведение дополнительной диспансеризации неработающих пенсионеров;

— проведение мероприятий по динамическому медицинскому наблюдению за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора соцуслуг;

— проведение иммунизации населения;

— ведение форм первичной медицинской документации, учитывающей необходимые сведения в рамках дополнительной диспансеризации работающего населения;

— работа в «Школе здоровья»;

д) медицинская сестра участковая врача-педиатра участкового:

— патронаж семей с детьми, имеющими право на получение набора соцуслуг;

— проведение профилактических осмотров и диспансерного наблюдения отдельных

категорий детей, в том числе детей в возрасте 15–17 лет включительно;

— проведение мероприятий по профилактике и раннему выявлению гепатита В и С, ВИЧ-инфекции;

— проведение иммунизации детского населения;

— патронаж семей, имеющих детей с заболеваниями, выявленными в результате неонатального скрининга;

— проведение работы по формированию здоровья детей раннего возраста;

е) медицинская сестра врача общей практики:

— участие в организации дополнительной диспансеризации работающего населения;

— проведение дополнительной диспансеризации неработающих пенсионеров;

— проведение мероприятий по динамическому медицинскому наблюдению за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора соц. услуг;

— проведение иммунизации населения;

— ведение форм первичной медицинской документации, учитывающей необходимые сведения в рамках дополнительной диспансеризации работающего населения;

— работа в «Школе здоровья».

4. За выполнение дополнительных обязанностей, предусмотренных пунктом 3 настоящих Методических рекомендаций, Работодателю следует устанавливать Работнику надбавку стимулирующего характера к заработной плате по трудовому договору на срок до одного года.

5. Срок действия дополнительного соглашения устанавливается в соответствии со статьей 9 Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2006 год» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, № 52 (часть I), статья 5584), согласно которой финансирование дополнительного государственного задания на оказание дополнительной медицинской помощи предусмотрено на 2006 год.

При этом следует учитывать, что Работник фактически приступит к выполнению дополнительных трудовых функций с даты, предусмотренной в дополнительном соглашении.

6. Рекомендуется заключать только одно дополнительное соглашение об увеличении объема выполняемой работы в связи с выполнением государственного задания на оказание дополнительной медицинской помощи с Работником, занимающим штатную должность в полном объеме (не менее одной ставки) и с соответствующей численностью обслуживаемого прикрепленного населения.

7. При заключении дополнительного соглашения Работодателю следует довести до сведения Работника нормативные акты (включая нормативные акты Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации), касающиеся выполнения дополнительного объема работы.

8. Вступлением в силу дополнительного соглашения следует считать факт допущения Работника к выполнению дополнительного объема работы.

При этом Работодатель обеспечивает допуск Работника к выполнению дополнительного объема работы при условии заключения между учреждением здравоохранения и территориальным фондом обязательного медицинского страхования договора о выполнении государственного задания на оказание дополнительной медицинской помощи.

*Приложение
к Методическим рекомендациям по оформлению
в 2006 году трудовых отношений между
врачами-терапевтами участковыми...
и учреждениями здравоохранения
муниципальных образований...
утвержденным Приказом МЗиСР РФ
от 30 декабря 2005 г. № 816*

**Рекомендуемая форма
дополнительного соглашения к трудовому договору об увеличении объема работы, выполняемой медсестрой участковой врача-терапевта участкового (медсестрой участковой врача-педиатра участкового, медсестрой врача общей практики)**

1. Руководствуясь частью 4 статьи 57 Трудового кодекса Российской Федерации, стороны трудового договора, заключенного _____
(дата)

между _____
(учреждение здравоохранения)

в лице _____,
(наименование должности, ФИО)

именуемой в дальнейшем «Работодатель», с одной стороны, и медсестрой участковой врача-терапевта участкового (медсестрой участковой врача-педиатра участкового, медсестрой врача общей практики) _____
(ФИО)

(наименование структурного подразделения учреждения здравоохранения)

именуемым в дальнейшем «Работник», заключили настоящее дополнительное соглашение к трудовому договору о нижеследующем.

2. В соответствии с настоящим соглашением помимо работы, обусловленной трудовым договором, Работник обязан выполнять в пределах установленной ему нормальной продолжительности рабочего времени следующий дополнительный объем работы на закрепленном за ним участке с населением _____ человек, проживающих _____:
(заполняется учреждением здравоохранения)

(Указывается объем работы в соответствии с пунктом 3 Методических рекомендаций по оформлению в 2006 году трудовых отношений между врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии — соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации) в зависимости от занимаемой должности).

3. За выполнение дополнительного объема работы, определенного настоящим соглашением, Работодатель обязуется ежемесячно выплачивать Работнику надбавку стимулирующего характера к заработной плате в размере _____ (в соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 22 декабря 2005 г. № 171-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2006 год»).

4. Срок действия настоящего соглашения: с «__» _____ 2006 г. по 31 декабря 2006 г.

5. Действие настоящего дополнительного соглашения прекращается в связи с истечением срока, на который оно заключено, в связи с прекращением трудового договора или по соглашению сторон.

6. Адреса сторон и подписи:

Учреждение _____ Работник _____
(ФИО)

_____ Адрес _____
(ФИО, должность)

Приказ МЗиСР РФ от 5 октября 2005 г. № 617 «О порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний»

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря

2004 года № 864 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, № 1 (часть II), ст. 109, № 13, ст. 1178, № 27, ст. 2765, № 32, ст. 3318) приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний.

2. Рекомендовать:

2.1. Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения создать Комиссию по отбору и направлению граждан к месту лечения, включив в ее состав главных специалистов-экспертов соответствующего профиля и представителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, и утвердить Положение о ней.

2.2. Руководителям медицинских учреждений создать Комиссию по отбору больных на обследование и лечение, включив в ее состав ведущих специалистов медицинского учреждения соответствующего профиля, и утвердить Положение о ней.

Министр

М. Ю. ЗУРАБОВ

*Утвержден
Приказом МЗиСР РФ
от 5 октября 2005 г. № 617*

Порядок направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы, связанные с направлением органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг (далее — граждан), для получения ими лечения в медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета при наличии медицинских показаний.

2. При наличии у гражданина медицинских показаний в соответствии с заключением врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения направляется выписка из истории болезни, содержащая данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований, для решения вопроса о выдаче ему направления на лечение.

3. Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения при подтверждении наличия у гражданина медицинских показаний к госпитализации направляет в адрес руководителя медицинского учреждения выписку из истории болезни гражданина, содержащую данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований, соответствующих профилю заболевания, не более чем месячной давности, а также заключение с обоснованием необходимости его лечения в указанном учреждении и заполняет необходимые документы в соответствии с образцом (приложение № 1).

4. Медицинское учреждение в течение 14 дней со дня поступления выписки из истории болезни гражданина, а при очной консультации — в день получения заключения о результатах проведенного обследования гражданина, рассматривает эти документы, выносит решение о необходимости госпитализации и заполняет графы указанного ранее образца. О принятом решении медицинское учреждение информирует соответствующий орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения с указанием даты госпитализации гражданина. Выписка из истории болезни и заключение о результатах проведенных обследований гражданина возвращаются в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

5. Органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения оформляется и выдается гражданину направление на лечение в медицинское учреждение в соответствии с образцом (приложение № 1) и заполняется Талон № 2 указанного образца.

Талон № 2 представляется гражданином в исполнительные органы Фонда социального страхования Российской Федерации для обеспечения их специальными талонами или иными направлениями на право бесплатного получения проездных документов к месту лечения и обратно.

По окончании оказания гражданину медицинской помощи медицинское учреждение выдает ему выписку из истории болезни, содержащую подробные данные о проведенном лечении и рекомендации по дальнейшему ведению и лечению гражданина в лечебно-профилактическом учреждении по месту жительства, а также завершает заполнение необходимого документа в соответствии с образцом (приложение № 2) и заполняет Талон № 1 в соответствии с образцом (приложение № 1), который направляет в соответствующий орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

*Приложение № 1
к Порядку направления граждан органами исполнительной власти
субъектов РФ в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии
медицинских показаний, утвержденному Приказом МЗиСР РФ
от 05.10.2005 № 617*

Образец

Наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения _____

НАПРАВЛЕНИЕ № _____

к месту лечения для получения медицинской помощи
(заполняется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения)
в медицинское учреждение

СНИЛС _____

Дата

1. Код категории льготы _____ 2. Номер страхового полиса ОМС _____

3. Ф.И.О. _____

4. Пол: 1 - муж.; 2 - жен.

5. Дата рождения

6. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер): _____

7. Адрес регистрации по месту жительства: _____

8. Социальный статус, в т.ч. занятость: 1 - дошкольник: 1.1 - организован, 1.2 - неорганизован; 2 - учащийся; 3 - работающий;

4 - неработающий; 5 - пенсионер; 6 - военнослужащий, код _____; 7 - член семьи военнослужащего; 8 - БОМЖ

9. Инвалидность: 1 - I гр., 2 - II гр., 3 - III гр., 4 - установлена впервые в жизни, 5 - степень инвалидности - _____, 6 - ребенок-инвалид;

7 - инвалид с детства; 8 - снята

10. Заключение Комиссии субъекта РФ (диагноз)

Код по МКБ-10

11. 1 - нуждается в медицинской помощи; 2 - в т.ч. повторно по рекомендации МУ

12. Характер заболевания: 1 - острое _____ 2 - хроническое _____

13. Номер и дата ответа МУ _____

№

Дата

14. Дата госпитализации в МУ _____

Подпись Председателя Комиссии органа исполнительной власти субъекта

Российской Федерации в сфере здравоохранения _____

Печать _____

Линия отреза

Наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, выдавшего Направление _____

ТАЛОН № 1

к Направлению к месту лечения для получения медицинской помощи
(заполняется медицинским учреждением (МУ), оказавшим медицинскую помощь)

Направление № _____

СНИЛС _____

Дата

1. Код категории льготы _____ 2. Номер страхового полиса ОМС _____

3. Ф.И.О. _____

4. Пол: 1 - муж.; 2 - жен.

5. Дата рождения

6. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер): _____

7. Адрес регистрации по месту жительства: _____

8. Житель: 1 - город; 2 - село

9. Социальный статус, в т.ч. занятость: 1 - дошкольник: 1.1 - организован, 1.2 - неорганизован; 2 - учащийся; 3 - работающий;

4 - неработающий; 5 - пенсионер; 6 - военнослужащий, код _____; 7 - член семьи военнослужащего; 8 - БОМЖ

10. Инвалидность: 1 - I гр., 2 - II гр., 3 - III гр., 4 - установлена впервые в жизни, 5 - степень инвалидности - _____, 6 - ребенок-инвалид;

7 - инвалид с детства; 8 - снята

11. Наименование направившей организации _____

12. Диагноз направившего учреждения _____

Код по МКБ-10

13. Заключение МУ: 1 - диагноз код по МКБ-10; 2 - нуждается; 3 - код вида ВТМП _____

14. Дата госпитализации _____

13. Номер и дата ответа МУ _____

№

Дата

14. Дата госпитализации в МУ _____

20. Срок повторного лечения _____

21. Стоимость лечения по всем статьям _____ руб.

_____ в том числе по статьям финансирования медицинской

Подпись руководителя МУ _____

Печать _____

Линия отреза

Наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, выдавшего Направление

ТАЛОН № 2

на получение специальных талонов (именных направлений) на проезд к месту лечения для получения медицинской помощи
(заполняется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения)
в медицинское учреждение

СНИЛС _____	Дата	_____	
1. Код категории льготы	_____	2. Номер страхового полиса ОМС	_____
3. Ф.И.О.	_____		
4. Пол: 1 - муж.; 2 - жен.	5. Дата рождения	_____	_____
6. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер):			
7. Адрес регистрации по месту жительства:			
8. Код территории:			
9. Ф.И.О. сопровождающего			
10. Пол: 1 - муж.; 2 - жен.	11. Дата рождения	_____	_____
12. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер):			
13. Адрес регистрации по месту жительства:			
14. Маршрут следования:			
Подпись Председателя Комиссии органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения			Печать

Приложение № 2
к Порядку направления граждан органами исполнительной власти субъектов РФ
в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний,
утвержденному Приказом МЗиСР РФ
от 05.10.2005 № 617
Образец

ЛИСТ ОЖИДАНИЯ
на оказание медицинской помощи
в медицинском учреждении

Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения _____

Медицинское учреждение _____

№ п/п	Название, код субъекта Российской Федерации	Ф.И.О. (кодификация)	СНИЛС	Адрес регистрации по месту жительства	Дата рождения	Диагноз при направлении (МКБ-10)	Дата направления	Наименование медицинского учреждения	Дата консультации	Результат консультации	Нуждаемость в госпитализации	Срок ожидания	Дата госпитализации	Дата выписки	Диагноз при выписке (МКБ-10)	Код оказанной медицинской помощи	Причина несостоявшейся госпитализации
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

ПОДПИСЬ

Приказ МЗиСР РФ от 28 ноября 2005 г. № 701 «О родовом сертификате»

В соответствии с пунктом 5.2.11 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2898; 2005, № 2, ст. 162), и в целях осуществления в 2006 году Фондом социального страхования Российской Федерации функций по оплате услуг медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, оказываемой государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, приказываю:

1. Утвердить:

Форму родового сертификата согласно приложению № 1;

Инструкцию по заполнению родового сертификата согласно приложению № 2;

Порядок обеспечения родовыми сертификатами государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, их учета и хранения согласно приложению № 3.

2. Настоящий приказ вступает в силу одновременно с вступлением в силу Федерального закона «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации».

Министр

М. ЗУРАБОВ

Приложение № 1
к Приказу МЗиСР РФ
от 28 ноября 2005 г. № 701

ФОРМА РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА

Корешок РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА

А 0000000

Ф.И.О. _____ (полностью)

Адрес регистрации места жительства _____

СНИЛС - - Номер полиса ОМС:

Дата выдачи . . Расписка получателя _____

ТАЛОН № 1 РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА

(на оплату услуг по медицинской помощи, оказываемой в период наблюдения женщины до родов)

А 0000000

1. Кем выдан _____ (наименование ЛПУ, осуществляющего наблюдение за беременной женщиной и выдавшего родовый сертификат)

2. Дата выдачи . . 3. Срок беременности (неделя, на момент постановки на учет \ выдачи сертификата)

4. Дата постановки на учет . .

5. СНИЛС - - 6. Номер полиса ОМС:

7. Ф.И.О. _____ (полностью)

8. Дата рождения . .

9. Документ, удостоверяющий личность _____ (название, серия, номер, кем и когда выдан)

10. Адрес регистрации места жительства _____

ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ _____ ПЕЧАТЬ ЛПУ _____

ТАЛОН № 2 РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА

(на оплату услуг по медицинской помощи, оказываемой в период родов женщины)

А 0000000

1. Кем выдан _____ (наименование ЛПУ, выдавшего родовый сертификат)

2. Дата выдачи . .

3. СНИЛС - - 4. Номер полиса ОМС:

5. Ф.И.О. _____ (полностью)

6. Дата рождения . .

7. Документ, удостоверяющий личность _____ (название, номер, серия, когда и кем выдан)

8. Адрес регистрации места жительства _____

ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, осуществляющего наблюдение до родов _____ ПЕЧАТЬ ЛПУ _____

9. Наименование ЛПУ, в котором проходили роды _____

10. Дата родов . . 11. Исход родов (код по МКБ-10)

ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, в котором проходили роды _____ ПЕЧАТЬ ЛПУ _____

выдается женщине на руки вместе с родовым сертификатом для пересдачи в роддом (отделение)

РОДОВЫЙ СЕРТИФИКАТ**А 0000000**

1. Ф.И.О. _____

2. СНИЛС - 3. Номер полиса ОМС:

4. Кем выдан _____
(наименование ЛПУ, выдавшего родовый сертификат)

5. Дата выдачи . .

6. Наименование ЛПУ, в котором проходили роды _____

7. Дата родов . .

8. Время родов .

9. СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ: **Пол** _____

Рост _____

Вес _____

ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, в котором проходили роды _____ ПЕЧАТЬ ЛПУ _____

Приложение № 2
к Приказу МЗиСР РФ
от 28 ноября 2005 г. № 701

Инструкция по заполнению родового сертификата

1. Родовой сертификат заполняется¹ государственными и муниципальными учреждениями (отделениями) здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов, имеющими лицензию на медицинскую деятельность в части осуществления работ и услуг по специальности «акушерство и гинекология» (далее — учреждения здравоохранения).

2. Родовой сертификат состоит из четырех частей:

первая часть — корешок родового сертификата, предназначенный для подтверждения выдачи родового сертификата;

вторая часть — талон № 1 родового сертификата, предназначенный для оплаты учреждениям здравоохранения медицинской помощи, оказываемой женщинам в период беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе (далее — женская консультация);

третья часть — талон № 2 родового сертификата, предназначенный для оплаты учреждениям здравоохранения медицинской помощи, оказываемой женщинам во время родов в родильных домах (отделениях), перинатальных центрах (далее — родильный дом);

четвертая часть — родовый сертификат, служащий подтверждением оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов учреждениями здравоохранения.

3. Родовой сертификат, корешок родового сертификата, талон № 1 родового сертификата и пункты 1–8 талона № 2 родового сертификата одновременно заполняются медицинским работником женской консультации при предъявлении женщиной паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, страхового полиса обязательного медицинского страхования и страхового свидетельства государственного пенсионного страхования².

4. Записи в родовом сертификате выполняются разборчиво на русском языке ручкой синего или фиолетового цвета.

5. При заполнении корешка родового сертификата:

в строке «Ф.И.О.» указывается полностью, без сокращений фамилия, имя, отчество беременной женщины в соответствии с документом, удостоверяющим ее личность;

строка «Адрес регистрации места жительства» заполняется на основании записи в документе, удостоверяющем личность, или документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства;

в строке «СНИЛС» указывается номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;

¹ Родовой сертификат заполняется и выдается женщине при сроке беременности свыше 30 недель.

² Для работающих женщин.

в строке «Номер полиса ОМС» указывается номер страхового полиса обязательного медицинского страхования;

строка «Дата выдачи» включает число, месяц, год выдачи родового сертификата;

строка «Расписка получателя» должна содержать подпись беременной женщины, получившей родовый сертификат.

6. При заполнении талона № 1 родового сертификата:

в п. 1. «Кем выдан» указывается полное наименование и адрес женской консультации, выдавшей родовый сертификат, или ставится ее штамп;

в п. 2. «Дата выдачи» указывается число, месяц, год выдачи родового сертификата;

в п. 3. «Срок беременности» указывается полное число недель на момент постановки женщины на учет для наблюдения в связи с беременностью и полное число недель беременности на момент выдачи женщине родового сертификата.

в п. 4. «Дата постановки на учет» указывается число, месяц, год, когда женщина впервые обратилась в женскую консультацию в связи с данной беременностью;

в п. 5. «СНИЛС» указывается номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;

в п. 6. «Номер полиса ОМС» указывается номер страхового полиса обязательного медицинского страхования;

в п. 7. «Ф.И.О.» указывается полностью, без сокращений фамилия, имя, отчество беременной женщины в соответствии с документом, удостоверяющим ее личность;

в п. 8. «Дата рождения» указывается число, месяц, год рождения женщины в соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность;

в п. 9. «Документ, удостоверяющий личность» указывается конкретное название документа, удостоверяющего личность, а также его реквизиты;

п. 10. «Адрес регистрации места жительства» заполняется на основании записи в документе, удостоверяющем личность, или документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства.

Талон № 1 родового сертификата заверяется подписью руководителя и печатью женской консультации (треугольная печать, предусмотренная для листков нетрудоспособности), проставляемой в правом нижнем углу талона № 1 родового сертификата.

7. При заполнении талона № 2 родового сертификата:

в п. 1. «Кем выдан» указывается полное наименование и адрес женской консультации, выдавшей родовый сертификат, или ставится ее штамп;

в п. 2. «Дата выдачи» указывается число, месяц, год выдачи родового сертификата;

в п. 3. «СНИЛС» указывается номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;

в п. 4. «Номер полиса ОМС» указывается номер страхового полиса обязательного медицинского страхования;

в п. 5. «Ф.И.О.» указывается полностью, без сокращений фамилия, имя, отчество беременной женщины в соответствии с документом, удостоверяющим ее личность;

в п. 6. «Дата рождения» указывается число, месяц, год рождения женщины в соответствии с записью в документе, удостоверяющем ее личность;

в п. 7. «Документ, удостоверяющий личность» указывается конкретное название документа, удостоверяющего личность, а также его реквизиты;

п. 8. «Адрес регистрации места жительства» заполняется на основании записи в документе, удостоверяющем личность, или документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства.

Заполненные пункты 1–8 талона № 2 родового сертификата заверяются подписью руководителя и печатью женской консультации (треугольная печать, предусмотренная для листков нетрудоспособности), проставляемой в правом среднем углу талона № 2 родового сертификата.

8. Пункты 9–11 талона № 2 родового сертификата заполняются медицинским работником родильного дома:

в п. 9. «Наименование ЛПУ, в котором проходили роды» указывается полное наименование и адрес родильного дома, в котором женщине была предоставлена медицинская помощь в период родов, или ставится его штамп;

в п. 10. «Дата родов» указывается число, месяц, год, когда были приняты роды;

в п. 11. «Исход родов» указывается код по МКБ-10.

Заполненные пункты 9–11 талона № 2 родового сертификата заверяются подписью руководителя и печатью родильного дома (треугольная печать, предусмотренная для листов нетрудоспособности, в случае если женщина рожала не по месту жительства — проставляется круглая печать), проставляемой в правом нижнем углу бланка родового сертификата.

9. Заполнение родового сертификата осуществляется в следующем порядке:

9.1. Пункты 1–5 заполняются медицинским работником женской консультации:

в п. 1. «Ф.И.О.» указывается полностью, без сокращений фамилия, имя, отчество беременной женщины в соответствии с документом, удостоверяющим ее личность;

в п. 2. «СНИЛС» указывается номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;

в п. 3. «Номер полиса ОМС» указывается номер страхового полиса обязательного медицинского страхования;

в п. 4. «Кем выдан» указывается полное наименование и адрес женской консультации, выдавшей родовый сертификат, или ставится ее штамп;

в п. 5. «Дата выдачи» указывается число, месяц, год выдачи родового сертификата.

9.2. Пункты 6–9 родового сертификата заполняются медицинским работником родильного дома:

в п. 6. «Наименование ЛПУ, в котором проходили роды» указывается полное наименование и адрес родильного дома, в котором женщине была предоставлена медицинская помощь в период родов, или ставится его штамп;

в п. 7. «Дата родов» указывается число, месяц и год родов;

в п. 8. «Время родов» указываются часы и минуты родов;

в п. 9. «Сведения о ребенке» указывается пол родившегося ребенка, его рост и вес.

Родовый сертификат заверяется подписью руководителя родильного дома и печатью родильного дома (треугольная печать, предусмотренная для листов нетрудоспособности, в случае если женщина рожала не по месту жительства — проставляется круглая печать), проставляемой в правом нижнем углу родового сертификата.

10. Исправленный или зачеркнутый текст родового сертификата (не более двух исправлений) подтверждается записью «исправленному верить», подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения. Оттиски печатей и штампов должны быть четкими и соответствовать названию, записанному в уставе учреждения здравоохранения.

*Приложение № 3
к Приказу МЗиСР РФ
от 28 ноября 2005 г. № 701*

Порядок обеспечения родовыми сертификатами государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, их учета и хранения

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы, связанные с обеспечением родовыми сертификатами государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, оказывающих услуги медицинской помощи женщинам в период беременности, имеющих лицензию на медицинскую деятельность в части осуществления работ и услуг по специальности «акушерство и гинекология» (далее — женские консультации), а также вопросы, связанные с учетом и хранением родовых сертификатов.

2. Изготовление родовых сертификатов обеспечивается Фондом социального страхования Российской Федерации (далее — Фонд).

Родовые сертификаты направляются предприятием-изготовителем в исполнительные органы Фонда.

3. Исполнительные органы Фонда (региональные отделения, филиалы региональных отделений) обеспечивают родовыми сертификатами женские консультации по мере необхо-

димости на основании отчетов-заявок на получение родовых сертификатов, представляемых на соответствующий квартал года в порядке, установленном пунктом 13 настоящего Порядка.

В женских консультациях не допускается наличие запаса родовых сертификатов, превышающего квартальную потребность в них.

4. Выдача родовых сертификатов осуществляется одновременно с оформлением накладных в двух экземплярах, одна из которых (первый) передается женской консультации, вторая остается в исполнительном органе Фонда.

Доставка родовых сертификатов от исполнительных органов Фонда производится за счет средств получателя.

5. Родовые сертификаты являются документами строгой отчетности и должны храниться в специальных помещениях, сейфах или в специально изготовленных шкафах, обитых оцинкованным железом, с надежными внутренними или навесными замками. Помещения, сейфы, шкафы, где хранятся родовые сертификаты, должны быть закрыты на замки и опечатаны печатью.

Родовые сертификаты подлежат бухгалтерскому учету на забалансовом счете 03 «Бланки строгой отчетности».

6. Исполнительные органы Фонда и женские консультации обязаны вести строгий учет родовых сертификатов.

7. Учет прихода и расхода родовых сертификатов осуществляется на бумажном и магнитном носителях по программе, разработанной Фондом.

8. Учет прихода и расхода родовых сертификатов на бумажном носителе осуществляется в книге учета прихода-расхода родовых сертификатов исполнительного органа Фонда и книге учета прихода родовых сертификатов женской консультацией, формы которых предусмотрены приложениями № 1 и 2 к настоящему Порядку. Они должны быть пронумерованы, прошнурованы и иметь на последней странице запись, содержащую количество страниц, наименование, печать и подпись руководителя исполнительного органа Фонда, женской консультации. Записи в книгах производятся в хронологическом порядке лицом, ответственным за получение, выдачу и хранение родовых сертификатов (далее — ответственное лицо).

9. Ответственное лицо назначается приказом руководителя исполнительного органа Фонда, женской консультации.

Ответственное лицо получает родовые сертификаты на основании доверенности, оформленной в установленном порядке (с подписью руководителя, главного бухгалтера, заверенных круглой печатью).

10. Лечащие врачи женской консультации либо работники женской консультации, оформляющие родовые сертификаты централизованно, на основании приказа руководителя женской консультации, получают родовые сертификаты под отчет от ответственного лица. При получении новых родовых сертификатов указанные лица обязаны сдать ответственному лицу корешки ранее полученных родовых сертификатов. Учет распределения родовых сертификатов осуществляется в книге, форма которой предусмотрена приложением № 3 к настоящему Порядку.

11. Оформленные корешки родовых сертификатов хранятся в женских консультациях в течение трех лет, после чего уничтожаются в этой же женской консультации в соответствии с Актом об уничтожении корешков родовых сертификатов, срок хранения которых истек, форма которого предусмотрена приложением № 4 к настоящему Порядку.

12. Женские консультации ведут учет испорченных, утерянных, похищенных родовых сертификатов в Книге учета испорченных, утерянных, похищенных родовых сертификатов, форма которой предусмотрена приложением № 5 к настоящему Порядку.

В конце года женские консультации передают информацию об испорченных, утерянных и похищенных родовых сертификатах в исполнительные органы Фонда.

Испорченные родовые сертификаты хранятся в женских консультациях в отдельной папке, имеющей их опись, в которой указываются фамилия, имя, отчество лечащего врача, выдавшего родовый сертификат, дата сдачи, номера и серии испорченных родовых сертификатов.

Уничтожение испорченных родовых сертификатов производится в женских консультациях по истечении 3 лет комиссией, созданной по приказу руководителя женской консульта-

ции, по Акту об уничтожении испорченных родовых сертификатов, форма которого предусмотрена приложением № 6 к настоящему Порядку.

13. Женские консультации обязаны представлять в исполнительные органы Фонда: ежеквартально, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, отчеты-заявки на получение родовых сертификатов на соответствующий квартал, форма которых предусмотрена приложением № 7 к настоящему Порядку. Отчеты-заявки представляются независимо от того, имеется ли необходимость в получении новых родовых сертификатов;

ежегодно, до 1 февраля текущего года, заявку на родовые сертификаты на следующий календарный год, форма которой предусмотрена приложением № 8 к настоящему Порядку.

Отчет-заявка и заявка подписываются руководителем и главным бухгалтером женской консультации и заверяются печатью женской консультации.

14. Региональные отделения Фонда на основании данных, представленных женскими консультациями, ежегодно, не позднее 10 февраля текущего года, представляют в Фонд заявку на родовые сертификаты на следующий календарный год, форма которой предусмотрена приложением № 8 к настоящему Порядку.

15. Ответственность за получение, распределение и хранение родовых сертификатов, а также за их учет и отчетность по ним несут руководители и главные бухгалтеры исполнительных органов Фонда, женских консультаций.

Лечащие врачи, а также работники женских консультаций, оформляющие родовые сертификаты централизованно, на основании приказа руководителя женской консультации, несут личную ответственность за сохранность полученных родовых сертификатов.

16. Исполнительные органы Фонда осуществляют контроль за организацией учета и хранения родовых сертификатов в женских консультациях.

<...>

**Приказ МЗиСР РФ от 21 июня 2006 г. № 490
«Об организации деятельности медицинской
сестры участковой»**

В соответствии с подпунктом 5.2.11. пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации. 2004. № 28, ст. 2898; 2005. № 2, ст. 162; 2006. № 19, ст. 2080), и в целях дальнейшего совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи населению приказываю:

1. Утвердить:

1.1 Положение об организации деятельности медицинской сестры участковой согласно Приложению 1.

1.2. Учетную форму № 039/у-1-06 «Дневник учета работы медицинской сестры участковой» согласно Приложению 2.

1.3 Инструкцию по заполнению учетной формы № 039/у-1-06 «Дневник учета работы медицинской сестры участковой» согласно Приложению 3.

2. Департаменту трудовых отношений и государственной гражданской службы (А. Л. Сафонов) и Департаменту фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования (Н. Н. Володин) разработать квалификационные требования должности медицинской сестры участковой в срок до 1 ноября 2006 года.

3. Департаменту фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования (Н. Н. Володин) пересмотреть программы переподготовки и повышения квалификации медицинской сестры участковой в срок до 1 ноября 2006 года.

4. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя министра В. И. Стародубова.

Министр

М. Ю. ЗУРАБОВ

Положение об организации деятельности медицинской сестры участковой

1. Настоящее Положение регулирует деятельность медицинской сестры участковой, обеспечивающей оказание медицинской помощи на прикрепленном врачебном (терапевтическом) участке.

2. На должность медицинской сестры участковой назначаются специалисты, имеющие среднее медицинское образование по специальностям «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» и сертификат по специальности «Сестринское дело».

3. Медицинская сестра участковая в своей деятельности руководствуется законодательством Российской Федерации и органов местного самоуправления, а также настоящим Положением.

4. Медицинская сестра участковая осуществляет свою деятельность по оказанию первичной медико-санитарной помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях преимущественно муниципальной системы здравоохранения:

- поликлиниках;
- амбулаториях;
- стационарно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения;
- других лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению.

5. Оплата труда (финансирование деятельности) медицинской сестры участковой осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Медицинская сестра участковая, обеспечивающая оказание медицинской помощи на прикрепленном врачебном (терапевтическом) участке, в рамках своей компетенции:

- формирует совместно с врачом-терапевтом участковым врачебный (терапевтический) участок из прикрепленного к нему населения, ведет персональный учет, информационную (компьютерную) базу данных состояния здоровья обслуживаемого населения, участвует в формировании групп диспансерных больных;

- организует амбулаторный прием врача-терапевта участкового, подготавливает к работе приборы, инструменты, обеспечивает бланками рецептов, направлений;

- проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому воспитанию и образованию обслуживаемого населения, консультирует по вопросам формирования здорового образа жизни;

- осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организует и ведет занятия в школах здоровья;

- изучает потребность населения в оздоровительных мероприятиях и разрабатывает программу проведения этих мероприятий;

- осуществляет диспансерное наблюдение больных, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг, в установленном порядке;

- организует проведение диагностики и лечения заболеваний и состояний, в том числе восстановительного лечения больных в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;

- проводит доврачебные осмотры, в том числе профилактические, с записью в медицинской карте амбулаторного больного;

- оказывает неотложную доврачебную медицинскую помощь больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;

- оформляет направление больных на консультации к врачам-специалистам, в том числе для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;

- проводит мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний, организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке;

сяц									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Оборотная сторона:

Числа месяца	Мероприятия по гигиеническому воспитанию и образованию населения						
	Всего	В том числе					Прочие
		Обучение уходу за больными, самоуходу	Обучение населе- ния принципам здорового образа жизни	занятия в «школах здоровья» с боль- ными, имеющими заболевания:			
				сахарный диабет	бронхиальная астма	болезни сердца и сосудов	
12	13	14	15	16	17	18	19
1							
2							
3							
...							
31							
Итого за месяц							

Подпись медицинской сестры участковой _____

*Приложение 3
к Приказу Минздравсоцразвития России
от 21 июня 2006 г. № 490*

Инструкция по заполнению учетной формы № 039-1/у-06 «Дневник учета работы медицинской сестры участковой»

1. Учетная форма № 039-1/у-06 «Дневник учета работы медицинской сестры участковой» (далее — Дневник) заполняется ежедневно медицинской сестрой участковой в конце рабочего дня.

2. В Дневнике указываются сведения о проделанной работе за каждый день текущего месяца во время амбулаторного приема, при оказании помощи на дому, профилактической работе:

— в графе 1 указываются числа отчетного месяца по порядку;

— в графе 2 указывается суммарное количество проработанных часов во время амбулаторного приема, посещений на дому (в соответствии с установленным графиком работы). В эту же графу включаются часы, проработанные в дневном стационаре (при организации дневного стационара);

— в графе 3 отмечается число посещений во время самостоятельного амбулаторного приема;

— в графах 4 и 5 указывается число посещений на дому с целью оказания медицинской помощи по назначению врача и с профилактической целью;

— в графе 4 — всего посещений на дому;

— в графе 5 — число посещений по поводу заболеваний, с соответствующей записью в учетных документах (учетная форма № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» и учетная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента», утвержденные Приказом Минздравсоцразвития России от 27 ноября 2004 г. № 255).

К посещениям по поводу заболеваний относятся:

- посещения, когда у обратившегося выявлено заболевание;
- посещения для лечения, процедур, манипуляций по назначению врача;
- посещения диспансерным контингентом в период ремиссии;
- посещения больными в связи с открытием листка нетрудоспособности;
- посещения для получения справки о болезни ребенка;

— в графах 6, 7 указывается число проведенных процедур и манипуляций, при этом:

— в графе 6 — общее число проведенных процедур и манипуляций;

— в графе 7 — число процедур и манипуляций, проведенных на дому;

— в графах 8, 9 указывается число проведенных профилактических мероприятий и патронажа из числа всех посещений за день;

- в графе 8 — общее число проведенных мероприятий;
 - в графе 9 — число проведенных профилактических мероприятий на дому;
 - в графах 10, 11 указывается число проведенных реабилитационных мероприятий:
 - в графе 10 — общее число проведенных реабилитационных мероприятий (массаж, физиотерапия и пр., в том числе инвалидам и ветеранам войн);
 - в графе 11 — число реабилитационных мероприятий, проведенных на дому.
- На оборотной стороне дневника:
- в графе 12 указываются числа отчетного месяца по порядку;
 - в графах 13–19 указываются мероприятия по гигиеническому воспитанию и образованию населения:
 - в графе 13 — общее число мероприятий по гигиеническому воспитанию и образованию населения;
 - в графе 14 — число мероприятий по обучению уходу за больными и самоуходу, связанному с конкретными заболеваниями;
 - в графе 15 — число мероприятий по обучению населения принципам здорового образа жизни. Во время групповых занятий по здоровому образу жизни число посещений показывается суммарно по числу присутствующих;
 - в графах 16–18 указывается число проведенных занятий в «школах здоровья» с больными, имеющими заболевания: сахарный диабет, бронхиальная астма, болезни сердца и сосудов;
 - в графе 19 указываются все прочие мероприятия по гигиеническому воспитанию и образованию населения.

Приказ МЗиСР РФ от 30 марта 2006 г. № 223 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации»

В целях совершенствования и дальнейшего развития акушерско-гинекологической помощи населению приказываю:

1. Утвердить:
 - 1.1. Положение об организации деятельности женской консультации согласно приложению № 1.
 - 1.2. Порядок осуществления деятельности врача акушера-гинеколога женской консультации согласно приложению № 2.
 - 1.3. Примерный табель оснащения женской консультации согласно приложению № 3.
2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 462 от 30 декабря 1999 года «О совершенствовании организации медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным».
3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра В. И. Стародубова.

Министр

М. ЗУРАБОВ

*Приложение № 1
к Приказу МЗиСР РФ
от 30.03.2006 г. № 223*

Положение об организации деятельности женской консультации

1. Женская консультация создается органом местного самоуправления (или руководителем лечебно-профилактического учреждения муниципального района (городского округа)) как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа) или как структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения муниципального района (городского округа) для оказания по территориальному принципу первичной медико-санитарной (амбулаторной) акушерско-гинекологической помощи женщинам.

2. Деятельность женской консультации осуществляется в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, нормативными правовыми актами Мин-

здоровоохранения России, настоящим Положением и учредительными документами.

3. Руководство женской консультацией, созданной как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение, осуществляет главный врач, который назначается на должность и освобождается от должности органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации по согласованию с органом местного самоуправления.

Руководство женской консультацией, созданной в структуре лечебно-профилактического учреждения, осуществляет заведующий отделением, который назначается на должность и освобождается от должности руководителем лечебно-профилактического учреждения.

4. Структура и штатная численность медицинского и иного персонала женской консультации утверждается руководителем лечебно-профилактического учреждения в зависимости от объема проводимой работы.

5. Женская консультация может использоваться в качестве клинической базы научных, высших и средних медицинских образовательных учреждений и учреждений дополнительного медицинского образования.

6. В целях оказания квалифицированной первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам, услуг по охране репродуктивного здоровья, профилактике абортов, а также по профилактике, диагностике и лечению гинекологических заболеваний женская консультация осуществляет следующие функции:

диспансерное наблюдение беременных, в т. ч. выделение женщин «групп риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;

выявление, установление медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями на стационарное лечение в учреждения здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных (дорогостоящих) видов медицинской помощи;

проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка;

проведение патронажа беременных и родильниц;

консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортов согласно установленным стандартам и подготовки к беременности и родам;

организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний;

обследование и лечение беременных и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и на дому (стационар на дому);

диспансеризация гинекологических больных в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, включая реабилитацию;

установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение беременных женщин и женщин с гинекологическими заболеваниями;

осуществление прерывания беременности в ранние сроки (при задержке менструации не более 20 дней), а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, криотерапия и т. д.);

обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных между женской консультацией и другими лечебно-профилактическими учреждениями (кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами и т. д.), территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями, региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации;

проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;

проведение экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стой-

кой утраты трудоспособности;

оказание медико-социальной, правовой и психологической помощи;

повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;

выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и персонала, предотвращения распространения инфекций;

проведение мероприятий в области информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, профилактики аборт, а также инфекций, передаваемых половым путем, в т. ч. ВИЧ-инфекции;

проведение анализа показателей работы женской консультации, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи.

7. Рекомендуемая структура женской консультации:

а) регистратура;

б) кабинет врача акушера-гинеколога;

в) кабинеты специализированных приемов:

планирования семьи;

невынашивания беременности;

гинекологической эндокринологии;

патологии шейки матки;

бесплодия (репродуктивного здоровья);

гинекологии детского и подросткового возраста;

функциональной и пренатальной диагностики;

г) кабинеты специалистов:

терапевта;

стоматолога (зубного врача);

психотерапевта (медицинского психолога);

юриста;

социального работника;

лечебной физкультуры;

физиотерапевтических методов лечения;

психопрофилактической подготовки беременных к родам;

д) другие подразделения:

малая операционная;

клинико-диагностическая лаборатория;

дневной стационар;

стационар на дому;

процедурный кабинет;

стерилизационная.

<...>

Приложение № 3
к Приказу МЗиСР РФ
от 30.03.2006 г. № 223

Примерный табель оснащения женской консультации

Кабинет врача акушера-гинеколога

№ п/п	Наименование медицинской техники	Минимальное необходимое количество
1	Кресло гинекологическое с осветительной лампой	1
2	Светильник медицинский передвижной	1
3	Кольпоскоп	1
4	Фотоприставка к кольпоскопу	1
5	Инструментарий для гинекологического осмотра	25 комплектов в смену

	(преимущественно одноразовый)	
--	-------------------------------	--

Окончание таблицы

№ п/п	Наименование медицинской техники	Минимальное необходимое количество
6	Анализатор доплеровский сердечно-сосудистой деятельности материи и плода малогабаритный	1
7	Стетоскоп акушерский	1
8	Весы медицинские	1
9	Ростомер	1
10	Тазомер	1
11	Измеритель артериального давления	1
12	Стетофонендоскоп	1
13	Контейнеры для хранения стерильных инструментов и материала (биксы)	10
14	Облучатель бактерицидный (лампа)	1

Терапевтический кабинет

№ п/п	Наименование медицинской техники	Минимальное необходимое количество
1	Электрокардиограф	1
2	Аппарат для холтеровского мониторирования артериального давления и электрокардиограммы с компьютером	1
3	Измеритель артериального давления	1
4	Стетофонендоскоп	1

Кабинет стоматолога

№ п/п	Наименование медицинской техники	Минимальное необходимое количество
1	Рабочее место стоматолога	1
2	Стерилизационный шкаф (сухожаровой) 20 л — 30 л	1
3	Облучатель бактерицидный (лампа) настенный и/или потолочный	1

Процедурный кабинет

№ п/п	Наименование медицинской техники	Минимальное необходимое количество
1	Облучатель бактерицидный (лампа) настенный и/или потолочный	1
2	Контейнеры для хранения стерильного материала (биксы)	6
3	Комплект для оказания помощи при анафилактическом шоке	1
4	Аспиратор (насос отсасывающий) (помпа) хирургический	1
5	Аппарат дыхательный ручной, искусственного дыхания (респиратор)	1
6	Светильник медицинский передвижной	1
7	Измеритель артериального давления	1
8	Стетофонендоскоп	1
9	Насос инфузионный	1

Кабинет функциональной диагностики

№ п/п	Наименование медицинской техники	Минимальное необходимое количество
1	Аппарат УЗИ с цветным доплером и тремя датчиками (трансабдоминальный, трансвагинальный и линейный для исследования молочной и щитовидной желез)	1
2	Кардиомонитор фетальный с компьютерным анализом	1
3	Маммограф	1
4	Динамоутерограф	1
5	Электрокардиограф с синдромальным заключением	1
6	Измеритель артериального давления	1
7	Стетофонендоскоп	1

8	Облучатель бактерицидный (лампа) настенный и (или) потолочный	1
---	---	---

Операционная

№ п/п	Наименование медицинской техники	Минимальное необходимое количество
1	Кресло гинекологическое операционное (с гидравлическим подъемником)	1
2	Светильник бестеневой медицинский	1
3	Кольпоскоп	1
4	Гистероскоп	1
5	Кимопертубатор	1
6	Аппарат для высокочастотной электрохирургии гинекологический	1
7	Аппарат для криохирургии гинекологический	1
8	Аппарат лазерный хирургический	1
9	Аспиратор (насос отсасывающий) (помпа) хирургический	2
10	Вакуум-аспиратор мануальный	В необходимом количестве
11	Насос инфузионный	1
12	Ларингоскоп с набором клинков	1
13	Аппарат для ингаляционного наркоза переносной	1
14	Инструментарий для гинекологического осмотра (преимущественно одноразовый)	В необходимом количестве
15	Набор для введения внутриматочной спирали	В необходимом количестве
16	Облучатель бактерицидный (лампа) настенный и (или) потолочный	Каждого по 1 в операционную и предоперац.

Физиотерапевтический кабинет

№ п/п	Наименование медицинской техники	Минимальное необходимое количество
1	Релаксатор матки	1
2	Аппарат для гальванизации и проведения лекарственного электрофореза	1
3	Аппарат низкочастотный физиотерапии	1
4	Аппарат для терапии электросном	1
5	Аппарат ультразвуковой терапевтический	1
6	Аппарат лазерный терапевтический	1
7	Молокоотсос стационарный типа «Лактопульс»	1

Клинико-диагностическая лаборатория

№ п/п	Наименование медицинской техники	Минимальное необходимое количество
1	Микроскоп бинокулярный	2
2	Центрифуги от 1500 до 3000 оборотов в 1 минуту на 10 гнезд	3
3	Термостат до +52 град. С	1
4	Биохимический анализатор полуавтоматический	1
5	Фотоэлектроколориметр (ФЭК)	1
6	Коагулограф	1
7	Анализатор мочи	1
8	Глюкометр	1
9	Приспособление для фиксации и окраски мазков	1
10	Контейнеры для первичной стерилизации (емкости для дезинфекции) от 1 до 5 литров	В необходимом количестве
11	Облучатель бактерицидный (лампа) настенный и (или) потолочный	Каждого по 1

Стерилизационная

№ п/п	Наименование медицинской техники	Минимальное необходимое количество
1	Паровой стерилизатор 100 л	2
2	Сухожаровой шкаф 80 л	2
3	Облучатель бактерицидный (лампа) настенный и (или) потолочный	Каждого по 1
4	Аквадистиллятор	1
5	Ванна моечная для дезинфекции и предстерилизационной обработ-	1

Дневной стационар (5–10 коек)

Перечень оснащения процедурной и операционной дневного стационара аналогичен перечню оснащения процедурного кабинета и малой операционной женской консультации.

Приказ МЗиСР РФ от 11 мая 2007 г. № 324 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке»

В соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2898; 2005, № 2, ст. 162; 2006, № 19, ст. 2080), и в целях дальнейшего совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи населению приказываю:

1. Утвердить критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке согласно приложению.

2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации руководствоваться настоящим Приказом при организации работы медицинской сестры участковой на терапевтическом участке.

3. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя Министра В. И. Стародубова.

Вр. и. о. Министра

В. СТАРОДУБОВ

Не нуждается в государственной регистрации. Письмо Минюста России от 28 мая 2007 г. № 01/5123-АБ.

*Приложение
к Приказу МЗиСР РФ
от 11 мая 2007 г. № 324*

Критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке

1. Основной целью введения критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке является проведение анализа диагностической, лечебно-профилактической и организационной работы терапевтического участка лечебно-профилактического учреждения для улучшения качества оказания медицинской помощи.

2. Основными учетными медицинскими документами при оценке эффективности работы медицинской сестры участковой на терапевтическом участке являются:

дневник учета работы медицинской сестры участковой (учетная форма № 039/у-1-06);

медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма № 025/у-04);

паспорт врачебного участка (терапевтического) (учетная форма № 030/у-тер);

контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 030/у-04).

3. При оценке эффективности работы медицинской сестры участковой на терапевтическом участке рекомендуется использовать в пределах компетенции следующие критерии ее деятельности:

3.1. стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения;

3.2. снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению;

3.3. увеличение числа посещений прикрепленного населения лечебно-профилактического учреждения с профилактической целью;

3.4. полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением;

3.5. полнота охвата профилактическими прививками прикрепленного населения:

против дифтерии — не менее 90 % лиц в каждой возрастной группе взрослых;

против гепатита В — не менее 90 % лиц в возрасте от 18 до 35 лет;

против краснухи — не менее 90 % женщин в возрасте до 25 лет;
выполнение плана профилактических прививок против гриппа.

3.6. стабилизация или снижение показателя смертности населения на дому:

при сердечно-сосудистых заболеваниях;

при туберкулезе;

при сахарном диабете;

3.7. снижение числа лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в течение последнего года жизни;

3.8. стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:

3.8.1. туберкулез:

число вновь выявленных больных;

полнота охвата флюорографическим обследованием лиц — более 90 % от числа подлежащих обследованию;

полнота охвата бактериоскопическим обследованием лиц — более 90 % от числа подлежащих обследованию;

отсутствие повторных случаев заболевания у контактных лиц в очагах активного туберкулеза;

отсутствие запущенных случаев заболевания туберкулезом;

3.8.2. артериальная гипертония:

число вновь выявленных больных артериальной гипертонией;

снижение уровня первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца;

снижение инвалидизации в результате инфаркта миокарда и инсульта;

снижение смертности прикрепленного населения от инфарктов миокарда и инсультов;

3.8.3. сахарный диабет:

число вновь выявленных больных сахарным диабетом;

число больных сахарным диабетом с компенсированным статусом — более 50 % лиц, стоящих на учете;

снижение числа осложнений заболевания сахарным диабетом;

3.8.4. онкологические заболевания:

отсутствие случаев онкологических заболеваний видимых локализаций, выявленных в 3–4 клинических стадиях;

3.9. проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию и образованию населения:

выполнение плана мероприятий по обучению уходу за больными и самоуходу, связанному с конкретными заболеваниями;

выполнение плана мероприятий по обучению населения принципам здорового образа жизни;

выполнение плана занятий в «школах здоровья» с больными, имеющими заболевания:

сахарный диабет;

бронхиальная астма;

болезни сердца и сосудов;

3.10. полнота охвата мероприятиями по динамическому медицинскому наблюдению за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, в том числе лекарственного обеспечения, санаторно-курортного и восстановительного лечения.

4. Конкретные критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке определяются руководителем лечебно-профилактического учреждения с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей.

5. При необходимости, по решению руководителя лечебно-профилактического учреждения, могут использоваться дополнительные критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке.

**Приказ МЗиСР РФ от 11 мая 2007 г. № 326 «Об утверждении критериев
оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача
общей практики (семейного врача)»**

В соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федера-

ции от 30 июня 2004 г. № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2898; 2005, № 2, ст. 162; 2006, № 19, ст. 2080), и в целях дальнейшего совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи населению приказываю:

1. Утвердить критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) согласно приложению.

2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации руководствоваться настоящим Приказом при организации работы медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей).

3. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя Министра В. И. Стародубова.

Вр. и. о. Министра

В. СТАРОДУБОВ

Не нуждается в государственной регистрации. Письмо Минюста России от 5 июня 2007 г. № 01/5387-АБ.

*Приложение
к Приказу МЗиСР РФ
от 11 мая 2007 г. № 326*

Критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача)

1. Основной целью введения критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) является проведение анализа диагностической, лечебно-профилактической и организационной работы участка врача общей практики (семейного врача) лечебно-профилактического учреждения для улучшения качества оказания первичной медико-санитарной помощи.

2. Основными учетными медицинскими документами при оценке эффективности работы медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) являются:

карта учета работы медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) (учетная форма № 039-1/у-ВОП);

медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма № 025/у-04);

история развития ребенка (учетная форма № 112/у);

паспорт врачебного участка общей (семейной) врачебной практики (учетная форма № 030/у-ВОП);

контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 030/у-04).

3. При оценке эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача), в пределах компетенции, рекомендуется использовать следующие критерии ее деятельности:

3.1. при оказании амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению:

3.1.1. стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения;

3.1.2. снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению;

3.1.3. увеличение числа посещений прикрепленного населения лечебно-профилактического учреждения с профилактической целью;

3.1.4. полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением;

3.1.5. полнота охвата профилактическими прививками прикрепленного населения:

против дифтерии — не менее 90 % лиц в каждой возрастной группе взрослых;

против гепатита В — не менее 90 % лиц в возрасте от 18 до 35 лет;

против краснухи — не менее 90 % женщин в возрасте до 25 лет;

выполнение плана профилактических прививок против гриппа;

3.1.6. стабилизация или снижение показателя смертности населения на дому:

при сердечно-сосудистых заболеваниях;

при туберкулезе;

при сахарном диабете;

3.1.7. снижение числа лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в течение последнего года жизни;

3.1.8. стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:

3.1.8.1. туберкулез:

число вновь выявленных больных;

полнота охвата флюорографическим обследованием лиц — более 90 % от числа подлежащих обследованию;

полнота охвата бактериоскопическим обследованием лиц — более 90 % от числа подлежащих обследованию;

отсутствие повторных случаев заболевания у контактных лиц в очагах активного туберкулеза;

отсутствие запущенных случаев заболевания туберкулезом;

3.1.8.2. артериальная гипертония:

число вновь выявленных больных артериальной гипертонией;

снижение уровня первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца;

снижение инвалидизации в результате инфаркта миокарда и инсульта;

снижение смертности прикрепленного населения от инфарктов миокарда и инсультов;

3.1.8.3. сахарный диабет:

число вновь выявленных больных сахарным диабетом;

число больных сахарным диабетом с компенсированным статусом — более 50 % лиц, стоящих на учете;

снижение числа осложнений заболевания сахарным диабетом;

3.1.8.4. онкологические заболевания:

отсутствие случаев онкологических заболеваний видимых локализаций, выявленных в 3–4 клинических стадиях;

3.1.9. полнота охвата мероприятиями по динамическому медицинскому наблюдению за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, в том числе лекарственного обеспечения, санаторно-курортного и восстановительного лечения;

3.1.10. выполнение плана мероприятий по гигиеническому воспитанию и образованию населения;

3.1.11. выполнение плана мероприятий по обучению уходу за больными и самоуходу, связанному с конкретными заболеваниями;

3.1.12. выполнение плана мероприятий по обучению населения принципам здорового образа жизни;

3.1.13. выполнение плана занятий в «школах здоровья» с больными, имеющими заболевания:

сахарный диабет;

бронхиальная астма;

болезни сердца и сосудов;

3.2. при оказании амбулаторно-поликлинической помощи детям:

3.2.1. деятельность медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей) среди детского населения в пределах компетенции по следующим критериям:

полнота охвата родовыми патронажами беременных женщин.

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества проведенных родовых патронажей беременных на 100 и деления на количество подлежащих родовым патронажам беременных;

полнота охвата патронажем детей первого года жизни.

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества проведенных медицинской сестрой врача общей практики (семейного врача) патронажей детей первого года жизни на 100 и деления на количество плановых патронажей детей первого года жизни;

полнота охвата профилактическими осмотрами детей.

Полнота охвата детей профилактическими осмотрами составляет не менее 95 % от общего числа детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам, в том числе на первом году жизни — не менее 100 % (раздельно по срокам после выписки из родильного дома: 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 9 месяцев, 12 месяцев);

полнота охвата профилактическими прививками детей в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Полнота охвата профилактическими прививками детей составляет не менее 95 % от общего числа детей, подлежащих прививкам;

удельный вес числа детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании.

Удельный вес детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании, составляет: в возрасте: 3 месяца — не менее 80 %, 6 месяцев — не менее 50 %, 9 месяцев — не

менее 30 %;

полнота охвата диспансерным наблюдением детей, состоящих на диспансерном наблюдении по нозологическим формам.

Полнота охвата диспансерным наблюдением детей составляет не менее 90 % от числа детей, подлежащих диспансерному наблюдению по каждой нозологической форме;

удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению;

динамика численности детей-инвалидов;

удельный вес детей, госпитализированных в плановом порядке, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в плановой госпитализации;

удельный вес детей, направленных в плановом порядке в санаторно-курортные учреждения, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в плановом санаторно-курортном лечении;

удельный вес детей, получивших противорецидивное лечение, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в противорецидивном лечении;

удельный вес количества выполненных индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов в общем числе детей-инвалидов;

динамика показателя первичной заболеваемости у детей;

динамика показателя общей заболеваемости (распространенности) у детей.

4. Эффективность деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) при оказании амбулаторно-поликлинической помощи женщинам рекомендуется оценивать по следующим критериям:

полнота охвата диспансерным наблюдением беременных, в т. ч. выделение женщин «групп риска», в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;

выполнение плана мероприятий по физической и психопрофилактической подготовке беременных к родам, в том числе по подготовке семьи к рождению ребенка;

выполнение плана мероприятий по обучению населения принципам охраны репродуктивного здоровья и профилактики аборт.

5. Конкретные критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) определяются руководителем лечебно-профилактического учреждения с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей территории.

6. При необходимости по решению руководителя лечебно-профилактического учреждения здравоохранения могут использоваться дополнительные критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача).

Приказ МЗиСР РФ от 24 февраля 2009 г. № 67н «О порядке проведения в 2009 году дополнительной диспансеризации работающих граждан»

В соответствии с пунктом 4 Правил предоставления в 2008–2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 г. № 921 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 53, ст. 6617; 2009, № 3, ст. 399), приказываю:

1. Утвердить:

Порядок и объем проведения в 2009 году дополнительной диспансеризации работающих граждан согласно приложению № 1;

учетную форму № 131/у-ДД-09 «Карта учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина» согласно приложению № 2;

форму № 12-Д-1-09 «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан» согласно приложению № 3;

форму № 12-Д-2-09 «Сведения о результатах дополнительной диспансеризации работающих граждан» согласно приложению № 4;

учетную форму № 025/у-ПЗ «Паспорт здоровья» согласно приложению № 5.

2. Установить норматив затрат на проведение дополнительной диспансеризации одного работающего гражданина в 2009 году — 1042 рубля.

3. Средства, полученные учреждениями муниципальной и государственной систем

здравоохранения (далее — учреждения здравоохранения) на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан (далее — дополнительная диспансеризация), направляются ими на оплату труда медицинских работников, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан (за исключением врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей), и на приобретение расходных материалов, необходимых для проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан.

4. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения осуществлять работу по организации проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования, в связи с чем:

определить организации, работники которых подлежат дополнительной диспансеризации в 2009 году, составить поименные списки работников (выверенные с работодателем) с указанием даты рождения, профессии, должности и направить их в учреждения здравоохранения, осуществляющие дополнительную диспансеризацию работающих граждан (далее — дополнительная диспансеризация);

определить учреждения здравоохранения, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) при осуществлении амбулаторно-поликлинической помощи по специальностям: «терапия», «офтальмология», «неврология», «акушерство и гинекология», «хирургия», «рентгенология» и «клиническая лабораторная диагностика», для осуществления дополнительной диспансеризации. В случае отсутствия у учреждения здравоохранения, осуществляющего дополнительную диспансеризацию, лицензии на медицинскую деятельность по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения дополнительной диспансеризации в полном объеме, определить учреждение здравоохранения, имеющее лицензию на требуемые виды работ (услуг), для заключения между указанными учреждениями здравоохранения договора о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению дополнительной диспансеризации;

согласовывать планы-графики и время проведения дополнительной диспансеризации, разрабатываемые учреждениями здравоохранения, участвующими в ее проведении;

довести сведения об учреждениях здравоохранения, осуществляющих проведение дополнительной диспансеризации, до руководителей организаций, работники которых подлежат дополнительной диспансеризации;

представлять в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации отчеты по результатам проведения дополнительной диспансеризации по формам № 12-Д-1-09 и 12-Д-2-09, утвержденным настоящим приказом, в установленные сроки.

5. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 февраля 2008 г. № 80н «О проведении в 2008–2009 годах дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован в Минюсте России 5 марта 2008 г. № 11284).

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В. И. Скворцова.

Министр

Т. А. ГОЛИКОВА

Зарегистрировано в Минюсте РФ 18 марта 2009 г.
Регистрационный № 13542

*Приложение № 1
к приказу МЗиСР РФ
от 24 февраля 2009 г. № 67н*

Порядок и объем проведения в 2009 году дополнительной диспансеризации работающих граждан

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы, связанные с проведением в 2009 году дополнительной диспансеризации работающих граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования (далее — дополнительная диспансеризация, ОМС), а также устанавливает объем проведения дополнительной диспансеризации.

2. Дополнительная диспансеризация осуществляется учреждениями здравоохранения

муниципальной и государственной систем здравоохранения (за исключением федеральных учреждений здравоохранения, находящихся в ведении Федерального медико-биологического агентства), функционирующих в системе ОМС (далее — учреждения здравоохранения).

3. Дополнительная диспансеризация направлена на раннее выявление и профилактику заболеваний, в том числе социально значимых.

4. Дополнительная диспансеризация проводится врачами-специалистами с проведением лабораторных и функциональных исследований в следующем объеме*:

осмотр врачами-специалистами:

терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом)), акушером-гинекологом,

хирургом,

неврологом,

офтальмологом;

лабораторные и функциональные исследования:

клинический анализ крови,

биохимический анализ крови:

— общий белок,

— холестерин,

— липопротеиды низкой плотности сыворотки крови,

— триглицериды сыворотки крови,

— креатинин,

— мочевиная кислота,

— билирубин,

— амилаза,

— сахар крови;

клинический анализ мочи,

онкомаркер специфический СА-125 (женщинам после 45 лет),

онкомаркер специфический PSA (мужчинам после 45 лет),

электрокардиография,

флюорография,

маммография (женщинам после 40 лет),

цитологическое исследование мазка из цервикального канала.

5. Дополнительная диспансеризация проводится учреждениями здравоохранения в установленные часы в соответствии с планом-графиком, сформированным с учетом численности и поименных списков работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации.

При этом необходимо учесть, что граждане, в отношении которых в соответствии с постановлениями Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. № 868 «О порядке предоставления в 2006 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования территориальным фондам обязательного медицинского страхования субсидий на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях» (Собрание законодательства Российской Федерации 23.01.2006, ст. 377), от 30 декабря 2006 г. № 860 «О порядке предоставления в 2007 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях» (Собрание законодательства Российской Федерации 01.01.2007, № 1 (2 ч.), ст. 308), от 24 декабря 2007 г. № 921 «О порядке предоставления в 2008–2009 годах из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» проводилась дополнительная диспансеризация в 2006, 2007, 2008 годах, повторно дополнительной диспансеризации в 2009 году не подлежат.

* При проведении дополнительной диспансеризации могут быть использованы результаты предыдущих медицинских осмотров, лабораторно-диагностических исследований, в том числе проведенных в стационаре, если

давность исследования не превышает 3 месяца, флюорографии и маммографии — 2 года с момента исследования.

Гражданин, зарегистрированный по месту жительства в одном субъекте Российской Федерации, а трудовую деятельность осуществляющий в другом, может пройти дополнительную диспансеризацию по месту работы или по месту жительства.

6. На гражданина, явившегося для прохождения дополнительной диспансеризации, в регистратуре учреждения здравоохранения подбирается (или заполняется) учетная форма № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. № 255 (зарегистрирован в Минюсте России 14 декабря 2004 г. № 6188) (далее — амбулаторная карта), которая передается в отделение (кабинет) медицинской профилактики или иное структурное подразделение учреждения здравоохранения, на которое возложены функции по организации проведения дополнительной диспансеризации (далее — кабинет (отделение) медицинской профилактики).

В кабинете (отделении) медицинской профилактики заполняются соответствующие разделы учетной формы № 025/у-ПЗ «Паспорт здоровья», предусмотренной приложением № 5 (далее — Паспорт здоровья), после чего гражданин направляется к врачам-специалистам и на диагностические исследования, проводимые в рамках дополнительной диспансеризации.

По окончании обследования гражданина медицинские работники кабинета (отделения) медицинской профилактики получают из диагностических служб заключения и передают их врачу-терапевту (врачу-терапевту участковому, врачу общей практики (семейному врачу), врачу-терапевту, ответственному за проведение дополнительной диспансеризации) (далее — врач-терапевт). Врач-терапевт на основании результатов проведенных лабораторных и функциональных исследований и заключений врачей-специалистов, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации, при необходимости направляет гражданина на дополнительную консультацию к врачам-специалистам и дополнительные обследования.

Дополнительные консультации врачей-специалистов, дополнительное обследование и лечение в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях с целью установления диагноза и/или проведения соответствующего лечения не входят в объем дополнительной диспансеризации и оплачиваются отдельно за счет средств ОМС или средств соответствующего бюджета в соответствии с программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

7. Результаты дополнительной диспансеризации вносятся врачами-специалистами, принимающими участие в проведении дополнительной диспансеризации, в амбулаторную карту и учетную форму № 131/у-ДД-09 «Карта учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина», предусмотренную приложением № 2 (далее — Карта), на основании которой, а также учетной формы № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» с литерой «ДД», утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. № 255 (зарегистрирован в Минюсте России 14 декабря 2004 г. № 6188) (далее — Талон), формируются реестры счетов для оплаты расходов по проведению дополнительной диспансеризации по законченному случаю дополнительной диспансеризации в порядке, определяемом Федеральным фондом ОМС. При прохождении дополнительной диспансеризации Талон заполняется на каждое посещение врачей-специалистов, на основании которого заполняется ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях и на дому.

8. После обследования гражданина в соответствии с установленным объемом дополнительной диспансеризации врач-терапевт с учетом заключений всех врачей-специалистов, принимающих участие в проведении дополнительной диспансеризации, и результатов проведенных лабораторных и функциональных исследований, с целью планирования дальнейших мероприятий определяет гражданину соответствующую группу состояния здоровья:

I группа — практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении. С ними проводится профилактическая беседа и даются рекомендации по здоровому образу жизни, по вопросам здорового питания, физической активности, поддержания оптимальной массы тела, вреда курения;

II группа — граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий. Для них оценивается суммарный сердечно-сосудистый риск, прочие риски заболеваний в зависимости от выявленных факторов риска, составляется индивидуальная программа профилактических мероприятий;

III группа — граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося хронического заболевания, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях (ОРЗ, грипп и другие острые заболевания, после

лечения которых наступает выздоровление);

IV группа — граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара заболеваний, выявленных во время дополнительной диспансеризации, которые направляются на плановую госпитализацию;

V группа — граждане с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. В данном случае медицинская документация гражданина направляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения для принятия решения в установленном порядке о направлении гражданина в учреждение здравоохранения для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Одновременно гражданам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, имеющим риски развития каких-либо заболеваний, в зависимости от выявленных факторов риска составляется индивидуальная программа профилактических мероприятий.

После установления гражданину, прошедшему дополнительную диспансеризацию, группы состояния здоровья и составления программы профилактических мероприятий случай дополнительной диспансеризации считается законченным.

9. Учреждение здравоохранения, проводившее дополнительную диспансеризацию не по месту жительства гражданина, после определения группы состояния здоровья передает копию заполненной Карты (с результатами лабораторных и функциональных исследований) в учреждение здравоохранения по его месту жительства для дальнейшего динамического наблюдения и формирования сводных сведений о состоянии здоровья граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию.

Учреждение здравоохранения, медицинские работники которого участвовали в проведении дополнительной диспансеризации по договору о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению дополнительной диспансеризации, передает заполненную карту с результатами осмотров врачей-специалистов, лабораторных и функциональных исследований в учреждение здравоохранения, осуществляющее проведение дополнительной диспансеризации;

10. На основании полученных сведений о результатах прохождения дополнительной диспансеризации работающего гражданина врач-терапевт участковый (врач общей практики (семейный врач)), осуществляющий динамическое наблюдение за состоянием здоровья гражданина по месту жительства, в соответствии с установленной по результатам дополнительной диспансеризации группой состояния здоровья определяет индивидуальную программу профилактических мероприятий, при необходимости направляет гражданина на дальнейшее лечение (амбулаторное, стационарное, восстановительное), при наличии у гражданина хронического заболевания осуществляет за ним диспансерное наблюдение.

11. По окончании прохождения дополнительной диспансеризации врач-терапевт участковый (семейный врач) по желанию гражданина выдает Паспорт здоровья, в котором отмечаются результаты осмотров всех врачей-специалистов (включая дополнительные консультации), всех исследований (включая дополнительные), проведенных в процессе осуществления дополнительной диспансеризации, вписываются группа состояния здоровья, заключения (рекомендации) врачей-специалистов и общее заключение врача-терапевта с рекомендациями по проведению профилактических мероприятий и лечению.

Паспорт здоровья хранится у гражданина.

12. Кабинет (отделение) медицинской профилактики осуществляет: учет работающих граждан, подлежащих и прошедших дополнительную диспансеризацию; составление и представление отчета о результатах проведения дополнительной диспансеризации в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по форме № 12-Д-1-09 «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан», предусмотренной приложением № 3.

13. Учреждение здравоохранения, осуществляющее дополнительную диспансеризацию по месту жительства гражданина и динамическое наблюдение за ним, по истечении отчетного периода (полгода, год), кроме отчета по форме № 12-Д-1-09 «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан», составляет и представляет в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения отчет по форме № 12-Д-2-09 «Сведения о результатах дополнительной диспансеризации работающих граждан», предусмотренной приложением № 4, согласно срокам, обозначенным в адресной части вышеуказанных отчетных форм.

14. Контроль за организацией проведения дополнительной диспансеризации осуществ-

ляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

11. Осмотры врачей-специалистов

Специальность врача	№ строки	Код врача	Дата осмотра	Заболевания (код по МКБ-10)			Результат ДД							ФИО (подпись врача)	
				ранее известное хроническое	выявленное во время дополнительной диспансеризации (ДД)	в том числе на поздней стадии	практически здоров (I группа здоровья)	риск развития заболевания (II группа здоровья)	нуждается в дополнительном лечении, обследовании						санаторно-курортном
									амбулаторном (III группа здоровья)	в том числе по заболеваниям, выявленным при ДД	стационарном (IV группа здоровья)	в оказании высокотехнологичной медицинской помощи (V группа здоровья)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Терапевт	01														
Акушер-гинеколог	02														
Невролог	03														
Хирург	04														
Офтальмолог	05														
Дополнительные консультации врачей-специалистов (вписать):	06														

12. Лабораторные и функциональные исследования¹

Перечень исследований	№ строки	Дата исследования	Дата получения результата
Клинический анализ крови	01		
Биохимический анализ крови:	02		
общий белок	03		
холестерин крови	04		
липопротеиды низкой плотности сыворотки крови	05		

13. Рекомендации по индивидуальной программе профилактических мероприятий

14. Взят под диспансерное наблюдение _____, диагноз (МКБ-10) _____
(дата)

15. Диагноз (МКБ-10), установленный через 6 месяцев после ДД: _____

¹ Копии результатов исследований прилагаются для передачи в учреждение здравоохранения, осуществляющее динамическое наблюдение за гражданином.

триглицериды сыворотки крови	06		
креатинин крови	07		
мочевая кислота крови	08		
билирубин крови	09		
амилаза крови	10		
сахар крови	11		
Клинический анализ мочи	12		
Онкомаркер СА-125 (женщинам)	13		
Онкомаркер PSA (мужчинам)	14		
Электрокардиография	15		
Флюорография	16		
Маммография	17		
Цитологическое исследование мазка из цервикального канала	18		
Дополнительные исследования	19		

16. Снят с диспансерного наблюдения в течение года по причине (нужное отметить):

выздоровление — 1; выбыл — 2; умер — 3,

в том числе в течение 6-ти месяцев после ДД — 4.

Дата завершения ДД _____

Врач-терапевт участковый (врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт)

(Фамилия, И.О.)

(подпись)

СВЕДЕНИЯ О ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

за _____ полугодие 20__ г., 20__ г.

Представляют:	Сроки представления	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Форма № 12-Д-1-09</div>			
<p>учреждения здравоохранения, осуществляющие дополнительную диспансеризацию, — органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения;</p> <p>орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения: — Минздравсоцразвития России</p>	<p>полугодовые — 10 июля годовые — 15 января</p> <p>полугодовые — 20 июля годовые — 25 января</p>	<p>Утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 24 февраля 2009 года № 67н</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block; text-align: center;"> Полугодовая Годовая </div>			
<p>Наименование отчитывающейся организации _____</p>					
<p>Почтовый адрес _____</p>					
Код формы по ОКУД	Код				
	отчитывающейся организации по ОКПО	вид деятельности по ОКВЭД	территории по ОКАТО	министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ	
1	2	3	4	5	6

Сведения о дополнительной диспансеризации

(1000)

Наименование	№ строки	Число лиц		Распределение прошедших дополнительную диспансеризацию граждан по группам состояния здоровья					Из числа прошедших ДД (графа 4) нуждалось в санаторно-курортном лечении	Направлено граждан		
		Подлежащих дополнительной диспансеризации (ДД)	прошедших ДД	I группа – практически здоровые	II группа - риск развития заболеваний	III группа - нуждаются в дополнительном обследовании, лечении в амбулаторно-поликлинических условиях		IV группа – нуждаются в дополнительном обследовании, лечении в стационаре, всего		V группа – нуждаются в высокотехнологической медицинской помощи (ВМП), всего	на госпитализацию в стационар	в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения для решения вопроса об оказании ВМП
						всего	в т.ч. выявленные при ДД					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ВСЕГО работающих*,	0.0											
в том числе в бюджетных организациях	1.0											

« ____ » _____ Г.

_____ (фамилия, номер телефона исполнителя)

Руководитель _____

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

* При заполнении формы по углубленным медицинским осмотрам заполняется только строка 0.0.

Приложение № 4
к Приказу МЗиСР РФ
от 24 декабря 2009 г. № 67н

СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

за _____ полугодие 20__ г., 20__ г.

Представляют:	Сроки представления
<p style="text-align: center;">Учреждения здравоохранения, осуществляющие дополнительную диспансеризацию:</p> <p>— органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения; — орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения; — Минздравсоцразвития России</p>	<p>полугодовые – 10 июля годовые – 15 января</p> <p>полугодовые – 20 июля годовые – 25 января</p>

Форма № 12-Д-2-09

Утверждена приказом Минздравсоцразвития России
от 24 февраля 2009 года № 67н

Полугодовая
Годовая

Наименование отчитываемой организации _____					
Почтовый адрес _____					
Код формы по ОКУД	Код				
	отчитываемой организации по ОКПО	вид деятельности по ОКВЭД	территории по ОКАТО	министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ	6
1	2	3	4	5	6

Результаты дополнительной диспансеризации

(2000)

Наименование заболевания (по классам и отдельным нозологиям)	№ строки	Код по МКБ-10	Заболевания			Госпитализировано больных (из числа выявленных — графа 5)		Из числа граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, взято под диспансерное наблюдение	Выявлено заболеваний в течение 6 месяцев после прохождения дополнительной диспансеризации
			ранее известное хроническое	выявленное во время дополнительной диспансеризации	в том числе на поздней стадии (из графы 5)	в стационар (в том числе субъекта Российской Федерации)	в специализированное медицинское учреждение (для оказания высокотехнологичной медицинской помощи)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Всего	1.0	A00-T98							
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни — всего	2.0	A00-B99							
в том числе туберкулез	2.1	A15-A19							
Новообразования	3.0								
в том числе злокачественные	3.1	C00-C97							
Болезни крови и кроветворных органов, отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	4.0	D50-D89							
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ - всего	5.0	E00-E90							
в том числе сахарный диабет	5.1	E10-E14							
Психические расстройства и расстройства поведения	6.0	F00-F99							
Болезни нервной системы	7.0	G00-G99							
Болезни глаза и его придаточного аппарата — всего	8.0	H00-H59							
в том числе:									
катаракта	8.1	H25-H26							
глаукома	8.2	H40							
миопия	8.3	H52,1							

Окончание таблицы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Болезни уха и сосцевидного отростка — всего	9	H60-H95							
в том числе кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха	9.1	H90							
Болезни системы кровообращения — всего	10	I00-I99							
из них: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	10.1	I10-I13							
ишемическая болезнь сердца	10.2	I20-I25							
ишемическая болезнь мозга	10.3	I67.8							
Болезни органов дыхания	11.0	J00-J99							
Болезни органов пищеварения	12.0	K00-K93							
Болезни кожи и подкожной клетчатки	13.0	L00-L99							
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	14.0	M00-M99							
Болезни мочеполовой системы	15.0	N00-N99							
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	19.0	R00-R99							
Травмы, отравления и некоторые др. последствия воздействия внешних причин	20.0	S00-T98							
Прочие	21.0								

«___» _____ г.

(фамилия, номер телефона исполнителя)

Руководитель _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

Медицинская документация
Учетная форма № 025/у-ПЗ
Утверждена приказом
Минздравсоцразвития России
от 24 февраля 2009 года № 67н

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

1. Ф.И.О. _____

2. Пол: муж., жен. 3. Дата рождения: _____
число месяц год

4. Адрес: _____

ул. _____ дом _____ корп. _____ кв. _____

5. Страховой полис: серия _____ № _____
наименование страховой медицинской организации

6. Наблюдается поликлиникой _____

7. Телефон поликлиники _____

8. Медицинская карта амбулаторного больного № _____

9. Ф.И.О. участкового врача терапевта (врача общей практики
(семейного врача) _____

Сигнальные отметки

Группа и Rh-принадлежность крови: _____

Лекарственная непереносимость _____
(указать на какой препарат)

Аллергическая реакция _____
(да/нет)

Дополнительная диспансеризация

Наименование	Годы (вписать)			
	2009			
Дата				
Группа состояния здоровья*				
Подпись врача				

* I группа - практически здоров

II группа – риск развития заболевания, нуждается в проведении профилактических мероприятий.

III группа - нуждается в дополнительном обследовании для уточнения (установления) диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечения в амбулаторных условиях

IV группа - нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях;

V группа –имеет показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

(медицинская документация направляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения).

Показатели состояния здоровья

№ пп	Наименование	Годы (вписать)			
		2009			
1	Рост				
2	Вес				
3	Частота сердечных сокращений				
4	Артериальное давление (АД)				
	Прочие показатели:				
	Подпись врача				

Факторы риска развития социально-значимых заболеваний***

		2009*			
1	Наследственность (ССЗ*, СД**, онкологические заболевания)				
2	Курение				
3	Избыточный вес				
4	Гиподинамия				
5	Стресс				
6	Повышенное АД				
7	Нерациональное питание				
	Подпись врача				

* после 2009 г. - вписать

*ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

**СД – сахарный диабет

*** отметить: есть, нет, не известно

вание уровня липопротеидов низкой плотности								
— исследование уровня триглицеридов сыворотки крови								
— мочевиная кислота								

6

продолжение таблицы

Наименование показателя	дата	значения	дата	значения	дата	значения	дата	значения
Клинический анализ мочи								
— белок								
— сахар								
— лейкоциты								
— эритроциты								
Онкомаркер специфический СА-125								
Онкомаркер специфический PSA								
Цитология мазка из								

цервикального канала								
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Проведенные функциональные исследования

Наименование показателя	дата	значения	дата	значения	дата	значения	дата	значения
Электрокардиография								
Флюорография								
Маммография								

7

Заболевания, выявленные в ходе дополнительной диспансеризации

Дата установления	20____г.	Код по МКБ- X
	Наименование заболевания	

Заболевания, выявленные в ходе дополнительной диспансеризации

Дата установления	20____г.	Код по МКБ- X
	Наименование заболевания	

установления	Наименование заболевания	МКБ- X

8

Заболевания, выявленные в ходе дополнительной диспансеризации

Дата установления	20__г.	Код по МКБ- X
	Наименование заболевания	

9

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

Врач-специалист	20__г.	Заключение (рекомендации)	Подпись
Акушер-гинеколог			
Невролог			
Офтальмолог			
Хирург			

Заболевания, выявленные в ходе дополнительной диспансеризации

Дата	20__г.	Код по
------	--------	--------

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

Врач-специалист	20__г	Заключение (рекомендации)	Подпись
Акушер-гинеколог			
Невролог			
Офтальмолог			
Хирург			

10

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

Врач-специалист	20__г	Заключение (рекомендации)	Подпись
Акушер-гинеколог			
Невролог			
Офтальмолог			
Хирург			

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

Врач-специалист	20__г	Заключение (рекомендации)	Подпись
Акушер-гинеколог			
Невролог			
Офтальмолог			
Хирург			

11

Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	2009
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	20____г.
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	20____г.
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	20____г.
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

**Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования
от 14 апреля 2008 г. № 82 «Об утверждении отчетных форм по проведению
дополнительной диспансеризации»**

Во исполнение подпункта «е» пункта 8 и пункта 14 Правил предоставления в 2008–2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 г. № 921 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 53, ст. 6617), а также в целях оптимизации сбора статистической информации о ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» приказываю:

1. Утвердить и ввести в действие с отчета за апрель 2008 года:

1.1. Отчетную форму № 1-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ЛПУ) (приложение № 1);

1.2. Отчетную форму № 2-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ТФОМС) (приложение № 2);

1.3. Рекомендации по заполнению отчетных форм № 1-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ЛПУ) и № 2-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ТФОМС) (приложение № 3).

2. Управлению информационно-аналитических технологий обеспечить прием и обработку информации в электронном виде.

3. Управлению модернизации системы ОМС оказывать организационно-методическую помощь территориальным фондам обязательного медицинского страхования при составлении отчета по форме № 2-ДД.

4. Исполнительным директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования обеспечить:

4.1. прием от лечебно-профилактических учреждений и обработку отчетной формы № 1-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ЛПУ);

4.2. представление отчетной формы № 2-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ТФОМС) в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в установленные сроки.

5. Контроль за выполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

И. о. директора

Д. В. РЕЙХАРТ

	Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан За _____ месяц 20__ г.		
Представляют:	Сроки представления	Форма № 1-ДД	
Учреждения здравоохранения, участвующие в реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, территориальному фонду ОМС (ТФОМС)	20 числа месяца следующего за отчетным	Месячная	
Наименование отчитывающейся организации _____			
Почтовый адрес _____			
Код формы по ОКУД	Код		
	отчитывающейся организации по ОКПО		
1	2		

Итоги дополнительной диспансеризации граждан

Таблица 1000

Остаток денежных средств на начало отчетного периода (тыс. руб.)	Сумма средств, поступившая из ТФОМС в ЛПУ на оплату проведенной дополнительной диспансеризации (тыс. руб.)	Сумма средств, израсходованных ЛПУ на дополнительную диспансеризацию (тыс. руб.)					Сумма средств, возвращенная в отчетном периоде в ТФОМС в связи с нецелевым использованием средств (тыс. руб.)	Остаток неиспользованных денежных средств на конец отчетного периода (тыс. руб.)
		Всего:	в том числе на:					
			оплату труда	начисления на оплату труда	расходные материалы	расходы по оплате договоров о привлечении соответствующих медицинских работников		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Таблица 2000

Численность работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию (оплаченные случаи), чел.	Распределение прошедших дополнительную диспансеризацию граждан по группам состояния здоровья, чел.				
	I группа — практически здоровые	II группа — риск развития заболеваний	III группа — нуждаются в доп. обследовании, лечении в амбулаторно-поликлинических условиях	IV группа — нуждаются в доп. обследовании, лечении в стационарах субъекта РФ	V группа — нуждаются в ВМП
1	2	3	4	5	6

Таблица 4000

Выявлено больных с социально-значимыми заболеваниями (код по МКБ-10)											
Туберкулез А15-А19 (чел.)			Злокачественные новообразования С00-С97 (чел.)			Сахарный диабет Е10-Е14 (чел.)			Гепатиты В и С В16, В17.1, В18.0-18.2 (чел.)		
Всего	В том числе выявленные во время ДД	Из них на поздней стадии (из ст. 2)	Всего	В том числе выявленные во время ДД	Из них на поздней стадии (из ст. 5)	Всего	В том числе выявленные во время ДД	Из них на поздней стадии (из ст. 8)	Всего	В том числе выявленные во время ДД	Из них на поздней стадии (из ст. 11)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Руководитель ЛПУ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)
 " _ " _____ 200__ г.
 (Ф.И.О., № телефона исполнителя)

М.П.

Приложение № 2
 к Приказу Федерального фонда ОМС
 от 14.04.2008 г. № 82

Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан За _____ месяц 20__ г.		
Представляют:	Сроки представления	Форма № 2-ДД
ТФОМС отчет по субъекту Российской Федерации Федеральному фонду ОМС	25 числа месяца следующего за отчетным	Утверждена приказом Федерального фонда ОМС от № Месячная
Наименование отчитывающейся организации _____		
Код формы по ОКУД	Код	
1	отчитывающейся организации по ОКПО	
	2	

Таблица 4001

Выявлено больных с социально-значимыми заболеваниями (код по МКБ-10)											
Туберкулез А15-А19 (чел.)			Злокачественные новообразования С00-С97 (чел.)			Сахарный диабет Е10-Е14 (чел.)			Гепатиты В и С В16, В17.1, В18.0-18.2 (чел.)		
Всего	В том числе выявленные во время ДД	Из них на поздней стадии (из ст. 2)	Всего	В том числе выявленные во время ДД	Из них на поздней стадии (из ст. 5)	Всего	В том числе выявленные во время ДД	Из них на поздней стадии (из ст. 8)	Всего	В том числе выявленные во время ДД	Из них на поздней стадии (из ст. 11)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Руководитель ЛПУ (Ф.И.О.)

(подпись)

"__" _____ 200__г.

(Ф.И.О., № телефона исполнителя)

М.П.

**РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ОТЧЕТОВ ПО ФОРМАМ № 1-ДД «СВЕДЕНИЯ О ХОДЕ ПРОВЕ-
ДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН»
(ЛПУ) И № 2-ДД «СВЕДЕНИЯ О ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИС-
ПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН» (ТФОМС)**

Отчет по форме № 1-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» составляется учреждениями здравоохранения (далее — ЛПУ) по итогам отчетного периода и представляется в территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее — ТФОМС) в установленные сроки (до 20 числа месяца, следующего за отчетным). Отчет по форме № 1-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ЛПУ) заполняется нарастающим итогом.

При заполнении отчета по форме № 1-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ЛПУ) учреждения здравоохранения заполняют таблицы: 1000; 2000; 3000 и 4000.

Сводный отчет по форме № 2-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ТФОМС) составляется ТФОМС в целом по субъекту Российской Федерации на основании отчетов лечебно-профилактических учреждений субъекта Российской Федерации и предоставляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее — ФОМС) в установленные сроки (до 25 числа месяца, следующего за отчетным). Отчет по форме № 2-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ТФОМС) заполняется нарастающим итогом.

При заполнении отчета по формам № 2-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ТФОМС) ТФОМС заполняют таблицы: 1001; 2001; 3001 и 4001.

Таблица 1000 «Итоги дополнительной диспансеризации граждан»:

— в графе 1 представляются сведения об остатках денежных средств на отдельном счете ЛПУ, открытом в установленном порядке для перечисления средств на проведение дополнительной диспансеризации;

— в графе 2 представляются сведения о сумме финансовых средств, поступивших из ТФОМС на счет учреждения здравоохранения на финансирование расходов по проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан. Сумма средств, направленная ТФОМС в ЛПУ, должна быть кратной нормативу затрат на проведение дополнительной диспансеризации, утвержденному Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее — Минздравсоцразвития России);

— в графе 3 представляются сведения о фактических расходах лечебно-профилактического учреждения, направленных на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан. Данные графы 3 должны соответствовать сумме данных граф 4–7;

— в графах 4, 5 представляются сведения о фактических расходах лечебно-профилактического учреждения, направленных на оплату труда медицинских работников, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан (за исключением врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер общей практики (семейных врачей));

— в графе 6 представляются сведения о фактических расходах лечебно-профилактического учреждения, направленных на приобретение расходных материалов, необходимых для проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан;

— в графе 7 представляются сведения о фактических расходах лечебно-профилактического учреждения, направленных на расходы учреждения здравоохранения по оплате договоров о привлечении соответствующих медицинских работников для проведения допол-

нительной диспансеризации. Заполняется учреждениями здравоохранения, заключившими договор на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан с другими учреждениями здравоохранения;

— в графе 8 представляются сведения о финансовых средствах, возвращенных в отчетном периоде в ТФОМС в связи с нецелевым использованием средств;

— в графе 9 представляются сведения об остатке неиспользованных финансовых средств на конец отчетного периода;

— при составлении отчета следует вносить данные, касающиеся только дополнительной диспансеризации, проводимой в 2008 году. Финансовые средства, направленные на завершение расчетов по 2007 году, в таблицу не вносятся.

Таблица 2000 «Итоги дополнительной диспансеризации граждан»:

— в графе 1 представляются сведения о численности работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, случаи которых оплачены по нормативу затрат на проведение дополнительной диспансеризации, утвержденному Минздравсоцразвития России;

— в графах 2–6 представляются сведения о численности работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, случаи которых оплачены, распределенные по группам состояния здоровья:

I группа — практически здоровые работающие граждане, прошедшие дополнительную диспансеризацию;

II группа — имеющие риск развития заболеваний;

III группа — нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в амбулаторно-поликлинических условиях;

IV группа — нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях;

V группа — нуждающиеся в высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП);

— группа здоровья граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, может быть только одна. Следовательно, численность работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, должна быть равна численности работников, распределенных по группам здоровья;

— графы 2–6 заполняются на основании учетной формы № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» и учетной формы № 131/у-ДД-08 «Карта учета дополнительной диспансеризации», утвержденных Минздравсоцразвития России.

Таблица 3000 «Итоги дополнительной диспансеризации граждан»:

— в графах 3-18 по строке 02 представляются сведения о числе случаев заболеваний по кодам МКБ-10, указанным в строке 01 (включая и социально значимые), у работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, случаи которых оплачены;

— графы 3–18 заполняются на основании учетных форм 3 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» и № 131/у-ДД-08 «Карта учета дополнительной диспансеризации»;

— в графе 3 предоставляются сведения о количестве работающих граждан, у которых выявлены заболевания в соответствии с МКБ-10 (A00-T98), в том числе указанные в графах 4–18. Графы 4–18 не суммируются;

— в графах 4–18 указывается основной диагноз (например, если у больного выявлена гипертоническая болезнь, то сопутствующая ангиопатия сетчатки в отчет не вносится); если у пациента впервые выявлены не зависящие друг от друга заболевания, например, сахарный диабет и бронхиальная астма, то в отчете указываются обе патологии;

— в таблице учитываются заболевания, как выявленные во время диспансеризации, так и ранее установленные.

Таблица 4000 «Итоги дополнительной диспансеризации граждан»:

— в графах 1, 4, 7, 10 представляются сведения о численности работников, прошедших дополнительную диспансеризацию, у которых обнаружены социально значимые заболевания (туберкулез (A15-A19), злокачественные новообразования (C00-C97), сахарный диабет (E10-E14), гепатиты В и С (B16, B17.1, B18.0-18.2), как впервые выявленные, так и ранее зарегистрированные случаи, из числа работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, случаи которых оплачены;

— в графах 2, 5, 8, 11 представляются сведения о количестве работников, прошедших дополнительную диспансеризацию, у которых впервые выявлены социально значимые заболевания (туберкулез, злокачественные новообразования, сахарный диабет, гепатиты В и С);

— в графах 3, 6, 9, 12 представляются сведения о количестве работников, прошедших дополнительную диспансеризацию, у которых впервые выявлены социально значимые заболевания (туберкулез, злокачественные новообразования, сахарный диабет, гепатиты В и С) на поздней стадии;

— графы 1–12 заполняются на основании учетных форм № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» и № 131/у-ДД-08 «Карта учета дополнительной диспансеризации».

Таблица 1001 «Итоги дополнительной диспансеризации граждан»:

— в графе 1 представляются сведения об остатках денежных средств на отдельном счете ТФОМС, открытом в установленном порядке для перечисления субсидии на проведение дополнительной диспансеризации;

— в графе 2 представляются сведения о сумме субсидий, поступивших из ФОМС на счет ТФОМС на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан;

— в графе 3 представляются сведения о сумме финансовых средств, перечисленных из ТФОМС на счет учреждения здравоохранения на финансирование расходов по проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан. Сумма средств, направленная ТФОМС в ЛПУ, должна быть кратной нормативу затрат на проведение дополнительной диспансеризации, утвержденному Минздравсоцразвития России;

— в графе 4 представляются сведения о фактических расходах лечебно-профилактических учреждений, направленных на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан;

— в графах 5, 6 представляются сведения о фактических расходах лечебно-профилактических учреждений, направленных на оплату труда медицинских работников, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан (за исключением врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей));

— в графе 7 представляются сведения о фактических расходах лечебно-профилактических учреждений, направленных на приобретение расходных материалов, необходимых для проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан;

— в графе 8 представляются сведения о фактических расходах лечебно-профилактического учреждения, направленных на расходы учреждения здравоохранения по оплате договоров о привлечении соответствующих медицинских работников для проведения дополнительной диспансеризации;

— графы 4–8 заполняются на основании обобщенных данных таблиц 1000 (графы 3–7);

— в графе 9 представляются сведения о финансовых средствах, поступивших в отчетном периоде от ЛПУ в связи с нецелевым использованием средств;

— в графе 10 представляются сведения об остатке неиспользованных финансовых средств на конец отчетного периода;

— при составлении отчета следует вносить данные, касающиеся только дополнительной диспансеризации, проводимой в 2008 году. Финансовые средства, направленные на завершение расчетов по 2007 году, в таблицу не вносятся.

Таблица 2001 «Итоги дополнительной диспансеризации граждан»:

— в графе 1 представляются сведения о количестве учреждений здравоохранения, проводивших дополнительную диспансеризацию работающих граждан, в отчетном периоде. Графа 1 не равна сумме граф 2–4;

— в графе 2 представляются сведения о количестве городских учреждений здравоохранения, проводивших дополнительную диспансеризацию работающих граждан, в отчетном периоде;

— в графе 3 представляются сведения о количестве сельских учреждений здравоохранения, проводивших дополнительную диспансеризацию работающих граждан, в отчетном периоде;

— в графе 4 представляются сведения о количестве выездных бригад, проводивших дополнительную диспансеризацию работающих граждан, в отчетном периоде;

— в графе 5 представляются сведения о численности работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, случаи которых оплачены по нормативу затрат на проведение дополнительной диспансеризации, утвержденному Минздравсоцразвития России. Графа заполняется на основании обобщенных данных таблиц 2000 (графа 1);

— в графе 6 представляются сведения о работающих гражданах, прошедших дополнительную диспансеризацию в городских учреждениях здравоохранения;

— в графе 7 представляются сведения о работающих гражданах, прошедших дополнительную диспансеризацию в сельских учреждениях здравоохранения;

— в графе 8 представляются сведения о работающих гражданах, прошедших дополнительную диспансеризацию силами выездных бригад;

— графы 9–13 заполняются на основании обобщенных данных таблицы 2000 (графы 2–6).

Таблица 3001 «Итоги дополнительной диспансеризации граждан» заполняется на основании обобщенных данных таблицы 3000 по соответствующим графам.

Таблица 4001 «Итоги дополнительной диспансеризации граждан» заполняется на основании обобщенных данных таблицы 4000 по соответствующим графам.

Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 3 ноября 2005 г. № 25 «О дополнительной иммунизации населения Российской Федерации»

Я, Главный государственный санитарный врач Российской Федерации Г. Г. Онищенко, проанализировав положение дел с иммунизацией населения и состояние заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики, установил, что в результате проведения организационных и практических мероприятий в Российской Федерации достигнут высокий уровень охвата населения прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок.

В настоящее время охват прививками детей раннего возраста составляет 95–98 %. Принимаются меры по созданию надлежащих условий транспортировки, хранения и использования медицинских иммунобиологических препаратов. Повысилась эффективность информационно-разъяснительной работы с населением о необходимости проведения профилактических прививок в установленные сроки. Все это позволило добиться снижения или стабилизации уровней заболеваемости по указанной группе инфекционных заболеваний. В 2004 году имело место снижение заболеваемости населения дифтерией на 40,1 %, коклюшем — на 11,5 %, корью — на 26,1 %, эпидемическим паротитом — в 2,0 раза, вирусным гепатитом В — на 20,0 %. С 1997 года в стране не регистрируются заболевания полиомиелитом, обусловленные диким штаммом полиовируса.

Вместе с тем в профилактике заболеваний, управляемых средствами специфической профилактики, остаются нерешенные вопросы. При этом одной из основных проблем является недостаточное выделение ассигнований из федерального и региональных бюджетов на приобретение вакцин.

Введенная в 1998 году в национальный календарь профилактических прививок иммунизация против вирусного гепатита В осуществляется в недостаточном объеме, так как необходимые ассигнования для закупки вакцины из федерального бюджета выделены лишь в текущем году. В связи с этим накопилась значительная когорта детей и лиц молодого возраста, не привитых против гепатита типа В в рамках национального календаря профилактических прививок. Заболеваемость вирусным гепатитом В остается высокой и составила в 2004 году 10,0 на 100 тысяч населения.

До сих пор в стране не организовано производство вакцины против краснухи, закупки зарубежного препарата проводятся не в полном объеме. Недостаточный охват детей профилактическими прививками способствовал росту заболеваемости краснухой в 2004 году по сравнению с 2003 годом на 15,8 %, тенденция к снижению заболеваемости не отмечается и в текущем году.

С 2002 года в стране реализуются мероприятия по поддержанию свободного от полиомиелита статуса Российской Федерации после сертификации искоренения полиомиелита в Европейском регионе. В целях обеспечения высокого охвата прививками против полиомие-

лита всех детей, в том числе с хронической патологией, первичными и вторичными иммунодефицитами требуется инактивированная полиомиелитная вакцина, которая в стране не производится, средства для ее закупки из федерального бюджета не выделяются.

Несмотря на большой ущерб для здоровья людей и значительные экономические потери от гриппа, уровень охвата населения иммунизацией против этой инфекции в последние годы снизился, что является недопустимым в преддверии возможной пандемии гриппа.

До 2002 г. закупки вакцины финансировались из федерального бюджета и достигали 18–20 млн. доз, что обеспечивало защиту населения из групп повышенного риска заражения и неблагоприятных последствий заболевания гриппом. В связи с прекращением централизованного финансирования в 2003 г. было закуплено только 14,5 млн. доз противогриппозных вакцин, в 2004 г. — 17,3 млн. доз, что позволило вакцинировать только 11,5 % населения. Органы исполнительной власти многих субъектов Российской Федерации выделяют ассигнования на закупку вакцин в минимальных объемах. По этой причине остаются практически не привитыми лица старшего возраста, больные хроническими соматическими заболеваниями, дети, заболеваемость которых во время эпидемии значительно превышает средний уровень.

Для повышения эффективности системы иммунизации наряду с обеспечением высокого уровня охвата населения профилактическими прививками необходимо обеспечить надлежащие условия на всех этапах транспортировки и хранения вакцин, улучшить подготовку медицинских работников в области организации и проведения иммунизации населения, осуществлять постоянную разъяснительную работу в средствах массовой информации о необходимости и целях вакцинопрофилактики. В целях дальнейшего снижения заболеваемости вирусным гепатитом В, краснухой, гриппом, поддержания свободного от полиомиелита статуса Российской Федерации и в соответствии со ст. 51 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650), ст. 9 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 38, ст. 4736) постановляю:

1. Главам администраций субъектов Российской Федерации рекомендовать:

1.1. Организовать и провести в 2006 году дополнительную иммунизацию населения против вирусного гепатита В, краснухи, гриппа и полиомиелита, в том числе:

1.1.1. Против вирусного гепатита В детей в возрасте до 17 лет, не привитых ранее.

1.1.2. Против краснухи детей в возрасте 5–7 лет и девочек в возрасте 14–17 лет, не болевших и не привитых ранее.

1.1.3. Против полиомиелита инактивированной вакциной детей раннего возраста, часто и длительно болеющих острыми респираторными вирусными инфекциями, с онкологическими заболеваниями, первичными иммунодефицитными состояниями и заболеваниями крови.

1.1.4. Против гриппа медицинских работников, работников образовательных учреждений, взрослых старше 60 лет, детей, посещающих дошкольные учреждения, и учащихся 1–4 классов.

1.2. Оказать всестороннюю поддержку и помощь органам и учреждениям здравоохранения в организации и проведении дополнительной иммунизации населения.

1.3. Обеспечить осуществление в средствах массовой информации постоянной пропаганды о необходимости и целях иммунизации населения.

1.4. Рассмотреть вопрос о выделении ассигнований для обеспечения эффективной «холодовой» цепи на всех этапах транспортировки и хранения вакцин.

1.5. Проанализировать региональные программы по вакцинопрофилактике, перераспределить ассигнования с учетом средств, выделенных из федерального бюджета на закупку вакцин, и направить их на осуществление организационных мероприятий (подготовка кадров, закупка холодильного оборудования, информационно-пропагандистская работа среди населения и др.).

2. Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию рекомендовать:

2.1. Обеспечить в 2006 году формирование государственного заказа на вакцины против гепатита В и гриппа на предприятиях Российской Федерации, своевременное объявление и проведение конкурсов на закупки вакцины против краснухи и инактивированной вакцины против полиомиелита.

2.2. Организовать доставку вакцин в субъекты Российской Федерации для проведения дополнительной иммунизации в соответствии с утвержденным графиком и соблюдением условий транспортировки, регламентируемых санитарно-эпидемиологическими правилами

СП 3.3.2.1248-03 «Условия транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов», зарегистрированными в Министерстве юстиции Российской Федерации 11 апреля 2003 года, регистрационный № 4410.

3. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, Главным государственным санитарным врачам по субъектам Российской Федерации:

3.1. Определить численность контингентов детского и взрослого населения, подлежащих дополнительной иммунизации против гепатита В, краснухи, гриппа и полиомиелита, и представить сведения в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека до 1 декабря 2005 года.

3.2. Сформировать заявки на вакцины против вирусного гепатита В, краснухи, гриппа, полиомиелита и представить их в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека до 1 декабря 2005 года.

3.3. Провести подготовку медицинских работников по вопросам организации вакцинопрофилактики населения.

4. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

4.1. Обеспечить необходимое оснащение лечебно-профилактических учреждений для проведения дополнительной иммунизации населения, создать при необходимости прививочные бригады.

4.2. Принять дополнительные меры по созданию надлежащих условий транспортировки и хранения вакцин.

4.3. Организовать ведение ежемесячной отчетности о проведенной дополнительной иммунизации и расходе вакцин, создать информационную базу данных о профилактических прививках, обеспечить выдачу населению сертификатов профилактических прививок.

5. Главным государственным санитарным врачам по субъектам Российской Федерации:

5.1. Осуществлять действенный государственный санитарно-эпидемиологический надзор за проведением дополнительной иммунизации населения.

5.2. Обеспечить ежемесячное представление информации о ходе дополнительной иммунизации населения в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

6. Руководителям средств массовой информации рекомендовать проведение постоянной пропаганды о необходимости и целях иммунизации населения.

7. Контроль за выполнением настоящего Постановления возложить на заместителя Главного государственного санитарного врача Российской Федерации Л. П. Гульченко.

Г. Г. Онищенко

11. Ранняя диагностика и некоторые аспекты организации медицинской помощи онкологическим больным (по материалам Департамента здравоохранения НСО)

Объемы амбулаторной помощи онкологическим больным

Объемы медицинской помощи онкологическим больным в ЛПУ различных уровней зависят от типа ЛПУ (доврачебная помощь — ФАП, амбулатории и участковая больница, городские поликлиники и больницы, ЦРБ, ОКБ, специализированные учреждения: онкологические диспансеры, центры, клиники); его основных задач в процессе выявления и лечения онкологических больных; требований к квалификации кадров; основных направлений работы на данном этапе; алгоритмов медицинской помощи, включающих объем обследования и показателей его качества, объема лечебных мероприятий и показателей их качества.

На уровне доврачебной помощи — ФАП — основной задачей является выявление предраковых заболеваний и злокачественных новообразований визуальных локализаций.

Требования к квалификации кадров на этом этапе — специализация в онкоучреждении: повышение квалификации на рабочем месте в территориальном онкологическом диспансере. Работнику ФАП необходимо знать диагностику предраковых заболеваний и рака визуальных локализаций и владеть методикой забора мазков для цитологического исследования, методикой пальцевого исследования прямой кишки, методикой пальпации молочных желез, щитовидной железы, лимфатических узлов.

Основные направления работы на данном этапе:

1. Направление в ЦРБ всех больных с выявленной патологией (подозрение на злокачественное новообразование или предраковое заболевание).
2. Оказание помощи больным с IV стадией опухолевого процесса (симптоматическая терапия) по назначению врача.

Объем обследования на этапе ФАП — осмотр наружных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация живота, молочных желез, щитовидной железы, лимфатических узлов, пальцевое исследование прямой кишки, забор мазков с шейки матки и цервикального канала для цитологического исследования.

Срок обследования — 1 день.

Показатель качества обследования на этапе ФАП — выявление злокачественных новообразований визуальных локализаций стадии I и II не ниже среднеобластных показателей предыдущего года.

В том случае, когда больной с подозрением на злокачественное новообразование отказывается от дальнейшего обследования в ЦРБ или онкологическом диспансере или не может из-за общего состояния доехать до ЦРБ или онкологического диспансера, сотрудник ФАП, ВА, УБ должен сообщить о таком больном врачу, ответственному за оказание онкопомощи, заместителю главного врача ЦРБ по лечебной работе или заместителю главного врача ЦРБ по внебольничной помощи.

Заместитель главного врача по лечебной работе или заместитель главного врача по внебольничной помощи должен организовать консультацию такого больного по месту его проживания, с привлечением всех необходимых специалистов.

Предопухолевые и злокачественные заболевания молочной железы

Заболеваемость и смертность от рака молочной железы в нашей стране неуклонно растет. Заболеваемость раком молочной железы в Новосибирской области в 2003 году составляла 68,3 на 100 000 женского населения. Показатель смертности составлял 29,0 на 100 000 женского населения.

В России около 40 % женщин обращаются за помощью к врачу в поздних стадиях заболевания.

Этиология

Молочная железа является «органом-мишенью». В силу своих физиологических особенностей молочные железы находятся в состоянии постоянной смены процессов, связанных с фазами менструального цикла. На изменения в молочных железах оказывают влияние гормоны, вырабатываемые яичниками, гормоны коры надпочечников, гормоны передней доли гипофиза. Воспалительные заболевания половых органов, аборт, заболевания печени, нарушение функции щитовидной железы, болезни нервной системы ведут к развитию гормональных расстройств, резкому колебанию гормонального равновесия. Эти нарушения ведут к сдвигу процессов физиологических изменений в молочной железе, к развитию различных форм мастопатий и рака молочных желез.

Мастопатии

Мастопатия — это дисгормональная гиперплазия молочных желез. Она регистрируется у 10–50 % женщин репродуктивного возраста.

Клиника. Различают две формы мастопатий: диффузную и узловую. Диффузная мастопатия является начальной стадией заболевания. Клинически она проявляется болезненным набуханием молочных желез, которое усиливается в предменструальный период; могут быть выделения из сосков серозные, типа молозива, грязно-зеленоватые, бурые. При пальпации молочных желез определяется дольчатость, тяжесть, мелкая зернистость, выраженные неравномерно в одной или обеих молочных железах. В начале заболевания на первом плане в клинике мастопатии выступает болезненность при минимальных изменениях в ткани молочных желез. По мере прогрессирования заболевания боли становятся менее интенсивными, а на первый план выступают ограниченные уплотнения в одном или нескольких участках, в одной или обеих молочных железах.

Узловая мастопатия является следующей стадией заболевания. Она характеризуется появлением постоянных очагов уплотнения в одной или обеих молочных железах, не изменяющихся в зависимости от менструального цикла.

Гинекомастия — увеличение молочных желез у мужчин. Клинически гинекомастия характеризуется болезненностью, увеличением молочной железы; различают диффузную и узловую гинекомастию.

Диагностика. При осмотре молочных желез при мастопатии кожных симптомов нет. При пальпации определяется болезненность, грубая дольчатость, тяжесть. Пальпация должна производиться в положении стоя и лежа. При надавливании на соски определяется наличие или отсутствие выделений, их цвет, отделяемое из сосков обязательно берут на цитологическое исследование.

Лечение. Развитие мастопатии происходит на фоне хронических воспалительных заболеваний половых органов, заболеваний щитовидной железы, печени, расстройств нервной системы. У каждой больной следует выявить причину возникновения заболевания и лечение необходимо начать с воздействия на эту причину. Консервативная терапия проводится при диффузной форме мастопатии и гинекомастии. Лечение должно быть комплексным и длительным под наблюдением врача.

Узловые формы мастопатии подлежат хирургическому лечению — секторальной резекции с обязательным гистологическим исследованием.

Больные с мастопатией должны наблюдаться 1–2 раза в год. Каждая женщина должна 1 раз в месяц проводить самоосмотр молочных желез. Своевременное лечение мастопатии служит профилактикой развития рака молочной железы.

Доброкачественные опухоли молочных желез

Фиброаденома молочной железы является смешанной соединительнотканной и эпителиальной опухолью. Встречается у женщин молодого возраста. Опухоль имеет четкие контуры, гладкую поверхность, плотную консистенцию, подвижная, безболезненная при пальпации. **Листовидная (филлоидная) фиброаденома** имеет характеристики обычной фиброаденомы, но часто листовидная фиброаденома имеет большие размеры, поверхность ее становится неровной. Характеризуется быстрым ростом и частым озлокачествлением.

Липома молочной железы мягкоэластичная, безболезненная при пальпации, малоподвижная, без четких контуров опухоль.

Внутрипротоковая папиллома проявляется серозно-геморрагическими выделениями из соска. Выделения самопроизвольные, скудные, пачкают белье.

Лечение. Доброкачественные опухоли подлежат оперативному лечению с обязательным гистологическим исследованием. В случаях сочетания фиброаденомы с диффузной мастопатией после секторальной резекции необходимо проводить консервативную терапию по поводу мастопатии.

Злокачественные опухоли молочных желез

Рак молочной железы является наиболее частой формой опухоли этого органа и встречается преимущественно у женщин. Рак молочной железы у мужчин составляет 1–2 % к общему числу опухолей этого органа.

Различают несколько форм рака молочной железы: узловую, инфильтративно-отечную (диффузную), болезнь Педжета.

Клиника. Наиболее часто встречается узловая форма, клинически она проявляется наличием плотного малоподвижного узла. Чаще всего поражается верхненаружный квадрант (до 50 %), поражение левой и правой молочных желез встречается с одинаковой частотой. В 90 % случаев больные сами выявляют опухоль.

Клинические признаки ранних форм узлового рака молочной железы:

- 1) наличие опухолевого узла в молочной железе;
- 2) плотная консистенция опухоли;
- 3) ограниченная подвижность в молочной железе;
- 4) патологическая морщинистость или втяжение кожи над узлом;
- 5) опухоль безболезненная при пальпации;
- 6) наличие одного или нескольких плотных узлов в подмышечной области на стороне поражения.

Клинические признаки поздних форм узлового рака молочной железы:

- 1) заметная на глаз деформация кожи над опухолью;
- 2) явление лимфостаза, проявляющееся симптомом «лимонной корки» над опухолью или за ее пределами;
- 3) изъязвление или прорастание кожи опухолью;
- 4) утолщение соска и складки ареолы;
- 5) втяжение, фиксация соска;
- 6) деформация молочной железы: уменьшение или увеличение ее размеров, подтягивание вверх, фиксация к грудной стенке;
- 7) большие размеры опухоли, больше 5 см;
- 8) наличие метастатических узлов в подмышечной впадине на стороне поражения, больших размеров, спаянных между собой, каменистой плотности;
- 9) надключичные метастазы с той же стороны или перекрестные подмышечные и надключичные метастазы с противоположной стороны;
- 10) боль в молочной железе;
- 11) отдаленные метастазы, выявляемые клинически и рентгенологически, и симптоматика, им соответствующая.

Диффузные формы рака встречаются реже узловых. К ним относятся рожистоподобная, маститоподобная, инфильтративно-отечная и панцирная формы. Характеризуются поражением в основном молодых женщин, очень высокой злокачественностью.

Клинические признаки диффузной формы рака молочной железы:

- 1) диффузное уплотнение всей молочной железы;
- 2) некоторое увеличение размеров молочной железы;
- 3) покраснение кожи;
- 4) выраженные явления лимфостаза — симптом «лимонной корки»;
- 5) фиксация, втяжение соска;
- 6) наличие метастазов в регионарные лимфоузлы.

Болезнь Педжета составляет 5 % всех случаев рака молочной железы. Начинается с покраснения и утолщения соска, появления сухих и мокнущих корочек и «струпииков». При их отпадении обнажается влажная, зернистая поверхность. В процесс по мере его развития вовлекается ареола. Постепенно сосок уплощается, изъязвляется, процесс распространяется на кожу молочной железы за пределы ареолы и одновременно идет распространение по крупным протокам вглубь молочной железы. Позже возникают метастазы в подмышечные лимфоузлы. В начале заболевания болезнь Педжета можно принять за экзему или псориаз.

Диагностика. Чем раньше обнаружена опухоль, тем лучше результаты лечения.

Диагностика рака молочной железы основывается на клинических данных и результатах дополнительного обследования.

При осмотре нужно обращать внимание на размеры и форму молочных желез, деформацию молочной железы, цвет и состояние кожи, соска и ареолы. Вслед за осмотром производится пальпация обеих молочных желез. Пальпация должна проводиться в положении стоя и лежа. В положении больной стоя определяются форма, размеры, консистенция, поверхность опухоли, ее подвижность, болезненность. В положении лежа руки больной должны быть за головой, осмотр повторить. При осмотре и пальпации молочных желез производят осмотр и пальпацию подмышечных, подключичных, надключичных областей с обеих сторон с целью выявления метастазов.

При обнаружении узла в молочной железе необходимо произвести пункционную биопсию его с целью верификации процесса. Аспирационная биопсия и цитологическое исследование дают возможность установить диагноз рака молочной железы в 80–85 % случаев. Пункционную биопсию проводят только специалисты-онкологи. В обязательном порядке исследуются выделения из сосков, отпечатки с изъязвленной поверхности. Если при цитологическом исследовании ответ отрицательный, это не исключает диагноза рака.

К инструментальным методам диагностики рака молочной железы относятся ультразвуковая диагностика и рентгенологическая диагностика (маммография). У женщин моложе 30 лет следует проводить ультразвуковое исследование молочных желез. Уровень лучевой нагрузки в современных аппаратах невелик и не представляет никакой опасности для здоровья. С помощью маммографии могут быть выявлены непальпируемые опухоли. Поэтому це-

лесообразно, чтобы каждая женщина в возрасте старше 35 лет один раз в 2 года проходила маммографическое обследование. После 50 лет выполнение маммографии рекомендуется ежегодно.

Для своевременного выявления опухолей каждой женщине необходимо регулярно, один раз в месяц, проводить самообследование молочных желез в любой день с 6-го по 12-й день менструального цикла, для женщин в менопаузе в любой день месяца.

Лечение. Лечение рака молочной железы состоит из ряда последовательных мероприятий и поэтому называется комбинированным или комплексным. Лечение включает хирургические, лучевые и химиотерапевтические методы и зависит от степени распространенности опухолевого процесса, возраста больной, наличия сопутствующих заболеваний.

Лечение злокачественных новообразований молочной железы должно осуществляться в специализированных учреждениях.

Только заинтересованность женщин в собственном здоровье может способствовать активному раннему выявлению опухолей молочной железы. Ранняя диагностика является одним из основных условий улучшения результатов лечения злокачественных новообразований молочной железы и смертности от этого грозного заболевания.

Главный онколог НСО

НАРОВ Ю. Э.

Заместитель главного врача
ОГУЗ НООД по ОМР

ПЯТИБРАТОВА А. В.

Задачи медицинских работников по своевременной диагностике злокачественных новообразований визуальных локализаций

Особенностью работы среднего медработника ФАП является то, что на него ложится значительная доля ответственности за своевременное выявление больных со злокачественными новообразованиями.

Основными организационными формами работы по раннему выявлению таких больных являются подворные обходы, комплексные и целевые профилактические осмотры и амбулаторный прием населения.

Целевые осмотры для выявления ранних форм онкозаболеваний и групп риска целесообразно сочетать с предварительными и периодическими медосмотрами. Подворные обходы с опросом и осмотром населения следует планировать на год с учетом количества взрослого населения обслуживаемого участка.

Проведение работы предусматривает создание картотеки полицевого учета населения участка.

Группы повышенного риска:

1. Группа повышенного риска среди диспансерных больных:
 - больные с хроническими заболеваниями легких;
 - больные с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта;
 - все больные с эндокринными заболеваниями;
 - больные с хроническими заболеваниями женских половых органов;
 - больные с хроническими заболеваниями кожи, подкожной клетчатки;
 - больные с различными видами анемии.
2. Группа повышенного риска среди «практически здоровых людей»:
 - лица, у ближайших родственников которых были онкологические заболевания;
 - лица, перенесшие обширные травмы (ожоги, отморожения, переломы);
 - все курильщики и лица, злоупотребляющие алкоголем;
 - нерожавшие женщины, старше 40 лет;
 - лица с различными доброкачественными опухолями и пигментными пятнами;
 - лица, часто болеющие простудными заболеваниями.
3. Работники, имеющие контакт со следующими веществами: нафтиламин и его производные, мышьяк, асбест, бензол, никель, венилхлорид, хром, радиоактивные вещества, резина, лаки и краски.

В задачу среднего медицинского работника входит обеспечение своевременной явки лиц из группы риска на очередное обследование к врачу.

Профилактическим осмотрам на выявление предраковых и злокачественных заболеваний подлежат все население не реже одного раза в год, а лица из групп риска два-три раза в год.

Методическое руководство профилактическими осмотрами и контроль за полнотой и качеством их проведения возлагаются на районного онколога.

Средний медработник ФАП обязан информировать районного онколога, гинеколога обо всех выявленных больных (представить список), проводить сверку со специалистами раз в месяц.

Все лица, у которых при профилактических осмотрах были заподозрены предопухольные заболевания или злокачественные новообразования, подлежат дальнейшему обязательному углубленному обследованию в лечебно-профилактических учреждениях общей лечебной сети или в специализированном учреждении.

Главный онколог области

НАРОВ Ю. Э.

Заместитель главного врача
ОГУЗ НООД по ОМР

ПЯТИБРАТОВА А. В.

Порядок организации и проведения цитологического обследования женщин на выявление патологии шейки матки

Утвержден
Приказом Департамента здравоохранения НСО
от 23.07.2007 г. № 506

Наименование мероприятий

Организация и систематическое проведение разъяснительной работы среди населения по вопросам профилактических осмотров и цитологического обследования женщин в амбулаторно-поликлинических учреждениях (в смотровом кабинете, женской консультации по месту жительства).

Формы реализации

Выступления по радио, телевидению; публикация статей в периодической печати; проведение лекций и бесед в организациях, учреждениях, на предприятиях; издание и распространение наглядно-информационного материала (памятки, буклеты, санитарные бюллетени и т. д.).

Исполнители

Медицинские работники медицинских учреждений, в т. ч. центров, отделений, кабинетов медицинской профилактики.

Ожидаемый результат

Увеличение числа женщин, обратившихся в смотровые кабинеты, женские консультации с профилактической целью.

Наименование мероприятий

Определение контингента женщин, подлежащих цитологическому обследованию на выявление патологии шейки матки.

Формы реализации

Регистрация женщин с 18 лет и старше, подлежащих цитологическому обследованию в «Журнале учета цитологического обследования женщин по выявлению патологии шейки матки».

Исполнители

Врач-гинеколог, фельдшер, акушерка, медицинская сестра женской консультации, смотрового кабинета амбулаторно-поликлинического учреждения, в т. ч. фельдшерско-акушерского пункта.

Ожидаемый результат

Обеспечение персонафицированного учета женщин, подлежащих ежегодному цитологическому обследованию.

Примечания. 1. Корректировка списочного состава осуществляется ежегодно (принимаются на учет женщины, которым в текущем году исполняется 18 лет и снимаются с учета — выбывшие из района обслуживания данного амбулаторно-поликлинического учреждения).

2. Не подлежат ежегодному цитологическому обследованию и не регистрируются в Журнале женщины, находящиеся на диспансерном учете у гинеколога или онкогинеколога.

Наименование мероприятий

Организация направления женщин на профилактический гинекологический осмотр.

Формы реализации

1. Направление женщин в смотровой кабинет амбулаторно-поликлинического учреждения, в т. ч. ФАП, при первичном обращении за медицинской помощью в текущем году.

2. Активное приглашение женщин на целевой медицинский осмотр через участковую службу и службу врача общей практики.

3. Размещение наглядной информации в вестибюлях амбулаторно-поликлинических учреждений с информацией о необходимости профилактического гинекологического обследования, месте и времени его проведения.

Исполнители

Работники регистратуры, участковые врачи, врачи общей практики, врачи — специалисты различного профиля, акушерки фельдшерско-акушерского пункта.

Ожидаемый результат

1. Увеличение числа женщин, обратившихся в смотровые кабинеты, женские консультации с профилактической целью.

2. Увеличение в структуре обследованных женщин доли женщин старших возрастных групп и неорганизованных.

Примечание. Анализируется динамика посещаемости женщин старших возрастов и неорганизованных (1 раз в квартал).

Наименование мероприятий

Проведение гинекологического осмотра и отбора материала на онкоцитологию у женщин, подлежащих цитологическому обследованию.

Формы реализации

1. Гинекологический осмотр и отбор мазка на онкоцитологию в женской консультации, смотровом кабинете амбулаторно-поликлинического учреждения, в т. ч. ФАП.

2. Выездные гинекологические осмотры неорганизованного сельского населения (по графику).

3. Предварительные и периодические профилактические медицинские осмотры работающего населения в установленном порядке.

Исполнители

Врач-гинеколог, акушерка женской консультации, смотрового кабинета амбулаторно-поликлинического учреждения, в т. ч. фельдшерско-акушерского пункта.

Ожидаемый результат

Выявление групп лиц, имеющих патологические изменения женских половых органов и риск развития злокачественных новообразований.

Примечание. Для забора мазка должен использоваться специальный медицинский инструментарий (ложкообразное зеркало и подъемник, шпатель Эйра, ложечка Фолькмана).

Для приготовления мазка должны использоваться предметные стекла толщиной не более 1 мм, пригодные для автоматической обработки.

Наименование мероприятий

Контроль за проведением цитологического обследования

Формы реализации

1. Регистрация результатов цитологического обследования в «Журнале учета цитологического обследования женщин по выявлению патологии шейки матки» (по мере поступления).

2. Анализ показателей проведения работы в соответствии с «Отчетом о цитологическом обследовании женщин по выявлению патологии шейки матки» (один раз в квартал).

3. Оценка качества цитологических препаратов.

Исполнители

Акушерка женской консультации, смотрового кабинета амбулаторно-поликлинического учреждения, в т. ч. фельдшерско-акушерского пункта.

Врач-лаборант-цитолог, фельдшер-лаборант-цитолог

Ожидаемый результат

Охват женщин цитологическим скринингом не менее 90 % от числа подлежащих.

1. Пациент и материал соответствующим образом идентифицированы.
2. Материал технически может быть интерпретирован (не более чем 50 % всех клеток скрыты воспалением, детритом или кровью).
3. Исключение дефектов (в т. ч. недостаточное количество материала, отсутствие мазка из канала шейки матки) при взятии материала.

Примечание. Контроль за проведением цитологического скрининга женщин внутри амбулаторно-поликлинического учреждения осуществляет руководитель данного амбулаторно-поликлинического учреждения.

Информирование руководителей органов здравоохранения, главных врачей медицинских учреждений РТ о недостатках, допускаемых при заборе, подготовке и транспортировке материалов, направляемых для лабораторных исследований.

Наименование мероприятий

Обеспечение преемственности в работе медицинских учреждений на всех этапах оказания гинекологической помощи населению.

Формы реализации

1. Формирование списка женщин с выявленной патологией, подлежащих дообследованию в соответствии с предлагаемой формой (1 раз в месяц)
2. Направление списка в женскую консультацию, гинекологический кабинет по месту прикрепления женщин.
3. Организация направления женщин, требующих дообследования, в женскую консультацию, гинекологический кабинет.
4. При сдаче очередного нового списка необходимо получить предыдущий список из женской консультации, смотрового кабинета с указанием даты обращения женщины для дообследования и заключительного диагноза.
5. Регистрация заключительного диагноза в «Журнале учета цитологического обследования женщин по выявлению патологии шейки матки» на основании списков, возвращенных из женской консультации, гинекологического кабинета амбулаторно-поликлинического учреждения.

Исполнители

Акушерка ФАП, смотрового кабинета амбулаторно-поликлинического учреждения.

Ожидаемый результат

Увеличение доли женщин, привлеченных к дообследованию, от числа выявленных с патологией.

- Примечания.*
1. Списки формируются по прикреплению к женской консультации.
 2. Женщины, не прошедшие дообследование в текущем месяце, вносятся в список следующего месяца.

Наименование мероприятий

Анализ результатов цитологического обследования.

Формы реализации

Расчет показателей (в разрезе прикрепленного участка, женской консультации, района города, города, района РТ):

1. Заболеваемость раком шейки матки.
2. Одногодичная летальность от рака шейки матки.
3. Запущенность злокачественных новообразований репродуктивной сферы.
4. Удельный вес больных раком шейки матки, выявленных при профилактических медицинских осмотрах, из числа впервые взятых на учет в отчетном году.
5. Соотношение числа больных с преинвазивным раком (carcinoma in situ), выявленных при цитологическом обследовании, к числу больных инвазивным раком, зарегистрированных в течение года.

Исполнители

Врач-гинеколог, врач-онкогинеколог.

Ожидаемый результат

4:1

Примечание. Анализ показателей проводится постоянно в течение нескольких лет.

Стандарты объемов медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений по выявлению и оказанию медицинской помощи онкологическим больным

Тип ЛПУ: ФАП (доврачебная помощь)

Основные задачи

Выявление предраковых заболеваний и злокачественных новообразований визуальных локализаций.

Требования к квалификации кадров

Специализация в онкоучреждении: повышение квалификации на рабочем месте в территориальном онкологическом диспансере.

ЗНАТЬ:

Диагностику предраковых заболеваний и рака визуальных локализаций.

ВЛАДЕТЬ:

1. Методикой забора мазков для цитологического исследования.
2. Пальцевым исследованием прямой кишки.
3. Пальпацией молочных желез, щитовидной железы, лимфоузлов.

Основные направления работы

Всех выявленных больных с подозрением на злокачественное новообразование и предраковыми заболеваниями направлять в ЦРБ.

Проводить симптоматическую терапию (по назначению врача) онкологическим больным при IV стадии заболевания.

Стандарт обследования

Осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация живота, молочных желез, щитовидной железы, лимфоузлов, пальцевое исследование прямой кишки, цитологический мазок шейки матки и цервикального канала.

Стандарт качества обследования

Выявление злокачественных новообразований I–II стадий визуальных локализаций не ниже среднероссийских показателей предыдущего года.

Стандарт лечебных мероприятий

Симптоматическое лечение онкологических больных при IV стадии заболевания (по назначению врача).

Стандарт качества лечения

Обеспечение медицинской зоны комфорта в течение всего периода болезни.

12. Должностные инструкции (по материалам новосибирского городского МИАЦ)

Инструктор по гигиеническому воспитанию

1. Общие положения

1. Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность инструктора по гигиеническому воспитанию.

2. На должность инструктора по гигиеническому воспитанию назначается лицо, имеющее среднее медицинское образование и соответствующую подготовку по специальности «Гигиеническое воспитание».

3. Инструктор по гигиеническому воспитанию должен знать основы законодательства РФ о здравоохранении; нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения; основы организации лечебно-профилактической помощи в больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, Роспотребнадзора, лекарственного обеспечения населения и ЛПУ; теоретические основы, принципы и методы диспансеризации; организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, органи-

защиты и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии; правовые аспекты медицинской деятельности; общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма; этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения, принципы комплексного лечения основных заболеваний; правила оказания неотложной медицинской помощи; основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы; основы санитарного просвещения; правила внутреннего трудового распорядка; правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты; методики определения резервов здоровья, коррекции образа жизни, пропаганды медицинских и санитарно-гигиенических знаний среди населения; организационную структуру учреждений здравоохранения; методы проведения социологических исследований; правила эксплуатации оргтехники своего рабочего места.

4. Инструктор по гигиеническому воспитанию назначается на должность и освобождается от должности приказом руководителя учреждения в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. Инструктор по гигиеническому воспитанию непосредственно подчиняется руководителю своего структурного подразделения (отдела, отделения), а при его отсутствии руководителю учреждения или его заместителю.

2. Должностные обязанности

1. Осуществляет контроль за проведением профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения и привитие ему навыков здорового образа жизни, соблюдением действующих нормативно-правовых актов, определяющих деятельность органов и учреждений здравоохранения в части гигиенического воспитания населения и формирования здорового образа жизни.

2. Выявляет резервы здоровья различных групп населения.

3. Осуществляет регистрацию, учет и статистическую обработку данных инфекционной и неинфекционной заболеваемости.

4. Координирует под руководством курирующего врача деятельность медицинских работников в части выявления факторов риска здоровья населения, пропаганды медицинских и санитарно-гигиенических знаний, формирования здорового образа жизни.

5. Осуществляет сбор анкет при проведении социологических исследований среди населения по вопросам медико-гигиенического воспитания.

6. Создает и поддерживает актуальность информационного банка данных на основе санитарно-просветительской литературы, материалов периодической печати медицинского профиля, данных социально-гигиенического мониторинга.

7. Оказывает организационно-методическую помощь специалистам учреждений здравоохранения и работникам образовательных учреждений по вопросам гигиенического обучения и воспитания населения.

8. Организует семинары для населения по вопросам охраны здоровья и обеспечивает слушателей соответствующей литературой.

9. Подготавливает соответствующие материалы для средств массовой информации.

10. Квалифицированно и своевременно исполняет приказы, распоряжения и поручения руководства учреждения, а также нормативно-правовые акты по своей профессиональной деятельности.

11. Соблюдает правила внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима.

12. Оперативно принимает меры, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам, пациентам и посетителям.

13. Систематически повышает свою квалификацию.

3. Права

Инструктор по гигиеническому воспитанию имеет право:

1. Вносить предложения руководству учреждения по совершенствованию гигиенического обучения и воспитания, в т. ч. по вопросам организации и условий своей трудовой деятельности.

2. Запрашивать, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей.

3. Принимать участие в научно-практических конференциях и совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой.

4. Проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующей квалификационной категории.

5. Повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования не реже одного раза в 5 лет.

6. Инструктор по гигиеническому воспитанию пользуется всеми трудовыми правами в соответствии с Трудовым кодексом РФ.

4. Ответственность

Инструктор по гигиеническому воспитанию несет ответственность за:

1. Своевременное и качественное осуществление возложенных на него должностных обязанностей.

2. Организацию своей работы, своевременное и квалифицированное выполнение приказов, распоряжений и поручений руководства, нормативно-правовых актов по своей деятельности.

3. Соблюдение правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности.

4. Своевременное и качественное оформление медицинской и иной служебной документации, предусмотренной действующими нормативно-правовыми документами.

5. Предоставление в установленном порядке статистической и иной информации по своей деятельности.

6. Оперативное принятие мер, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам, пациентам и посетителям.

7. За нарушение трудовой дисциплины, законодательных и нормативно-правовых актов инструктор по гигиеническому воспитанию может быть привлечен в соответствии с действующим законодательством в зависимости от тяжести проступка к дисциплинарной, материальной, административной и уголовной ответственности.

Специалист кабинета доврачебного приема

1. Общие положения

1. Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность специалиста кабинета доврачебного приема.

2. На должность специалиста кабинета доврачебного приема назначается лицо, имеющее среднее медицинское образование и подготовку по медицинской профилактике.

3. Специалист кабинета доврачебного приема должен знать основы законодательства РФ о здравоохранении; нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения по лечебно-профилактической и медико-профилактической деятельности; основы организации лечебно-профилактической помощи в больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, Роспотребнадзора, лекарственного обеспечения населения и ЛПУ; основы медицинской этики и деонтологии; правовые аспекты медицинской деятельности; теоретические основы, принципы и методы выявления повышенных рисков развития заболеваний и их осложнений, снижения влияния модифицируемых факторов риска; основные формы и методы проведения профилактических и оздоровительных мероприятий; методики определения резервов здоровья, коррекции образа жизни, пропаганды медицинских и санитарно-гигиенических знаний среди населения; общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма; этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения, принципы комплексного лечения основных заболеваний; правила оказа-

ния неотложной медицинской помощи; основы санитарного просвещения; методы проведения социологических исследований; правила эксплуатации оргтехники своего рабочего места, правила внутреннего трудового распорядка; правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

4. Специалист кабинета доврачебного приема назначается на должность и освобождается от должности приказом руководителя учреждения в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. Специалист кабинета доврачебного приема непосредственно подчиняется руководителю отдела профилактики, а при его отсутствии руководителю учреждения или его заместителю.

2. Должностные обязанности

1. Специалист кабинета доврачебного приема проводит прием пациентов, осуществляет доврачебный скрининг состояния здоровья и выявляет наличие и воздействие основных и дополнительных факторов риска, осуществляет сбор и анализ анамнестических данных.

2. Проводит инструментальное исследование, включающее определение роста, веса, артериального давления и частоты пульса, внутриглазного давления и определение остроты зрения; лабораторные экспресс-исследования по определению показателей углеводного и липидного обмена.

3. Проводит анкетирование пациентов с применением специально разработанных анкет, для определения поведенческих и социальных факторов риска, отношения пациентов к указанным рискам и наличие мотивации для их снижения.

4. Выявляет отклонения в состоянии здоровья и проводит донозологическую диагностику.

5. Информировать пациентов о выявленных отклонениях и возможности осуществления их коррекции с применением современных профилактических, оздоровительных и лечебных технологий, в том числе специалистами отделения профилактики и учреждения в целом.

6. Направляет пациентов по результатам доврачебного обследования на консультацию к специалистам по профилю выявленных отклонений.

7. Ведет учетную и отчетную медицинскую документацию в установленном порядке.

8. Координирует под руководством курирующего врача деятельность медицинских работников в части выявления факторов риска здоровья населения, пропаганды медицинских и санитарно-гигиенических знаний, формирования здорового образа жизни. Подготавливает соответствующие материалы для средств массовой информации. Принимает участие в подготовке и проведении мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, профилактике заболеваний, выявлению и снижению неблагоприятного воздействия модифицируемых факторов риска.

9. Квалифицированно и своевременно исполняет приказы, распоряжения и поручения руководства учреждения, а также нормативно-правовые акты по своей профессиональной деятельности.

10. Соблюдает правила внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима.

11. Оперативно принимает меры, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам, пациентам и посетителям.

12. Систематически повышает свою квалификацию.

3. Права

Специалист кабинета доврачебного приема имеет право:

1. Вносить предложения руководству учреждения по совершенствованию деятельности в части проведения доврачебного скрининга состояния здоровья и факторов риска, в т. ч. по вопросам организации и условиям своей трудовой деятельности.

2. Запрашивать, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей.

3. Принимать участие в научно-практических конференциях и совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой.

4. Проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующей квалификационной категории.
5. Повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования не реже одного раза в 5 лет.
6. Специалист кабинета доврачебного приема пользуется всеми трудовыми правами в соответствии с Трудовым кодексом РФ.

4. Ответственность

Специалист кабинета доврачебного приема несет ответственность за:

1. Своевременное и качественное осуществление возложенных на него должностных обязанностей.
2. Организацию своей работы, своевременное и квалифицированное выполнение приказов, распоряжений и поручений руководства, нормативно-правовых актов по своей деятельности.
3. Соблюдение правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности.
4. Своевременное и качественное оформление медицинской и иной служебной документации, предусмотренной действующими нормативно-правовыми документами.
5. Предоставление в установленном порядке статистической и иной информации по своей деятельности.
6. Оперативное принятие мер, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам, пациентам и посетителям.
7. За нарушение трудовой дисциплины, законодательных и нормативно-правовых актов специалист кабинета доврачебного приема может быть привлечен в соответствии с действующим законодательством в зависимости от тяжести проступка к дисциплинарной, материальной, административной и уголовной ответственности.

Специалист по мониторингу здоровья и профилактической деятельности

1. Общие положения

1. Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность специалиста по мониторингу здоровья и профилактической деятельности.
2. На должность специалиста по мониторингу здоровья и профилактической деятельности назначается лицо, имеющее среднее медицинское образование и соответствующую подготовку по медицинской профилактике и медицинской статистике.
3. Специалист по мониторингу здоровья и профилактической деятельности должен знать основы законодательства РФ о здравоохранении; нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения; Роспотребнадзора, лекарственного обеспечения населения и ЛПУ; общие принципы и основные методы профилактики заболеваний и диспансеризации, выявления рисков для здоровья, методики определения резервов здоровья, коррекции образа жизни, пропаганды медицинских и гигиенических знаний среди населения; основы гигиенического обучения и воспитания; этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения, принципы комплексного лечения основных заболеваний; правила оказания неотложной медицинской помощи; методы проведения социологических исследований; основы медицинской статистики; современные методы статистического наблюдения; методы анализа статистических данных; формы первичных документов по статистическому учету и отчетности, положения и инструкции по их заполнению; действующую международную классификацию болезней; правила эксплуатации вычислительной техники; организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии; правовые аспекты медицинской деятельности; правила внутреннего трудового распорядка; правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты; правила эксплуатации оргтехники своего рабочего места.

4. Специалист по мониторингу здоровья и профилактической деятельности назначается на должность и освобождается от должности приказом руководителя учреждения в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. Специалист по мониторингу здоровья и профилактической деятельности непосредственно подчиняется руководителю отдела профилактики, а при его отсутствии руководителю учреждения или его заместителю.

2. Должностные обязанности

1. Принимает участие в формировании аналитической системы слежения за различными аспектами здоровья населения, направлениями, объемом и качеством профилактической деятельности подразделений и специалистов учреждения.

2. Организует сбор и обработку медико-статистических данных для проведения мониторинга рисков для здоровья населения, формирования групп высокого риска и организации просветительной, профилактической и оздоровительной работы по снижению воздействия модифицируемых факторов риска; знаний и навыков, полученных пациентами по осуществлению самоконтроля за здоровьем; выполнения планов проведения профилактических осмотров и диспансерного наблюдения и оздоровления различных групп населения, оценки их качества; удовлетворенности пациентов доступностью, качеством и эффективностью информационного обеспечения и проведения профилактических и оздоровительных мероприятий специалистами учреждения; уровня подготовки и деятельности специалистов различных подразделений по проблемам гигиенического обучения и воспитания, оказания профилактических и оздоровительных услуг, формирования мотивации населения на ведение здорового образа жизни и преодоление вредных привычек и др. Проводит медико-статистический анализ информации о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

3. Проводит социологические исследования среди пациентов и медицинских работников учреждения по проблемам профилактики и укрепления здоровья.

4. Принимает участие в подготовке аналитических обзоров по результатам мониторинга и информирует специалистов и руководителей учреждения для принятия соответствующих решений.

5. Обеспечивает контроль за достоверностью сведений в учетной и отчетной медицинской документации по направлению деятельности.

6. Участвует во внедрении современных технологий обработки медико-статистических данных. Обеспечивает своевременное и качественное оформление медицинской и иной документации в соответствии с установленными правилами.

7. Проводит санитарно-просветительную работу.

8. Подготавливает соответствующие материалы для средств массовой информации.

9. Квалифицированно и своевременно исполняет приказы, распоряжения и поручения руководства учреждения, а также нормативно-правовые акты по своей профессиональной деятельности.

10. Соблюдает правила внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима.

11. Оперативно принимает меры, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам, пациентам и посетителям.

12. Систематически повышает свою квалификацию.

3. Права

Специалист по мониторингу здоровья и профилактической деятельности имеет право:

1. Вносить предложения руководству учреждения по совершенствованию деятельности подразделений и специалистов по профилактике заболеваний и укреплению здоровья, в т. ч. по вопросам организации и условий своей трудовой деятельности.

2. Запрашивать, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей.

3. Принимать участие в научно-практических конференциях и совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой.

4. Проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующей квалификационной категории.

5. Повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования не реже одного раза в 5 лет.

6. Специалист по мониторингу здоровья и профилактической деятельности пользуется всеми трудовыми правами в соответствии с Трудовым кодексом РФ.

4. Ответственность

Специалист по мониторингу здоровья и профилактической деятельности несет ответственность за:

1. Своевременное и качественное осуществление возложенных на него должностных обязанностей.

2. Организацию своей работы, своевременное и квалифицированное выполнение приказов, распоряжений и поручений руководства, нормативно-правовых актов по своей деятельности.

3. Соблюдение правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности.

4. Своевременное и качественное оформление медицинской и иной служебной документации, предусмотренной действующими нормативно-правовыми документами.

5. Предоставление в установленном порядке статистической и иной информации по своей деятельности.

6. Оперативное принятие мер, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам, пациентам и посетителям.

7. За нарушение трудовой дисциплины, законодательных и нормативно-правовых актов специалист по мониторингу здоровья и профилактической деятельности может быть привлечен в соответствии с действующим законодательством в зависимости от тяжести проступка к дисциплинарной, материальной, административной и уголовной ответственности.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АГ — артериальная гипертензия
АД — артериальное давление
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ВОП — врач общей практики
ВСО — высшее сестринское образование
ВУТ — временная утрата трудоспособности
ГОВ — гигиеническое обучение и воспитание
Д — диспансеризация
ДЗ — департамент здравоохранения
ДН — диспансерное наблюдение
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
ЗОЖ — здоровый образ жизни
ИБС — ишемическая болезнь сердца
ИКК — интегральный коэффициент качества
ИМТ — индекс массы тела
ИППП — инфекция, передаваемая половым путем
КСП — качество сестринской помощи
КТГ — компьютерная томография
ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение
МЗ РФ — Министерство здравоохранения Российской Федерации
МЗиМП РФ — Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации
МЗиСР РФ — Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
МКБ — международная классификация болезней
МП — медицинская помощь
МРК — массо-ростовой коэффициент
МТ — масса тела
ПК — персональный компьютер
ПМУ — простые медицинские услуги
ПНЖК — полиненасыщенные жирные кислоты
ППБ — правила противопожарной безопасности
ПЭ — перенос эмбриона
РАМН — Российская академия медицинских наук
СанПиН — санитарные правила и нормы
СМИ — средства массовой информации
СМП — стандарт медицинской помощи
СНИЛС — страховой номер индивидуального лицевого счета
СОЭ — скорость оседания эритроцитов
СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита
СПР — санитарно-просветительная работа
СРК — синдром раздраженного кишечника
ССС — сердечно-сосудистая система
СЭР — санитарно-противоэпидемический режим
ТБ — техника безопасности
ТФОМС — территориальный Фонд обязательного медицинского страхования
УВ — участковый врач
УЗИ — ультразвуковые исследования
УЕТ — условная единица труда
УМС — участковая медицинская сестра
ФАП — фельдшерско-акушерский пункт

ФМБА — Федеральное медико-биологическое агентство
ФОМС — Фонд обязательного медицинского страхования
ФР — факторы риска
ФЭК — фотоэлектроколориметр
ХЕ — хлебная единица
ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания
ХС — холестерин
ЦНС — центральная нервная система
ЧС — чрезвычайная ситуация
ЭВН — экспертиза временной нетрудоспособности
ЭКГ — электрокардиография
ЭКО — экстракорпоральное оплодотворение

гр. ст. — граненый стакан
ст. — стакан
ст. л. — столовая ложка
ч. л. — чайная ложка
ч. ст. — чайный стакан
м/с — медсестра

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Агаджанян Н. А.* Экология человека : словарь-справ. / Н. А. Агаджанян [и др.]. — СПб. : СОТИС, 1997. — 187 с.
- Адуева Т. П.* Обеспечение здравоохранения кадрами средних медицинских работников / Т. П. Адуева // Глав. мед. сестра. — 1999. — № 10. — С. 103–107.
- Алексеев С. В.* Экология : наука и область образования : метод. рекомендации / С. В. Алексеев. — СПб., 1994. — 55 с.
- Андреева И. М.* Диспансеризация — резервы ее совершенствования / И. М. Андреева, Н. Т. Комарницкая. — Киев, 1989. — 197 с.
- Балмасов А. А.* Диспансеризация / А. А. Балмасов, А. В. Свешников. — М. : Медицина, 1982. — 189 с.
- Барановский А. Ю.* Лечебное питание при инфекционных заболеваниях / А. Ю. Барановский, Л. И. Назаренко // Руководство по инфекционным болезням ; под ред. Ю. В. Лобзина, А. П. Казанцева. — СПб. : Комета, 1996. — С. 589–602.
- Барановский А. Ю.* Советы по питанию россиян / А. Ю. Барановский, Л. И. Назаренко. — СПб. : Атон, 1998. — 414 с.
- Бахман А. Л.* Искусственное питание : пер с англ. / А. Л. Бахман. — М. ; СПб. : БИНОМ ; Невский диалект, 2001. — 192 с.
- Богданович В. Л.* Сахарный диабет / В. Л. Богданович. — Н. Новгород : Изд-во НГМА, 1997. — 195 с.
- Братков О. Л.* Всеобщее право на здоровье и его реализация в различных странах мира / О. Л. Братков. — М. : Медицина, 1981. — 143 с.
- Бузник И. М.* Энергетический обмен и питание / И. М. Бузник. — М. : Медицина, 1978. — 336 с.
- Вагнер В. Д.* Должностные инструкции персонала / В. Д. Вагнер. — М. : Мед. книга, 2002. — 627 с.
- ВОЗ:* Задачи по достижению здоровья для всех. — Копенгаген, 1985. — 24 с.
- ВОЗ:* Планирование и оценка служб санитарного просвещения : доклад Комитета экспертов ВОЗ. — Женева, 1970. — 24 с.
- Воробьев В. И.* Организация оздоровительного и лечебного питания / В. И. Воробьев. — М. : Медицина, 2002.
- Вретлинд А.* Клиническое питание / А. Вретлинд, А. Суджян. — Стокгольм, 1990. — С. 44–47.
- Гаджиев Р. С.* Основы сестринского дела / Р. С. Гаджиев. — М. : Медицина, 2008. — 430 с.
- Глобальная стратегия ВОЗ по достижению здоровья к 2000 году и ее реализация в различных странах мира :* сб. тр. — М., 1986. — С. 237.
- Головской Б. В.* Роль фельдшера в системе общеврачебной практики / Б. В. Головской, О. А. Артамонова, Я. Б. Ховаева, Л. И. Котлова // Здравоохранение РФ. — 2004. — № 1. — С. 43–44.
- Диетология :* руководство / под ред. А. Ю. Барановского. — 3-е изд. — СПб. : Питер, 2008. — 1024 с. — (Серия «Спутник врача»).
- Заликина Л. С.* Общий уход за больными / Л. С. Заликина. — М. : Медицина, 1979. — 287 с.
- Зыятдинов К. Ш.* Направления реформирования первичной медико-санитарной помощи населению / К. Ш. Зыятдинов // Здравоохранение. — 1997. — № 6. — С. 7–10.
- Иванова С. С.* Государственная программа развития сестринского дела в России / С. С. Иванова // Здравоохранение. — 1999. — № 3. — С. 19–24.
- Казаринова Н. В.* Лекарственные растения Сибири для лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Н. В. Казаринова [и др.]. — Новосибирск : Наука, 1991. — 240 с.
- Клюев М. А.* Лекарственные средства, применяемые в медицинской практике в СССР / М. А. Клюев [и др.]. — М. : Медицина, 1989. — 512 с.

- Кокосов А. Н.* Разгрузочно-диетическая терапия больных бронхиальной астмой / А. Н. Кокосов, С. Г. Осинин. — Ташкент : Медицина, 1984. — 873 с.
- Колбанов В. В.* Валеология: основные понятия, термины и определения / В. В. Колбанов. — СПб. : ДЕАН, 1998. — 232 с.
- Костюченко А. Л.* Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине / А. Л. Костюченко, Э. Л. Костин, А. А. Курыгин. — СПб. : Спец. лит., 1996. — 332 с.
- Крылов Г. В.* Растения здоровья / Г. В. Крылов, Н. Ф. Казакова, А. А. Лагерь. — Новосибирск : Новосиб. книж. изд-во, 1989. — 304 с.
- Кучер А. Г.* Лечебное питание при хронической почечной недостаточности. Рекомендации для больных / А. Г. Кучер, И. Г. Каюков, А. М. Есаян, Ю. А. Ермаков. — СПб. : Эскулап, 1997. — 120 с.
- Кучер А. Г.* Проблемы лечебного питания у больных с хронической почечной недостаточностью / А. Г. Кучер // Нефрология. — 1997. — № 1. — С. 39–46.
- Кучеренко В. З.* Проблемы профилактики в условиях реформ здравоохранения / В. З. Кучеренко, Л. Е. Сырцова // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 1996. — № 1. — С. 42–46.
- Лаврова И. Г.* Социальная гигиена и организация здравоохранения / И. Г. Лаврова [и др.]. — М. : Медицина, 1987. — 287 с.
- Лейдерман И. Н.* Нутритивная поддержка — важнейший компонент терапии сопровождения при лечении онкологических больных / И. Н. Лейдерман. — М., 2002. — 24 с.
- Лейдерман И. Н.* Нутритивная поддержка в многопрофильном стационаре / И. Н. Лейдерман, Ф. С. Галеев, У. М. Кон, А. К. Ровина. — М., 2002. — 32 с.
- Лисицын Ю. П.* Образ жизни и здоровье населения / Ю. П. Лисицын. — М., 1982. — 357 с.
- Лисицын Ю. П.* Здоровье человека — социальная ценность / Ю. П. Лисицын, А. В. Сахно. — М., 1998. — 134 с.
- Лисицын Ю. П.* Общественное здоровье и здравоохранение / Ю. П. Лисицын. — М., 2002. — С. 90–99.
- Лузан Н. В.* Основы знаний о профилактике наркозависимости, ВИЧ/СПИД, ИППП / Н. В. Лузан [и др.]. — Новосибирск, 2002. — 86 с.
- Луфт В. М.* Нутриционная поддержка больных в клинической практике / В. М. Луфт, И. Е. Хорошилов. — СПб. : ВМА, 1997. — 120 с.
- Луфт В. М.* Трофологическая недостаточность и критерии ее диагностики / В. М. Луфт, А. Л. Костюченко. — СПб., 2002. — 176 с.
- Луфт В. М.* Руководство по клиническому питанию больных в интенсивной медицине / В. М. Луфт, А. Л. Костюченко, И. Н. Лейдерман. — СПб. ; Екатеринбург : Фрам Инфо, 2003. — 325 с.
- Мерта Дж.* Справочник врача общей практики / Дж. Мерта. — М. : Практика, 1998. — С. 17–85.
- Методические рекомендации по оценке медицинской эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений / Ю. А. Тюков [и др.]. — М., 2001. — 15 с.*
- Назаренко Л. И.* Сахарный диабет (диетологические аспекты лечения) / Л. И. Назаренко, Д. П. Петров. — СПб., 1999. — 47 с.
- Оганов Р. Г.* Первичная профилактика заболеваний в системе общественного здоровья / Р. Г. Оганов, А. И. Вялков // Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. — 2000. — № 5. — С. 5–8.
- Основы клинического питания : пер. с англ. — Петрозаводск : Интел Тек, 2003. — 412 с.*
- Основы ухода в домашних условиях / Л. Г. Потравнова [и др.] ; под ред. И. И. Тарновской. — М., 1997. — 411 с.*
- Остапенко И. Д.* Реформа сестринского дела / И. Д. Остапенко // Материалы науч.-практ. конф., посвященной 70-летию Владивостокского базового медицинского колледжа. — Владивосток : Дальнаука, 1999. — С. 42–46.
- Поляков И. В.* Проблемы организации сестринской помощи на дому / И. В. Поляков, Т. В. Зазматова, А. А. Девяткина // ПСГЗ и ИМ. — 2001. — № 6. — С. 31–35.
- Попова Т. С.* Нутритивная поддержка больных в критических состояниях / Т. С. Попова, А. Е. Шестопалова, Т. Ш. Тамазашвили, И. Н. Лейдерман. — М., 2002. — 320 с.

- Разработка стратегий по достижению здоровья для всех к 2000 году: руководящие принципы и основные вопросы.* — Женева, Исполнительный комитет ВОЗ, 1989. — 24 с.
- Руководство для средних медицинских работников / под ред. Ю. П. Никитина, В. М. Чернышева.* — М. : ГЭОТАР — Медиа, 2006. — С. 895–913.
- Саркисова В. А.* Роль главной медицинской сестры в здравоохранении / В. А. Саркисова // Глав. мед. сестра. — 1999. — № 10. — С. 12–14.
- Сборник материалов для организаторов сестринского дела / В. А. Саркисова [и др.].* — СПб., 2008. — 722 с.
- Серенко А. Ф.* Основы организации поликлинической помощи населению / А. Ф. Серенко, В. В. Ермаков, Б. Д. Петраков. — М. : Медицина, 1982. — 384 с.
- Смолянский Б. Л.* Диетология. Новейший справочник для врачей / Б. Л. Смолянский, В. Г. Лифляндский. — М.; СПб. : Сова, 2003. — 815 с.
- Соколов С. Я.* Справочник по лекарственным растениям / С. Я. Соколов, И. П. Замотаев. — М. : Медицина, 1988. — 464 с.
- Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения / Ю. П. Лисицын [и др.] ; под ред. Ю. П. Лисицына.* — М., 1998. — 698 с.
- Справочник главной (старшей) медицинской сестры.* — М. : АГАР, 1996. — 559 с.
- Справочник для медицинской сестры психиатрической службы / В. А. Саркисова [и др.].* — СПб., 2007. — 250 с.
- Справочник по диетологии / под ред. В. А. Тутельяна, М. А. Самсонова.* — М. : Медицина, 2002. — С. 280–286.
- Справочник по диетологии / под ред. М. А. Самсонова, А. А. Покровского.* — М., 1992. — С. 188–190.
- Стародубов В. И.* Проблемы нормативного обеспечения медицинской профилактики / В. И. Стародубов, Л. А. Сковердяк, Н. П. Соболева // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2005. — № 5. — С. 4–7.
- Ткаченко Е. И.* Клиническое питание. Состояние и перспективы развития / Е. И. Ткаченко // Клин. питание. — 2003. — № 1. — С. 3–7.
- Фомичева М. Л.* Организация работы отделений (кабинетов) медицинской профилактики в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях / М. Л. Фомичева, Е. Г. Винкевич. — Новосибирск, 2005. — 34 с.
- Харди И.* Врач, сестра, больной / И. Харди. — Будапешт, 1973. — 286 с.
- Хвоцова С. Е.* Подготовка медицинской сестры общей практики и семейной медицинской сестры / С. Е. Хвоцова, О. П. Таранец // Материалы науч.-практ. конф., посвященной 75-летию Владивостокского базового медицинского колледжа. — Владивосток : Дальнаука, 1999. — С. 39–40.
- Хромов А. С.* Реформы амбулаторно-поликлинических учреждений в ряде зарубежных стран / А. С. Хромов, В. Я. Березнев, Н. Н. Купина // Повышение эффективности служб здравоохранения РФ : материалы 5-й ежегодной науч.-практ. конф. — М., 1998. — С. 327–328.
- Чернышев В. М.* Фитотерапия на фельдшерско-акушерском пункте / В. М. Чернышев, В. Е. Митрохин, В. В. Степанов, Л. С. Шалыгина. — Новосибирск, 2008. — 63 с.
- Чернышев В. М.* Этикет медицинского работника / В. М. Чернышев, В. В. Степанов, Л. С. Шалыгина. — Новосибирск, 2008. — 58 с.
- Энциклопедия медицинской сестры. Все по уходу за больными в больнице и дома / М. Е. Бокеренко [и др.].* — М. : ГЭОТАР — МЕД, 2003. — 698 с.

Научное издание

Галанова Нелли Александровна
Герасименко Оксана Николаевна
Зинина Алла Ивановна и др.

**РУКОВОДСТВО ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ
МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ**

Редактор *Е. В. Егоров*
Компьютерная верстка *О. В. Пустынникова*
Дизайн обложки *Ю. В. Студеникина*

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 54. НК.05.953. П.000153.10.03 от 30.10.2003 г.

Подписано в печать 18.11.2009. Формат 60 × 84 / 8
Бумага офсетная. Гарнитура Times. Ризография
Усл. печ. л. 34,56. Тираж 200 экз. Изд. № 318п/09

Оригинал-макет изготовлен издательством «Сибмедиздат» НГМУ
Новосибирск, Залесского, 4
Тел.: (383) 225-24-29. E-mail: sibmedizdat@yandex.ru

Отпечатано в типографии НГМУ
Новосибирск, Залесского, 4
Тел.: (383) 225-24-29

