



**ВОЛГОГРАДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

Медико-социальные аспекты важнейших неинфекционных заболеваний

**АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИЯ, ТРАВМАТИЗМ
И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
КАК СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА**

Кафедра общественного здоровья
и здравоохранения



ВОПРОСЫ ЛЕКЦИИ

- 1) Неинфекционная заболеваемость**
- 2) Алкоголизм как социально-гигиеническая проблема**
- 3) Наркомания, общественная значимость и организация медицинской помощи**
- 4) Нервно-психические расстройства, особенности организации медицинской помощи**
- 5) Социальные проблемы травматизма**

ВАЖНЕЙШИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ



Неинфекционные заболевания (НИЗ) – это группа болезней, которые характеризуются продолжительным течением и развиваются в результате совокупного воздействия генетических, физиологических, экологических и поведенческих факторов.

К основным типам НИЗ относятся: сердечно-сосудистые заболевания (такие как инфаркт и инсульт), раковые заболевания, хронические респираторные заболевания (такие как хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и диабет.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НИЗ



По данным ВОЗ, высокая заболеваемость неинфекционными болезнями характерна для страна с низким и средним уровнем дохода. В этих странах происходит более трех четвертей случаев смерти от НИЗ.

Развитию этих заболеваний способствуют такие факторы, как быстрая и неупорядоченная урбанизация, глобальное распространение нездорового образа жизни и старение населения. Последствия нездорового питания и недостаточной физической активности могут проявляться в виде повышенного артериального давления, повышенного содержания глюкозы в крови, повышенного уровня липидов в крови и ожирения. Это так называемые метаболические факторы риска, которые могут приводить к развитию сердечно-сосудистых заболеваний являющихся ведущей причиной смертности.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НИЗ



Поведенческие факторы, поддающиеся изменению:

- употребление алкоголя, наркотиков и табака,
- нездоровое питание, в том числе Fast-food,
- недостаток физической активности.

Метаболические факторы, немодифицируемые:

- повышенное артериальное давление,
- избыточная масса тела/ожирение,
- гипергликемия (высокое содержание глюкозы в крови),
- гиперлипидемия (высокое содержание липидов в крови).



ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕЖДУ НИЗ И ИХ ФАКТОРАМИ РИСКА





ГЛОБАЛЬНЫЙ ПЛАН ВОЗ

«НИЗ 4 x 4»

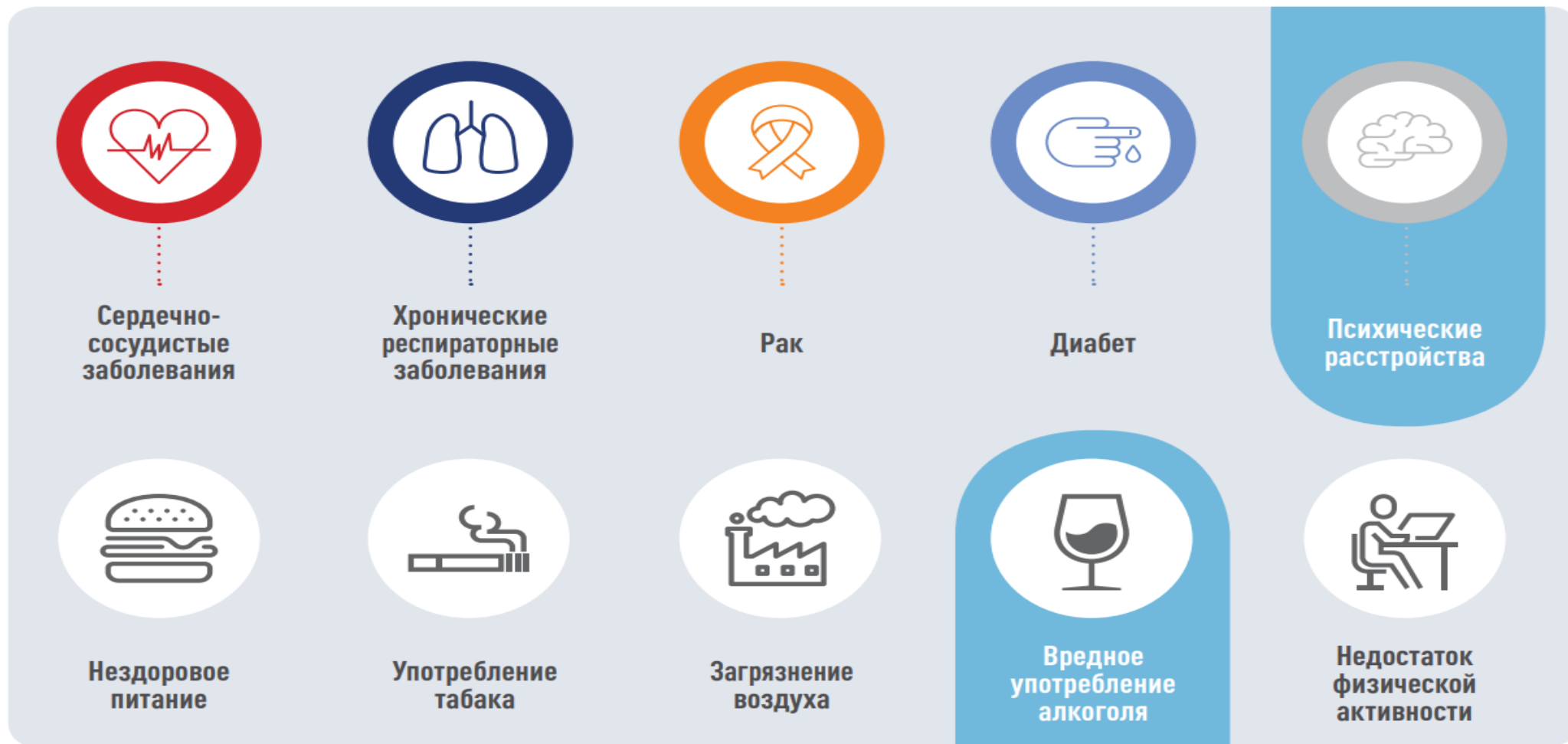
«НИЗ 4 x 4» - это 4 группы заболеваний, связанные с 4 основными факторами риска.

В 2013 г. шестьдесят шестая сессия ВОЗ одобрила Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 годы. Он содержит дорожную карту и набор вариантов политики для осуществления действий на всех уровнях относительного сокращения преждевременной смертности от НИЗ на 25% к 2025 г.





ПЕРЕХОД ОТ МОДЕЛИ «НИЗ 4 x 4» К МОДЕЛИ «НИЗ 5 x 5»



27.04.2022 – резолюция семьдесят пятой сессии ВОЗ. Дорожная карта на 2023–2030 гг. по осуществлению глобального плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2030 гг.



АЛКОГОЛИЗМ КАК СОЦИАЛЬНО- ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА



**Алкоголизм занимает 1 место среди психических заболеваний (35%).
В отдельных странах число хронических алкоголиков достигает 10% населения.**

Социальный ролик про истинные последствия употребления алкоголя. Береги себя.

<https://www.youtube.com/watch?v=tJmXjvGQfaQ>



КАК И КОГО УБИВАЕТ АЛКОГОЛЬ



YouTube канал [LifeStyle RU](#)

https://www.youtube.com/watch?v=xFgg_QLYn1Q



Как и кого убивает алкоголь?

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АЛКОГОЛИЗМА



Проблемы алкоголика	Снижение умственных способностей, ухудшение дееспособности, агрессивность, ответственность за нарушение правопорядка несчастные случаи и отравления, развитие других заболеваний, преждевременная смерть,
Проблемы семьи алкоголика	Ухудшение взаимоотношений в семье, педагогическая запущенность детей
Проблемы для общества	Нарушение общественного порядка, преступность, повышение заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидность, экономический ущерб

Минздрав оценил в 1,2 млн число россиян с алкогольной зависимостью



© РИА Новости. Евгений Еланчинцев

По его словам, порядка 70% смертей от цирроза печени, 60% смертей от кардиомиопатии, почти половина смертей от панкреатита связаны с потреблением алкоголя. "Это не развлечение, это фактор риска, очень серьезно ассоциированный со смертностью, в особенности в трудоспособном возрасте", - заявил Салагай.

При этом он сообщил, что количество алкоголиков в РФ существенно сократилось с 2008 года. "Мы идем последовательно сокращая и потребление алкоголя, и тяжелое бремя болезни, которое с этим связано. За период времени реализации активной антиалкогольной политики в РФ с 2008 по 2021 год у нас более чем на 40% сократилось потребление алкоголя", - сказал Салагай.



Interfax-Russia.ru 6 сентября 2022 года.

В 2021 году в России насчитывалось почти 1,2 млн человек с алкогольной зависимостью, сообщил заместитель министра здравоохранения РФ Олег Салагай.

"У нас в 2021 году более 1 млн 190 тыс. человек жило с синдромом зависимости от алкоголя, включая алкогольные психозы. Это цифра чрезвычайно большая", - сказал Салагай во вторник на пресс-конференции.



АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Код 6С60 в МКБ-11



МКБ-11 Международная классификация болезней 11-го пересмотра <https://icd11.ru/>

Психические и поведенческие расстройства/Расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ или аддиктивным поведением/Нарушения, связанные с употреблением психоактивных веществ/Нарушения, вызванные употреблением алкоголя/

6С60.30 Алкогольная зависимость, текущая, непрерывное течение

6С60.31 Алкогольная зависимость, текущая, эпизодическое течение

6С60.32 Алкогольная зависимость, ранняя полная ремиссия

6С60.33 Алкогольная зависимость, длительная частичная ремиссия

6С60.34 Алкогольная зависимость, устойчивая полная ремиссия

6С60.3Z Алкогольная зависимость, неуточненная



АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Код F10. в МКБ-10



МКБ-10 Международная классификация болезней 10-го пересмотра

<https://mkb-10.com/>

Класс «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19)»

F10.1 Пагубное употребление

F10.2 Синдром зависимости

F10.3 Абстинентное состояние

F10.4 Абстинентное состояние с делирием

Если в этиологии расстройства играет роль органический фактор, такое состояние следует классифицировать рубрикой F05.8. Белая горячка (алкогольная)



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ



Три или более из следующих признаков одновременно наблюдаются на протяжении как минимум 1 месяца или неоднократно в течение 1 года:

-  сильное желание или чувство непреодолимой тяги к приему алкоголя;
-  трудности в контроле поведения, связанного с приемом алкоголя: его начало, окончание или уровни потребления;
-  физиологическое абстинентное состояние, возникающее, когда прием алкоголя прекращается или уменьшается, о чем свидетельствуют следующие расстройства: характерный для алкоголя синдром отмены или употребление того же (или сходного) психоактивного вещества с целью облегчения или предупреждения симптомов отмены;
-  признаки толерантности, проявляющиеся в необходимости повышения доз алкоголя для достижения эффектов, первоначально достигаемых при употреблении меньших доз;
-  прогрессирующее пренебрежение альтернативными удовольствиями или интересами из-за употребления алкоголя;
-  продолжающееся употребление алкоголя вопреки явным признакам очевидных вредных последствий (психических и/или физических).



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВРЕДНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ



Употребление психоактивных веществ в значительной степени или полностью обуславливает различные формы психического и/или физического вреда, включая нарушение суждения или ненормальное поведение, которые могут привести к нарушению функций или неблагоприятным последствиям в сфере межличностных отношений.

Модель вредного употребления наблюдается на протяжении как минимум 1 месяца или проявляется неоднократно в течение последних 12 месяцев.

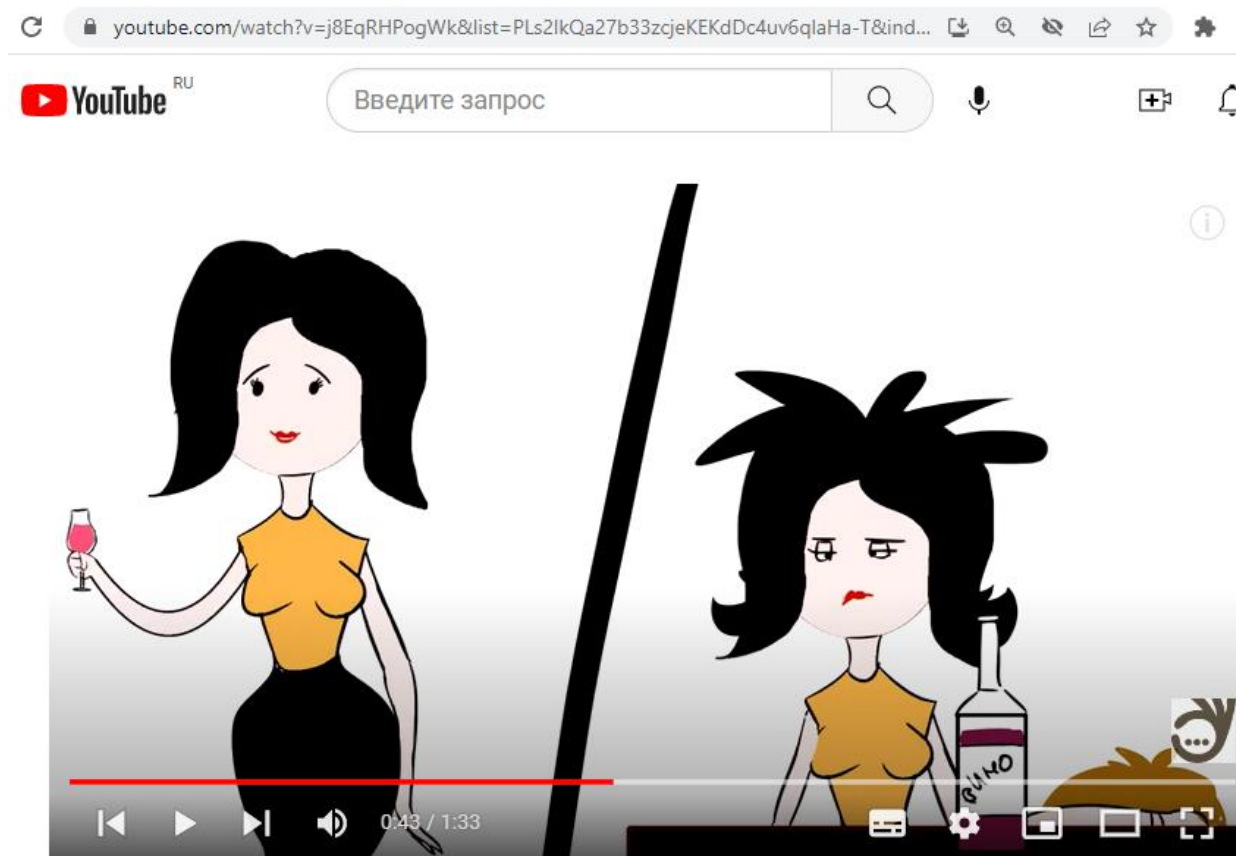
Не удовлетворяются одновременно диагностические критерии другого психического или поведенческого расстройства, вызванного тем же веществом.

7 ПРИЗНАКОВ АЛКОГОЛИЗМА



YouTube канал «Helppoint»

<https://www.youtube.com/watch?v=j8EqRHPogWk>

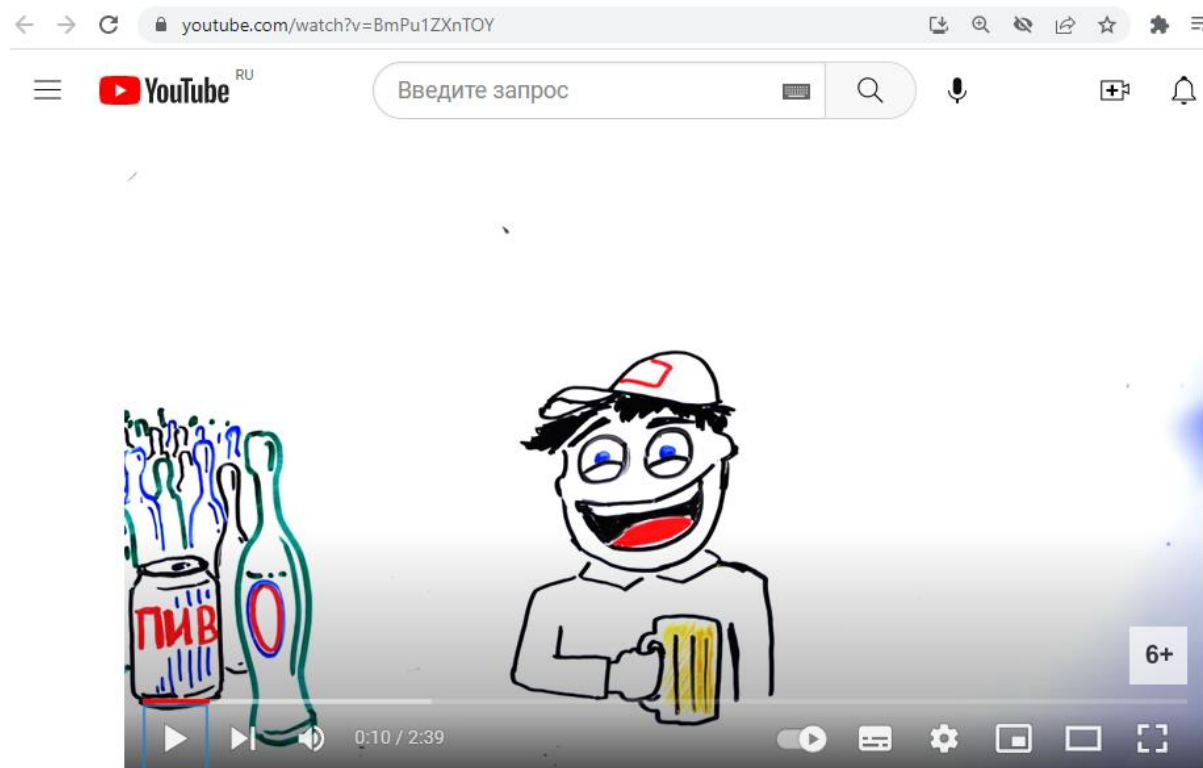


АЛКОГОЛЬ ОТКЛЮЧАЕТ МОЗГ



YouTube канал «Научпок»

<https://www.youtube.com/watch?v=BmPu1ZXnTOY>



04:13, 19 февраля 2021  Прослушать новость

Нарколог перечислил четыре меры для борьбы с алкоголизмом в России

 3  4  3      Добавить в «Мою Ленту»



Фото: Максим Блинов / РИА Новости

Главный нарколог Минздрава Евгений Брюн перечислил четыре меры для борьбы с алкоголизмом в России. Об этом он заявил в комментарии РБК.

Так, он назвал правильными дополнительные ограничения на время продажи алкоголя, введенные в ряде регионов, в частности в Забайкальском крае. «Никто не говорит о "сухом законе", но дополнительно регулировать продажу крепкого алкоголя было бы хорошо для страны», — сказал специалист. Он напомнил, что подобные меры вводились весной 2020-го в Кемеровской области, Туве, Карелии, Якутии, Башкирии, Красноярском и Пермском краях.

Другим способом для снижения уровня употребления спиртного он назвал повышение возраста продажи алкоголя до 21 года. Кроме того, торговля алкоголем должна происходить в специализированных супермаркетах.

Еще одной регулирующей мерой может быть цена на алкоголь, которая не должна быть слишком доступной, добавил Брюн. По его словам, если бы местные муниципальные власти внедрили такие ограничительные меры, они могли бы получить положительные результаты в самые короткие сроки.



Антиалкогольная политика
включает меры профилактического,
культурно-воспитательного и
образовательного характера, в том
числе:

1. Усиление государственного контроля за производством и оборотом алкогольных напитков.
2. Формирование атмосферы общественного осуждения пьянства.
3. Усиление социального контроля над лицами, чье поведение ведет к нарушениям норм морали и права.

Минздрав России получил от ВОЗ антиалкогольную премию



МОСКВА, 1 октября 2020, 11:00 — REGNUM Министерству здравоохранения России вручена премия Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) UNIATF 2020 за инновационный и комплексный подход к борьбе с употреблением алкоголя, сообщили в Минздраве РФ.



Премия ВОЗ 2020 г.

Премия UNIATF вручил генеральный директор ВОЗ Тедрос Гебрейесус в рамках 75-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН. ВОЗ поставила в пример Европе антиалкогольную политику России.

В докладе организации в октябре 2019 года говорилось, что с 2003 по 2016 год зарегистрированное употребление алкоголя в России сократилось на 40%, незарегистрированное – на 48%, что повлекло сокращение смертности в 2003-2018 гг. у мужчин на 39%, у женщин – на 36%.

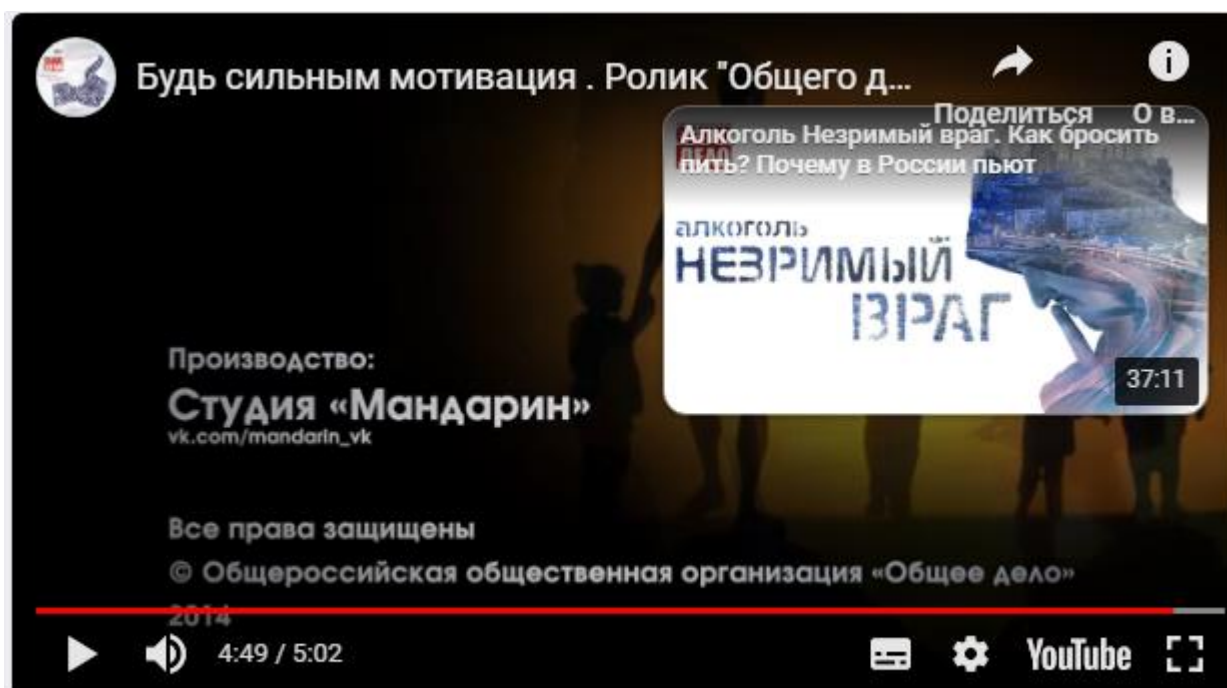
<https://regnum.ru/news/society/3078712.html>



ТРЕЗВОСТЬ – НОРМАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Студия «Мандарин»

https://m.vk.com/video-82197743_171743640?list=d9a446b4fc74a985f9&from=wall272944609_373



Живите трезво!
4 919 просмотров



СОЦИАЛЬНО- ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТОБАКОКУРЕНИЯ И НАРКРМАНИИ

ОБЩЕСТВО

Минздрав заявил, что россияне стали меньше пить и курить

16 апреля 2021 13:41 Поделиться ↑



В России розничные продажи сигарет с 2019 года снизились на 6%, а объем потребления алкоголя на человека снизился с 10,6 литров до 9,4 литров.

Существенное снижение потребления алкоголя и табака положительно сказывается на показателях продолжительности жизни, но Россия все еще остается среди стран-лидеров по смертности от вредных привычек.

НАРКОМАНИЯ



Группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических веществ вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема.

Наиболее распространено немедицинское применение опиатов, препаратов конопли (каннабиса), кокаина, амфетамина, психодислептиков (галлюциногенов).

ТОКСИКОМАНИЯ



Это злоупотребление снотворными, успокоительными, стимулирующими средствами, анальгетиками, антигистаминными, противопаркинсоническими и другими средствами.



НАРКОМАНИЯ И ТОКСИКОМАНИЯ

Коды F11-F19 в МКБ-10



МКБ-10 Международная классификация болезней 10-го пересмотра

<https://mkb-10.com/>

Класс «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F11-F19)»

F11 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов

F12 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиоидов

F13 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств

F14 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина

F15 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов (включая кофеин)

F16 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов

F17 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака

F18 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей

F19 Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ

ВРЕДНОЕ ВЛИЯНИЕ НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ



Злоупотребление наркотическими и другими средствами при их немедицинском применении:



снижает интеллектуальный потенциал и вызывает нравственно-этическую деградацию личности



ведет к разрыву семейных связей



создает непосредственную угрозу жизни



является причиной до 90% уголовных преступлений

На учете в наркологических диспансерах состоит только 3% лиц употребляющих наркотики.

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ



- ✚ Осуществляется в общих и специализированных медицинских организациях
- ✚ Помощь в амбулаторных условиях может быть анонимной
- ✚ Клубы пациентов и их семей, группы самопомощи, добровольные поселения, коммуны, ночные приюты и другое

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ



Оказание наркологической помощи осуществляется:

- 1) Медицинскими организациями **общей лечебной сети**: психиатрические, психоневрологические и многопрофильные больницы
- 2) Сетью специализированных наркологических учреждений:
 - наркологические диспансеры (отделения, кабинеты),
 - отделения неотложной наркологической помощи,
 - наркологические реабилитационные центры.

Методическое руководство выполняет Научно-исследовательский институт наркологии Минздрава России.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 30 декабря 2015 года N 1034н

«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ»

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ



Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-психиатром-наркологом (врачом-психиатром-наркологом участковым) при самостоятельном обращении пациента, по направлению врачей-специалистов или по решению суда.

Врач-психиатр-нарколог (врач-психиатр-нарколог участковый) проводит диагностику наркологических расстройств, профилактические мероприятия, лечебные мероприятия, медицинскую реабилитацию, диспансерное наблюдение, определяет медицинские показания для направления лиц с наркологическими расстройствами для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной, неотложной и (или) плановой формах, при наличии медицинских показаний направляет на консультацию к врачам-специалистам.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ



Рекомендуемые штатные нормативы кабинета врача-психиатра-нарколога и кабинета врача-психиатра-нарколога участкового

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1	Врач-психиатр-нарколог (врач-психиатр-нарколог участковый)	1 на 40 тысяч городского населения; 1 на 15 тысяч сельского населения; 1 на 1 тысячу сельского населения Крайнего Севера и приравненных к нему местностей
2	Медицинская сестра (медицинская сестра участковая)	1 на 1 должность врача-психиатра-нарколога (врача-психиатра-нарколога участкового)

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ



ГБУЗ Волгоградский областной клинический наркологический диспансер [Волгоград, ул. Дегтярёва, 8](#)





ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



Психическое здоровье – это состояние психологического благополучия, при котором человек может реализовать собственный потенциал, эффективно взаимодействовать с обществом, переживать обычные стрессовые ситуации, плодотворно работать.

Если у человека появляются нарушения сна, аппетита, астенический синдром, то есть слабость, вялость, нежелание что-то делать, навязчивые состояния – это может быть поводом для обращения к врачу.



СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВЛИЯЕТ НА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ НАЦИИ



Социально-гигиеническая значимость нервно-психических заболеваний:

- В последние десятилетия ВОЗ уделяет значительное внимание нервно-психическими заболеваниями, особенно психозами у пациентов старшего возраста, реактивными и психосоматическими расстройствами, умственной отсталостью. По данным доклада ВОЗ в 2019 г. во всем мире психическими расстройствами страдали почти 1 миллиард человек, в том числе 14% подростков. За первый год пандемии COVID-19 распространенность тревожных расстройств и депрессии в мире выросла на 25%.
- Психические расстройства способствуют увеличению уровня инвалидности.
- Развитие психиатрической помощи требует расширения фармакотерапии в амбулаторных условиях, гуманизации психиатрической помощи, ее интеграции с другими медицинскими дисциплинами, психологией, педагогикой, юриспруденцией.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РОССИИ



В России психиатрическая медицинская помощь регламентирована Законом РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 **«О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»**.

Этим Законом установлено, что психиатрическая помощь может оказываться исключительно с **добровольного** согласия пациента.



СКОРАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ



Согласно нормативам в городах выделяется один круглосуточный пост психиатрической скорой помощи на каждые 300 000 населения.

В городах и поселках городского типа с населением менее 100 000 человек вместе с сельским населением выделяется один круглосуточный пост на 50 000 жителей.

Бригады скорой психиатрической помощи могут быть врачебными или фельдшерскими.

В большей части случаев эти бригады находятся в ведении общей скорой помощи, реже входят в структуру учреждений психиатрической службы (диспансера или больницы).



ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



Психиатрическая служба в России располагает рядом организационных форм **больничной и внебольничной** помощи населению.

Помощь больным с психическими расстройствами осуществляется:

- в стационарах (больницах)
- во внебольничных учреждениях – диспансерах
- в кабинетах психиатра районных поликлиник

Принцип территориального обслуживания позволяет интегрировать психиатрию с другими видами медицинской помощи.



ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР



Психоневрологический диспансер работает по **участковому** принципу.

Участок включает 25 000 взрослого населения или на 15 000 детского. Прием жителей участка ведет **участковый врач-психиатр**.

В сельской местности один врач-психиатр выделяется на 40 тыс. населения, но не менее одного врача на сельский район.

На каждые 3 участка выделяется:

- **социальный работник** с базовым средним социальным образованием (на 75 тыс. населения),
- один **медицинский психолог** и
- один **врач-психотерапевт** (на 100 тыс. населения).



ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР



Психоневрологический диспансер может включать **дневной стационар, медико-реабилитационное отделение, лечебно-трудовые мастерские.**

В диспансере имеется также кабинет **активного диспансерного наблюдения** и амбулаторного принудительного лечения, который входит в систему предупреждения общественно опасных действий психически больных

А также организуется отделение «**Телефон доверия**» и кабинет медико-социально-психологической помощи представляющие суицидологическую службу.

Поликлиническую соматическую помощь, в том числе лабораторное обслуживание, обращающимся в диспансер психически больным осуществляет одна из прикрепленных **поликлиник.**



ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР



Диспансеризация предусматривает два вида наблюдения за пациентами:

- *консультативное,*
- *динамическое.*

Консультативное наблюдение устанавливается над пациентами с непсихотическим уровнем расстройств, при котором сохраняется критическое отношение к болезни. В связи с этим, время очередного визита к врачу определяется самим больным, подобно тому, как больные в районной поликлинике обращаются к врачам при появлении у них каких-либо жалоб.

Динамическое диспансерное наблюдение устанавливается за больными с психотическим уровнем расстройств, при которых отсутствует критическое отношение к болезни. Поэтому оно может осуществляться независимо от согласия пациента или его законного представителя. При динамическом наблюдении основная инициатива для очередного осмотра исходит от участкового психиатра, назначающего срок очередной встречи с больным. Если пациент не явился на очередной прием, врач обязан выяснить причины неявки (обострение психоза, соматическое заболевание, отъезд и пр.) и принять меры к его осмотру.

ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР



Структура **психиатрических стационаров** аналогична структуре многопрофильных больниц и включает:

- приемный покой,
- лечебные отделения,
- аптеку,
- кабинеты функциональной диагностики и др.

Психиатрические отделения часто имеют специализацию по полу, возрасту (детские, подростковые, взрослые, геронтологические), выраженности психических расстройств ("острые", реабилитационные).

В крупных больницах отдельно формируются отделения для соматически ослабленных больных, инфекционные, туберкулезные, санаторные отделения.

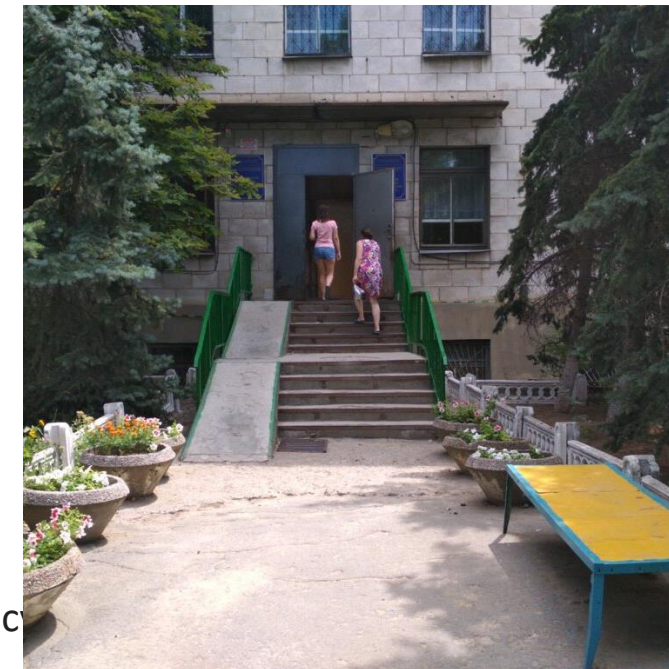


ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР



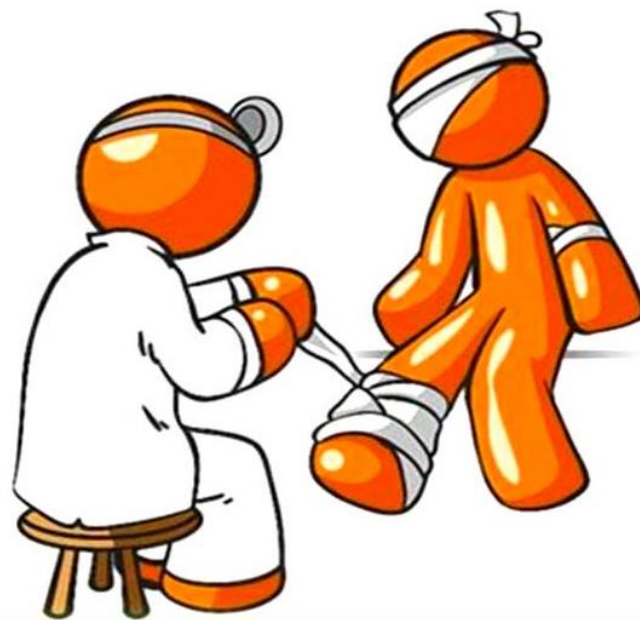
Госпитализация больного производится в случаях:

- необходимости проведения лечения, которое **невозможно осуществить амбулаторно** (высокие дозы психотропных препаратов, электросудорожная терапия и др.)
- наличия у больного психотических переживаний, которые потенциально могут привести к **опасным** для жизни больного и окружающих его людей действиям. Например, депрессия с бредом виновности может подтолкнуть больного к совершению суицида, даже при условии его согласия на лечение
- **беспомощности больного** при отсутствии родных, способных осуществлять за ним уход. В такой ситуации показано госпитализация в психоневрологический интернат, но до получения места в нем больные вынуждены находиться в обычной психиатрической больнице.
- **назначения судом стационарной судебно-психиатрической экспертизы** (для лиц находящихся под арестом существуют специальные "стражые" отделения с экспертизы, для прочих - "нестражные")
- **отказа больного от лечения** при наличии условий, описанных в ст. 29 Закона о психиатрической помощи **по решению суда** может быть назначено **недобровольные** госпитализация и лечение если существует:
 - а) *непосредственная опасность для себя или окружающих, или*
 - б) *беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или*
 - в) *ухудшение психического состояния если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.*
- **назначения судом принудительного лечения** психически больных, совершивших правонарушения. Больные, совершившие особо тяжкие преступления, могут помещаться судом в специализированные ПБ с усиленным наблюдением.





СОЦИАЛЬНО- ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТРАВМАТИЗМА



ТРАВМАТИЗМ



Это совокупность травм, возникших в определенной группе населения за определенный отрезок времени.

КЛАССИФИКАЦИЯ ТРАВМАТИЗМА ПО КОНТИНГЕНТАМ НАСЕЛЕНИЯ



- ✚ Пол: женский и мужской травматизм
- ✚ Возраст: детский, взрослый
- ✚ Уровень образования
- ✚ Профессия
- ✚ Связь с алкогольным или наркотическим опьянением

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ



Производственные



в промышленности



в сельском хозяйстве

Непроизводственные



в быту



пешеходные (гололед)



транспортные



спортивные



умышленные



во время военных действий

ДРУГИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ТРАВМАТИЗМА



По характеру травмы:



ушиб, ранение, перелом и т.д.

По месту оказания медицинской помощи:



вне ЛПУ, в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в стационаре

По последствиям травм:



без потери трудоспособности, с временной утратой трудоспособности, инвалидность, причина смерти

ПРИЧИНЫ ПРОМЫШЛЕННОГО ТРАВМАТИЗМА:



Технические



несовершенство машин и оборудования

Организационные



нарушение правил эксплуатации оборудования, транспортных средств, инструмента; недостатки в организации рабочих мест; нарушение технологического регламента

Санитарно-гигиенические



запыленность, захламленность, плохое освещение, несоблюдение температурного режима в помещениях и т.д.

Факторы личного порядка



переутомление, низкая квалификация, опьянение

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

- Само- и взаимопомощь
- Средний медицинский персонал
- Врачи скорой помощи и оказавшиеся на месте происшествия



Первая помощь заключается в остановке наружного кровотечения, обезболивании, наложении повязок, транспортной иммобилизации.

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

Оказывается врачом-травматологом в:

- травматологических пунктах
- травматологических кабинетах поликлиник
- приемных отделениях стационаров



В этих учреждениях (кроме последнего) пострадавшие лечатся до полного выздоровления.

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



Основные функции травматологического пункта:

- Круглосуточное оказание травматологической помощи пострадавшим.
- Сортировка поступивших больных.
- Первичный прием получивших травму и лечение до полного восстановления здоровья и трудоспособности.
- Лечение больных, выписанных из стационара (долечивание).
- Разгрузка приемных отделений стационаров от амбулаторных больных.
- Профилактика травматизма.



ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



Устройство травматологического пункта

- Регистратура
- Кабинет приема первичных больных
- Зал ожидания
- Рентгенологический кабинет
- Перевязочная и операционная
- Гипсовая
- Кабинет повторного приема больных
- Физиотерапевтический кабинет
- Кабинет ЛФК
- Кабинет заведующего травматологическим пунктом
- Подсобные помещения (материальная, гардероб, туалеты)



ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

Оказывается в травматологических отделениях в составе многопрофильных городских, центральных районных и районных больниц, медико-санитарных частей, клиник научно-исследовательских институтов и вузов.

В сельских районах выделяются травматологические койки в составе хирургических отделений (от 15 до 30 коек) и врач, ответственный за лечение этих больных.





**ВОЛГОГРАДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

**БЛАГОДАРЮ
ЗА ВНИМАНИЕ!**