

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

**Р. В. Хурса**

# **СОДЕРЖАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2010

УДК 616–08–039.57 (075.8)  
ББК 54.1 я 73  
Х 98

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.02.2010 г., протокол № 6

Р е ц е н з е н т ы: зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета, д-р мед. наук, проф. Н. Н. Пилипцевич; проф. каф. общей врачебной практики Белорусской медицинской академии последипломного образования, д-р мед. наук Н. Н. Силивончик

**Хурса, Р. В.**

Х 98 Содержание и организация работы участкового терапевта : учеб.-метод. пособие / Р. В. Хурса. – Минск : БГМУ, 2010. – 44 с.

ISBN 978–985–528–182–6.

Освещены общие вопросы организации амбулаторной терапевтической службы, основные разделы работы участкового терапевта и их содержание. Приведены основные положения из важнейших инструктивно-законодательных документов, регламентирующих деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений в Республике Беларусь.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов лечебного факультета, врачей-интернов.

УДК 616–08–039.57 (075.8)  
ББК 54.1 я 73

---

Учебное издание

**Хурса Раиса Валентиновна**

**СОДЕРЖАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ  
УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Р. В. Хурса

Редактор О. В. Лавникович

Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 18.02.10. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,56. Уч.-изд. л. 2,52. Тираж 200 экз. Заказ 328.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978–985–528–182–6

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2010

## Список сокращений

ВН — временная нетрудоспособность

ВКК — врачебно-консультационная комиссия

ВКРК — врачебная консультационно-реабилитационная комиссия

ВОК — врачебно-отборочная комиссия

ВОП — врач общей практики

ЛН — листок нетрудоспособности

ЛФК — лечебная физкультура

МР — медицинская реабилитация

МРЭК — медицинская реабилитационная экспертная комиссия

МСЭ — медико-социальная экспертиза

МСЭиР — медико-социальная экспертиза и реабилитация

ОДП — отделение дневного пребывания

ПМСП — первичная медико-санитарная помощь

СВ — семейный врач

ФК — функциональный класс

ЦГиЭ — центр гигиены и эпидемиологии

ЧДБ — часто и длительно болеющие

## **Общие вопросы организации первичной медико-санитарной помощи и участковой терапевтической службы**

**Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП).** Основным видом медицинского обеспечения населения по всему миру является ПМСП. Организация такой помощи в нашей стране включает развитую систему различных амбулаторных учреждений (фельдшерско-акушерские пункты, сельские врачебные амбулатории, поликлиники, диспансеры и др.). Более половины всех посещений в поликлиниках и более 90 % посещений врачами больных на дому приходится на долю терапевтической службы, а в структуре заболеваемости, смертности и инвалидности больные терапевтического профиля составляют более 30 %. Таким образом, наиболее востребованными специалистами первичного звена отечественного здравоохранения являются терапевты амбулаторно-поликлинических учреждений.

**Участковый принцип организации терапевтической службы.** В основу организации медицинской помощи, включая терапевтическую, положен принцип выделения территориальных или цеховых участков. Врачебный терапевтический участок — это определенная численность населения, объединенного общностью территории проживания (часть города, районного центра, поселка и др.) или трудовой деятельности (по производственно-цеховому принципу), ПМСП которому обеспечивает одна врачебная должность терапевта.

Основными действующими документами, регламентирующими штатную численность должностей врачей и нормативы их нагрузки в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в настоящее время являются Постановления МЗ РБ № 150 от 7.12.2007 г. «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений)» и № 161 от 13.12.2007 г. «Об утверждении отраслевых норм времени обслуживания взрослого и детского населения врачами государственных организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, финансируемых за счет средств бюджета».

Цеховую медицинскую службу финансирует предприятие, поэтому ее мощность и структура зависят от возможностей содержащего службу предприятия. Это может быть как крупная санитарная часть с поликлиникой и стационаром, так и один цеховой терапевт, который может вести прием на базе ближайшей территориальной поликлиники. Цеховые врачи должны хорошо знать особенности труда на данном предприятии, возможные производственные вредности и заниматься соответствующей профилактикой, организацией работы медпунктов и др. Кроме того, врачи ведут амбулаторный прием пациентов, но не выполняют визитов на дом.

Примером цеховой службы является также подростковый врач в детских поликлиниках: он ведет амбулаторный прием заболевших учащихся прикрепленных школ, проводит профилактические осмотры, контролирует работу школьных медпунктов и др. Наличие цеховой службы на предприятии не лишает пациентов права в полном объеме пользоваться услугами своей территориальной поликлиники, т. е. эти лица имеют дополнительную возможность получать медицинскую помощь.

**Понятие о враче общей практики (ВОП) и семейном враче (СВ).** Содержание работы участкового терапевта в значительной мере приближается к содержанию работы ВОП или СВ, являющегося главным представителем первичного звена медицинской помощи в системах здравоохранения большинства стран мира.

ВОП — это специалист с высшим медицинским образованием по лечебному делу или педиатрии, имеющий юридическое право (прошедший специальную подготовку) оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению. Она включает *квалифицированную терапевтическую помощь* при наиболее распространенных заболеваниях внутренних органов и *первую врачебную помощь* при других заболеваниях и неотложных состояниях, координацию разных видов медицинской помощи; предполагает наблюдение за членами семьи на протяжении всей жизни, владение основами медицинской психологии и методами формирования здорового образа жизни, организацию медико-социальной помощи семье. В обязанности ВОП входит также выполнение ряда широкопрофильных лечебно-диагностических манипуляций, например исследование сухожильных рефлексов, отоскопия, ларингоскопия, офтальмоскопия, измерение внутриглазного давления, вагинальное исследование, диагностика и ведение беременности, первичная хирургическая обработка ран, вскрытие абсцессов, транспортная иммобилизация при переломах и др.

СВ — это квалифицированный специалист с высшим медицинским образованием, оказывающий первичную многопрофильную медико-санитарную помощь всей семье независимо от пола и возраста ее членов. В настоящее время, несмотря на небольшие различия в компетенциях ВОП и СВ в некоторых странах (ВОП ведет прием прикрепленного населения по территориальному принципу, а СВ наблюдает семьи), ВОЗ рекомендует использовать эти термины как равнозначные и обозначать специальность как ВОП (СВ) или ВОП/СВ.

**Содержание работы, место участкового терапевта и ВОП/СВ в системе здравоохранения Беларуси.** На амбулаторном приеме участковый терапевт первым встречается с самой разнообразной патологией, причем не только с терапевтической: с инфекциями (ОРВИ, ангина, вирусный гепатит, энтероколиты), с «острым животом» и другими неотложными состояниями, с неврологическими, кожными, онкологическими

и другими заболеваниями. Это требует не только знаний и практических навыков во многих областях клинической медицины, но и умения организовать оказание соответствующей медицинской помощи. Тактика (как поступить с больным в случае инфекции или острой хирургической патологии; как лечить терапевтическую патологию: амбулаторно или стационарно; по каким показаниям и в каких учреждениях консультировать пациентов у «узких» специалистов и т. д.), реабилитация и медико-социальная экспертиза составляют очень важный элемент работы на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи. В нашей стране чаще всего именно участковый терапевт является «врачом первого контакта», который решает все вышеперечисленные вопросы.

Участково-территориальный принцип организации ПСМП предполагает также, что терапевт наблюдает целые семьи (во всяком случае, их взрослых членов). Посещая пациентов на дому, он имеет возможность оценить бытовые условия, психологический климат и другие составляющие здоровья своих подопечных. Врач занимается диспансеризацией населения, профилактической работой, проводит реабилитационные мероприятия и др. Не выполняет он только те вышеупомянутые манипуляции, которые требуют специального оснащения и условий.

Современный этап развития здравоохранения нашей страны предусматривает приоритет именно ПСМП над другими видами медицинской помощи с внедрением различных форм медицинского обеспечения, включая работу ВОП/СВ. Общая врачебная практика наиболее рациональна в сельской местности, учитывая территориальную разобщенность населения и ограниченную доступность специализированной помощи (уровень центральной районной поликлиники). По состоянию на 1.01.2008 г. в стране работали 525 ВОП, а из сельских амбулаторий более 61 % функционировало по принципу общеврачебных. В городах же сложившаяся система амбулаторно-поликлинических учреждений сохранила в своей структуре и участковую терапевтическую службу, и службу «узких» специалистов. Хорошо подготовленный участковый терапевт, обладающий знаниями и умениями не только в терапии, но и в смежных специальностях и, главное, желающий по-настоящему работать со своими пациентами, а не распределять их по малейшему поводу к «узким» специалистам, уже сегодня во многом — реальный аналог ВОП.

**Планирование труда участкового терапевта.** Успешное функционирование терапевтической и других служб амбулаторно-поликлинического учреждения требует четкой организации и планирования его работы и рабочего времени врача. Планирование труда медицинских работников проводится исходя из следующих норм труда: *нормы времени* (величина затрат рабочего времени для выполнения условной единицы работы одним работником), *нормы нагрузки* (установленный объем работы, выпол-

няемой за единицу рабочего времени) и *нормы численности медицинских работников* (Постановление МЗ РБ № 161 от 13.12.2007 г.).

Утвержденная Постановлением норма времени на 1 посещение терапевта при первичном приеме составляет 15 минут (4 посещения в час), при повторном — 10,7 минут (5,6 посещений в час). Исходя из сложившейся практики, определена средняя норма нагрузки на терапевтическом приеме: 4,4 человека в час (из расчета 3 первичных посещения по 15 минут и 1,4 повторных по 10,7 минут). При работе на домашних визитах норма нагрузки составляет 2 пациента в час.

Для большинства врачей (включая участковых терапевтов) и средних медицинских работников установлена 38,5-часовая рабочая неделя, что составляет 1619 часов в год, из которых 912 отводится на прием в поликлинике (амбулатории), 707 — на домашние визиты. С учетом вышесказанного на 1 должность терапевта планируется 4013 осмотров пациентов (первичных и повторных) в поликлинике, 1414 — на дому. При подведении итогов работы за год нагрузка, фактически выполненная врачом (отделением, поликлиникой), оценивается относительно этих планируемых нормативов.

Численность территориального терапевтического участка устанавливается главным врачом поликлиники в соответствии с действующими нормативами и с учетом ряда факторов (половозрастного состава (по данным переписи населения), плотности населения участка, сложившейся посещаемости и др.) и составляет 1700–1800 человек — примерно 0,59 должности терапевта на 1000 жителей (Постановление МЗ РБ № 150 от 7.12.2007 г.). Соответственно общему числу населения, прикрепленного к территориальной поликлинике, определяется количество терапевтических участков, которые объединяются в терапевтические отделения: по 6,5–9 должностей терапевтов, на которые вводится должность освобожденного заведующего отделением. Для участков ВОП оптимальная численность прикрепленного населения составляет 1300 человек.

Важную роль во всех видах деятельности терапевта играет участковая медсестра, поэтому на одну врачебную должность устанавливается 1,5 должности медсестры.

Рабочий день участкового терапевта складывается из амбулаторного приема в поликлинике (примерно 4 часа) и оказания пациентам помощи на дому (оставшееся время). Количество часов, затрачиваемых врачом на эти виды работы, зависит от посещаемости поликлиники, числа вызовов на дом по дням недели, времени года, эпидемиологической ситуации и прочих обстоятельств. Поэтому время работы на амбулаторном приеме может немного увеличиваться или сокращаться в пользу работы на дому в соответствии с необходимостью. В дни недели с более низкой посещаемостью (вторник, четверг) планируются преимущественно такие виды

деятельности, как проведение диспансеризации, прививок, санитарно-просветительной работы и прочее. Рационально составленный график работы повышает доступность участкового врача для населения. Практика показывает, что наиболее удобен такой график, когда врач работает в разное время в разные дни недели (посменно). Заведующий отделением составляет график работы на месяц каждого терапевта, главный врач утверждает этот график.

Для регуляции потока больных в поликлинике практикуется предварительная выдача регистратурой *талонов на прием к врачу* (утвержденная форма № 025-1/у-07) с указанием в них номера, даты и времени, фамилии пациента и врача и номера кабинета. Прием экстренных пациентов ведется независимо от наличия у них талона.

Запись вызова врача на дом производится диспетчером поликлиники (обычно по телефону) до 12 часов дня, а выполнение визитов врачом — в свободное от амбулаторного приема время, но обязательно в день поступления вызова.

Посещать заболевших на дому можно не только по вызову пациента, но и по инициативе врача (это касается тяжелых больных, престарелых, инвалидов и др.), а также по заявке врачей стационара (при выписке тяжелого больного) или скорой помощи. Это «активные» визиты. Они являются одним из важных показателей правильно организованной амбулаторной медицинской помощи.

Для планирования и оказания лечебной и профилактической помощи населению участковому врачу необходимы следующие данные:

- план территории участка с указанием этажности домов, числа квартир;
- описание санитарно-технического состояния участка;
- перечень промышленных и других хозяйственных объектов, находящихся на вверенной территории;
- демографические данные;
- сведения об инфекционной заболеваемости на участке;
- информация о заболеваемости по отдельным нозологическим формам;
- численность в диспансерных группах и изменения в них;
- списки и учет осмотров отдельных контингентов населения (инвалидов Великой Отечественной войны, труда; онкологических больных; лиц, стоящих на учете в туберкулезных диспансерах и др.);
- сведения о прививках;
- информация о госпитализации и расхождении диагнозов;
- сведения о смертности на участке;
- основные поквартальные показатели работы.



Эти и другие необходимые данные заносятся в «Паспорт врачебного участка» (форма № 030/у-04).

Врачу, особенно начинающему, необходима также папка участкового терапевта, которая хоть и не является документацией утвержденной (т. е. обязательной, единой) формы, но в повседневной практике очень полезна, поскольку в нее собираются необходимые для работы документы: инструкция о порядке выдачи листков нетрудоспособности (ЛН) и справок; клинические протоколы обследования и лечения основных терапевтических заболеваний; рекомендации по тактике и неотложных мерах при выявлении особо опасных инфекций и других инфекционных заболеваний; графики прививок; перечень контингентов населения, имеющих льготы при получении лекарственных препаратов в аптеках; целый ряд других справочно-информационных материалов.

Папка участкового терапевта и иная оперативная информация могут быть представлены в электронном варианте (при соответствующем оснащении рабочего места врача), что отвечает современным технологиям организации труда.

## **Содержание (основные разделы) работы участкового терапевта**

Содержание работы участкового терапевта отличается многообразием, в котором можно выделить следующие основные разделы, неразрывно связанные между собой как звенья единого процесса:

1. Лечебно-диагностическая работа на приеме в поликлинике (амбулатории) и на дому.
2. Медицинская реабилитация (МР) пациентов.
3. Медико-социальная экспертиза (МСЭ).
4. Профилактическая работа среди здоровых и больных.
5. Повышение собственной квалификации и уровня профессиональных знаний среднего персонала (участковой медсестры).
6. Анализ и планирование работы по всем разделам деятельности с предоставлением отчетов и ведение необходимой учетно-отчетной документации.

### **Лечебно-диагностическая деятельность**

**Амбулаторные особенности диагностического процесса (осмотра пациентов, назначения исследований).** При приеме пациентов в поликлинике и оказании медицинской помощи на дому главная задача врача — своевременная постановка диагноза и проведение адекватной терапии с использованием оптимальных доступных методов и средств.

За ограниченный период времени у пациента необходимо тщательно собрать анамнез (болезни, жизни и др.) и провести детальный осмотр по органам и системам. При физикальном исследовании не бывает «мелочей», ибо незамеченное увеличение лимфатических узлов, селезенки или неяркие высыпания и другое неизбежно ведет к диагностической ошибке и непростительным потерям времени.

После опроса и осмотра пациента врач оформляет всю необходимую документацию (медицинскую карту больного, рецепты, ЛН и др.). Значительную помощь в этой работе на приеме оказывает медсестра: выписывает направления на исследования, участвует в оформлении документации по диспансеризации и др. Для упрощения ведения документации широко используются различные бланки и анкеты, как утвержденных, так и произвольной формы.

Детальное физикальное исследование в совокупности с хорошо собранным анамнезом в 85–90 % случаев позволяют сразу же установить правильный диагноз или выдвинуть основную диагностическую гипотезу, которая нуждается лишь в подтверждении параклиническими методами. Для начинающих врачей необходимо специально подчеркнуть, что самые современные методы исследования (ультразвуковые, эндоскопические исследования, компьютерная томография, тонкие лабораторные методики и др.) являются лишь вспомогательными, призванными подтвердить или отвергнуть диагностическую гипотезу. Кроме того, имеются ограничения и даже противопоказания к их проведению.

Диагностический процесс предполагает:

- а) выявление симптомов и синдромов;
- б) выбор ведущего синдрома и определение формирующих его патофизиологических механизмов;
- в) выявление круга нозологических форм, при которых имеются данные симптомы, синдромы и механизмы;
- г) дифференциальную диагностику (сопоставление имеющихся у больного клинических, лабораторных и других данных с клинической картиной каждой из круга подозреваемых нозологических форм) и выбор окончательного диагноза.

Особо важно уметь выделять ведущий синдром как можно раньше и выбирать оптимальную схему дополнительного исследования пациента. При этом необходимо избегать как недостаточного, так и избыточного (без достаточных оснований) объема параклинических исследований. Первое ведет к снижению качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, а второе — к перегрузке диагностических подразделений поликлиники, перерасходу средств и, как ни парадоксально на первый взгляд, возможному затруднению диагностики, что уводит врача от главных симптомов. Поэтому целесообразно использовать действующую

щие примерные схемы обследования пациентов при предполагаемой патологии (клинические протоколы), которые должны храниться в папке участкового терапевта.

Врач должен хорошо знать объем лабораторных, функциональных и прочих исследований, которые возможно выполнить в своем учреждении, и владеть информацией о том, куда направлять пациентов при невозможности выполнения этих исследований на месте: в районную поликлинику, специализированный диспансер, областной или республиканский диагностический центр и др. Разумеется, что врач обязан уметь правильно интерпретировать полученные клинико-лабораторные и инструментальные данные, т. к. в противном случае теряется весь смысл назначения исследований.

**Показания к направлению на консультации специалистов.** Нередко у терапевта возникает потребность в консультации пациента у врача другой специальности (невролога, офтальмолога, эндокринолога и др.). Для этого сначала необходимо провести максимально возможное обследование пациента с целью исключения терапевтической патологии, при необходимости проконсультировать его у заведующего терапевтическим отделением и только потом направить к «узкому» специалисту.

Основаниями для такой консультации являются:

- выявленное заболевание, не относящееся к компетенции терапевта (или ВОП/СВ);
- неясность диагноза с подозрением на патологию, относящуюся к компетенции «узкого» специалиста;
- наличие таких заболеваний, которые сразу предполагают оказание консультационной или специализированной лечебной помощи (консультация офтальмолога при артериальной гипертензии, отоларинголога при острой ревматической лихорадке, аллерголога при бронхиальной астме и т. д.).

**Назначение амбулаторного лечения.** Для амбулаторных условий особенно важно, чтобы необходимые исследования, консультации и последующие лечебные манипуляции были проведены с минимальными для пациента неудобствами (многократные посещения поликлиники, ожидание в очереди и др.). Поэтому при первом же осмотре пациента следует определиться с оптимальной в данных условиях схемой диагностического поиска и планом лечения, завершив это выдачей необходимых рецептов и направлений на соответствующие исследования.

Таким образом, главными особенностями амбулаторной диагностики являются: ограниченное время контакта с пациентом, необходимость быстрого выбора оптимального объема исследований (с учетом амбулаторных возможностей) при минимальных неудобствах для пациента, привлечение консультантов-специалистов по конкретным показаниям.

Чрезвычайно ответственный момент при амбулаторном приеме и посещении больных на дому — назначение лечения. Оно должно быть комплексным, включать рекомендации по режиму, питанию, и только потом назначается фармакотерапия. Следует хорошо усвоить старинную врачебную мудрость: лечить больного лекарствами надо только тогда, когда нельзя не лечить. Нужно как можно шире использовать лечебные возможности диетического питания, физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры (ЛФК) и других немедикаментозных методов.

Фармакотерапия должна быть адекватна и оптимальна для каждого конкретного пациента, содержать необходимый минимум препаратов. При выборе лекарственного средства следует руководствоваться действующими клиническими протоколами, учитывать индивидуальные особенности (сопутствующую патологию, переносимость лекарств, предшествующий курс лечения и продолжительность предстоящего), наличие необходимых препаратов в аптечной сети и, что немаловажно, их стоимость (финансовые возможности пациента надо деликатно уточнить при назначении лечения). Не следует единовременно выписывать пациенту большое количество препарата, особенно назначаемого впервые: неизвестно, как он будет переноситься, окажется ли эффективным, не вызовет ли развитие аллергической реакции. Исключение могут составить средства, апробированные и эффективные у данного пациента, при необходимости их использования для длительного лечения хронических заболеваний. Но и в этом случае количество выписываемого препарата ограничивается расчетом на 1 месяц приема.

При амбулаторном лечении предпочтение отдается неинъекционным препаратам либо средствам с парентеральным введением не чаще 1–2 раз в день. Особенно важно учитывать это при назначении инъекционных форм антибиотиков. Парентеральное введение лекарств (внутримышечные и внутривенные инъекции препаратов, приобретенных пациентом в аптеке по рецепту) выполняется по направлению врача в процедурном кабинете поликлиники. На дому такие манипуляции может делать участковая медсестра в течение своего рабочего дня (1–2 раза в день). Если необходимый препарат должен вводиться чаще и пациент не может быть госпитализирован, то целесообразно использовать комбинированный прием (инъекционно и внутрь, при условии выпуска этого препарата в соответствующих формах) либо необходимо обсудить с пациентом иные возможности выполнения инъекций (медицинскими работниками из числа родственников, на платной основе и др.).

Из средств неинъекционного применения (орального, ингаляционного и др.) следует, при возможности, отдавать предпочтение их пролонгированным (ретардным) формам с приемом 1–2 раза в день.

Таким образом, при амбулаторном назначении лекарственных препаратов следует выбирать оптимальный минимум наиболее эффективных средств, использовать удобные способы их применения, не выписывать сразу большое количество препарата, учитывать финансовые возможности пациента для приобретения медикаментов.

**Работа с пациентами на дому.** Оказание медицинской помощи на дому требует от врача особенного внимания, поскольку причиной вызова чаще всего является какая-то острая ситуация или резкое обострение хронического процесса. При этом участковому терапевту приходится решать тактические вопросы (необходимость госпитализации, оказания неотложной помощи) и организовывать на дому адекватное лечение и обследование пациента. По заявке участкового терапевта на дому можно брать кровь для клинического и биохимического анализов, мазки из зева, носа и прямой кишки, выполнять электрокардиографию, проводить консультации специалистов и другие мероприятия. О диагностически неясных и тяжелых пациентах участковый врач обязан информировать заведующего отделением, который также осматривает их на дому и контролирует ход лечебно-диагностических мероприятий. Осмотрев пациента на дому по вызову, в последующем при необходимости терапевт осуществляет активные посещения, частота которых зависит от состояния пациента.

**Госпитализация пациентов.** В ряде случаев требуется госпитализация пациентов в терапевтический или специализированный стационар. В зависимости от состояния пациента и целей выделяют два вида госпитализации: срочную (экстренную) и плановую.

При необходимости экстренной госпитализации, т. е. при абсолютных показаниях к направлению пациента в стационар (в том числе и с домашнего визита), врач пишет направление в соответствующее больничное учреждение с указанием диагноза (даже предположительного), результатов исследований (если таковые проводились), причины срочности госпитализации (тяжесть состояния, угроза осложнения и др.). При этом нередко необходимо перевезти пациента в стационар из дома или поликлиники, для чего по телефону 103 вызывается бригада перевозки службы скорой помощи.

Осуществление плановой госпитализации (при наличии относительных показаний) требует от участкового терапевта определенной подготовительной работы. Пациент должен быть обследован (лабораторно, рентгенологически, инструментально) в необходимом для имеющегося заболевания объеме, обязательно осмотрен заведующим терапевтическим отделением и, если надо, врачами других специальностей. Дату госпитализации согласовывают по телефону заведующие отделениями поликлиники и стационара. После этого терапевт заполняет направление на госпитализацию (бланк неутвержденной формы), в котором указывает диагноз,

результаты исследований, проведенное амбулаторно лечение и его эффективность, длительность временной нетрудоспособности (ВН) по данному случаю на поликлиническом этапе, цель и дату госпитализации, при необходимости физикальные и анамнестические данные. Направление подписывается врачом и заведующим терапевтическим отделением, скрепляется печатью поликлиники и выдается больному на руки.

Показаниями для госпитализации больных терапевтом являются:

1. Тяжелое состояние пациента и угроза ухудшения этого состояния; необходимость интенсивного постоянного наблюдения и лечения в специализированных отделениях больницы.

2. Установленный или клинически предполагаемый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, среднетяжелая и тяжелая пневмония, острый гломерулонефрит и пиелонефрит, затянувшееся и тяжелое обострение хронических заболеваний и т. п.

3. Картина «острого живота» у пациента, в связи с чем нужна обязательная экстренная госпитализация в соответствующий стационар (хирургический, гинекологический). Такие больные нередко вызывают на дом участкового терапевта по причине абдоминальных болей.

4. Выявленные (или подозреваемые) инфекционные заболевания (вирусный гепатит, брюшной тиф, менингит, ботулизм, дизентерия и другие тяжелые инфекции). Вопрос о госпитализации пациента с подозрением на некоторые острые кишечные инфекции (сальмонеллез, пищевая токсикоинфекция и др.) или при диагностированной кори, эпидемическом паротите, ветряной оспе, краснухе решается с учетом тяжести состояния больного и социальных факторов (проживание в общежитии, принадлежность к категории «пищевиков» (так называют людей, работающих с пищевыми продуктами), отсутствие возможности ухода за больным в домашних условиях и др.).

5. Трудность установления достоверного диагноза без использования специальных методов диагностики, выполняемых только в стационаре (ангиография, экскреторная урография, ретроградная холецистоангиография, бронхоскопия и др.). Однако обычно эти исследования назначаются врачами-специалистами и проводятся в соответствующих стационарах.

По окончании стационарного лечения в поликлинику пересылается эпикриз, который клеивается в главный медицинский документ пациента — «Медицинскую карту амбулаторного больного» (форма № 025/у-07). После ознакомления с эпикризом участковый терапевт должен организовать последующее лечение и наблюдение за пациентом с учетом рекомендаций стационара. Такой обмен медицинской информацией о пациенте (направление на стационарное лечение и эпикриз с рекомендациями и результатами исследований) обеспечивает преемственность между амбулаторным и стационарным этапами оказания медицинской помощи населению.

**Работа отделения дневного пребывания (ОДП) поликлиники.** Для комплексного лечения и обследования пациентов, состояние которых не требует круглосуточного врачебного наблюдения (причем не только терапевтического профиля, но и других), в поликлиниках предусмотрены ОДП (ранее дневные стационары).

Постановлением МЗ РБ № 143 от 19.09.2009 г. существовавшие дневные стационары приобрели статус обособленного структурного подразделения поликлиники, хотя сохранили свою подчиненность заведующему отделением медицинской реабилитации, в состав которого входили ранее. Структура ОДП включает:

- кабинет врача;
- процедурный кабинет;
- палаты (мужскую и женскую);
- комнату отдыха.

Мощность ОДП может колебаться в зависимости от мощности поликлиники, а его функционирование в две-три смены позволяет соответственно увеличить пропускную способность. Отбор пациентов для лечения в ОДП проводится лечащим врачом и заведующим отделением, согласуется с заведующим отделением реабилитации.

Здесь пациент ежедневно в назначенное время осматривается врачом ОДП, проходит необходимые исследования (ОДП без ограничений пользуется всеми лечебно-диагностическими службами поликлиники), получает препараты для внутреннего употребления, инъекции, капельные инфузии, физиотерапевтические процедуры, занимается ЛФК. В медицинской карте пациента врач ОДП делает ежедневные записи о состоянии больного, намечает план обследования и лечения, оформляет эпикриз при выписке из отделения. На время лечения в ОДП работающим или учащимся пациентам выдается ЛН (справка) на общих основаниях.

Пациент ежедневно может проводить в ОДП до 4 часов, поэтому для отдыха после процедур и для ожидания предусмотрены комната отдыха и палаты. Медикаменты, перевязочные средства пациенты получают бесплатно (за счет поликлиники), хотя возможно частичное использование лекарств, приобретенных ими в аптеке за свои средства. ОДП имеет оборудование и средства для оказания квалифицированной ургентной помощи находящимся в отделении пациентам (дефибриллятор, аппарат искусственного дыхания, небулайзер, набор лекарственных препаратов для неотложной помощи и др.).

Лечение пациентов в ОДП имеет ряд преимуществ перед стационарами больниц, т. к. позволяет:

- освобождать и рациональнее использовать коечный фонд больниц (нахождение пациента в больнице обходится государству гораздо дороже амбулаторного лечения);

- оказывать своевременную медицинскую помощь в необходимом объеме в условиях территориальной поликлиники определенным контингентам больных, ранее лечившихся только в стационарах;
- сокращать сроки ВН у больных за счет быстрого обследования и лечения с применением методов интенсивной терапии (капельные инфузии, активная физиотерапия и др.);
- проводить активную реабилитацию пациентов с широким использованием немедикаментозных методов: физиотерапевтических процедур, ЛФК, массажа, иглорефлексотерапии, психотерапии и др.

**Понятие о стационаре на дому.** Иногда могут возникнуть ситуации, когда пациенту показана госпитализация, но она затруднена по каким-либо причинам или невозможна по медицинским показаниям. В этом случае возможна организация больному стационара на дому. Эта форма медицинской помощи предусматривает квалифицированное обследование и полноценное лечение в домашних условиях с последующим его продолжением амбулаторно или стационарно. При этом у поликлиники должна быть возможность осуществить все лечебные и диагностические мероприятия на дому, обеспечить ежедневное врачебное и сестринское наблюдение, а у заболевшего — удовлетворительные материальные и бытовые условия (хороший уход и правильное питание).

**Тактика терапевта при выявлении острого инфекционного заболевания.** Во время амбулаторного приема или при посещении пациента на дому участковый терапевт может столкнуться с инфекционным заболеванием или заподозрить его. Это может быть острый вирусный гепатит; острые кишечные инфекции (пищевая токсикоинфекция, сальмонеллез, дизентерия, брюшной тиф и др.); инфекционный мононуклеоз; группа «детских» инфекций (дифтерия, корь, ветряная оспа, краснуха, эпидемический паротит), которыми нередко заболевают взрослые из-за отказа от прививок в детстве; менингококковая инфекция и др. Достаточно распространены также гельминтозы, педикулез.

Инфекционные заболевания опасны не только для самого больного в плане тяжести течения и исходов, но и для окружающих из-за возможности распространения инфекции. Поэтому участковому терапевту необходимы достаточно глубокие знания в области инфекционной патологии, умение хорошо собирать эпидемиологический анамнез и решать тактические вопросы.

Поставив диагноз или заподозрив у пациента инфекционное заболевание, врач немедленно передает по телефону (если это во время посещения на дому — непосредственно из квартиры) экстренное сообщение в территориальный центр гигиены и эпидемиологии (ЦГиЭ, ранее санитарно-эпидемиологическая станция): в городской или районный городской (если у пациента ветряная оспа, краснуха или эпидемический паротит).



тит). Это устное экстренное сообщение соответствует утвержденной форме экстренного извещения (форма № 058/у): оно содержит предполагаемый диагноз, паспортные данные больного, даты заболевания и обращения, решение в отношении госпитализации или лечения пациента на дому, фамилия врача. Эти данные диспетчер ЦГиЭ заносит в журнал учета инфекционных заболеваний (форма № 060/у), а врачу в ответ называет регистрационный номер, под которым зафиксировано данное сообщение, и свою фамилию. Последнее необходимо для последующего заполнения участковым врачом бланка экстренного извещения формы № 058/у.

Об инфекционном заболевании врач информирует заведующего терапевтическим отделением и врача-инфекциониста, сдает в инфекционный кабинет заполненное экстренное извещение, данные из которого вносятся в поликлинический журнал учета инфекционных заболеваний под зарегистрированным в ЦГиЭ номером. При необходимости пациента консультирует врач-инфекционист.

Обязательной госпитализации в инфекционный стационар подлежат лица с заболеваниями, наиболее опасными в эпидемическом плане (например, вирусный гепатит, дизентерия, менингококковая инфекция, дифтерия) или протекающими в тяжелой форме, а также «пищевики» с острыми кишечными инфекциями. Если же диагностируются такие заболевания, как корь, скарлатина, краснуха, острые кишечные инфекции (не у «пищевиков»), и они протекают в нетяжелой форме, то участковый терапевт совместно с врачом-инфекционистом организует соответствующее обследование и лечение на дому, а ЦГиЭ проводит эпидемиологическое обследование очага.

Оставляя пациента дома, участковый терапевт объясняет больному и проживающим с ним лицам меры эпидемической безопасности, динамически наблюдает за состоянием пациента, контролирует соблюдение режима и назначений, а также следит за лицами, контактировавшими с заболевшим. Объем и продолжительность работы в инфекционном очаге зависит от конкретного заболевания и длительности его инкубационного периода. Правила и содержание работы в инфекционных очагах должны быть записаны в памятку и храниться в папке участкового врача.

После окончания случая инфекционного заболевания, когда диагноз подтвержден бактериологически и/или серологически, повторно заполняется экстренное извещение (форма № 058/у) с пометкой «о подтверждении диагноза» с указанием регистрационного номера (того самого, под которым зафиксировано начало данного случая) и отсылается в ЦГиЭ. Если диагноз инфекционного заболевания не подтвердился, то на отсылаемом извещении ставят пометку «об изменении диагноза» и указывают заключительный диагноз. Это делает либо терапевт, либо чаще врач инфекционного кабинета. Если пациент был госпитализирован в инфекци-

онный стационар, то экстренные извещения с заключительным диагнозом отсылаются лечащим врачом стационара. Пометки о заключительных диагнозах делаются также в журнале инфекционных заболеваний (форма № 060/у). Такая организация работы позволяет четко контролировать инфекционную заболеваемость в стране.

**Неотложная помощь в амбулаторных условиях.** Участковый терапевт в повседневной практике может столкнуться с состояниями у своих пациентов, требующими неотложной помощи. При этом необходимо не только быстро диагностировать ургентное состояние, но и уметь оказывать первую врачебную помощь и организовывать дальнейшие лечебные мероприятия.

Если такое состояние развивается у больного в поликлинике, то для экстренной диагностики врач может использовать электрокардиографию, срочный общий анализ крови, рентгенологическое исследование, а для оказания помощи — воспользоваться процедурным кабинетом, где имеется набор необходимых медикаментов. Для этого врач отправляет пациента в процедурный кабинет и дает направление с пометкой «срочно», в котором указывается название препарата, его доза и способ введения.

Если через 20–30 минут после введения лекарства пациенту не стало лучше, необходимо вызвать бригаду скорой помощи прямо в поликлинику для перевозки пациента в стационар. При отсутствии эффекта не следует делать повторные инъекции данного или другого препарата, т. к. это может привести к усугублению состояния пациента и потере драгоценного времени. Особенно это касается затянувшихся приступов бронхиальной астмы, стенокардии, гипертонических кризов и т. п. Если же эффект достигнут (т. е. состояние больного улучшилось), то дальнейшая тактика в отношении пациента будет зависеть от конкретной ситуации: это может быть коррекция амбулаторного лечения с решением вопроса о трудоспособности, экстренная или плановая госпитализация.

Если состояния, требующие неотложной помощи, возникают на домашнем визите, первая врачебная помощь может быть оказана медикаментами, имеющимися в аптечке участкового терапевта либо в домашней аптечке пациента, а также немедикаментозными методами (постановка баночного воротника при артериальной гипертензии, горчичников, акупрессура и др.). В более тяжелых случаях участковый врач должен вызвать бригаду скорой помощи по телефону 103 и оставаться с больным до ее приезда.

#### **Медицинская реабилитация больных**

**Понятие МР.** Современный уровень развития медицины позволяет эффективно бороться с острыми проявлениями болезни, но недостаточная работа с пациентами по восстановлению утраченных функций организма или ее отсутствие приводит к большим потерям трудовых ресурсов,

к ранней инвалидности людей, что представляет огромную не только медицинскую, но и социальную проблему. Именно поэтому в Беларуси создана постоянно совершенствующаяся система реабилитации больных и инвалидов.

Комитет экспертов ВОЗ (1980) дал определение МР как активного процесса, целью которого является полное восстановление нарушенных вследствие заболевания (травмы) функций либо, если это невозможно, оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наибольшая интеграция его в общество.

**Основные документы, регламентирующие организацию МР.** МЗ РБ были изданы ныне действующие приказы № 13 «О создании системы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь» от 25.01.1993 г., № 28 «О мерах по улучшению медицинской экспертизы и реабилитации в Республике Беларусь» от 12.02.1993 г. и № 225 (дополнение к приказу № 13) от 10.10.1994 г., являющиеся основными руководящими документами в вопросах организации реабилитации и экспертизы трудоспособности в нашей стране.

Приказом № 13 утверждены положения о структурных подразделениях системы МР больных и инвалидов (о профильном центре МР, об отделении МР в стационаре, в поликлинике и др.), о враче-реабилитологе и о заведующем отделением реабилитации, а также некоторые другие. Приложением к этому приказу является «Положение об экспертизе временной нетрудоспособности и организации реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях» — один из основополагающих документов по МСЭ (см. раздел «Медико-социальная экспертиза»).

В приказе № 225 приводятся перечни необходимых документов по экспертизе трудоспособности и реабилитации больных, штатные расписания и квалификационные характеристики врачей-реабилитологов разного профиля (терапевта, хирурга, травматолога, невропатолога, спортивного врача и др.), а также список рекомендуемой литературы по реабилитации.

В приказе № 28 освещены вопросы экспертизы стойкой нетрудоспособности (инвалидности), а также реорганизации структуры и функций бывших ВТЭК (врачебно-трудовая экспертная комиссия) в медицинские реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК).

**Методы МР.** При освидетельствовании пациентов МРЭК составляет комплексную программу их реабилитации, включая социальный, профессиональный и другие аспекты.

Социальная реабилитация предусматривает восстановление пациента в обществе путем обеспечения больного (инвалида) специальными средствами передвижения, благоустроенной дополнительной жилой площа-

дью, материальной помощью, услугами центра социального обслуживания (по показаниям).

Профессиональная реабилитация предполагает рациональное трудоустройство, трудовые рекомендации, предоставление вспомогательных технических средств для трудовой деятельности на дому и др.

МР предусматривает широкое использование и сочетание ряда методов воздействия на организм больного человека:

- психотерапии (разные ее виды с учетом личностных особенностей и психологической установки больного);
- физических методов (ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика, собственно физиотерапевтические процедуры, иглорефлексотерапия, акупрессура и др.);
- медикаментозных методов (прежде всего, патогенетические средства и средства, активизирующие защитные силы организма);
- реконструктивных и органосохраняющих операций;
- протезирования (замена отсутствующего органа или части тела) и ортезирование (использование ортопедических приспособлений для биомеханической коррекции поврежденных собственных конечностей);
- диетотерапии;
- «терапии занятостью» и профессиональной трудотерапией (чтобы больной меньше «уходил» в болезнь, а активней включался в бытовую, посильную профессиональную деятельность, общался с людьми и т. д.).

Таким образом, реабилитация больных и инвалидов касается не только медиков, но и общества в целом, что зафиксировано в «Законе о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь». Поэтому составляемая МРЭК программа реабилитации должна выполняться на местах органами здравоохранения, социального обеспечения, производственными предприятиями и т. д.

Медицинские работники занимаются сугубо МР. Исходя из используемых для этого методов, в состав отделения реабилитации в поликлиниках входят обычно кабинеты психо-, механо-, трудо-, рефлексотерапии, ЛФК и др. Следует подчеркнуть, что медикаментозным методам в реабилитации пациентов отводится достаточно скромная роль.

**Функциональные классы (ФК).** Функциональные нарушения из-за заболевания человека (последствия болезни) могут проявляться на 3 уровнях:

- органном (нарушение функционального состояния больного органа);
- организменном (нарушение функций организма в целом);
- социальном (социальная недостаточность).

Для адекватной реабилитации пациента необходимо, прежде всего, объективно оценить выраженность функциональных нарушений в организме и возможности его восстановления. Не менее важно объективно

контролировать реабилитационный процесс и его эффективность. Для этого используется понятие *ФК нарушений*, которое учитывает не только степень нарушения функции, но и возможности ее компенсации. Выделяют 5 ФК:

- ФК-0 — отсутствие нарушений;
- ФК-I — незначительные функциональные нарушения;
- ФК-II — умеренные;
- ФК-III — значительные;
- ФК-IV — резко выраженные необратимые функциональные нарушения.

Понятие ФК является универсальным и используется на всех 3 упомянутых уровнях функциональных нарушений. Так, в клинической медицине широко используется оценка степени нарушения функций больного органа с помощью ФК при стенокардии; при сердечной, дыхательной и почечной недостаточности; для характеристики степени нарушения функций суставов и т. п.

Подобным же образом ФК оценивается и жизнедеятельность организма в целом. Но для этого оценка ведется по комплексу *параметров жизнедеятельности*: способности к передвижению, самообслуживанию, ориентации, контролю своего поведения, общению, обучению, труду. Нарушение этих показателей приводит к социальной дезадаптации (социальной недостаточности) человека, поэтому именно они являются критериями, по которым определяют степень утраты трудоспособности (см. раздел «Медико-социальная экспертиза»).

**Этапы МР в амбулаторно-поликлинических учреждениях.** Процесс реабилитации (его можно назвать восстановительным лечением) состоит из нескольких этапов:

1. Диагностика последствий заболевания на 3 упомянутых уровнях (функциональное состояние больного органа, организма в целом и социальные последствия болезни для данного пациента), результатом которой является определение ФК нарушений жизнедеятельности.

2. Оценка реабилитационного потенциала больного, т. е. резервных возможностей организма, в значительной степени определяющихся функциональным состоянием других органов и систем.

3. Проведение МСЭ.

4. Составление и реализация индивидуальной программы реабилитации, динамическое наблюдение за пациентом.

5. Оценка результатов проведенной реабилитации, ее эффективности (в том числе и по изменению ФК после восстановительного лечения).

**Практическая организация МР в поликлинике.** Кто и как практически осуществляет реабилитацию пациентов в амбулаторно-поликлини-

ческих условиях, зависит от контингента пациентов. Всех нуждающихся в реабилитации разделяют на 3 клинико-реабилитационные группы:

1. Больные с острыми заболеваниями и начальными стадиями хронических (неосложненное течение, благоприятный прогноз).

2. Часто и длительно болеющие (ЧДБ); больные острыми заболеваниями с затяжным или осложненным течением и травмами, способными привести к инвалидности; больные хроническими заболеваниями, не являющиеся инвалидами.

3. Инвалиды III и II группы в первые годы инвалидности.

Восстановительным лечением пациентов 1-й группы занимается лечащий врач, лица 2-й и 3-й групп направляются им в отделение реабилитации на комиссионный осмотр. На реабилитацию принимаются пациенты только после окончания острого периода заболевания (терапевтического, хирургического, неврологического и других профилей). Из терапевтической патологии восстановительное лечение широко используется при ИБС (в периоде рубцевания инфаркта миокарда, после аортокоронарного шунтирования, при стабильной стенокардии I–II ФК), при ревматоидном артрите и других заболеваниях суставов и позвоночника, при острой пневмонии на стадии рассасывания очага, при бронхиальной астме и ХОБЛ нетяжелого течения, при хроническом гастрите, пептической язве желудка и 12-перстной кишки после купирования острой боли и др.

Имеются и противопоказания к проведению полного комплекса реабилитационных мероприятий: тяжелые заболевания внутренних органов в остром периоде или на стадии декомпенсации; стойкая артериальная гипертензия; ИБС с частыми приступами стенокардии, с сердечной декомпенсацией, с выраженными аритмиями; тяжелая сопутствующая патология (туберкулез, злокачественные новообразования, расстройство функций тазовых органов).

В состав реабилитационных комиссий (согласно приказу № 13 их рекомендовано называть либо врачебной консультационно-реабилитационной комиссией (ВКРК), либо врачебно-отборочной комиссией (ВОК)) входят врач-реабилитолог (заведующий отделением реабилитации), врач ЛФК и физиотерапевт, при необходимости — врачи «узких» специальностей. Пациента осматривают, его амбулаторную карту анализируют и составляют программу МР, которая регистрируется в соответствующем журнале движения пациентов и в документе единого образца для всех амбулаторных учреждений («Индивидуальная программа медицинской реабилитации», форма № 7-МСЭ/у-09). На руки пациенту выдается процедурная карта в отделение физиотерапии и зал ЛФК, в которой делаются отметки о прохождении процедур.

Реабилитация может быть цикловой (одно- или многоцикловой) и непрерывной (это требуется при ряде хронических заболеваний: артери-

альной гипертензии, сахарном диабете и др.). Возможна и непрерывно-цикловая схема, когда на фоне непрерывного лечения проводятся дополнительные циклы.

**Показателями эффективности** реабилитации являются:

- сокращение сроков ВН по данному случаю заболевания и общей продолжительности ВН за год;
- сохранение трудоспособности, профилактика инвалидности;
- снижение количества обострений заболевания в год;
- увеличение продолжительности ремиссий;
- уменьшение тяжести инвалидности, восстановление способности к самообслуживанию;
- поздняя летальность, увеличение продолжительности жизни.

После окончания курса реабилитации оценивается (и отмечается в индивидуальной программе реабилитации и в журнале) ФК жизнедеятельности, понижение которого является важнейшим показателем эффективности реабилитации.

#### **Медико-социальная экспертиза**

**ВН.** Чрезвычайно ответственный раздел повседневной работы участкового терапевта, неразрывно связанный с лечебной, реабилитационной и профилактической деятельностью, — определение трудоспособности заболевшего и продолжительности ее утраты. Чаще всего речь идет о ВН. Под ВН понимают обусловленное заболеванием или травмой состояние организма человека, при котором нарушение функций сопровождается невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение ограниченного промежутка времени, т. е. это нарушение носит обратимый характер.

Основными действующими документами, регламентирующими экспертизу ВН в УЗ страны, являются:

1. «Положение об экспертизе временной нетрудоспособности» (приложение к приказу № 13 «О создании системы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь» от 25.01.1993 г.), в котором указаны задачи экспертизы ВН в УЗ, перечислены учреждения и лица, осуществляющие экспертизу, конкретные обязанности этих лиц: лечащего врача, заведующего отделением, главного врача и заместителя по МР и экспертизе трудоспособности (заместитель по медико-социальной экспертизе и реабилитации (МСЭиР)). Кроме того, определены виды ВН, организация работы и функции врачебно-консультационной комиссии (ВКК) по вопросам МР и экспертизы.

2. Приказ № 225 от 10.10.1994 г. (дополнение к вышеназванному приказу). Он содержит перечень основных инструктивных документов, которыми необходимо руководствоваться при экспертизе ВН и реабили-

тации больных и инвалидов (набор этих документов в обязательном порядке имеется в каждом УЗ у заместителя главного врача по МСЭиР).

3. Приказ № 28 от 12.02.1993 г. «О мерах по улучшению медицинской экспертизы и реабилитации в Республике Беларусь», который посвящен, главным образом, экспертизе стойкой нетрудоспособности (инвалидности). Этим приказом бывшим ВТЭК (врачебно-трудовая экспертная комиссия) придаются некоторые другие функции, в частности реабилитация инвалидов (т. е. составление индивидуальной программы реабилитации этих лиц), изменяется название этого органа на МРЭК, в нем приводится примерная схема структуры службы МРЭК (см. ниже).

4. Постановление МЗ РБ № 61 от 12.08.2002 г., которым утверждены «Инструкция по определению причин инвалидности» и «Инструкция по определению группы инвалидности».

5. Постановление МЗ РБ от 25.07.2002 г. «Об утверждении Инструкции о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности и Инструкции по заполнению листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности» (далее Инструкция).

Согласно этим документам выделяют следующие виды ВН, случаи которых удостоверяются ЛН или справкой:

- заболевание (общее, профессиональное) и травма (несчастные случаи на производстве, в быту, по пути на работу и с работы);
- уход за больным членом семьи;
- уход за ребенком в возрасте до 3 лет или ребенком-инвалидом до 18 лет в случае болезни матери или другого лица, осуществляющего уход;
- санаторно-курортное лечение, уход за ребенком-инвалидом при санаторном лечении;
- карантин;
- протезирование (с помещением в стационар протезно-ортопедического предприятия);
- беременность (сроком 30 недель, а в определенных случаях — 27) и роды.

Вид ВН обязательно указывается в ЛН или справке.

В соответствии с существующим законодательством участковый терапевт имеет право освобождать от работы при всех заболеваниях внутренних органов (острых, обострении хронических), несчастных случаях в быту (ожоги, укусы животных и насекомых, отравления), при необходимости ухода за больным членом семьи (взрослым) и ребенком до 3 лет или ребенком-инвалидом до 18 лет в случае болезни его матери или другого лица, осуществляющего уход. ЛН при санаторно-курортном лечении выдается только ВКК, членом которой является лечащий врач.



## **Обязанности и ответственность врача при установлении ВН.**

Основными обязанностями участкового врача при установлении ВН являются:

- проведение первичной экспертизы трудоспособности;
- выдача ЛН при наличии конкретного вида ВН;
- представление пациентов заведующему терапевтическим отделением, если ВН длится более 6 дней;
- представление своих пациентов на ВКК в установленные сроки и чаще (по необходимости);
- оформление направления на МРЭК после проведения комплекса диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий и заключения ВКК о необходимости такого направления.

За необоснованную выдачу, неправильное оформление ЛН (справки) медицинские работники, которым предоставлено право выдачи этих документов, привлекаются к дисциплинарной ответственности. Лица, неоднократно допускающие указанные нарушения, а также совершающие действия, в которых выявляются признаки преступления, привлекаются к уголовной ответственности. Контролируют выдачу и продление ЛН в УЗ главные врачи, их заместители и заведующие отделениями, а также ВКК (см. ниже).

**Контингенты лиц, которым выдаются ЛН (справка) о ВН.** Право на получение ЛН имеют лица, подлежащие социальному страхованию в Фонде социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь: работники предприятий разных форм собственности, предприниматели (при условии оплаты страховых взносов в Фонд), безработные, состоящие на учете в государственной службе занятости в период выполнения ими общественных работ.

Справка выдается учащимся средних и высших учебных заведений, военнослужащим в случае обращения за неотложной помощью в территориальные организации здравоохранения, безработным, лицам, у которых длительная (более 30 дней) нетрудоспособность наступила в течение месячного срока после увольнения с работы.

Лица, работающие по трудовому договору у нескольких нанимателей, имеют право на получение нескольких ЛН и обеспечение пособием по каждому месту работы.

Решение об освобождении пациента от работы принимается с учетом характера и степени тяжести патологического процесса, а также социальных факторов (профессии и условий труда пациента). Выдача, продление и закрытие ЛН участковым терапевтом (как и врачами других специальностей) проводится в строгом соответствии с вышеупомянутыми Инструкциями о порядке выдачи и заполнения ЛН и справок о ВН.

**Функции ЛН.** ЛН — основной документ, удостоверяющий ВН и выполняющий ряд функций.

Медицинская функция заключается в том, что в ЛН указывается диагноз заболевания, режим, а сам факт освобождения от работы является лечебным мероприятием.

Юридическая функция ЛН законодательно санкционирует невыход больного на работу.

Финансовая и страховая функции гарантируют заболевшему право на получение пособия из средств государственного социального страхования.

Статистическая (социальная) функция ЛН состоит в том, что он является единственным документом для отчетности о заболеваемости с ВН и ее анализа.

Порядок выдачи и заполнения ЛН и справок одинаков, но справка не выполняет финансовой, страховой и статистической функций.

**Основные положения «Инструкции о порядке выдачи ЛН и справок о ВН».** Все практикующие врачи должны детально знать действующие Инструкции о порядке выдачи и заполнения ЛН и справок о ВН. Эти документы периодически пересматриваются и утверждаются в законодательном порядке. Основные положения действующей в настоящее время Инструкции приведены ниже.

Право выдачи ЛН (справок) предоставлено поликлиникам для взрослых и детей, диспансерам, стоматологическим поликлиникам, женским консультациям, амбулаториям, стационарам. Не выдаются ЛН в консультационных поликлиниках, диагностических центрах, на станциях скорой помощи, переливания крови.

ЛН (справки) выдаются и продлеваются в УЗ по месту жительства, закрепления или работы гражданина (цеховой службой) при предъявлении паспорта или документа, заменяющего его. ЛН, выданный по месту работы, с разрешения лечащего врача может продлеваться по месту жительства или закрепления, за исключением случая, когда пациент прикреплен к одному врачу (например, пациент из категории ЧДБ).

При ВН у иногородних и лиц, обращающихся за медицинской помощью не по месту постоянного жительства или работы, ЛН (справки) выдаются и продлеваются только с разрешения главного врача или лица, его заменяющего, скрепляются их подписью и печатью УЗ.

В УЗ, где нет врачей (фельдшерско-акушерские пункты, сельские участковые больницы), выдавать ЛН сроком до 3 дней может один из фельдшеров (акушерок). Список этих фельдшеров ежегодно утверждается управлениями (отделами) здравоохранения, как и сроки, на которые фельдшер имеет право выдавать ЛН.

Студенты старших курсов медицинских университетов получают право выдачи ЛН в периоды эпидемии гриппа по специальному приказу руководящих органов здравоохранения.

ЛН и справки выдаются лечащими врачами только после личного осмотра больного в день установления ВН, в том числе в выходные и праздничные дни, в период отпуска, в день увольнения. Если пациент обратился в поликлинику после окончания своего рабочего дня, то он освобождается от работы со следующего дня, а ЛН выдается в день обращения. За прошедшие дни (задним числом) ЛН могут выдаваться только ВКК и только определенным категориям людей:

- лицам, заболевшим в вечернее и ночное время (после окончания работы поликлиники) и обслуженным бригадой скорой помощи. ЛН выдается на следующий день с зачетом, при необходимости, дня вызова этой бригады;

- психически больным с нарушением контроля поведения, своевременно не обратившимся за медицинской помощью;

- гражданам Республики Беларусь, которые перенесли заболевания с ВН в период временного нахождения за рубежом (после предоставления медицинского документа из страны пребывания);

- лицам, меняющим справку на ЛН (по решению компетентных органов: суда, прокуратуры, органов МВД, Фонда социальной защиты населения и др.).

Лечащие врачи выдают ЛН (справки) единолично в пределах 6 дней (единовременно или по частям). Продление этих документов по прошествии 6 дней проводится по совместному решению лечащего врача и заведующего отделением на 1–10 дней единовременно после личного осмотра больного. Врач участковой амбулатории или ВОП, работающий один, может единолично выдавать ЛН на период до 14 дней, после чего вопрос продления ЛН решается в вышестоящем УЗ. В последний день ВН (согласно отметке в ЛН) пациент обязательно должен быть осмотрен врачом.

Длительно нетрудоспособные пациенты подлежат обязательному освидетельствованию ВКК в установленные контрольные сроки (см. ниже).

ЛН при заболеваниях (травмах) выдается на весь период ВН до восстановления трудоспособности или установления инвалидности. Максимальная продолжительность непрерывной ВН составляет 120 календарных дней, а ВН с перерывами по одному или родственным заболеваниям — 150 дней за последние 12 месяцев (при туберкулезе эти сроки составляют 180 и 240 дней соответственно). Поэтому при длительной нетрудоспособности, кроме контрольных освидетельствований на ВКК, пациенты должны своевременно направляться на МРЭК (до истечения этих сроков) для разрешения продления ЛН или признания пациента инвалидом. При наличии признаков инвалидности больные направляются на МРЭК ранее указанных сроков.

**ЧДБ.** Этому контингенту лиц ЛН выдается только тем врачом, за которым больной закреплен по решению ВКК поликлиники. К часто бо-

леющим относятся лица, у которых в течение года было 3 и более случаев ВН по одному и тому же (либо однородному) заболеванию или 5–6 случаев по заболеваниям, этиопатогенетически не связанным между собой. Длительно болеющие — пациенты, у которых было 30 и более дней ВН по одному заболеванию или 50 и более дней по заболеваниям, этиопатогенетически не связанным. Если возникло заболевание, не относящееся к специальности закрепленного врача, то ЛН выдается врачом-специалистом совместно с закрепленным врачом. Фамилия и должность последнего, а также образец его подписи передаются по месту работы пациента.

Во время очередного и социального отпуска в случае возникновения нетрудоспособности ЛН выдается в общем порядке, а по уходу за больным членом семьи и при карантине не выдается.

**Порядок выплаты пособий по ВН.** Постановлением Совета Министров РБ за № 1290 от 30.09.1997 г. и его редакцией от 4.04.2002 г. за № 421 определен действующий порядок обеспечения пособиями по ВН, который предполагает выплату пособия в первые 6 дней ВН в размере 80 %, в последующие дни — 100 % среднего заработка. Оговорены также особые случаи, когда пособие выплачивается в ином размере. Так, пособие по ВН в размере 100 % среднего заработка выплачивается с первого дня при несчастных случаях на производстве, при профессиональных заболеваниях, а также донорам в связи с забором у них органов и тканей, лицам, имеющим на иждивении троих и более несовершеннолетних детей и др. В этих ситуациях в ЛН делаются соответствующие отметки.

В ряде случаев выплачивается половина от установленного размера пособия по ВН, т. е. 40 % заработка за первые 6 рабочих дней и 50 % заработка за последующие дни нетрудоспособности. Это относится к лицам, причиной заболеваний и травм которых стало употребление алкоголя, наркотических или токсических веществ; к больным, нарушившим предписанный режим (в том числе употреблением алкоголя) или не явившимся без уважительных причин в назначенный срок на прием к врачу или на МРЭК. Об этом в ЛН также делаются соответствующие отметки, а сам ЛН выдается и продлевается в обычном порядке.

У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, осложненным иными заболеваниями, приведшими к ВН (например, гепатитом, полирадикулоневритом и др.), в графе «вид нетрудоспособности» ЛН указывается «заболевание», выплата пособия производится в общем порядке.

Оговорены и случаи отказа в выплате пособия: в период отпуска без сохранения содержания; при умышленном нанесении вреда своему здоровью в целях уклонения от работы или других обязанностей; при нахождении под арестом и др.

Работающим инвалидам ЛН выдается на общих основаниях. Если ВН обусловлена обострением заболевания (травмы), по которому установлена

инвалидность, пособие по ВН выплачивается не более 2 месяцев подряд и не более 3 месяцев в календарном году.

Бланки ЛН — документы строгого учета, которые хранятся в сейфе в специально отведенном месте и выдаются врачу под расписку. Номера выданных ЛН фиксируются в журнале, сюда же сдаются заполненные корешки использованных ЛН. В кабинете для регистрации ЛН и справок на каждого врача заводятся одноименные журналы, в которых ежедневно записываются выданные ЛН с указанием паспортных данных больного, места работы, диагноза. При закрытии ЛН врачом пациент обращается в указанный кабинет, предъявляет свой паспорт, и после отметки в соответствующем журнале на ЛН ставится печать УЗ.

**ВКК и ее функции.** Обязательным органом всех УЗ, осуществляющих экспертизу ВН и медицинскую реабилитацию больных (стационары, поликлиники, диспансеры, женские консультации и др.), является ВКК в составе председателя (заместитель главного врача по МСЭиР, а при его отсутствии заместитель главного врача по медицинской части или главный врач) и членов: заведующего соответствующим отделением и лечащего врача. Председатель ВКК является постоянным, а члены меняются. Например, если на ВКК представляется больной хирургического профиля, то членами будут лечащий врач-хирург и заведующий хирургическим отделением, если терапевтического — врач-терапевт и заведующий терапевтическим отделением.

Основными функциями ВКК являются:

1. Консультация в сложных и конфликтных случаях экспертизы трудоспособности. ВКК принимает решение только после осмотра пациента, изучения его медицинской документации, данных обследования, условий и характера труда, профессии; высказывает мнение об обоснованности диагноза, лечения, своевременности использования реабилитационных средств и о возможности восстановления здоровья и трудоспособности.

2. Контроль обоснованности выдачи и продления ЛН в ранние сроки.

3. Обязательные плановые освидетельствования длительно болеющих в установленные сроки с целью контроля обоснованности диагноза, тактики ведения больного, своевременности использования реабилитационных средств, продолжительности ВН, определения трудового прогноза, показаний к проведению дальнейшей реабилитации или направлению на МРЭК (через 30, 60, 90 и 105 дней от начала ВН, а при туберкулезе дополнительно через 120, 150 и 165 дней).

4. Своевременное выявление лиц, нуждающихся в реабилитации, и направление больных и инвалидов для проведения реабилитационных мероприятий.

5. Формирование индивидуальной программы реабилитации с учетом оптимизации труда больных, не являющихся инвалидами.

6. Выдача и продление ЛН в специальных случаях:
- специальное лечение в другом городе;
  - санаторно-курортное лечение в оговоренных Инструкцией случаях;
  - доплатной ЛН при частичной ВН вследствие туберкулеза или профессионального заболевания (выдается не более чем на 2 месяца);
  - продление ЛН по уходу за больным ребенком свыше 10 дней при амбулаторном лечении и в исключительных случаях за взрослым свыше 3 дней;
  - обмен в установленном порядке справок и заключений о ВН на ЛН после предварительного рассмотрения каждого случая и выявления оснований для обмена (выдача ЛН задним числом).

7. Направление на освидетельствование в МРЭК следующих лиц:
- длительно болеющих: не позднее 4 месяцев со дня наступления непрерывной нетрудоспособности или не позднее 5 месяцев нетрудоспособности в общей сложности за последние 12 месяцев по поводу родственных заболеваний, а при туберкулезе не позднее 6 месяцев непрерывной нетрудоспособности или 8 месяцев в общей сложности за последние 12 месяцев при повторном заболевании туберкулезом;
  - работающих лиц с признаками инвалидности (неблагоприятный клинический и трудовой прогнозы) в любые сроки от начала нетрудоспособности (после выяснения прогноза);
  - больных с детства и лиц пенсионного возраста при наличии признаков инвалидности;
  - инвалидов для очередного переосвидетельствования и досрочного переосвидетельствования;
  - больных и инвалидов для определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в %) вследствие увечья или иного повреждения, связанного с работой;
  - инвалидов для определения медицинских показаний с целью обеспечения специальным автотранспортом;
  - лиц для изменения причины инвалидности при наличии соответствующих документов.

8. Выдача заключений по различным вопросам:
- о необходимости предоставления академического отпуска студентам высших и средних учебных заведений или перевода этих учащихся на другой факультет по состоянию здоровья;
  - об освобождении от выпускных экзаменов учеников общеобразовательных школ, гимназий и лицеев;
  - о наличии права на получение дополнительной или отдельной жилой площади;
  - другие заключения по запросам органов исполнительной власти, общественных организаций и т. д.

Данные освидетельствования пациента и решение ВКК записываются в его первичных медицинских документах (в поликлинике это медицинская карта больного), а также в журнале записей заключений ВКК утвержденной формы и подписываются председателем и членами ВКК. В необходимых случаях заключение ВКК оформляется на справке соответствующей формы.

**МРЭК, ее структура и функции.** Документация по МСЭ утверждена приказом МЗ РБ № 998 от 23.10.2009 г. «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения при осуществлении медико-социальной экспертизы» (акт освидетельствования, заключения МРЭК, медицинская карта пациента и индивидуальная программа медицинской реабилитации пациента, журналы учета и др.), в том числе «Направление на медико-социальную экспертизу» (форма № 2-мсэ/у-09), которое заполняется лечащим врачом направляющего учреждения и подписывается ВКК.

Работа участкового терапевта требует достаточных знаний в области экспертизы не только временной, но и стойкой нетрудоспособности (инвалидности), начиная с момента своевременного выявления ее признаков и заканчивая решением вопроса о времени направления на МРЭК. В связи с этим необходимо понимать основные моменты, связанные с экспертизой стойкой нетрудоспособности и структурно-функциональной организацией МРЭК.

МРЭК проводят экспертизу нарушений трудоспособности граждан, составляют индивидуальные программы реабилитации на каждого освидетельствованного и контролируют их выполнение. Если ВКК — это орган УЗ, подчиняющийся, прежде всего, его главному врачу, то МРЭК находятся в подчинении органов управления здравоохранением исполкомов Советов народных депутатов и организованы по территориальному принципу. Так, имеются областные, районные и городские МРЭК, а в г. Минске — межрайонные и специализированные, а также центральная городская МРЭК. Организационно-методическое руководство системой МРЭК осуществляет соответствующий отдел в МЗ РБ, аналогичные отделы в областных и городских органах управления здравоохранением.

В состав районных и межрайонных городских (находятся в крупных городах и обслуживают 2–3 района города) комиссий входят 3 врача: терапевт, хирург, невролог, а также методист-реабилитолог, старшая медсестра, медрегистратор. В состав специализированных комиссий входят 2 врача, специальности которых отвечают профилю комиссии, а также терапевт-реабилитолог или невролог, методист-реабилитолог и средний медицинский персонал.

В структуру областных и минской центральной МРЭК входят 2–3 состава врачей, в каждом составе — 3 врача-реабилитолога-эксперта:

терапевт, хирург, невролог, один из которых назначается председателем. Кроме того, имеются врачи-реабилитологи-эксперты других специальностей (педиатр, окулист, психиатр и др.), врач-статистик и иной персонал (старшая медицинская сестра, медрегистратор, юрист, главный бухгалтер, водитель и т. п.).

Руководит работой МРЭК в областях и в г. Минске главный эксперт области (г. Минска), который является также председателем одного из составов областной (минской центральной городской) комиссии.

В г. Минске, кроме центральной городской МРЭК, имеется 3 межрайонные (№ 1, № 2, № 3, обслуживающие 2–3 закрепленных района города) и 8 специализированных: кардиологическая, травматологическая, онкологическая, фтизиопульмонологическая, психиатрическая, офтальмологическая, детская и Республиканская Чернобыльская (для решения вопросов экспертизы и реабилитации лиц, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС).

Основными функциями городских, районных, межрайонных и специализированных МРЭК являются:

- освидетельствование лиц, направленных ВКК организаций здравоохранения (см. функции ВКК, п. 7);

- составление индивидуальной программы реабилитации с указанием объема, порядка, последовательности медицинской, социально-бытовой и профессиональной реабилитации и контроль ее исполнения;

- оказание консультативной помощи организациям здравоохранения в решении вопросов МСЭ, контроль проведения экспертизы ВН и реабилитации;

- участие в проведении конференций, совещаний, семинаров по вопросам профилактики инвалидности, МСЭ и реабилитации инвалидов совместно с лечебными учреждениями, профсоюзными организациями.

Областные и центральная городская МРЭК занимаются следующей деятельностью:

- осуществляют организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью городских, районных, межрайонных и специализированных МРЭК;

- проводят повторное освидетельствование лиц по направлению нижестоящих МРЭК в конфликтных случаях;

- проводят осмотр инвалидов с целью определения их потребности в специальных транспортных средствах;

- направляют в сложных случаях больных и инвалидов в Республиканский научно-практический центр экспертизы и реабилитации инвалидов;

- анализируют состояние МСЭ и реабилитационной работы в областях и г. Минске и причины инвалидности, разрабатывают мероприятия по профилактике инвалидности и социальной защите инвалидов и т. п.;



– принимают меры по повышению квалификации работников МРЭК.

Освидетельствование лиц, направленных на МРЭК, проводится в назначенный день после поступления их документов. Комиссия проводит заседание в полном составе, изучает документы пациента (направление на МРЭК, амбулаторную карту), проводит тщательный осмотр его и выносит свое решение. После признания больного инвалидом делается соответствующая отметка в ЛН с указанием даты (датой установления инвалидности является дата поступления документов на МРЭК).

Если пациент, подлежащий освидетельствованию, по состоянию здоровья не может явиться на комиссию, МРЭК, при необходимости, проводит выездные заседания (в стационаре или на дому).

После освидетельствования пациента комиссия составляет индивидуальную программу реабилитации, которая выдается ему на руки и выполняется по месту жительства направившим УЗ, а также органами социального обеспечения и профсоюзной организацией (в части социально-бытовой и профессиональной реабилитации).

**Критерии жизнедеятельности и инвалидность.** В соответствии с «Законом о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» от 1991 г. инвалидом признается лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите. Таким образом, инвалидность — это социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья человека, от степени которой зависит группа инвалидности (III, II или I).

Постановлением МЗ РБ № 61 от 12.08.2002 г. утверждены «Инструкция по определению причин инвалидности» и «Инструкция по определению группы инвалидности», согласно которой группа инвалидности определяется по степени ограничения жизнедеятельности организма. При этом учитывают следующие критерии (категории) жизнедеятельности: способность к передвижению, самообслуживанию, ориентации, общению, контролю своего поведения, обучению, трудовой деятельности и профессиональному труду.

Основанием для определения I группы инвалидности является зависимость от постоянной нерегулируемой помощи других лиц вследствие резко выраженного ограничения жизнедеятельности (ФК-4), обусловленного заболеваниями, последствиями травм, комбинированными анатомическими дефектами, что приводит к социальной недостаточности. Резко выраженные ограничения жизнедеятельности могут быть обусловлены любым из ее критериев или их сочетанием. Эта группа определяется также при заболеваниях с абсолютно неблагоприятным в отношении жизни

прогнозом на ближайшее время (вне зависимости от степени ограничения жизнедеятельности на момент освидетельствования).

При обеспечении средствами компенсации анатомических дефектов или нарушенных функций организма, при создании специальных условий труда на производстве или на дому возможно выполнение некоторых видов работ лицами из числа инвалидов I группы.

Основанием для установления II группы инвалидности является значительное ограничение жизнедеятельности (ФК-3 или сочетанные нарушения двух и более систем организма ФК-2), обусловленное заболеваниями, последствиями травм, комбинированными анатомическими дефектами и приводящее к социальной недостаточности. Эти лица не нуждаются в постоянном постороннем уходе и помощи, но имеют выраженную социальную дезадаптацию, обусловленную резко выраженным затруднением в обучении, общении, ориентации, контроле своего поведения, передвижении, самообслуживании, участии в трудовой деятельности (возможно выполнение труда только в специально созданных условиях) или невозможностью трудовой деятельности.

Основанием для определения III группы инвалидности является умеренное ограничение жизнедеятельности (ФК-2 или сочетанные нарушения нескольких систем организма ФК-1), обусловленное заболеваниями, последствиями травм, выраженными анатомическими дефектами и приводящее к социальной недостаточности вследствие умеренного затруднения в обучении, общении, передвижении, участии в трудовой деятельности. Наблюдается значительное уменьшение объема работы, снижение квалификации, имеются затруднения в выполнении профессионального труда вследствие анатомических дефектов.

Повторный осмотр (освидетельствование) инвалидов I группы проводится 1 раз в 2 года, инвалидов II и III групп — ежегодно. При устойчивых необратимых морфологических изменениях и нарушениях функций органов и систем организма после 3 лет наблюдения в комиссии инвалидность устанавливается без указания сроков повторного осмотра (бессрочно).

Повторный осмотр инвалидов-мужчин старше 55 лет и женщин старше 50 лет проводится только по их заявлению или в особых случаях, т. к. в этом возрасте инвалидность устанавливается бессрочно.

В Инструкции приведен также перечень анатомических дефектов, наличие которых дает основание установить у больного определенную группу инвалидности без указания срока переосвидетельствования (бессрочно). Например, I группа устанавливается при двустороннем анофтальме, при культе обеих нижних конечностей на уровне бедер и др.; II группа — после экзартикуляции бедра, при культе одной нижней (верхней) конечности и отсутствии глаза, при культе стоп по Шопару и др.; III группа — при отсутствии одного глаза, при гипофизарном нанизме,

при остеохондропатии, остеохондродисплазии с низкорослостью (рост ниже 150 см), после экстирпации желудка, при отсутствии одного легкого, при тотальной тиреоидэктомии по поводу рака и др.

Размер начисляемой пенсии зависит от причины инвалидности, и при наличии оснований инвалид может быть направлен на МРЭК для ее изменения. Согласно соответствующей Инструкции, определяют следующие причины инвалидности:

- общее заболевание;
- профессиональное заболевание;
- трудовое увечье;
- инвалидность с детства, в том числе вследствие ранения, контузии или увечья, связанного с боевыми действиями в период Великой отечественной войны, а также обусловленная катастрофой на ЧАЭС;
- военная травма;
- заболевание, полученное при исполнении обязанностей военной службы в связи с катастрофой на ЧАЭС (аварийных ситуациях на других объектах, испытаниях ядерного оружия);
- заболевание, полученное в период военной службы;
- заболевание (увечье), вызванное катастрофой на ЧАЭС.

Законодательством Республики Беларусь могут быть установлены и другие причины инвалидности.

Таким образом, знание основ МСЭ — важное условие успешной деятельности врача-терапевта. В сложных случаях, касающихся экспертизы трудоспособности и реабилитации пациентов, врач должен обращаться к заведующему отделением или заместителю главного врача по МСЭиР, который имеет необходимые инструктивные документы и может связаться со структурными подразделениями МРЭК.

#### **Профилактическая работа участкового терапевта**

**Профилактика.** Отличительная особенность ПМСП — органическое сочетание лечебной и профилактической работы в деятельности всех врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, и в первую очередь, участковых терапевтов и ВОП.

Профилактика (от греч. *prophylaktikos* — предохранительный, предупредительный) в здравоохранении — это комплекс мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья людей, их активного долголетия, на устранение причин заболеваний, улучшение условий труда, отдыха и быта, на охрану окружающей среды. Различают первичную, вторичную и третичную медицинскую профилактику.

Первичная профилактика — это система мер (социальных, медицинских, гигиенических, воспитательных), направленных на предупреждение болезней путем устранения факторов, обуславливающих их появление

и развитие, повышения устойчивости организма к неблагоприятным факторам окружающей бытовой среды.

Вторичная профилактика — это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение обострений, рецидивов и возможных осложнений уже сформировавшихся заболеваний, а также на ослабление влияния имеющихся факторов риска, которые при определенных условиях могут вызвать развитие заболеваний.

Третичная профилактика — это система мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма человека, утратившего способность к полноценной жизнедеятельности в различных сферах (социальной, трудовой, психологической и др.) вследствие наличия болезни или травмы (профилактика инвалидности и усугубления ее тяжести, реабилитация).

Профилактические мероприятия могут быть общепрофилактическими (охрана и оздоровление окружающей среды, формирование здорового образа жизни, диспансеризация населения) и специальными (профилактические прививки, диспансеризация и реабилитация больных конкретными заболеваниями и практически здоровых лиц, имеющих факторы риска и др.).

**Основные направления профилактической работы терапевта.** В профилактической работе участкового врача можно выделить 3 основных направления:

- санитарное просвещение населения участка;
- участие в проведении профилактических прививок (иммунизации);
- диспансеризация населения.

**Санитарное просвещение и участие в проведении прививок.** Санитарное просвещение — неотъемлемая часть ежедневной лечебно-диагностической работы врача. При общении с каждым пациентом терапевт должен разъяснять ему принципы здорового образа жизни и режима по конкретному, имеющемуся у пациента заболеванию, основы рационального и лечебного (для данного заболевания) питания, последствия курения и злоупотребления алкоголем и другие санитарно-гигиенические аспекты. При этом разъяснения врача не должны напоминать нотацию, иначе эффект будет нулевым или даже противоположным. Так, говоря пациенту с пептической язвой желудка о вреде курения и алкоголизма, следует подчеркнуть доказанные факты: у пьющих людей язвы дольше рубцуются, а у курящих — чаще рецидивируют. К тому же, никотин сигарет вызывает недостаточность кардиального сфинктера желудка и, как следствие, постоянные мучительные изжоги. Аналогично следует объяснять запрет и на определенные продукты питания. Обязательно нужно рассказывать пациенту о его заболевании, возможных причинах и послед-

ствиях. После такого конкретного разъяснения врач может расположить пациента к сотрудничеству.

Помимо индивидуальной работы с пациентами санитарное просвещение проводится и в организованных формах (лекции на предприятиях и для посетителей в поликлиниках, выпуск различных информационных материалов и др.). На проведение санитарно-просветительной работы каждому врачу ежемесячно отводится 4 часа, а проделанная работа записывается в специальный журнал. Методическое руководство санитарно-просветительной деятельностью врачей осуществляет Республиканский центр здоровья.

**Иммунизация** населения с участием терапевтов осуществляется под руководством врачей-иммунологов с учетом контингентов, подлежащих прививанию, и календаря прививок. Обязательными для взрослых людей при отсутствии противопоказаний являются прививки (вакцинация и ревакцинация) против дифтерии и столбняка (для всего населения с 16 до 66 лет), против краснухи (для неболевших этой инфекцией женщин детородного возраста). Прочие прививки проводятся по показаниям и с учетом эпидемической ситуации.

Участковые врачи и сестры занимаются просвещением населения относительно прививок, составляют списки населения, подлежащего иммунизации, контролируют охват ею населения участка, определяют наличие противопоказаний к проведению прививки, направляют в прививочный кабинет для вакцинации и ревакцинации.

**Диспансеризация населения и терапевтических больных.** Диспансеризация занимает особое место в деятельности участкового терапевта, хотя следует подчеркнуть, что диспансерной работой занимаются все без исключения врачи-специалисты поликлиники. Это метод профилактической работы с населением независимо от состояния его здоровья. Для здоровых лиц целью диспансеризации является сохранение и укрепление их здоровья (т. е. первичная профилактика заболеваний), для больных — активное выявление факторов риска и заболеваний на ранних стадиях, профилактика обострений и осложнений, восстановительная терапия (т. е. вторичная и третичная профилактика). В связи с этим следует дифференцировать диспансеризацию населения (т. е. реализация права пациента на ежегодный диспансерный осмотр и при необходимости на динамическое наблюдение) и диспансеризацию терапевтических больных.

Первое преследует цель охватить ежегодным медицинским осмотром и необходимым минимумом параклинических исследований максимальное количество населения участка (в идеале всех жителей), а главным результатом является оценка состояния здоровья людей и отнесение их в определенную группу диспансерного наблюдения с последующей соот-

ветствующей профилактической работой. Выделяют следующие группы диспансерного динамического наблюдения:

- Д-I — здоровые;
- Д-II — практически здоровые (лица, имевшие в ближайшем анамнезе острые заболевания, которые могут привести к хронизации патологического процесса, факторы риска хронических заболеваний или некоторые хронические заболевания без признаков обострения в течение нескольких лет);
- Д-III — лица, имеющие хронические заболевания.

Профилактическая работа врача с группами Д-I и Д-II заключается в пропаганде здорового образа жизни и санитарно-гигиенических знаний, в борьбе с факторами риска, в проведении индивидуальных оздоровительных мероприятий и желательно ежегодных профилактических осмотров (если пациент не относится к контингенту лиц, для которых эти осмотры обязательны).

Для максимального охвата диспансерным наблюдением населения своего участка терапевты осуществляют индивидуальные осмотры:

- при обращении к ним пациентов в связи с заболеванием, за справкой в бассейн, для оформления санаторно-курортной карты или по другим причинам;
- выполнении визитов на дом, в том числе активных (без вызова пациентом), к хроническим больным и лицам пожилого возраста;
- активном вызове пациентов на прием.

Профилактические (предварительные) осмотры терапевтом обязательны для поступающих в средние и высшие учебные заведения, а также для отдельных профессиональных групп населения перед поступлением на работу.

Диспансеризация же терапевтических больных предполагает индивидуальную многолетнюю работу с пациентами группы Д-III: регулярные периодические осмотры с определенной частотой и соответствующие заболеванию лечебно-оздоровительные мероприятия.

Важнейшее условие правильной организации диспансеризации больных — ежегодное подведение итогов и объективная оценка ее эффективности, для чего используются определенные количественные показатели работы врача с диспансерной группой и показатели эффективности диспансеризации у каждого пациента. Для диспансеризации терапевтических больных врачу может выделяться специальное время (несколько часов в месяц), в течение которого он проводит соответствующую работу с пациентами (по предварительному вызову) и документацией.

В обязанности участкового терапевта входит персональный учет населения своего участка с указанием тех, кто наблюдается цеховой службой, ведомственными учреждениями, диспансерами и другими УЗ, с вы-

делением определенных контингентов лиц (инвалиды и участники ВОВ, студенты высших и средних учебных заведений, больные туберкулезом и онкологическими заболеваниями, терапевтические больные из группы Д-III и др.) и составление графиков их осмотров. Как указывалось выше, эти данные заносятся в паспорт врачебного участка.

Таким образом, диспансеризация — это не разовая акция, а непрерывный процесс, объединяющий различные формы лечебно-оздоровительных, социально-гигиенических мероприятий и санитарно-просветительной работы, непременным условием которого является динамическое наблюдение.

#### **Повышение профессиональной квалификации**

**Повышение квалификации участковых терапевтов.** Залог успешной профессиональной деятельности врача любой специальности — постоянное совершенствование медицинских знаний и врачебного искусства. Тем более, в современных условиях достаточно быстро изменяются подходы к лечению (в зависимости от успехов в фармакологии и фармацевтической промышленности), классификации патологических состояний, появляются новые методы диагностики и нетрадиционные подходы к терапии и т. д. В связи с этим врач должен постоянно повышать свою квалификацию (а участкового терапевта это касается в первую очередь, учитывая широту патологии, с которой он имеет дело).

Индивидуальная работа врача по повышению своей квалификации заключается в чтении литературы по специальности, в первую очередь, периодических медицинских изданий (журналы «Здравоохранение», «Медицинские новости», «Медицинский журнал» и др.), в получении информации из Интернета. Большую помощь в этом плане оказывает Республиканская научная медицинская библиотека, которая не только обладает значительной документальной и электронной базой данных, но и проводит ежемесячные открытые просмотры новых поступлений («неделя информации», проходящая с 25 по 30 число каждого месяца).

Врачи, в том числе и участковые, имеют возможность повышать свои специальные знания, участвуя в работе конференций, съездов, симпозиумов, обучающих семинаров и других форумов медицинской общественности, в работе научных обществ (терапевтов, кардиологов, пульмонологов) и других общественных организаций, посещая выставки медицинской аппаратуры и фармацевтических средств и др.

В поликлиниках, как и в стационарах, еженедельно проводятся врачебные конференции, на которых до сотрудников доводится информация о новых приказах и инструкциях вышестоящих органов здравоохранения, о новых лекарственных средствах. При участии администрации анализируется деятельность различных служб поликлиники и обсуждаются меры

по ее улучшению; читаются лекции по наиболее актуальным проблемам диагностики и лечения и др.

Предусмотрено также повышение квалификации и специализация врачей (с отрывом и без отрыва от производства) на соответствующих циклах в Белорусской медицинской академии последипломного образования, на факультетах повышения квалификации, в том числе в учреждениях стран СНГ (при выделении УЗ средств для оплаты обучения своих сотрудников за рубежом). Широко практикуется также обмен опытом и повышение квалификации на рабочих местах в диагностических центрах и специализированных медицинских учреждениях.

**Аттестация врачей на соответствие должности и на квалификационную категорию.** В целях повышения квалификации врачей и персональной ответственности при выполнении ими профессионального долга проводятся аттестации по уровню знаний и владению практическими навыками (на соответствие занимаемой должности) 1 раз в 5 лет. Такой аттестации подлежат все врачи, работающие в данном УЗ не менее 1 года (молодые специалисты — через 3 года после окончания интернатуры) и не имеющие квалификационной категории.

Аттестация на присвоение квалификационной категории проводится по желанию врача при наличии определенного стажа работы по данной специальности: для второй категории — не менее 3 лет, первой — не менее 5 лет, высшей — не менее 7 лет. Аттестацию проводят специальные комиссии на основании отчета врача о проделанной работе за установленный период, рецензий на этот отчет квалифицированных специалистов, характеристики с места работы и результатов экзамена (собеседование и тестирование на компьютере по вопросам специальности соискателя). Наличие квалификационной категории повышает престиж врача, позволяет производить дифференцированную оплату его труда и служит стимулом для дальнейшего профессионального роста.

**Повышение квалификации медицинских сестер.** Для повышения квалификации участковых медицинских сестер в УЗ организуются сестринские конференции и конкурсы на лучшую медицинскую сестру. Предусмотрено повышение квалификации среднего медицинского персонала на рабочем месте и на специальных циклах в соответствующих учреждениях, проводятся аттестации на категории. Выпускаются книги из серии «Библиотека среднего медицинского работника» и периодические издания («Сестринское дело» и др.). Однако наставником медицинской сестры, ежедневно подающим личный пример, является участковый врач. Именно от него зависит, станет ли участковая медсестра настоящим помощником в повседневной работе.



### Анализ деятельности участкового терапевта

Показатели работы участкового терапевта — важная составная часть оценки деятельности поликлиники в целом, поэтому ведется ежедневный учет выполненной работы на амбулаторном приеме и на дому в «Ведомостях учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях» (форма № 25-3/у-07), с определенной периодичностью (ежемесячно, ежеквартально, ежегодно) анализируются различные количественные показатели, отражающие объем и эффективность профессиональной деятельности врача.

Участковый терапевт должен ежеквартально корректировать паспорт своего участка и вносить в него необходимые данные. В конце года составляется годовой отчет с анализом ряда показателей. В отчете приводится характеристика населения участка (численность, преобладающий контингент и социальный состав, количество инвалидов), рассчитывается средняя нагрузка на 1 час приема в поликлинике и работы на дому, количество посещений на дому (указывается число посещений по вызову и процент активных из них).

Рассчитывается заболеваемость населения на участке, в том числе с временной утратой трудоспособности. Под заболеваемостью понимают совокупность впервые выявленных заболеваний за данный год (на 100 тысяч населения). Указывается заболеваемость в целом и по отдельным нозологическим формам, отражается инфекционная заболеваемость. Анализируется число случаев и дней ВН, средняя продолжительность одного случая по нозологическим формам, а также первичный выход на инвалидность. Особое внимание уделяется заболеваемости лиц трудоспособного возраста, а также болезням системы кровообращения, сахарному диабету, онкологическим заболеваниям, туберкулезу, как наиболее социально значимым.

Анализируется смертность и летальность на дому, их причины. Смертность — это частота случаев смерти в определенной совокупности людей, объединенных тем или иным признаком (возраст, пол, социальное положение, метод лечения). Летальность отражает отношение числа случаев смерти среди больных той или иной болезнью к общему числу таких больных.

Анализируется частота вызовов бригады скорой помощи (в расчете на 1000 населения), показатели госпитализации (плановой, экстренной), расхождение клиничко-поликлинических диагнозов. Последнее обсуждается на врачебной конференции.

Обстоятельно оценивается работа по диспансеризации (с расчетом показателей ее эффективности и качества). Анализируется проведенная санитарно-просветительная работа и участие в иммунизации населения, количество профилактических осмотров.

По требованию администрации УЗ в отчет могут вноситься и другие показатели: наличие обоснованных жалоб, случаи выявления запущенных форм туберкулеза и онкологических заболеваний, охват флюорографическим исследованием контингентов повышенного риска, болезненность по отдельным нозологическим формам (общее количество больных данной нозологией с учетом впервые выявленных в данном году на 100 тысяч населения) и т. д.

Заведующие отделениями составляют общий отчет о деятельности своих отделений, который включается в годовой отчет поликлиники. Показатели сравниваются с аналогичными за предыдущие годы, а также с показателями по району, городу и т. д.

Тщательный анализ своей деятельности помогает врачу рационально планировать работу на будущий год.

### **Права и ответственность участкового терапевта**

Изложенное выше содержание работы участкового терапевта отражает его основные *должностные обязанности*. Но для полноценной работы ему необходимо также знать свои права и ответственность.

Участковый врач-терапевт поликлиники *имеет право*:

1. Обращаться в администрацию поликлиники с предложениями по улучшению лечебно-профилактической помощи населению, организации условий своего труда и труда участковой медицинской сестры.

2. Участвовать в совещаниях по вопросам организации терапевтической помощи населению.

3. Назначать и отменять любые лечебно-профилактические мероприятия исходя из состояния пациента.

4. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей, в том числе от заведующего отделением, главного врача поликлиники и его заместителей (устно или письменно в виде документов, приказов, методических рекомендаций и др.).

5. Вносить предложения о поощрении участковой медицинской сестры и о наложении взысканий при нарушении ею трудовой дисциплины и неудовлетворительном исполнении должностных обязанностей.

Участковый терапевт несет персональную *ответственность* за следующее:

- недобросовестное исполнение своих функциональных обязанностей;
- невыполнение в полном объеме лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в соответствии с клиническими протоколами;
- несвоевременная госпитализация пациентов;

- правонарушения в процессе своей деятельности в пределах, определенных действующим законодательством;
- причинение материального и морального ущерба в пределах, определенных действующим законодательством;
- нарушение правил охраны труда, техники безопасности и пожарной безопасности;
- несоблюдение Директив № 1 и № 2 Президента Республики Беларусь и нормативных документов по предупреждению коррупции;
- несоблюдение этических норм поведения и принципов деонтологии.

## Литература

1. *Хурса, Р. В.* Диспансеризация в практике участкового терапевта : учеб.-метод. пособие / Р. В. Хурса, И. Л. Месникова, М. В. Зюзенков. Минск : БГМУ, 2009. 32 с.
2. *Поликлиническая терапия* : учеб. для студ. вузов / Б. Я. Барт [и др.] ; под ред. Б. Я. Барта. М. : Академия, 2005. С. 5–23.
3. *Хурса, Р. В.* Организация и содержание работы участкового терапевта : метод. реком. / Р. В. Хурса. 2-е изд., доп. и перераб. Минск : МГМИ, 2000. 64 с.
4. *Коротков, Ю. А.* Общая врачебная практика в странах Западной Европы / Ю. А. Коротков, В. Е. Чернявский. М., 1999. 153 с.

## Оглавление

Список сокращений.....	3
Общие вопросы организации первичной медико-санитарной помощи и участковой терапевтической службы.....	4
Содержание (основные разделы) работы участкового терапевта .....	9
Лечебно-диагностическая деятельность .....	9
Медицинская реабилитация больных .....	18
Медико-социальная экспертиза .....	23
Профилактическая работа участкового терапевта.....	35
Повышение профессиональной квалификации.....	39
Анализ деятельности участкового терапевта .....	41
Права и ответственность участкового терапевта .....	42
Литература.....	43