

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
Кафедра внутренних болезней № 2**

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Учебное пособие

для студентов 4 курса лечебного факультета

Гомель, 2004

УДК 616-085+378.371.388:614.876
ББК 53.5

Рецензенты: зав. кафедрой внутренних болезней № 1 ГГМУ, к.м.н., доцент **Мистюкевич И.И.**, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГГМУ, к.м.н., доцент **Романьков Л.В.**

Э.Н. Платошкин, Е.И. Михайлова, С.В. Воронин. Учебное пособие по поликлинической терапии для студентов 4 курса лечебного факультета. Гомель, 2004,– 45с.

В пособии учтены особенности диспансеризации граждан, пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС и приравненных к ним категорий населения (Постановление Министерства здравоохранения РБ от 31 августа 2001г. № 57 и Приказ МЗ РБ от 18 октября 2001г. №250). Соответствует учебному плану и типовым программам: по поликлинической терапии для студентов лечебно-профилактического факультета высших медицинских учебных заведений Министерства здравоохранения РБ от 03. 09. 1997 г. и по внутренним болезням и военно-полевой терапии для студентов лечебно-профилактического факультета высших медицинских учебных заведений Министерства здравоохранения РБ от 10.12.1997 г., а также «Междисциплинарной программе додипломной подготовки врача общей практики — семейного врача (по специальности «лечебное дело»), БГМУ, 2003 г.

Рекомендовано к изданию Центральным научно-методическим Советом Гомельского государственного медицинского университета
30.06.2004, протокол №6.

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2004

ВВЕДЕНИЕ

В 1978 году в Алма-Ате состоялась конференция Всемирной организации здравоохранения, на которой была принята декларация, определяющая первичную медицинскую помощь как «основные медико-социальные мероприятия, доступные *отдельным людям и семьям...*», и как составляющую «неотъемлемую часть национальной системы здравоохранения».

Переход к организации медицинской помощи по принципу *семейной медицины*, когда первичную медико-санитарную помощь всем членам семьи оказывает *врач общей практики*, расширяет возможности первичного звена здравоохранения по приближению многопрофильной медицинской помощи к месту жительства пациента, повышает оперативность, улучшает преемственность и координацию в ее оказании. Международный опыт показывает, что профилактическая направленность, раннее выявление не только заболеваний, но и факторов риска, мероприятия по планированию семьи — являются важнейшими направлениями работы врача общей практики, позволяют снизить затраты на дорогостоящих видов специализированной медицинской помощи и повысить эффективность организации медицинского обслуживания населения в государственном масштабе. «Витебский эксперимент» по совершенствованию механизмов бюджетного финансирования с введением нормативов расходов на оказание медико-санитарной помощи на одного жителя представляет основу для реализации концепции реформирования здравоохранения по принципу общеврачебной практики (семейной медицины). Последнее закреплено приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь: № 98 от 25 мая 1992 г. «О подготовке к использованию в республике врачей общей практики», № 279 от 31 октября 1997 г. «Об активации работы по внедрению врачей общей практики», № 242 от 2 сентября 1998 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики», № 38 от 3 февраля 1999 г., № 363 «О комплексном плане организации подготовки специалистов общей практики» и др.

Авторы надеются, что предлагаемое учебное пособие поможет студентам закрепить теоретические знания и освоить практические навыки, а преподавателям — систематизировать, интегрировать и улучшить общеврачебную подготовку по поликлинической терапии.

ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

Лечебно-диагностическая деятельность

Главной задачей участкового терапевта является своевременная постановка диагноза и проведение адекватного лечения с оптимальным использованием доступных методов и средств.

При первичном обращении в поликлинику у пациента за краткий промежуток времени должен быть тщательно собран анамнез болезни и жизни. Так как правильно собранный анамнез является залогом точного диагноза.

Следующий этап исследования — детальный осмотр больного по органам и системам.

Диагностический процесс, особенно при многообразной и неясной клинической картине (а «классическое» течение болезней встречается все реже и реже), складывается из нескольких этапов:

- 1) выявление симптомов и синдромов;
- 2) выбор ведущего синдрома;
- 3) определение патофизиологических механизмов, формирующих данный синдром;
- 4) выявление круга нозологических форм, при которых имеются данные механизмы;
- 5) выбор окончательного диагноза путем сопоставления имеющихся у больного клинических, лабораторных и других данных с клинической картиной каждого из круга подозреваемых нозологических форм (т.е. дифференциальная диагностика).

При первичном осмотре больного важно выделить основной синдром и выбрать схему дополнительного исследования. Примерные схемы обследования больных при определенной патологии должны храниться в папке участкового терапевта. При этом необходимо учитывать следующее:

- во-первых, недостаточный объем исследования ведет к снижению качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий;
- во-вторых, избыточное исследование без достаточных оснований ведет к перегрузке диагностических подразделений поликлиники, стоит немалых денег и может затруднить диагностику, уводя врача от главного к второстепенным симптомам.

Врач должен хорошо знать объем лабораторных, функциональных и прочих исследований, которые возможно выполнить в данном ЛПУ, а также в районном, межрайонном, областном подразделениях. Туда следует направить больных при невозможности их выполнения на месте. В этой связи следует отметить важную роль диагностических центров, имеющих во всех областных центрах и столице республики. Врач обязан уметь правильно интерпретировать полученные клиничко-лабораторные и инструментальные данные.

Часто у терапевта возникает необходимость в консультации больного у врача другой специальности (невропатолога, окулиста, ЛОР и др.). Для этого терапевт должен провести максимально возможное обследование больного для

исключения терапевтической патологии и только потом направить к «узкому» специалисту. Основание для такой консультации — выявленное у больного заболевание, не относящееся к компетенции терапевта (или врача общей практики); неясность диагноза с подозрением на определенную патологию; наличие таких заболеваний внутренних органов, которые предполагают оказание специализированной консультационной или лечебной помощи (консультация окулиста при артериальной гипертензии, ЛОР-врача при ревматизме и т.д.).

Особенностью работы врача в амбулаторных условиях является решение вопросов медико-социальной экспертизы. При первом осмотре пациента надо определить — трудоспособен он или нет. Если нетрудоспособен — выдать ему листок нетрудоспособности или справку. При этом на врача ложится юридическая ответственность за правильную экспертизу. Для успешного выполнения этой задачи необходимо хорошо знать инструкции, изучать приказы и методические письма по вопросам совершенствования экспертизы трудоспособности. В сложных и конфликтных случаях необходимо прибегнуть к консультации заведующего отделением или ВКК.

Помимо непосредственного контакта с больным врач оформляет всю необходимую документацию (амбулаторную карту, рецепты, лист нетрудоспособности и др.). Значительную помощь в этой вспомогательной работе на приеме должна оказывать медсестра: оформлять статистические талоны, выписывать направления на исследования, участвовать в оформлении документации по диспансеризации и многое другое.

Ответственный момент при амбулаторном приеме и посещении больных на дому — назначение лечения. Терапия должна быть комплексной, включать рекомендации по режиму, питанию, медикаментозному лечению, физиотерапии и лечебной физкультуре. Фармакотерапия должна быть оптимальна для каждого конкретного больного, включать необходимый минимум препаратов с учетом сопутствующей патологии, продолжительности курса лечения, наличия лекарств в аптечной сети и, что немаловажно в нынешней экономической ситуации, их стоимости. Для того, чтобы врачи были осведомлены о наличии лекарственных препаратов, в аптеках предусмотрена должность фармацевта-информатора в поликлиниках.

Если пациент нуждается в парентеральном введении лекарств, то он направляется в процедурный кабинет поликлиники, где делают внутримышечные и внутривенные инъекции. На дому такие манипуляции делает участковая медсестра 1–2 раза в день. Учитывая это обстоятельство, при амбулаторном лечении пациентов предпочтение отдается препаратам, используемым внутрь, либо имеющим кратность введения 1–2 раза в сутки (гентамицин, линкомицин и др.).

Не следует одновременно выписывать пациенту большие дозы препарата, особенно назначаемого впервые — неизвестно, как больной будет его переносить, окажется ли он эффективным или его придется заменить другим. Иногда возможно и развитие аллергической реакции. Исключение могут со-

ставить препараты эффективные и апробированные у данного больного при необходимости их использования для длительного курсового лечения.

Оказание медицинской помощи на дому отличается рядом особенностей и сложностей по сравнению с амбулаторным приемом. Средние затраты времени участкового врача при посещении пациента на дому составляют 30–40 минут. Осмотрев больного на дому первоначально по вызову, в последующем врач, по мере необходимости, осуществляет активные посещения, частота которых зависит от состояния больного. Необходимо также организовать на дому адекватное лечение и обследование пациента. По заявке участкового терапевта на дому делается забор крови для клинического и биохимического анализов, мазки из зева, носа и прямой кишки, электрокардиография, проводятся консультации специалистов и другие мероприятия. О диагностически неясных и тяжелых больных лечащий врач обязан информировать заведующего отделением, который также осматривает их на дому и контролирует ход лечебно-диагностических мероприятий.

Иногда больным с острой патологией внутренних органов или с обострением хронического заболевания требуется госпитализация в терапевтический или специализированный стационар. Примерный перечень показаний для госпитализации больных следующий:

1. Тяжелое состояние больного и угроза его ухудшения; необходимость интенсивного наблюдения и лечения в специализированных отделениях больницы.

2. Больные с установленным или клинически предполагаемым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, острой пневмонией (крупозной или тяжело протекающей очаговой), острым гломерулонефритом, затянувшимся и тяжелым обострением хронических заболеваний и т.п.

3. Трудность установления достоверного диагноза с помощью средств и методов, имеющихся в распоряжении участкового врача; необходимость использования специальных методов диагностики, выполняемых только в стационаре (ангиография, экскреторная урография, ретроградная холецистоангиография, бронхоскопия и др.).

4. Выявление (или подозрение) ряда инфекционных заболеваний (вирусный гепатит, брюшной тиф, менингит, ботулизм и другие тяжелые инфекции). При решении вопроса о госпитализации больного с подозрением на острые кишечные инфекции (сальмонеллез, пищевая токсикоинфекция и др.), при диагностированной кори, эпидемическом паротите, ветряной оспе и т.п. учитывается тяжесть состояния больного и социальные факторы — проживание в общежитии, отсутствие возможности ухода за больным в домашних условиях.

5. Обязательна экстренная госпитализация в соответствующий стационар (хирургический, гинекологический) больных с картиной «острого живота», которые нередко вызывают на дом участкового терапевта.

Существует два вида госпитализации больных — срочная (экстренная) и плановая. При экстренной госпитализации врач пишет направление в соответствующий стационар с указанием диагноза, результатов исследований (если таковые проводились), указывает причину срочности госпитализации (тя-

жесть состояния, «острый живот»...) и вызывает к больному на дом или в поликлинику по телефону 03 бригаду для перевозки больного в приемное отделение больницы.

Для плановой госпитализации больной должен быть обследован (лабораторно, рентгенологически, инструментально — в рамках необходимого для имеющегося заболевания), обязательно осмотрен заведующим терапевтическим отделением и, если надо, врачами других специальностей. У заведующего отделением имеется журнал плановой госпитализации, в котором на каждую неделю расписаны дни (и количество больных), в какие можно направить пациентов в соответствующие отделения закрепленного за поликлиникой стационара (без предварительного согласования с заведующими этих отделений больницы). Если возникает необходимость в госпитализации большего количества больных, чем запланировано, заведующие отделениями поликлиники и стационара согласовывают этот вопрос по телефону.

Решив вопрос о госпитализации, терапевт заполняет «Направление на госпитализацию», в котором указывает диагноз, результаты выполненных исследований, проведенное амбулаторно лечение и его эффективность, длительность временной нетрудоспособности по данному случаю на поликлиническом этапе, при необходимости — физикальные и анамнестические данные, цель и дату госпитализации. Направление подписывается врачом и заведующим терапевтическим отделением, скрепляется печатью поликлиники и выдается больному на руки с объяснением когда и куда ему необходимо явиться в приемный покой стационара. Желательно передать в стационар «Медицинскую карту амбулаторного больного» (форма 025/у), особенно в диагностически неясных и конфликтных случаях, а также при тяжелой сочетанной патологии.

По окончании стационарного лечения в поликлинику передается эпикриз (подробная выписка из «Карты стационарного больного»). После тщательного ознакомления с эпикризом, который вклеивается в «Медицинскую карту амбулаторного больного», участковый терапевт должен организовать последующее лечение и наблюдение за пациентом с учетом рекомендаций стационара. Таким путем обеспечивается преемственность между поликлиникой и стационаром в оказании медицинской помощи населению. При поликлиниках имеются дневные стационары, которые являются составной частью отделения реабилитации. Дневной стационар используется для лечения больных не только терапевтического профиля, но и неврологического, хирургического и других. Отбираются пациенты, состояние которых не требует круглосуточного врачебного наблюдения и лечения. Преимущество отдается лицам трудоспособного возраста.

Дневной стационар включает в себя:

1. Кабинет заведующего (он же — заведующий отделением реабилитации поликлиники) и врача.
2. Процедурный кабинет.
3. Палаты (мужскую и женскую).
4. Комнату отдыха.

Дневной стационар работает в две-три смены, что позволяет лечить одновременно в 2–3 раза больше больных, чем развернуто коек. Мощность дневных стационаров может колебаться в широких пределах в зависимости от мощности поликлиники. Больной ежедневно осматривается врачом дневного стационара в назначенное время, выполняет необходимые исследования (дневной стационар пользуется без ограничений всеми лечебно-диагностическими службами поликлиники), получает медикаменты на сутки, инъекции, капельные инфузии, физиотерапевтические процедуры и ЛФК. Комната отдыха и палаты предусмотрены для отдыха больных после процедур и для ожидания. В среднем больной ежедневно 3–4 часа проводит в дневном стационаре. Медикаменты, перевязочные средства больные получают бесплатно (за счет поликлиники), хотя возможно частичное использование лекарств, приобретенных больными в аптеке.

Дневной стационар имеет оборудование и средства для оказания квалифицированной ургентной помощи — дефибриллятор, электрокардиостимулятор, аппарат искусственного дыхания, электроотсос для слизи, лекарственные препараты.

Отбор больных в стационар дневного пребывания проводится лечащим врачом и заведующим отделением, согласуется с заведующим отделением реабилитации.

В амбулаторной карте больного врач дневного стационара делает ежедневные записи о состоянии пациента, намечает план обследования и лечения, оформляет эпикриз при выписке. Возможно и заведение отдельных историй болезни для пациентов дневного стационара. В таком случае эпикриз должен вклеиваться в амбулаторную карту.

Работающим или учащимся больным, госпитализированным в дневной стационар, выдается больничный лист (справка) на общих основаниях участковым терапевтом или другим специалистом, направившим больного.

В дневном стационаре должны работать высококвалифицированные терапевты или другие специалисты (в зависимости от профиля стационара). Дневные стационары имеют ряд преимуществ перед обычными, так как позволяют:

- оказывать своевременную медицинскую помощь в полном объеме в условиях территориальной поликлиники определенным контингентам больных, ранее лечившихся только в стационарах;

- сократить сроки временной нетрудоспособности (ВН) у этих больных за счет быстрого обследования и применения методов интенсивной терапии (капельные инфузии, активная физиотерапия и др.);

- освободить и рациональней использовать коечный фонд больниц, так как нахождение пациента в больнице обходится государству гораздо дороже амбулаторного лечения;

- заниматься активной реабилитацией больных, особенно благодаря широкому использованию немедикаментозных методов — физиопроцедур, ЛФК, массажа, иглорефлексотерапии, психотерапии и прочих.

Иногда возникают ситуации, когда больному показана госпитализация, но по каким-либо причинам она затруднена или невозможна по медицинским показаниям. На этот случай в принципе возможна организация больному *стационара на дому*. Эта форма оказания медицинской помощи предусматривает квалифицированное обследование и полноценное лечение в домашних условиях с последующим продолжением его амбулаторно. При этом у поликлиники должна быть возможность осуществить все лечебные и диагностические мероприятия на дому, обеспечить ежедневное врачебное и сестринское наблюдение, что иногда вызывает затруднения в связи с недостаточной обеспеченностью ЛПУ автотранспортом и горюче-смазочными материалами. Кроме того, должны позволять материальные и бытовые условия заболевшего (обеспечение хорошего ухода и правильного питания).

При посещении больного на дому или во время амбулаторного приема участковый терапевт может встретиться с инфекционным заболеванием или заподозрить его. Речь идет не о гриппе и прочих ОРВИ, а о других инфекциях, все еще достаточно распространенных в наше время:

- острый вирусный гепатит (болезнь Боткина);
- группа кишечных инфекций: брюшной тиф, пищевая токсикоинфекция, дизентерия, сальмонеллез, другие ОКИ (острые кишечные инфекции);
- иерсиниоз;
- инфекционный мононуклеоз;
- бруцеллез;
- менингококковая инфекция;
- СПИД.

К сожалению, все чаще взрослые люди заболевают «детскими» инфекциями — дифтерией, корью, ветряной оспой, краснухой, эпидемическим паротитом. Достаточно велика также распространенность гельминтозов.

Большинство названных инфекционных заболеваний требует как можно быстрой и правильной диагностики, т. к. представляют опасность не только для самого больного в плане тяжести течения и исходов, но и для окружающих из-за возможности распространения инфекции. Поставив диагноз или заподозрив у пациента инфекционное заболевание, врач немедленно сообщает по телефону (если это во время посещения на дому — прямо из квартиры больного или от соседей) в городской центр гигиены и эпидемиологии (ГЦГиЭ, ранее — санитарно-эпидемиологическая станция) паспортные данные о больном, о предполагаемом диагнозе, о своем решении в отношении госпитализации или лечения больного на дому. Последнее необходимо для логического завершения цепочки: ЦГиЭ сообщает на дезинфекционную станцию о случае инфекционного заболевания, необходимости выслать за больным санитарную машину для транспортировки его в инфекционный стационар и о дезинфекции в очаге. Участковый врач должен заполнить экстренное извещение (форма 058/у), в котором обязательно отмечает номер наряда (номер, под которым в ГЦГиЭ зарегистрировано данное сообщение и который

называется врачу после его информации о больном в данное учреждение). О случае инфекционного заболевания врач информирует заведующего терапевтическим отделением и врача-инфекциониста, сдает экстренное извещение в инфекционный кабинет, где данные из него вносятся в журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у). При необходимости больной консультируется врачом-инфекционистом.

Обязательной госпитализации в инфекционный стационар подлежат больные с тяжело протекающими инфекционными заболеваниями, вирусным гепатитом, менингококковой инфекцией, дифтерией, СПИДом, острыми кишечными инфекциями (пищевики — т.е. люди, работающие с пищевыми продуктами). Если же диагностируются такие заболевания, как корь, скарлатина, краснуха, острые кишечные инфекции (не у пищевиков), и они протекают в нетяжелой форме, без осложнений, то участковый терапевт совместно с врачом-инфекционистом организует соответствующее обследование и лечение на дому, а ЦГиЭ проводит эпидемиологическое обследование очага.

Оставляя больного дома, участковый терапевт делает все необходимое для максимальной изоляции его от окружающих, объясняет больному и проживающим с ним лицам эпидемическую опасность и меры ее профилактики. В обязанности участкового врача входят: динамическое наблюдение за состоянием пациента, контроль за соблюдением режима и назначений, а также наблюдение за всеми лицами, контактировавшими с заболевшими (в течение инкубационного периода данной инфекционной патологии).

Объем и продолжительность работы участкового терапевта (совместно с участковой медицинской сестрой и эпидемиологом) в инфекционном очаге зависит от конкретного заболевания. Правила 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» и указанием номера наряда (того самого, под которым зафиксировано в ГЦГиЭ начало данного случая) и отсылается в ГЦГиЭ. Если диагноз инфекционного заболевания не подтвердился, то на отсылаемом в ГЦГиЭ извещении делается пометка «об изменении диагноза» и указывается заключительный диагноз. Отметки о заключительных диагнозах делаются также в журнале инфекционных заболеваний (форма 060/у). Если пациент был госпитализирован в инфекционный стационар, то экстренные извещения в ГЦГиЭ с заключительным диагнозом отсылаются лечащим врачом стационара. Благодаря такой организации работы, в республике налажен четкий контроль за инфекционной заболеваемостью.

Иногда участковый терапевт может столкнуться с неотложными состояниями. При этом врач должен быстро диагностировать ургентное состояние, уметь оказать первую врачебную помощь и организовать дальнейшие лечебные мероприятия (т.е. владеть тактическими вопросами). Если неотложное состояние развивается у больного в поликлинике, то врач для экстренной ди-

агностики может использовать электрокардиографию, срочный анализ крови, фиброгастроскопию, рентгенологическое исследование, а для оказания помощи воспользоваться процедурным кабинетом, где имеется набор необходимых медикаментов. Для этого врач пишет больному направление в процедурный кабинет с пометкой «срочно», в котором указывается название лекарства и способ введения. Если по прошествии некоторого времени после введения лекарства (30–40 мин.) больному не стало лучше, необходимо вызвать бригаду скорой помощи прямо в поликлинику для транспортировки пациента в стационар. Не следует при отсутствии эффекта делать повторные инъекции этого же или другого препарата, т.к. это чревато усугублением состояния больного и потерями 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 экстренная или плановая госпитализация, амбулаторное лечение с выдачей листа нетрудоспособности (ЛН).

В домашних условиях при возникновении каких-либо неотложных состояний первая помощь в легких случаях может быть оказана медикаментами, имеющимися в аптечке участкового терапевта, либо в домашней аптечке больного, а также немедикаментозными средствами, такими как постановка баночного воротника, горчичников и т.д. В более тяжелых случаях участковый врач должен вызвать скорую помощь и не оставлять больного до ее приезда.

Участковый терапевт должен уметь диагностировать, оказывать врачебную помощь на догоспитальном этапе и решать тактические вопросы в следующих наиболее часто встречающихся неотложных ситуациях (примерный перечень):

- инфаркт миокарда;
- затянувшийся приступ стенокардии;
- шок (кардиогенный, анафилактический, травматический и др.);
- пароксизм тахикардии, мерцательной аритмии;
- приступ Морганьи-Эдамса-Стокса;
- гипертонический криз;
- приступ бронхиальной астмы;
- комы (диабетические, уремическая, печеночная и др.);
- острое нарушение мозгового кровообращения;
- пневмоторакс;
- тромбоз легочной артерии;
- абдоминальные колики (почечная, печеночная, кишечная);
- отек гортани, ложный круп;
- кровотечения — носовое, желудочно-кишечное, легочное и др.;
- острый живот;
- отравления;
- судорожное состояние, эпилептический статус;
- клиническая смерть.

Медицинская реабилитация больных

Лечебно-диагностический процесс состоит из следующих этапов:

1. Диагностика.
2. МСЭ.
3. Лечение.
4. Реабилитация.

В последние годы реабилитации больных уделяется огромное внимание, в связи с чем необходимо выделить эту часть лечебной работы участкового врача поликлиники.

В приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 13 «О создании системы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь» от 25 января 1993 г. указано, что из числа лиц, впервые выходящих на инвалидность — 50% это люди трудоспособного возраста, снижается число работающих инвалидов, растет число детей-инвалидов.

Причиной этого является недостаточная работа медицинских работников в плане восстановительного лечения (реабилитации) этих лиц, что привело к необходимости создания и совершенствования системы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь. Основные инструктивные материалы, касающиеся реабилитации: приказ № 13, приказ № 28 от 12 февраля 1993 г. «О мерах по улучшению медицинской экспертизы и реабилитации в Республике Беларусь», приказ № 225 от 10 октября 1994 г. (дополнение к приказу № 13).

Приказом №13 утверждены положения:

- о профильном центре медицинской реабилитации (МР);
- об отделении МР в стационаре;
- об отделении МР в поликлинике;
- об отделе МСЭ и реабилитации в Комитете по здравоохранению в областных отделах здравоохранения;
- об областном диспансере МР и спортивной медицины (реорганизован из лечебно-физкультурного диспансера);
- о центре медико-профессиональной реабилитации областной больницы;
- о Совете по МР и медико-профессиональной реабилитации больных и инвалидов;
- о заведующем отделением реабилитации;
- о враче реабилитологе и некоторые другие.

Рекомендуется состав отделения реабилитации в поликлинике:

- дневной стационар;
- кабинет психотерапии;
- кабинет механотерапии;
- кабинет трудотерапии;
- кабинет врачебного контроля;
- кабинет ЛФК;
- диспансерный кабинет;
- анамнестический кабинет.

К этому приказу имеется приложение: «Положение об экспертизе временной нетрудоспособности и организации реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях» В нем указаны задачи экспертизы ВН в ЛПУ, лица и учреждения, осуществляющие экспертизу, перечислены конкретные обязанности этих лиц — лечащего врача, заведующего отделением, заместителя главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе трудоспособности (зам. по МРЭТ), руководителей учреждений (главного врача, директора института). Кроме того, определены виды ВН, организация работы и функции врачебно-консультационной комиссии (ВКК) по вопросам МР и экспертизы (см. раздел МСЭ).

В дополнении к этому приказу (№ 225 от 1994 г.) приведен перечень основных инструктивных документов, которыми необходимо руководствоваться при экспертизе ВН и реабилитации больных и инвалидов:

1. Приказ Министерства здравоохранения РБ № 13 «О создании системы реабилитации больных и инвалидов в РБ» от 25.01.93 г.

2. Положение об экспертизе ВН и организации реабилитации в РБ (приложение к приказу №13).

3. Положение об индивидуальной программе реабилитации больных и инвалидов (утверждено Минздравом РБ 09.04.93г.).

4. Положение о МРЭК (утверждено Советом Министров РБ № 801 от 1992 г.).

5. Инструкция о порядке выдачи листов и справок о нетрудоспособности (утверждена Министерством здравоохранения и Фондом социальной защиты РБЗ 1.12.93 г.).

6. Инструкция по определению инвалидности (приложение к приказу № 28).

7. Инструкция по определению причин инвалидности (приложение к приказу № 28).

Набор этих документов имеется в каждом ЛПУ у заместителя главного врача по МРЭТ.

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

Приказ № 28 посвящен, главным образом, экспертизе стойкой нетрудоспособности (инвалидности). Этим приказом бывшим ВТЭК (врачебно-трудовым экспертным комиссиям) придаются некоторые другие функции, в частности, реабилитация инвалидов (т.е. составление индивидуальной программы реабилитации этих лиц). Новое название этого органа — МРЭК (медицинская реабилитационная экспертная комиссия). Приводится примерная схема структуры службы МРЭК и в виде приложения к приказу — инструкции по определению инвалидности и по определению причин инвалидности (см. раздел МСЭ).

Благодаря созданию и усовершенствованию системы реабилитации и экспертизы трудоспособности больных и инвалидов в РБ произошла реорганизация и переименование ряда структур и понятий:

- ВТЭ (врачебно-трудовая экспертиза) во МСЭ (медико-социальная экспертиза).
- ВТЭК (врачебно-трудовая экспертная комиссия) во МРЭК.
- Зам. главного врача по ВТЭ в зам. главного врача по МРЭТ (медицинской реабилитации и экспертизе трудоспособности).

Выделяют несколько видов реабилитации:

1. *Социальная реабилитация* предусматривает обеспечение больного (инвалида) специальными средствами передвижения, благоустроенной дополнительной жилой площадью, материальной помощью, услугами центра социального обслуживания (по показаниям).

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

3. *Медицинская реабилитация*, которой занимаются медицинские работники, так как социальная и профессиональная непосредственно не относятся к медицинской сфере. Комплексная программа реабилитации, включая социальный, профессиональный и другие аспекты, составляется МРЭК при наблюдении пациентов и выполняется на местах органами здравоохранения, социального обеспечения, производственными предприятиями и т.д.

Медицинская реабилитация предусматривает широкое использование и сочетание ряда методов воздействия на больного человека:

1. Психотерапия (с учетом личностных особенностей и психологической установки больного).

2. Физические методы (ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика, собственно физиотерапевтические процедуры, и др.).

3. Медикаментозные методы (прежде всего это патогенетические средства и средства, активизирующие защитные силы организма).

4. Реконструктивные и органосохраняющие операции.

5. Протезирование и ортезирование (использование ортопедических приспособлений для биомеханической коррекции поврежденных собственных конечностей).

6. Диетотерапия.

7. «Терапия занятостью» и профессиональная трудотерапия (чтобы больной меньше лежал и «уходил» в болезнь, а активней включался в бытовую, посильную профессиональную деятельность, общался с людьми и т.д.).

Процесс реабилитации (восстановительного лечения) состоит из нескольких стадий:

I. Оценка (диагностика) последствий заболевания на 3-х уровнях: органном (т.е. оценка функционального состояния больного органа), оценка функций организма в целом, т.е. его жизнедеятельности, социальном (общественном, т.е. социальных последствий болезни для пациента).

Для объективизации и возможности динамического наблюдения за реабилитационным процессом используется понятие функционального класса (ФК) имеющихся нарушений. Выделяют 5 функциональных классов:

ФК-0 — отсутствие нарушений,

ФК-I — незначительные функциональные нарушения,

ФК-II — умеренные,

ФК-III — значительные,

ФК-IV — резко выраженные, необратимые функциональные нарушения.

Оценка функционального класса жизнедеятельности организма ведется по нескольким параметрам: способность к передвижению, самообслуживанию, ориентации, контролю своего поведения, общению, обучению, труду.

Таким образом, первый этап реабилитации — определение ФК нарушений жизнедеятельности.

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

III. МСЭ.

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

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

Как же практически осуществляется реабилитация больных в условиях поликлиники ?

Всех пациентов, нуждающихся в реабилитации, можно разделить на 3 *клинико-реабилитационные* группы:

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

2. Часто и длительно болеющие (см. раздел «Профилактическая работа терапевта»); острые заболевания с затяжным, осложненным течением и травмы, способные 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 ВОК (врачебно-отборочная комиссия). На реабилитацию принимаются больные только после окончания острого периода заболевания (терапевтического, хирургического, неврологического и других профилей). Широко используется восстановительное лечение больных ИБС (в периоде рубцевания инфаркта миокарда, после аортокоронарного шунтирования, стабильной стенокардией I–II ФК), ревматоидным артритом, болезнью Бехтерева, остеохондрозом, острыми пневмониями при рассасывании очага, бронхиальной астмой легкого течения, хроническим бронхитом, хроническим гастритом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки после купирования острого болевого синдрома, последствиями острых нарушений мозгового кровообращения.

Противопоказаниями к реабилитации являются: тяжелые заболевания внутренних органов в остром периоде или стадии декомпенсации; стойкая

артериальная гипертензия; ИБС с частыми приступами стенокардии, сердечной декомпенсацией, выраженными аритмиями; при наличии тяжелой сопутствующей патологии (туберкулез, злокачественные новообразования, расстройство функций тазовых органов).

В состав ВОК входят *врач-реабилитолог* (заведующий отделением реабилитации), *врач ЛФК* и *физиотерапевт*, при необходимости — врачи «узких» специальностей. Больного осматривают, анализируют «Медицинскую карту амбулаторного больного» и составляют индивидуальную программу реабилитации, которая заносится в журнал ВОК и в специальную реабилитационную карту единого образца для всех амбулаторных учреждений. На руки больному выдается процедурная карта в отделение физиотерапии и зал ЛФК, в которой делаются отметки о прохождении процедур.

Если больной нуждается в дополнительном медикаментозном лечении, он может быть оформлен в дневной стационар.

Реабилитация может быть цикловой (одно- или многоцикловой) и непрерывной (как это требуется при ряде хронических заболеваний — гипертонической болезни, сахарном диабете и др.). Возможна и непрерывно-цикловая схема, когда на фоне непрерывного лечения проводятся дополнительные циклы.

Показателями эффективности реабилитации являются:

1. Сокращение сроков ВН по данному случаю заболевания и общей продолжительности ВН за год.

2. Сохранение трудоспособности, профилактика инвалидности.

3. Уменьшение количества обострений заболевания за год.

4. Увеличение продолжительности ремиссий.

5. Уменьшение тяжести инвалидности, восстановление способности к самообслуживанию.

6. Поздняя летальность, увеличение продолжительности жизни. После окончания курса восстановительного лечения оценивается (и отмечается в индивидуальной программе реабилитации и журнале ВОК) ФК жизнедеятельности, уменьшение которого является показателем эффективности реабилитации.

Профилактическая работа участкового терапевта

В профилактической работе участкового терапевта выделяют 3 основных направления:

- 1) санитарное просвещение населения участка;

- 2) участие в проведении профилактических прививок;

- 3) диспансеризация населения.

Санитарно-просветительная работа — это составная часть ежедневной лечебно-диагностической деятельности врача. При общении с каждым больным ему должны разъясняться принципы здорового образа жизни и режима по конкретному, имеющемуся у пациента заболеванию, основы рационального и лечебного (для конкретной ситуации) питания, вред курения и злоупотребления алкоголем и другие санитарно-гигиенические аспекты.

Кроме индивидуальной работы с пациентами санитарное просвещение включает в себя проведение лекций в поликлинике и на предприятиях, выпуск санитарных бюллетеней и других информационных материалов и прочее. Методическое руководство санитарно-просветительной деятельностью врачей осуществляет Республиканский центр здоровья.

Прививочная работа осуществляется под руководством врачей-иммунологов инфекционистами и участковыми терапевтами поликлиники. Так как необходима поголовная вакцинация взрослого населения против дифтерии, участковые врачи и сестры составляют списки населения и занимаются непосредственно проведением прививок на предприятиях и по месту жительства граждан.

Диспансеризация — это метод работы со здоровыми и больными людьми, смысл, которого состоит в изучении состояния здоровья населения и последующей работе с ним. Главная цель диспансеризации — снижение заболеваемости и инвалидности, повышение средней продолжительности жизни больных и сохранение работоспособности. Особенности диспансеризации граждан, пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, и приравненных к ним категорий населения отражены в Постановлении МЗ РБ от 31 августа 2001 г. №57 и Приказе МЗ РБ от 18 октября 2001 г. №250. Согласно этих документов:

Цель диспансеризации — сохранение и укрепление здоровья граждан, пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС.

Задачи диспансеризации:

- 1) активное выявление заболеваний в ранних стадиях, уточнение диагноза, организация лечения;
- 2) выявление лиц с факторами риска, способствующими возникновению и развитию заболеваний;
- 3) динамическое наблюдение за состоянием здоровья пострадавшего населения;
- 4) проведение профилактических и реабилитационно-оздоровительных мероприятий среди наблюдаемого контингента населения.

Общее руководство диспансеризацией в Республике Беларусь осуществляет Министерство здравоохранения Республики Беларусь, на областном уровне — управления здравоохранения (охраны здоровья) областных исполнительных комитетов (в городе Минске — комитет по здравоохранению Мингорисполкома), на районном уровне — главные врачи районных территориальных медицинских объединений, в лечебно-профилактических учреждениях — главный врач учреждения.

Методика диспансеризации состоит из нескольких этапов.

1. Ежегодный медицинский осмотр населения с выполнением установленного минимального объема лабораторных и инструментальных исследований (см. ниже).
2. Дообследование нуждающихся с использованием дополнительных методов диагностики.

3. Определение и индивидуальная оценка состояния здоровья обследованных (выявление здоровых лиц, практически здоровых и больных различными заболеваниями).

4. Разработка и проведение комплекса необходимых медицинских и социальных мероприятий, динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения.

5. Ежегодный анализ эффективности и качества диспансеризации. Если совсем коротко, то суть методики сводится к 3-м моментам:

а) осмотр и обследование населения, в результате которого по состоянию здоровья оно разбивается на группы,

б) индивидуальная работа врача с лицами каждой группы;

с) анализ эффективности проведенной работы.

Основные показатели диспансеризации:

— полнота и своевременность проведения диагностических, лечебно-реабилитационных и оздоровительных мероприятий;

— периодичность динамического наблюдения.

Для осмотра и обследования населения используются индивидуальные и массовые формы.

Индивидуальные осмотры проводятся по обращаемости (когда человек обращается в поликлинику за справкой о состоянии здоровья, с целью оформления санаторно-курортной карты в связи с заболеванием или каким-либо другим поводом); при активном вызове лиц, обслуживаемых данной поликлиникой, для диспансерного осмотра; при посещении врачами на дому хронических больных и лиц пожилого возраста. Кроме того, для отдельных профессиональных групп населения обязательны предварительные медицинские осмотры перед поступлением на работу (в определенных областях промышленности, сельского хозяйства, транспорта и т.д.).

Массовые профилактические осмотры объединяют целевые и периодические осмотры. Целевые осмотры проводятся для раннего выявления некоторых заболеваний: туберкулеза, злокачественных опухолей, сердечно-сосудистых и других и осуществляются с помощью специализированных медицинских учреждений. Периодических осмотры проводятся с целью раннего выявления всех заболеваний с любой формой патологии у определенных контингентов населения (согласно приказам Министерства здравоохранения РБ): школьники, юноши допризывного возраста, учащиеся техникумов, студенты, беременные женщины, инвалиды ВОВ и т.д.

Медицинские осмотры и наблюдение за лицами, пострадавшими вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, а также оказание им медицинской помощи и проведение лечебно-реабилитационных мероприятий осуществляются в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства или работы. В этих учреждениях:

1) ведется учет граждан, подлежащих диспансеризации, а также распределение их по группам учета (1–7) и по группам риска (А, Б, В, Г);

2) осуществляется маркировка медицинских карт по следующим реквизитам: номер группы первичного учета (1–7), группа риска (А, Б, В, Г), номер

статьи льгот (18–25) в соответствии с Законом Республики Беларусь от 22 февраля 1991 г. № 634-ХІІ «социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС» составляются утвержденные исполнительными комитетами планы и графики осмотров;

3) проводятся периодические медицинские осмотры, в том числе выездными медицинскими бригадами, динамическое наблюдение, а также лечебно-реабилитационные и оздоровительные мероприятия в соответствии с индивидуальными программами реабилитации, которые разрабатываются врачом для каждого больного с учетом имеющихся у него заболеваний;

4) проводятся анализ состояния здоровья и оценка эффективности диспансеризации;

5) составляются статистические отчеты.

Дети, подростки, взрослые, а также беременные женщины, имеющие статус «пострадавший от катастрофы на Чернобыльской АЭС», проходят диспансеризацию с выполнением необходимых обследований в сроки и объемах, предусмотренных иными нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь, с учетом требований Положения о диспансеризации граждан, пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС и приравненных к ним категорий населения.

Дети и подростки при обнаружении у них заболеваний кроветворных органов (острые лейкозы), щитовидной железы (аденома, рак) и злокачественных опухолей других локализаций, а также инвалиды вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, не имевшие прежде статуса «пострадавший от катастрофы на Чернобыльской АЭС» (7-я группа первичного учета), наблюдаются специализированными учреждениями по профилю имеющихся у них заболеваний. Учетно-отчетная документация ведется по месту жительства больного согласно установленному порядку.

В обязанности участкового терапевта входит персональный учет населения своего участка с указанием тех, кто обслуживается в медико-санитарных частях, ведомственных поликлиниках, диспансерах или других ЛПУ. Население, подлежащее диспансеризации, разделяется на группы: дети и школьники до 15 лет (наблюдаются детскими поликлиниками), подростки и взрослые, среди которых выделяют такие контингенты, как инвалиды и участники ВОВ и приравненные к ним лица; трудящиеся ведущих отраслей народного хозяйства (промышленности, строительства, транспорта, агропромышленного комплекса, речного флота); студенты ВУЗов и средних учебных заведений; некоторые другие группы населения. Эти данные заносятся в медицинский паспорт участка. С учетом запланированных контингентов, подлежащих диспансеризации в текущем году, составляются графики осмотров и проводятся следующие исследования:

- сбор анамнеза по специально разработанной анкете, антропометрия (рост, масса тела), измерение АД (осуществляется средним медицинским персоналом);

- гинекологический осмотр женщин со взятием мазка на цитологическое исследование (с 18-летнего возраста);

- определение остроты зрения;
- определение остроты слуха;
- проведение туберкулиновых проб у подростков 15–17 лет;
- анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ; сахар — по показаниям);
- исследование мочи на белок;
- электрокардиография (с 15 лет — 1 раз в 3 года, с 40 лет — ежегодно);
- измерение внутриглазного давления (после 40 лет);
- флюорография (рентгенография) органов грудной клетки — ежегодно;
- маммография у женщин (с 35 лет — 1 раз в 2 года);
- пальцевое исследование прямой кишки (с 30 лет);
- пневмотахометрия;
- осмотр врачом-терапевтом;
- осмотр врачами-специалистами других профилей — по показаниям.

Указанный объем исследований может увеличиваться по мере необходимости.

Для количественного и качественного учета первичного диспансерного обследования заполняется на каждого обследованного «Карта учета диспансеризации» (форма №131/ у). В этой карте помимо паспортной части отмечаются даты фактически проведенных обязательных исследований и осмотров (согласно приведенному выше перечню), впервые выявленные заболевания и факторы риска.

В начале календарного года все эти карты по каждому участку сосредотачиваются в отделении профилактики поликлиники, а затем помещаются в соответствующие ячейки по группам здоровья (практически здоровые, нуждающиеся в дообследовании, группы риска, хронические больные). Создание таких единых картотек в отделении профилактики поликлиники позволяет обеспечить полный контроль за ходом диспансеризации, избежать неоправданного дублирования и осуществлять эффективное руководство.

Кроме «Карты учета диспансеризации», данные о диспансерных осмотрах населения, результатах проводимых исследований и рекомендации пациенту заносятся врачом в «Медицинскую карту амбулаторного больного» (форма 025/ у).

В результате диспансеризации все обследованное население можно разделить на 3 группы (группы диспансерного наблюдения): здоровые (группа Д I), практически здоровые (Д II), больные (Д III).

Группы Д I и частично Д II передаются для наблюдения в отделение профилактики, группа Д III (больные) подлежат динамическому наблюдению у терапевта или врачей-специалистов соответствующего профиля.

Группа «здоровые» (Д I) — это лица, не предъявляющие никаких жалоб, и у которых в анамнезе и при осмотре не выявлено никаких нарушений. Профилактическая работа врача с этими людьми состоит из пропаганды здорового образа жизни и санитарно-гигиенических знаний. Желательны ежегодные профилактические осмотры, а если пациент относится к определенному контингенту лиц, эти осмотры обязательны.

Группа «практически здоровые» (Д II) — лица, имеющие в анамнезе хронические заболевания без признаков обострения в течение нескольких (обычно — пяти) лет; лица с «пограничными состояниями» и факторами риска; после перенесенных острых заболеваний (пневмония, гломерулонефрит и другие). Эти люди не имеют нарушений функций организма, их трудоспособность и социальная активность сохранены. Динамическое наблюдение за пациентами с факторами риска предполагает их осмотры 1–2 раза в год и исследования, включающие к обязательному минимуму некоторые дополнительные (согласно имеющимся у пациента отклонениям). Для каждого из этой группы предусматриваются индивидуальные оздоровительные меры, например, закаливающие процедуры, диетическое питание, физкультура, физиотерапия и др.

Критериями эффективности диспансеризации лиц группы Д I и Д II являются:

- отсутствие у них заболеваний;
- сохранение здоровья и трудоспособности;
- улучшение физического состояния;
- полное выздоровление (при остром заболевании).

К группе (Д III) относятся больные различной хронической патологией в стадии компенсации, субкомпенсации, декомпенсации. Работа участкового терапевта с этой группой изложена ниже. Диспансеризация и целевые медицинские осмотры населения проводились и проводятся на основании приказа Минздрава СССР № 770 от 30 мая 1986 г. «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» и приказа Минздрава Республики Беларусь № 10 от 10 января 1994 г. «Об обязательных медицинских осмотрах работающих, занятых во вредных и опасных условиях труда».

К сожалению, приказ № 770 сегодня не отвечает реальной социально-экономической ситуации в Беларуси, что подтверждается возникновением ряда негативных явлений:

1. Не подкрепленные экономически массовые профилактические осмотры проводятся формально, не используются возможности раннего выявления многих заболеваний.

2. В проведении профилактических осмотров населения не заинтересованы местные Советы, руководители предприятий.

3. Отсутствует контроль за профилактической работой медико-санитарных частей предприятий.

4. Явка больных по вызову на осмотр в поликлинику составляет только 25–50%, что объясняется низкой санитарной и общей культурой населения.

5. На медицинские осмотры отводится мало времени, врачи и медсестры не заинтересованы в этой трудоемкой работе.

Единая политика в амбулаторно-поликлиническом обслуживании населения Республики Беларусь должна включать следующие положения:

1. Выявление лиц с факторами риска и больных на ранних стадиях заболеваний. Для этого необходимо проводить ежегодные медицинские осмотры обязательных контингентов, а при наличии социально-экономических условий стремиться к осмотрам максимального количества жителей территориального участка.

2. Активное наблюдение за лицами, имеющими факторы риска и больными. На учете для активного наблюдения должны состоять 120—200 пациентов (это определяется нагрузкой на врача и готовностью пациентов выполнять врачебные рекомендации).

3. Наблюдение за всеми больными по обращаемости, проведение необходимых обследований и лечебно-оздоровительных мероприятий.

4. Создание автоматизированных банков данных по диспансерному учету всего населения территориального участка.

К контингенту лиц, подлежащих обязательным периодическим медицинским осмотрам относятся дети и подростки, студенты, девушки и бездетные женщины фертильного возраста (до 45 лет), беременные женщины, рабочие цехов и профессий с вредными условиями труда, работники ведущих профессий сельскохозяйственного производства, инвалиды и участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним контингента, лица пострадавшие от аварии на ЧАЭС.

При проведении периодических медицинских осмотров пострадавшего от аварии на ЧАЭС населения необходимо:

- проводить профилактические онкологические осмотры;
- проводить профилактическое обследование на туберкулез в соответствии с действующими актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь;
- оценивать визуально и пальпаторно статус щитовидной железы с обязательной отметкой результатов в амбулаторной карте.

Группы первичного учета:

Первая группа первичного учета — лица, принимавшие участие в работах по ликвидации катастрофы на Чернобыльской АЭС и ее последствий.

Вторая группа первичного учета — лица, эвакуированные или самостоятельно покинувшие зону эвакуации в 1986 году.

Третья группа первичного учета — лица, проживающие в зонах первоочередного и последующего отселения, а также отселенные или самостоятельно выехавшие из этих зон после катастрофы.

Четвертая группа первичного учета — родившиеся от лиц 1–3-й групп первичного учета и последующие поколения, в том числе подгруппа 4.1 — родившиеся от лиц группы риска А и лиц 2-й группы первичного учета групп риска Б, В и их последующие поколения.

Пятая группа первичного учета — лица, проживающие в зонах с правом на отселение и периодическим радиационным контролем, а также выехавшие из этих зон, но имеющие установленную причинную связь заболевания, приведшего к инвалидности, и, + выехавшие, отнесенные прежде к группе риска В.

Шестая группа первичного учета — лица, участвовавшие в ликвидации или пострадавшие от аварии и ее последствий на других атомных объектах гражданского или военного назначения, что подтверждается соответствующими документами.

Седьмая группа первичного учета дети и подростки при обнаружении у них заболеваний кроветворных органов (острые лейкозы), щитовидной железы (аденома, рак) и злокачественных опухолей, а также инвалиды вследствие катастрофы на

ЧАЭС из числа граждан, не имевших прежде статуса «пострадавший от катастрофы на Чернобыльской АЭС», независимо от места проживания.

Группы риска:

Группа риска А (из числа лиц 1-й группы первичного учета) — лица, принимавшие в 1986 году участие в ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС в пределах зоны эвакуации.

Группа риска Б (из числа лиц 2–3-й групп первичного учета) — лица, получившие за первый год после катастрофы дозовые нагрузки за счет внешнего и внутреннего облучения по спискам, сформированным Республиканским диспансером радиационной медицины.

Группа риска В по эндокринной патологии (из лиц 2–5-й групп первичного учета) — лица, подвергшиеся воздействию радиоактивного йода вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, в возрасте от нуля (внутриутробно) до 18 лет на момент аварии (1968–1986 годов рождения), которые не отнесены к группе риска Б.

Группа риска Г — лица, у которых вследствие внутреннего облучения результаты измерения на СИЧ в течение года превышают допустимые уровни и не имеют тенденции к снижению.

Объем и частота медицинских осмотров лиц соответствующих групп первичного учета и групп риска определяется Приложением к Положению о диспансеризации граждан, пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС и приравненных к ним групп населения (Постановление МЗ РБ от 31 августа 2001 г. № 57 и Приказ МЗ РБ от 18 октября 2001 г. № 250).

В отношении остального населения врач должен максимально использовать всякую явку пациента в медицинское учреждение по любому поводу для прохождения им необходимого минимума обследований и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий.

Диспансеризация терапевтических больных требует отдельного рассмотрения.

Обычно под наблюдением терапевта находится 150–170 больных с определенной патологией внутренних органов.

Участковые терапевты проводят диспансеризацию в основном по отношению к трем группам больных:

- 1) больные, перенесшие острые заболевания.
- 2) больные, страдающие хроническими заболеваниями.
- 3) больные с врожденными (генетическими) заболеваниями и пороками развития.

Динамическое наблюдение за больными, перенесшими острые заболевания, имеет целью предотвращение хронизации процесса и возникновения осложнений. Частота и длительность наблюдения зависят от нозологической формы, характера течения острого процесса, возможных последствий. Например, после острой ангины продолжительность диспансеризации составляет 1 месяц, после острой неосложненной пневмонии — 6 месяцев.

Диспансерному наблюдению у врача-терапевта подлежат больные, страдающие следующими длительно протекающими хроническими заболеваниями, обуславливающими длительную и частую ВН, а также инвалидность:

- гипертоническая болезнь, НЦД;
- ИБС;
- язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки;
- хронический гастрит с секреторной недостаточностью;
- хронический гепатит и цирроз печени;
- хронический холецистит, желчно-каменная болезнь;
- хронический колит и энтероколит; неспецифический язвенный колит;
- хронический бронхит;
- бронхиальная астма;
- хроническая пневмония, бронхоэктатическая болезнь; абсцесс легкого;
- хронический пиелонефрит;
- хронический гломерулонефрит;
- хроническая почечная недостаточность в стадии компенсации;
- первичный остеоартроз с поражением крупных суставов;
- ревматизм; ревматоидный артрит; диффузные болезни соединительной ткани;
- пострезекционные синдромы (через 2 года после операции на брюшной полости);
- часто и длительно болящие (ЧДБ).

• ЧДБ относят больных, имеющих в течение календарного года 3–4 и более случаев и 30–40 и более дней ВН по одному и тому же заболеванию или заболеваниям, этиопатогенетически связанным между собой. К этой же группе относятся больные, у которых на протяжении года было 5–6 и более случаев и 50–60 и более дней ВН по заболеваниям, этиопатогенетически между собой не связанным.

Диспансеризации у терапевта подлежат также больные с острыми заболеваниями, потенциально опасными в плане хронизации и присоединения тяжелых осложнений:

- острый инфекционный гепатит;
- острый гломерулонефрит;
- острая пневмония;
- острая ангина;
- острый абсцесс легкого.

Диспансеризация проводится также среди лиц, «угрожаемых» в отношении развития ряда заболеваний (с факторами риска). Например, «угрожаемые» по ревматизму — лица с очагами хронической стрептококковой инфекции с частыми обострениями, по гипертонической болезни — с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу; по ИБС — с избыточной массой тела, гиперлипидемией, артериальной гипертензией и т.д. Это контингент лиц из группы Д II.

Для облегчения работы терапевтов и врачей-специалистов и соблюдения единства принципов диспансеризации всех групп больных разработаны и используются примерные схемы динамического наблюдения за больными с ка-

ждой нозологической формой. В них указываются частота наблюдения, перечень осмотров специалистами и их периодичность, перечень и частота диагностических исследований, основные лечебно-оздоровительные мероприятия и критерии эффективности диспансеризации (примерные схемы диспансерного наблюдения приведены в пособии «Практические навыки терапевта» под ред. Г.П. Матвейкова, Минск, 1993 год).

Основной медицинский документ, в котором отражается динамика диспансерного наблюдения за больными — «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма 025/у). На лицевой стороне карты ставится буква «Д» и шифр (или название) заболевания, по которому больной ставится на диспансерный учет. Часто эти карты маркируются полосками разноцветной бумаги для отличия их от других или как-либо еще.

В «Медицинскую карту» после описания статуса больного, диагноза вносится план диспансерного наблюдения на год, в котором отмечается кратность наблюдения за больным, проведение определенных исследований и консультаций, а также лечебно-оздоровительные мероприятия.

Лечебно-оздоровительные мероприятия представляют собой не что иное, как реабилитацию пациента и включают в себя следующие моменты:

- режим труда и отдыха;
- диетическое питание;
- физиотерапию и ЛФК;
- санацию очагов инфекции;
- медикаментозное (противорецидивное) лечение;
- санаторно-курортное лечение;
- плановое лечение в стационаре;
- оперативное лечение;
- трудоустройство;
- освидетельствование в МРЭК (по показаниям);
- прочие;
- мероприятия.

В «Медицинскую карту» регулярно заносятся результаты проведенных исследований и осмотров, рекомендации по лечению и трудоустройству и другое.

В конце года на каждого диспансерного больного заполняется этапный эпикриз (в той же карте формы 025/у), в котором отражаются следующие моменты: исходное состояние больного; проведенные лечебно-профилактические мероприятия; динамика течения болезни (изменение субъективного состояния, уменьшение числа обострений, снижение или увеличение числа случаев и дней временной нетрудоспособности, первичный выход или динамика инвалидности); подведение итогов — оценка состояния здоровья (ухудшение, улучшение, без перемен). Эпикриз просматривается и подписывается заведующим терапевтическим отделением.

В большинстве ЛПУ для удобства врачей используются специальные бланки типа «этапный эпикриз», «план-эпикриз диспансерного наблюдения»

и т.п., которые клеиваются в медицинскую карту. Это неутвержденные формы, они могут быть разными в различных учреждениях и являются элементом научной организации труда, т.к. позволяют сократить время врача на оформление медицинской документации.

Кроме «Медицинской карты» на каждого диспансеризуемого больного заполняется и отдается в статистический кабинет статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов форма 025-2/у; а также «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (форма 030/у). На больных, находящихся под диспансерным наблюдением двух специалистов, например, у терапевта и хирурга по поводу язвенной болезни, заполняются две «Контрольные карты», на одной из которых делается пометка «дубликат».

В отличие от «Медицинской карты», хранящейся в регистратуре поликлиники, «Контрольные карты диспансерного наблюдения» находятся в кабинете участкового врача в специальном ящике в виде картотеки, разбитой по месяцам года и нозологическому принципу. Это рабочий документ врача. После оформления карты 030/у она ставится в картотеку в раздел того месяца, на который назначена следующая явка больного. Просматривая в начале каждого месяца картотеку, врач отмечает больных, которые должны явиться на осмотр и с помощью медицинской сестры приглашает их (по телефону или открыткой) на прием в определенный день. Картотека помогает рационально спланировать работу с диспансерным контингентом в течение года.

Для проведения диспансерной работы врачу выделяется специальное время (1–2 дня в месяц), в течение которого он полностью освобождается от текущего приема больных.

Важнейшее условие правильной организации диспансеризации и заключительный этап — подведение итогов и объективная оценка ее эффективности. Для определения эффективности диспансеризации используются следующие критерии:

- 1) отсутствие признаков обострения заболевания;
- 2) снижение сроков временной нетрудоспособности;
- 3) переход заболевания в более легкую клиническую стадию;
- 4) снижение первичного выхода на инвалидность;
- 5) изменение группы инвалидности на менее тяжелую.

Учитываются также количественные показатели:

Количество больных, состоящих на диспансерном учете. Полнота охвата диспансеризацией по отдельным нозологическим формам в процентах (отношение количества больных данным заболеванием, взятых на диспансерный учет, к количеству всех больных данным заболеванием на участке).

Процент обострений основного заболевания у диспансерных больных. Количество дней и случаев временной нетрудоспособности по нозологическим формам в диспансерной группе за год. Средняя продолжительность одного случая.

Частота выхода на первичную инвалидность на 100 диспансеризуемых. Процент инвалидов, переведенных с I группы во II или со II в III группу.

Тяжесть выхода на инвалидность (отношение количества инвалидов I и II групп к общему количеству инвалидов в диспансерной группе в процентах).

Летальность среди диспансеризуемых больных в процентах и смертность на 1000 населения.

Могут анализироваться и другие показатели: своевременность взятия на диспансерный учет, плановость диспансерных осмотров и другие.

В заключение раздела еще раз подчеркнем взаимосвязь диспансеризации с медицинской реабилитацией, которая является одной из главных составляющих в работе с больными (группа Д III диспансерного наблюдения) и с лицами, имеющими факторы риска (группа Д II).

Медико-социальная экспертиза

Временная нетрудоспособность (ВН) — состояние организма человека, обусловленное заболеванием или травмой, при котором нарушение функций сопровождается невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение ограниченного промежутка времени, т.е. эти нарушения носят обратимый характер.

В соответствии с инструкцией постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 09 июля 2002 г. № 52/97 листки нетрудоспособности и справки в случаях временной утраты трудоспособности выдаются в связи с:

- заболеванием или травмой (несчастные случаи);
- санаторно-курортным лечением;
- уходом за ребенком в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком;
- уходом за больным членом семьи;
- протезированием с помещением в стационар протезно-ортопедического предприятия;
- листки нетрудоспособности по беременности и родам в случаях:
 - беременности и родов;
 - усыновления (удочерения) ребенка в возрасте до 3 месяцев или установления над ним опеки.

Лицам, у которых одновременно возникли два и более случая нетрудоспособности, выдается только один листок нетрудоспособности.

Листок нетрудоспособности выдается:

- работникам из числа граждан Республики Беларусь, иностранных граждан и лиц без гражданства, работающим в организациях, независимо от их форм собственности;
- лицам, занимающимся предпринимательской и другой деятельностью, при условии уплаты страховых взносов в Фонд социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь (далее — Фонд);
- безработным, состоящим на учете в государственной службе занятости в период выполнения ими общественных работ;
- работникам из числа граждан государств-участников Содружества Независимых Государств, в случаях возникновения у них временной нетрудоспособности в период пребывания на территории Республики Беларусь.

Листки нетрудоспособности выдаются лицам, у которых временная нетрудоспособность наступила в период работы (осуществления предпринимательской и другой деятельности) и длилась после ее остановки.

Справка выдается:

- безработным, состоящим на учете в государственной службе занятости (в период, когда они не выполняют общественных работ);

- военнослужащим, лицам рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, финансовых расследований, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям в случае обращения в территориальные организации здравоохранения за скорой и неотложной медицинской помощью и определения у них временной утраты нетрудоспособности;

- лицам, у которых длительная (более месяца) утрата нетрудоспособности вследствие заболевания или травмы наступила в течение месячного срока после увольнения с работы;

- лицам, обучающимся в общих средних, профессионально-технических, средних специальных и в высших учреждениях образования, аспирантуре, клинической ординатуре, в том числе и при выполнении ими сельскохозяйственных работ;

- лицам, осуществляющим предпринимательскую и иную деятельность, не состоящим на учете в органах Фонда и не уплачивающих страховые взносы в Фонд.

Справка категориям лиц, перечисленным в настоящем пункте, выдается, продлевается и оформляется в таком же порядке, как и листок нетрудоспособности.

Листки нетрудоспособности выдаются и продлеваются государственными организациями здравоохранения независимо от ведомственной принадлежности и негосударственными организациями здравоохранения, имеющими специальное разрешение (лицензию) на проведение экспертизы временной нетрудоспособности и выдачу листков нетрудоспособности.

Специальное разрешение (лицензия) выдается по совместному решению Министерства и Фонда на срок не более 5 лет в соответствии с законодательством.

Листки нетрудоспособности выдаются по предъявлению паспорта или иного документа, удостоверяющего личность больного, организацией здравоохранения по месту жительства, а при наличии ведомственных организаций здравоохранения также по месту работы, учебы, службы или по месту закрепления больного для медицинского обслуживания.

В случае обращения за медицинской помощью больных, временно утративших трудоспособность в организацию здравоохранения вне места их постоянного обслуживания, листок нетрудоспособности выдается только с разрешения главного врача (руководителя) или лица, исполняющего его обязанности.

Республиканские организации здравоохранения (клиники, больницы и др.) имеют право выдавать листки нетрудоспособности гражданам, проживающим на территории Республики Беларусь: областные — гражданам, проживающим на территории области, районные — района, ведомственные — работникам соответствующих государственных органов или организаций. Листки нетрудоспособности указанными организациями здравоохранения

выдаются без соответствующего разрешения главного врача (руководителя) организации здравоохранения.

ЛН и справки выдаются лечащими врачами только после личного осмотра больного. Заведующие отделениями и заместители главного врача организации здравоохранения могут выдавать листки нетрудоспособности только в случаях, когда они исполняют обязанности лечащего врача. В ЛПУ, где нет лечащих врачей (фельдшерско-акушерские пункты), право на выдачу ЛН сроком до трех дней может быть предоставлено одному из фельдшеров. Список этих фельдшеров ежегодно утверждается управлениями (отделами) здравоохранения, как и сроки, на которые фельдшер имеет право выдать ЛН.

Студенты медицинских институтов получают право выдачи ЛН в периоды эпидемии гриппа по специальному приказу органов здравоохранения.

Контроль за выдачей и продлением ЛН в ЛПУ осуществляется главными врачами, их заместителями и заведующими отделениями.

В амбулаторно-поликлинических условиях ЛН (справка) выдается в день установления ВН, в том числе в общевыходные и праздничные дни. За прошедшие дни ЛН могут выдаваться только ВКК и только в определенных случаях (см. ниже). Если пациент обратился в поликлинику после своего рабочего дня, то он освобождается от работы со следующего дня, а ЛН выдается в день обращения.

Лицам, работающим у нескольких нанимателей, листки нетрудоспособности выдаются в количестве, необходимом для предоставления по каждому месту работы. В верхнем правом углу дополнительно выдаваемых ЛН производится отметка «Дополнительный».

Лечащие врачи выдают ЛН (справки) единолично в пределах 6 дней (единовременно или по частям). Продление этих документов свыше 6 дней проводится по совместному решению лечащего врача и заведующего отделением, а там где его нет — председателем ВКК, заместителем главного врача, главным врачом после личного осмотра больного этими лицами. ЛН продлевается совместно этими специалистами одновременно на срок не более, чем 10 календарных дней и на общий срок не более 30 календарных дней. Прием больного в этот период врачом может быть назначен на любой день, но обязательно и в последний день ВН.

Длительно нетрудоспособные (свыше 1 месяца) подлежат обязательному освидетельствованию ВКК через 1, 2 и 3,5 месяца от начала ВН. Если в ЛПУ работает только один врач, он выдает ЛН (справки) единолично на весь период ВН, но не более одного месяца.

ЛН при заболеваниях (травмах) выдается на весь период ВН до восстановления трудоспособности или установления инвалидности. При длительной нетрудоспособности, кроме контрольных освидетельствований на ВКК, больные направляются на МРЭК с непрерывной ВН не позднее 4-х месяцев, а при ВН с перерывами по одному или родственным заболеваниям — не позднее 5 месяцев в общей сложности за последние 12 месяцев. При туберкулезе эти сроки составляют соответственно 6 и 8 месяцев за последние 12 месяцев. При наличии признаков инвалидности больные направляются на МРЭК ранее указанных сроков.

При направлении больного на МРЭК освобождение от работы проводится до дня поступления документов на МРЭК. После проведения экспертизы председатель МРЭК в ЛН указывает даты ее начала и окончания и решение МРЭК. Если МРЭК не выявляет признаков инвалидности, ВКК поликлиники продлевает ВН за все дни освидетельствования и у признанных трудоспособными закрывает его, а у временно нетрудоспособных продлевает в общем порядке. Если МРЭК признает больного инвалидом, ЛН закрывается днем установления инвалидности (дата поступления документов на МРЭК) лечащим врачом поликлиники.

В случае несвоевременной явки больного на освидетельствование в ЛН делается отметка о нарушении режима, и датой установления инвалидности является день явки его во МРЭК.

Часто и длительно болеющим ЛН выдается только тем врачом, за которым больной закреплен по решению ВКК. Напомним, что к часто болеющим относятся лица, у которых в течение года было 3–4 и более случаев ВН по одному и тому же заболеванию (либо однородным) или 5–6 случаев по заболеваниям, этиопатогенетически не связанным между собой, а к длительно болеющим — больные, у которых было 30–40 и более дней ВН по одному заболеванию или 50–60 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 закрепленного врача, а также образец его подписи передается по месту работы больного.

При употреблении алкоголя во время ВН или нарушении режима, предписанного врачом, в ЛН делается отметка о нарушении режима, а сам ЛН выдается и продлевается в обычном порядке.

ЛН выдается в день обращения больного к врачу, но в некоторых случаях по решению ВКК возможна выдача ЛН «задним числом» (т.е. за прошедшие дни):

- лицам, заболевшим в вечернее и ночное время (после окончания работы поликлиники) и обслуженным скорой помощью ЛН выдается на следующий день с зачетом, при необходимости, дня вызова бригады скорой помощи;
- при психических заболеваниях, сопровождающихся нарушением контроля поведения, если больной своевременно не обратился за медицинской помощью;
- гражданам Республики Беларусь, которые перенесли заболевания с ВН в период временного пребывания за рубежом (после предоставления ими медицинского документа из страны пребывания);
- при замене справки на ЛН (по решению компетентных органов — суда, прокуратуры, органов МВД, Фонда социальной защиты населения и др.)

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

ЛН по уходу за больным членом семьи выдается, если отсутствие ухода угрожает здоровью больного или при наличии показаний для госпитализации отсутствует возможность поместить его в больницу, а среди членов семьи нет

другого лица, которое может ухаживать за больным без освобождения от работы. При этом ЛН выдается одному из членов семьи, совместно проживающим с заболевшим, на срок до трех дней. В исключительных случаях с учетом тяжести заболевания и бытовой обстановки этот срок может быть продлен по решению ВКК (главного врача) до 7 дней.

Бывают ситуации, когда стационар или взрослая поликлиника должна давать ЛН по уходу за здоровым ребенком до 3-х лет или ребенком-инвалидом до 16 лет в случае болезни матери или другого лица, фактически ухаживающего за этим ребенком. Такой ЛН может быть выдан отцу или другому работающему родственнику, фактически осуществляющему уход за ребенком. При помещении заболевшей матери в стационар ЛН выдается родственнику стационаром, при лечении ее амбулаторно — поликлиникой.

ЛН при карантине выдается врачом-инфекционистом, а при его отсутствии — участковым врачом в тех случаях, если работник имел контакт с заразным больным и был отстранен от работы санитарно-эпидемиологической службой.

С 1 ноября 1997г. вступило в действие утвержденное постановлением Совета Министров РБ за №1290 от 30 сентября 1997г. «Положение о порядке обеспечения пособиями по временной нетрудоспособности». Оно предусматривает введение ряда новшеств при назначении, исчислении и выплате пособий, что вызывает необходимость внесения некоторых изменений в «Инструкцию о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок». До утверждения новой редакции Инструкции необходимо руководствоваться разъяснениями Минздрава РБ и Фонда социальной защиты населения Министерства социальной защиты РБ от 30.10.97 г., основные моменты которого приводим ниже.

Согласно вышеуказанному Положению, пособие по временной нетрудоспособности при общем заболевании выплачивается в размере 80% среднего заработка за первые 6 рабочих дней и в размере 100% заработка за последующие дни нетрудоспособности независимо от имеющегося у работника трудового стажа.

С первого дня пособие по ВН в размере 100% среднего заработка выплачивается:

- при несчастных случаях на производстве;
- при профессиональных заболеваниях;
- донорам в связи с забором у них органов и тканей;
- участникам ликвидации аварии на ЧАЭС, лицам, проживающим (работающим) и выехавшим (эвакуированным, отселенным) из зон эвакуации, первоочередного и последующего отселений;
- воинам-интернационалистам, если ВН является следствием ранения, контузии или заболевания, полученного ими при выполнении интернационального долга.

Предусмотрены и другие случаи ВН, при которых пособие выплачивается в полном объеме, но в данных случаях в ЛН в графе «вид нетрудоспособности» делаются соответствующие отметки: «травма на производстве», «заболевание связано с выполнением интернационального долга» и т. п.

В ряде случаев пособие по ВН выплачивается в половинном размере от установленного размера пособия, т.е. 40% заработка за первые 6 рабочих дней и в размере 50% заработка за последующие дни нетрудоспособности. Это относится к ВН при заболеваниях и травмах, причиной которых явилось употребление алкоголя, наркотических или токсических веществ; лицам, нарушившим режим, установленный для них врачом или не явившихся без уважительных причин в назначенный срок на прием к врачу или на МРЭК. Об этом в ЛН в графе «вид нетрудоспособности» делается отметка: «травма, алкогольное опьянение»; «заболевание, связанное с употреблением алкоголя» (включая лечение хронического алкоголизма) и т. п. Лицам, нарушившим режим, пособие в указанном размере будет выплачиваться со дня допущенного нарушения и на срок, устанавливаемый комиссией страхователя по назначению пособий. В половинном размере будет выплачиваться пособие также лицам, ставшим нетрудоспособными в период прогула без уважительных причин.

У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, осложненным иными заболеваниями, приведшими к ВН, в графе «вид нетрудоспособности» делается отметка «заболевание». Положения оговорены и случаи отказа в выплате пособия: в период отпуска без содержания; при умышленном нанесении вреда своему здоровью в целях уклонения от работы или от других обязанностей; за время нахождения под арестом и некоторых других случаях.

Изменился порядок ограничения размеров пособия по ВН. Теперь его максимальная сумма за месяц будет ограничиваться не двумя тарифными ставками (двумя должностными окладами) работника, а суммой двух среднемесячных заработных плат рабочих и служащих в республике в месяце, предшествовавшем месяцу начала нетрудоспособности.

Положением отменена дифференциация выплаты пособий по срокам при травматизме (ранее на первые 5 дней выдавалась справка, а с 6-го дня, при сохранении нетрудоспособности — ЛН). Предусмотрена выплата пособия при уходе за ребенком-инвалидом до 16 лет при стационарном лечении. ЛН в таких случаях выдается на общих основаниях с первого дня ВН.

При утрате трудоспособности вследствие заболевания или травмы (вне зависимости от обстоятельств ее получения) и в связи с уходом за ребенком до 3-х лет (ребенком-инвалидом до 16 лет) в случае болезни матери (другого лица, осуществляющего уход) ЛН выдается с первого дня нетрудоспособности на весь период на общих основаниях. В таком же порядке ЛН выдаются, если ВН возникает при заболеваниях и травмах, связанных с употреблением алкоголя, наркотических или токсических веществ; лечении хронического алкоголизма, наркомании и токсикомании (ранее на весь срок ВН выдавалась справка); осложнениях хронического алкоголизма иными заболеваниями или состояниями; при травмах в быту.

Лица, работающие по трудовому договору у нескольких нанимателей, обеспечиваются пособием по каждому месту работы, поэтому предусматривается выдача им ЛН и справок в количестве, необходимом для предъявления по каждому месту работы.

Работающим инвалидам ЛН выдается на общих основаниях. Если ВН обусловлена обострением заболевания (травмы), по которому установлена инвалидность, пособие по ВН выплачивается не более 2-х месяцев подряд и не более 3-х месяцев в календарном году.

За необоснованную выдачу, неправильное оформление ЛН (справки) медицинские работники, которым предоставлено право выдачи этих документов, привлекаются к дисциплинарной ответственности. Лица, неоднократно допускающие указанные нарушения, в действиях которых выявляются признаки преступления, привлекаются к уголовной ответственности.

Бланки листов нетрудоспособности — документы строгого учета, хранятся в сейфе в специально отведенном месте и выдаются врачу под расписку. Номера выданных ЛН фиксируются в журнале. Заполненные корешки использованных ЛН сдаются сюда же.

В кабинете для регистрации ЛН и справок на каждого врача заводятся одноименные журналы, в которых ежедневно врачи записывают выданные ЛН с указанием паспортных данных больного, места работы, диагноза. При закрытии ЛН врачом пациент обращается в указанный кабинет, предъявляя свой паспорт, и после отметки в соответствующем журнале на ЛН ставится печать ЛПУ.

Обязательным органом всех ЛПУ, осуществляющих экспертизу временной нетрудоспособности и медицинскую реабилитацию больных (стационары, поликлиники, диспансеры, женские консультации и др.), является врачебно-консультационная комиссия — ВКК в составе председателя (заместитель главного врача по МРЭТ, а при его отсутствии — заместитель главного врача по медицинской части или главный врач) и членов — заведующего соответствующим отделением и лечащего врача. При необходимости на заседания ВКК могут привлекаться специалисты данного и других ЛПУ, сотрудники кафедр медицинского института и института усовершенствования врачей. 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, то врач-терапевт и заведующий терапевтическим отделением.

Основными функциями ВКК являются:

1. Консультация больных в сложных и конфликтных случаях экспертизы трудоспособности. ВКК принимает решение только после осмотра больного, 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 за обоснованностью выдачи и продления ЛН в ранние сроки.

3. Обязательные плановые освидетельствования длительно болеющих в сроки 1; 2, 3 и 3,5 месяца от начала ВН с целью контроля обоснованности диагноза, лечения, своевременности использования реабилитационных средств, тактики ведения больного, сроков ВН, определения трудового прогноза, показаний к проведению дальнейшей реабилитации или направлению на МРЭК.

4. Своевременное выявление лиц, нуждающихся в реабилитации, и направления 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:

6.1. Для специального лечения в другом городе; для отпуска на санаторно-курортное лечение;

6.2. Доплатного ЛН при частичной ВН вследствие туберкулеза профессионального заболевания (выдается не более чем на 2 месяца);

6.3. Продление ЛН по уходу за больным ребенком свыше 10 дней при амбулаторном лечении и в, исключительных случаях, за взрослым свыше 3 дней;

6.4. Обмен в установленном порядке справок и заключений о ВН на ЛН после предварительного рассмотрения каждого случая и выявления оснований для обмена.

7. Направление на освидетельствование в медицинские реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК) в следующих случаях:

7.1. Длительно болеющих, независимо от клинического и трудового прогноза — не позднее 4-х 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.

7.2. Работавших лиц с признаками инвалидности (неблагоприятный клинический и трудовой прогнозы) — в любые сроки от начала нетрудоспособности (после выяснения прогноза);

7.3. Больных с детства и лиц пенсионного возраста при наличии признаков инвалидности;

7.4. Инвалидов для очередного переосвидетельствования и досрочного переосвидетельствования;

7.5. Больных и инвалидов для определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) вследствие увечья или иного повреждения, связанного с работой;

7.6. Инвалидов для определения медицинских показаний для обеспечения специальным автотранспортом;

7.7. Для изменения причины инвалидности при наличии соответствующих документов.

8. Выдача заключений ВКК по различным вопросам:

8.1. О необходимости предоставления академического отпуска или перевода на другой факультет по состоянию здоровья студентам высших и средних учебных заведений, ПТУ;

8.2. Об освобождении от выпускных экзаменов учеников общеобразовательных школ, гимназий и лицеев;

8.3. О наличии права на предоставление дополнительной или отдельной жилой площади;

8.4. Других заключений по запросам органов исполнительной власти, общественных организаций и др. Данные освидетельствования больного и решение ВКК записываются в первичных медицинских документах (в поликлинике это «Медицинская карта амбулаторного больного» — форма 025/у), а также в книге записей заключений ВКК (форма 035/у) и подписываются председателем и членами ВКК. В необходимых случаях заключение ВКК оформляется на соответствующей справке-заключении.

Для решения сложных, конфликтных ситуаций при управлениях (отделах) здравоохранения местных исполнительных комитетов создаются центральные ВКК (ЦВКК) под председательством начальника отдела медицинской реабилитации и экспертизы данного управления, а членами являются главный специалист соответствующего профиля и председатель ВКК, направляющей больного.

Работа участкового терапевта требует достаточных знаний в области экспертизы как временной, так и стойкой нетрудоспособности, начиная с момента своевременного выявления ее признаков и кончая решением вопроса о времени направления на МРЭК.

Медико-реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК) проводят экспертизу нарушений трудоспособности граждан, составляют индивидуальные программы реабилитации на каждого освидетельствованного и осуществляют контроль за их выполнением. Если ВКК это орган лечебно-профилактического учреждения, подчиняющийся прежде всего главному врачу ЛПУ, то МРЭК находятся в подчинении управления здравоохранения исполкомов областных и городских Советов народных депутатов, которые организуют их работу по территориальному принципу.

Так, имеются областные, районные и городские МРЭК, межрайонные и специализированные. Организационно-методическое руководство системой МРЭК осуществляет отдел МРЭК в Министерстве здравоохранения РБ, аналогичные отделы в городских, областных управлениях здравоохранения.

В структуру областных МРЭК входят 2–3 состава.

В каждом составе должно быть 3 врача-реабилитолога-эксперта: терапевт, хирург, невропатолог, один из которых назначается председателем.

Кроме того, имеется вспомогательный персонал: старшая медицинская сестра, медрегистратор и врачи реабилитологи-эксперты следующих специальностей: педиатр, окулист, психиатр или другие узкие специалисты и врач-статистик. Имеется также иной персонал: юрисконсульт, главный бухгалтер, кассир, водитель и т.п.

В состав районных и межрайонных городских (в крупных городах, обслуживают 2—3 района города) комиссий входят 3 врача: терапевт, хирург, невропатолог и методист-реабилитолог, старшая медсестра, медрегистратор.

В состав комиссий специализированного и смешанного профилей входят 2 врача, специальности которых отвечают профилю комиссии, а также терапевт-реабилитолог или невропатолог, методист-реабилитолог, старшая медсестра и медрегистратор.

Руководство работой МРЭК в областях и осуществляет главный эксперт области, который является также председателем одного из составов областной комиссии.

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

- освидетельствование лиц, направленных ВКК лечебно-профилактических учреждений (см. п. 7 основных функций ВКК);
- составление индивидуальной программы реабилитации с указанием объема, порядка, последовательности медицинской, социально-бытовой и профессиональной реабилитации и контроль за ее исполнением;
- оказание консультативной помощи ЛПУ в решении вопросов МСЭ, контроль за проведением 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:

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

Освидетельствование лиц, направленных на МРЭК, проводится в назначенный день после поступления их документов. Межрайонные МРЭК обычно располагаются в городских поликлиниках, занимая 2 кабинета. Комиссия проводит заседание в полном составе, изучает документы пациента (направление на МРЭК, амбулаторную карту), проводит тщательный осмотр его и выносит свое решение. При признании больного инвалидом делается отметка в ЛН, например, «инвалид II группы с 5 февраля» (датой установления инвалидности является дата поступления документов на МРЭК).

Если пациент, подлежащий освидетельствованию, находится в стационаре или дома и по состоянию здоровья не может явиться на комиссию, МРЭК проводит выездное заседание (в стационаре или на дому).

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

Повторный осмотр 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 инвалидность устанавливается без указания сроков повторного осмотра (бессрочно) после 3 лет наблюдения в комиссии.

Повторный осмотр инвалидов-мужчин старше 55 лет и женщин старше 50 лет проводится только по их заявлению или в особых случаях.

В соответствии с «Законом о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» от 1991г., инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков *нуждается в социальной помощи и защите*.

«Инструкция по определению инвалидности» (приложение к приказу № 28) предусматривает установление I, II или III группы инвалидности, критериями которых является степень ограничения жизнедеятельности организма.

Основанием для установления I группы инвалидности является резкое ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, врожденными дефектами, приводящими к резко выраженной социальной дезадаптации вследствие невозможности обучения, общения, ориентации, контроля за своим поведением, передвижения, самообслуживания, участия в трудовой деятельности, если указанные нарушения вызывают *нуждаемость в постоянном постороннем уходе и помощи*. При обеспечении средствами компенсации анатомических дефектов или нарушенных функций организма, создания специальных условий труда на производстве или на дому, возможно выполнение некоторых видов труда.

Основанием для установления II группы инвалидности является значительное ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, врожденными дефектами, *не требующими постоянного постороннего ухода и помощи*, но приводящими к выраженной дезадаптации вследствие резко выраженного затруднения обучения, общения, ориентации, контроля за своим поведением, передвижения, самообслуживания, участия в трудовой деятельности (возможно выполнение труда только в специально созданных условиях) или невозможности трудовой деятельности.

Основанием для определения II группы инвалидности служит также наличие у больного тяжелых анатомических дефектов, перечень которых приводится в «Инструкции». Например, экзартикуляция бедра; паралич руки, значительный нижний парапарез; каловый, мочевого свищ, противоестественный задний проход при неэффективности или наличия противопоказаний для хирургического лечения и другое.

Основанием для определения III группы инвалидности является выраженное ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, врожденными дефектами, приводящими к значительному снижению возможности социальной адаптации вследствие выраженного затруднения обучения, общения, передвижения, участия в трудовой деятельности (значительное уменьшение объема трудовой деятельности, снижение квалификации, затруднения в выполнении профессионального труда вследствие анатомических дефектов). Приводится также перечень анатомических дефектов, наличие которых дает основания определить у больного III группу инвалидности. Примеры таких дефектов: полная или практическая слепота на один глаз; двусторонняя глухота; гипофизарный нанизм, остеохондропатия, остеохондродисплазия с низко-рослостью (рост ниже 150 см); экстирпация желудка; отсутствие одного легкого; искусственный клапан сердца; искусственный водитель ритма деятельности сердца.

Причины инвалидности согласно «Инструкции по определению причин инвалидности» (приложение к приказу №28):

- общее заболевание;
- трудовое увечье;
- профессиональное заболевание;
- инвалидность с детства;
- инвалидность с детства, связанная с боевыми действиями в период ВОВ;
- ранение, контузия, травма, увечье, заболевания, связанные с пребыванием на фронте;
- то же, полученное при исполнении обязанностей военной службы;
- то же, связанное с пребыванием в партизанском отряде;
- ранение, контузия, травма, увечье, полученные в период прохождения военной службы, в результате несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы;
- заболевание, полученное в период прохождения военной службы;
- заболевание (увечье), вызванное катастрофой на ЧАЭС;
- ранение, контузия, увечье, полученные при исполнении обязанностей военной службы и вызванные катастрофой на ЧАЭС.

Оптимально-минимальные сроки временной нетрудоспособности при терапевтических заболеваниях (по материалам БНИИЭТИН)

№ п/п	Нозологическая форма	Амбулаторное лечение	Стационарное лечение	Санаторно-курортное долечивание	Амбулаторное долечивание	Оптимальные сроки ВН
1.	Инфаркт миокарда					
	Мелкоочаговый неосложненный		18–20 дн.	24 дн.	14–16 дн.	2 мес.
	Осложненный		20–25 дн.	24 дн.	14–30 дн.	2–2,5 мес.
	Крупноочаговый неосложненный		20–25 дн.	24 дн.	40–50 дн.	3–3,5 мес.
	Осложненный		23–28 дн.	24 дн.	2–2,5 мес.	3,5–4 мес.
2.	Стенокардия					
	Впервые возникшая		16–20 дн.			16–20 дн.
	Прогрессирующая		16–20 дн.			16–20 дн.
	Стабильная ФК I	ВН не определяется				
	ФК II	10–14 дн.				10–14 дн.
	ФК III	16–20 дн.	16–20 дн.			16–20 дн.
	Спонтанная	Сроки ВН определяются характером клинической картины и функциональным классом				
3.	Артериальная гипертензия (АГ)					
	АГ 1 Криз					
	легкий впервые	2–3 дн.				2–3 дн.
	повторный		5–7 дн.			5–7 дн.
	АГ 2 Криз					
	легкий впервые	3–5 дн.				3–5 дн.
	повторный		7–10 дн.			7–10 дн.
	АГ 2 Криз					

№ п/п	Нозологическая форма	Амбулаторное лечение	Стационарное лечение	Санаторно-курортное долечивание	Амбулаторное долечивание	Оптимальные сроки ВН
	средн. тяжести впервые	8–10 дн.				8–10 дн.
	повторный		12–16 дн.			12–16 дн.
	АГ 2 Криз					
	тяжелый впервые		14–16 дн.			14–16 дн.
	повторный		16–18 дн.			16–18 дн.
	АГ 3 Криз					
	средн. тяжести впервые		14–16 дн.			14–16 дн.
	повторный		16–18 дн.			16–18 дн.
	АГ 3 Криз					
	тяжелой степени		18–22 дн.			18–22 дн.
4.	Нарушения ритма (пароксизмальные)					
	легкие	1–2 дн.				1–2 дн.
	средней тяжести	5–6 дн.	5–6 дн.			5–6 дн.
	тяжелые		14–16 дн.			14–16 дн.
5.	Имплантация ИВР		7–15 дн.		4–6 нед.	6–8 нед.
6.	НЦД (соматоформная вегетативная дисфункция)					
	впервые выявленная		7–10 дн.			7–10 дн.
	повторное обострение легкой степени	ВН нет				
	средней тяжести	2–3 дн.				2–3 дн.
	тяжелое	3–7 дн.				7–10 дн.
	ремиттирующ. течение		7–10 дн.			7–10 дн.
7.	Левожелудочковая недостаточность		2–3 нед.			2–3 нед.
8.	Острая ревматическая лихорадка					
	активность 1	1–2 дн.	17–20 дн.		до 5 дн.	25–30 дн.
	активность 2	35 дн.	30–32 дн.		15–25 дн.	45–55 дн.
	активность 3		35–40 дн.		15–25 дн.	55–65 дн.
	затяжное течение					до 4 мес.
9.	Комиссуротомия					
	неосложненная				после операции	2,5–3 мес и МРЭК
	осложненная					до 2,5 мес и МРЭК
10.	Ревматоидный артрит					
	первично-возникший		25–30 дн.			25–30 дн.
	активность 1–2	16–20 дн.				16–20 дн.
	активность 2		20–25 дн.			20–25 дн.
	активность 3		25–30 дн.		15–20 дн.	40–45 дн.
	затянувшееся течение					до 4 мес. и МРЭК
11.	Болезнь Бехтерева					
	впервые выявленная обострения легкое течение	18–20 дн.				18–20 дн.
	выраженное	25–30 дн.				25–30 дн.
	обострение 1–2 ст.	15–18 дн.				15–18 дн.
	обострение 2 ст.		16–18 дн.		8–12 дн.	22–30 дн.
	Обострение 3 ст.		25–30 дн.		15–20 дн.	40–50 дн.
12.	Пневмония					
	легкое течение		12–14 дн.	м.б. дневной стационар		12–14 дн.
	средней тяжести		14–16 дн.			14–16 дн.
	тяжелая		20–30 дн.		5–10 дн.	25–30 дн.
	долевая пневмония					
	неосложненная		20–25 дн.			20–25 дн.
	осложненная		до 25–35 дн.			до 25–35 дн.

№ п/п	Нозологическая форма	Амбулаторное лечение	Стационарное лечение	Санаторно-курортное долечивание	Амбулаторное долечивание	Оптимальные сроки ВН
13.	Хронический бронхит обострение					
	легкое течение впервые	6–8 дн.				6–8 дн.
	Повторный	8–10 дн.				8–10 дн.
	средней тяжести					
	впервые без ДН	14–16 дн.				14–16 дн.
	повторное без ДН	14–18 дн.	14–18 дн.			14–18 дн.
	впервые с ДН		16–18 дн.			1–18 дн.
	повторное с ДН		18–23 дн.			1–23 дн.
	Тяжелое		до стабилизац. состояния			
14.	Острый бронхит					
	легкое течение	5–7 дн.				5–7 дн.
	Тяжелое	10–12 дн.				10–12 дн.
15.	Грипп					
	легкая форма	5–7 дн.				5–6 дн.
	средней тяжести	6–8 дн.				6–8 дн.
	тяжелая форма		8–10 дн.		2–3 дн.	8–12 дн.
16.	ОРВИ					
	легкая форма	ВН нет или амбулаторно до 3-х дней				
	средней тяжести	4–6 дн.				4–6 дн.
	тяжелая форма	7–8 дн.				7–8 дн.
17.	Бронхиальная астма					
	приступ впервые		7–10 дн.			7–10 дн.
	повторный легкий	2–3 дн.				2–3 дн.
	одиночный ср. тяжести	5–7 дн.				5–7 дн.
	повторный ср. тяжести		7–10 дн.			7–10 дн.
	средней тяжести с ДН		18–21 дн.		2–3 дн.	20–23 дн.
	тяжелая степень		до стабилизац. состояния			
18.	Бронхоэктатическая болезнь					
	легкой степени	10–14 дн.	10–14 дн.			10–14 дн.
	средней тяжести		до 21 дн.			до 21 дн.
	тяжелой степени	ограничение по МРЭК				
	сегментэктомия	ВН до 2–2,5 мес.				
	лобэктомия	ВН до 4 мес.				
19.	Хронический гепатит					
	легкой степени		13–15 дн.			13–15 дн.
	средней степени		18–25 дн.		5–7 дн.	23–32 дн.
	тяжелой степени		28–32 дн.		3–5 дн.	31–37 дн.
20.	Цирроз печени					
	умер.-выраженное обострение		20–30 дн.		5–7 дн.	20–35 дн.
	микронодулярный обострение		20–25 дн.			20–25 дн.
	макронодулярный обострение		25–30 дн.		5–7 дн.	25–35 дн.
	выраженное обострение	до стабилизации процесса				
21.	Гастрит острый					
	легкий	3–6 дн.				3–6 дн.
	средней тяжести	6–8 дн.				6–8 дн.
	тяжелый		10–15 дн.			10–15 дн.

№ п/п	Нозологическая форма	Амбулаторное лечение	Стационарное лечение	Санаторно-курортное долечивание	Амбулаторное долечивание	Оптимальные сроки ВН
22.	Хронический гастрит обострение					
	легкое течение и средней тяжести	ВН нет				
	тяжелое течение и эрозивный		12–17 дн.			12–17 дн.
23.	Язвенная болезнь желудка					
	легкое течение	15–17 дн.	15–17 дн.			15–17 дн.
	средне-тяжелое		18–21 дн.			18–21 дн.
	тяжелое с осложнением		25–30 дн.			25–30 дн. и более
	Язвенная болезнь 12 перстной кишки					
	легкое течение	12–15 дн.	12–15 дн.			12–15 дн.
	средне-тяжелое		12–18 дн.			15–18 дн.
	тяжелое с осложнением		23–26 дн.			23–26 дн. и более
24.	Хронический панкреатит					
	легкое течение	ВН нет				
	средней тяжести		16–23 дн.			16–23 дн.
	тяжелое рецидивирующее течение	Ограничение по МРЭК				
25.	Хронический холецистит (обострение)					
	легкой степени	ВН нет				
	средней тяжести		12–16 дн.			12–16 дн.
	тяжелое		21–22 дн.			21–22 дн.
26.	Хронический гломерулонефрит (обострение)					
	форма латентная		18–20 дн.		10–12 дн.	30 дн.
	гематурическая		20–25 дн.		10–20 дн.	1–1,5 мес.
	гипертоническая		20–25 дн.		10–14 дн.	1–1,5 мес.
	нефротическая		30–40 дн.		30–45 дн.	1–3 мес.
	смешанная		40–45 дн.		40–45 дн.	2,5–3,5 мес.
27.	Острый гломерулонефрит					
	легкое течение		16–22 дн.			16–22 дн.
	средней тяжести		28–35 дн.			28–35 дн.
	тяжелое с нефротическим синдромом		до 50 дн. и выше			до 50 дн. и выше
28.	Острый пиелонефрит					
	острейшая форма		30–35 дн.		0,5–1 мес.	1,5–2 мес.
	острая		20–25 дн.		5–15 дн.	25–40 дн.
	подострая	15–20 дн.	15–20 дн.			15–20 дн.
	латентная	8–14 дн.				8–14 дн.
29.	Хронический пиелонефрит					
	латентная форма	12–15 дн.				12–15 дн.
	рецидивирующая					
	легкой степени	10–14 дн.	10–14 дн.			10–14 дн.
	средней тяжести		16–20 дн.		5–6 дн.	21–25 дн.
	тяжелой степени		30–40 дн.		5–10 дн.	35–45 дн.
30.	Деформирующий остеоартроз (обострение)					
	АКТ 1 степени		10–16 дн.			10–16 дн.
	АКТ 2 степени—3 ст.		16–18 дн.		4–7 дн.	20–25 дн.
	НФС 2-3 степени		МРЭК			

Анализ деятельности участкового терапевта

Показатели работы участкового терапевта — составная часть оценки деятельности поликлиники в целом.

Участковый терапевт должен ежеквартально корректировать и вносить необходимые данные в медицинский паспорт участка (см. раздел «Общие вопросы организации работы участкового терапевта»). В конце года составляется годовой отчет с анализом ряда показателей. Для более системного изложения отчета можно рекомендовать следующую схему:

- Паспорт участка (количество населения, контингент и социальный состав, преобладающие на участке; количество инвалидов).

- Нагрузка на 1 час приема в поликлинике и работы на дому, показатели участковости; количество (%) активных посещений на дому.

- Заболеваемость населения на участке, в том числе с временной утратой трудоспособности. Под заболеваемостью понимают совокупность впервые выявленных заболеваний за данный год (на 1000 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. Перечисленные показатели сравниваются с аналогичными средними показателями по городу, району и т.д.

- Первичный выход на инвалидность.

- Смертность и летальность на дому с указанием пола, возраста умерших и анализом причин смерти. Летальность отражает отношение числа случаев смерти среди больных той или иной болезнью к общему числу таких больных. Смертность — частота случаев смерти в определенной совокупности людей, объединенных тем или иным признаком (возраст, пол, социальное положение, метод лечения).

- Показатели госпитализации (плановой, экстренной, в дневной стационар).

- Расхождение клиничко-поликлинических диагнозов. Необходимо учесть, что все случаи расхождения должны быть проанализированы и обсуждены на врачебной конференции.

- Работа по диспансеризации. Показатели эффективности и качества диспансеризации изложены в разделе 3.

- Профилактическая и санитарно-просветительная работа: сколько и каких прививок проведено, сколько прочитано лекций, бесед, выпущено санитарных бюллетеней и т.д.

По требованию администрации ЛПУ в отчет могут вноситься и другие показатели: наличие обоснованных жалоб, случаи выявления запущенных форм туберкулеза и онкологических заболеваний, болезненность по отдельным нозологическим формам (общее количество больных данной нозологией с учетом впервые выявленных в данном году на 1000 населения) и т.д.

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

Основная и дополнительная методическая литература.

Основная

1. *Гиткина Л.С.* Врачебно-трудовая экспертиза. — Мн., 1981.
2. *Козловский И.В.* Поликлиническая работа терапевта. — Мн., 1987.
3. *Матвейков Г.П.* Справочник по организации терапевтической помощи. — Мн., 1987.
4. *Нейко Е.М.* Амбулаторный прием терапевта. — Киев, 1986.
5. *Самсон Е.М.* Поликлиническая терапия. — Киев, 1985.

Дополнительная

6. Брицко Н.П. и др. Экспертиза временной нетрудоспособности. — М., 1988.
7. Сборник законодательных и инструктивных документов по медико-социальной экспертизе и реабилитации. — Мн., 1996.
8. *Общепрактическая и семейная медицина / Под ред. М. Кохена.* — Мн., 1997.
9. Приказы МЗ РБ, Постановления и другая нормативная документация, отраженная в данном пособии (копии которых должны быть в лечебно-профилактических учреждениях и региональных УЗО).

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Основные разделы работы участкового врача	4
Лечебно-диагностическая деятельность	4
Медицинская реабилитация больных	11
Профилактическая работа участкового терапевта	16
Санитарно-просветительная работа	16
Прививочная работа	16
Диспансеризация	16
Медико-социальная экспертиза	27
Оптимально-минимальные сроки временной нетрудоспособности при терапевтических заболеваниях (по материалам БНИИЭТИН)	39
Анализ деятельности участкового терапевта	42
Основная методическая литература	44
Дополнительная методическая литература	44