

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

Э. Н. ПЛАТОШКИН, Н. В. ВАСИЛЕВИЧ

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Учебно-методическое пособие
для студентов 4 курса лечебного факультета

Гомель
ГГМУ
2009

УДК 616-085+378.371.388:614.876

ББК 53.5

П 37

Рецензенты:

кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней № 1
Гомельского государственного медицинского университета

И. М. Мистюкевич,

доктор медицинских наук, доцент,

заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Гомельского государственного медицинского университета

В. И. Бронский

Платошкин, Э. Н.

П 37 Поликлиническая терапия: учеб.-метод. пособие для студентов 4 курса лечебного факультета / Э. Н. Платошкин, Н. В. Василевич. — Гомель: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2009. — 32 с.

ISBN 978-985-506-260-9

Соответствует учебному плану и типовой программе по поликлинической терапии для студентов лечебно-профилактического факультета высших медицинских учебных заведений Министерства здравоохранения РБ от 03.09.1997 г.

В пособии отражены вопросы организации амбулаторно-поликлинической помощи в Республике Беларусь, медико-социальной экспертизы, диспансеризации населения, профилактической работы участкового терапевта, санаторно-курортного лечения.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 1 июля 2009 г., протокол № 7.

УДК 616-085+378.371.388:614.876

ББК 53.5

ISBN 978-985-506-260-9

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2009

1. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

В соответствии с номенклатурой учреждений здравоохранения, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь, к амбулаторно-поликлиническим учреждениям относятся:

- 1) амбулатория;
- 2) амбулатория врача общей практики;
- 3) городская поликлиника;
- 4) детская городская поликлиника;
- 5) детская городская стоматологическая поликлиника;
- 6) здравпункт врачебный;
- 7) здравпункт фельдшерский;
- 8) косметологическая лечебница;
- 9) поликлиника ведомственная;
- 10) стоматологическая поликлиника;
- 11) фельдшерско-акушерский пункт;
- 12) физиотерапевтическая поликлиника;
- 13) центральная районная поликлиника.

Кроме того, амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают поликлинические отделения больниц, родильных домов, специализированных диспансеров.

Городская поликлиника (далее — поликлиника) — многопрофильная лечебно-профилактическая медицинская организация, предназначенная для осуществления в районе своей деятельности широких профилактических мер по предупреждению и снижению заболеваемости и инвалидности; диспансеризации населения; раннего выявления больных; оказания консультативной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи; проведения медицинской реабилитации; формирования здорового образа жизни.

Поликлиника организуется в установленном порядке в городах, рабочих поселках и поселках городского типа, может входить в состав больничного учреждения или территориального медицинского объединения на правах структурного подразделения для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению, проживающему в районе ее деятельности по **участково-территориальному принципу**.

Основной целью поликлиники является сохранение и укрепление здоровья прикрепленного по медицинскому обслуживанию населения, удовлетворение потребностей населения в квалифицированной специализированной медицинской помощи. В соответствии с основной целью **задачами поликлиники** являются:

- 1) оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению обслуживаемой территории в поликлинике и на дому;
- 2) совершенствование организации медицинской помощи, внедрение в практику работы стационарзамещающих технологий;
- 3) организация и проведение комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения;
- 4) организация и осуществление диспансеризации населения;
- 5) обеспечение преемственности в деятельности поликлиники, стационаров, диспансеров, диагностических центров, научно-практических центров и других организаций и учреждений;
- 6) совершенствование организационных форм и методов работы поликлиники, направленных на повышение качества и эффективности лечебно-диагностической работы и медицинской реабилитации больных и инвалидов;
- 7) проведение работы по гигиеническому воспитанию населения.

Для осуществления этих задач поликлиника организует и проводит:

- 1) оказание первой и неотложной медицинской помощи пациентам при острых и внезапных заболеваниях, травмах, отравлениях и других несчастных случаях;
- 2) своевременное и квалифицированное оказание амбулаторной помощи в соответствии с установленными объемами и стандартами;
- 3) оказание врачебной помощи на дому пациентам, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не имеют возможности посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, систематическом наблюдении или решении вопроса о госпитализации;
- 4) раннее выявление заболеваний, квалифицированное и в полном объеме в соответствии со стандартом обследование больных и здоровых, обратившихся в поликлинику;
- 5) оказание лечебно-профилактической и реабилитационной помощи в условиях дневного стационара и стационара на дому;
- 6) своевременную госпитализацию лиц, нуждающихся в стационарном лечении, с предварительным обследованием их на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами обследования;
- 7) все виды профилактических осмотров (предварительных при поступлении на работу, периодических, целевых и др.);
- 8) диспансеризацию здоровых и больных лиц в соответствии с действующими инструктивными документами;
- 9) раннюю медицинскую реабилитацию больных;
- 10) противоэпидемические мероприятия (совместно с центрами гигиены и эпидемиологии): прививки, выявление и госпитализация инфекционных больных, динамическое наблюдение за контактами с инфекционными больными и реконвалесцентами;

11) проведение лечебно-диагностических мероприятий по выявлению туберкулеза, заболеваний передающихся половым путем, своевременную передачу информации о выявленных больных в соответствующие медицинские организации;

12) экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности больных, выдачу листков нетрудоспособности и трудовых рекомендаций;

13) отбор на медицинскую реабилитацию на санаторно-курортном этапе, направление на МРЭК лиц с признаками стойкого ограничения жизнедеятельности;

14) гигиеническое воспитание населения;

15) проведение медицинской реабилитации больным с нарушениями функций, ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью;

16) мероприятия по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала;

17) осуществление деятельности по привлечению внебюджетных средств в соответствии с действующим законодательством;

18) учет деятельности персонала и структурных подразделений поликлиники, составление отчетов по утвержденным формам и анализ статистических данных, характеризующих работу поликлиники.

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.12.2007 г. № 161 утверждены отраслевые нормы времени обслуживания взрослого населения врачами государственных организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, финансируемых за счет средств бюджета (таблица 1).

Таблица 1 — Отраслевые нормы времени обслуживания взрослого населения врачами государственных организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, финансируемых за счет средств бюджета

Наименование должности врача	Первичный прием	Время (в минутах) на 1 посещение	
		профилактический осмотр в выделенные дни или часы (в поли- клинике и на выездах)	консультативное посещение в город- ской (районной) поли- клинике
Врач общей практики	15	10	—
Врач-терапевт	15	9	15
Врач-терапевт участковый	15	9	—
Врач-акушер-гинеколог	15	10	15
Врач-хирург	8	5	9
Врач-невролог	13	9	15
Врач-реабилитолог	15	—	25
Врач-гериатр	15	—	20
Врач-кардиолог	15	10	20
Врач-ревматолог	15	—	17
Врач-инфекционист	15	—	15

Вся территория обслуживания поликлиники делится на участки, за каждым участком закреплен *участковый врач-терапевт*. В соответствии с государственными социальными стандартами обеспеченности населения врачами на одного участкового врача-терапевта приходится в среднем 1700 человек взрослого населения (администрация поликлиники может изменять этот норматив в зависимости от реальных условий закрепленного участка — густонаселенность, отдаленность, частный сектор или многоэтажная застройка, возрастной состав населения и др.).

2. 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.

Здоровый образ жизни — это образ жизни, основанный на принципах нравственности, рационально организованный, активный, трудовой, закалывающий, и в то же время, защищающий от неблагоприятных воздействий окружающей среды, позволяющий до глубокой старости сохранять нравственное, психическое и физическое здоровье.

Здоровый образ жизни включает в себя следующие основные элементы: плодотворный труд, рациональный режим труда и отдыха, оптимальный двигательный режим, рациональное питание, искоренение вредных привычек и т. п.

В нашей стране разработан План мероприятий по реализации положений Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, утвержденный Советом Министров Республики Беларусь, охватывающий все аспекты антитабачной деятельности. Работа по профилактике табакокурения на территории республики проводится в комплексе всех мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни и мотивации населения, для принятия позитивных решений в отношении укрепления и сохранения здоровья.

Огромный ущерб, который наносит алкоголизм, и злоупотребление алкоголем обществу обуславливает государственное значение этой проблемы. В Республике Беларусь и утверждена «Государственная программа по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2006–2010 гг.».

Большое внимание уделяется качеству оказания наркологической помощи. В течение последних 3-х лет внедрен комплексный подход к лечению зависимостей: помощь больным оказывается врачами-наркологами, психотерапевтами, психологами. Антиалкогольные и антинаркотические программы позволяют снизить распространенность алкоголизма, потери от временной нетрудоспособности и инвалидности, заболеваемость соматическими болезнями и риск травматизма. Улучшается эффективность диспансеризации больных алкоголизмом. За последние годы увеличилось число лиц, вернувшихся к трезвой жизни.

В республике с избыточным весом более половины населения. Медицинской наукой подтверждено, что среди заболеваний, связанных с избыточным весом злокачественные опухоли составляют 1,7 %, желчнокаменная болезнь — 0,2 %, сахарный диабет — 1,2 %, ИБС на фоне артериальной гипертензии — 2,9 %.

Рациональное питание обеспечивает правильный рост и формирование организма, способствует сохранению здоровья, высокой работоспособности и продлению жизни.

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.

3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

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. В нашей стране диспансеризация населения осуществляется на основании Постановления МЗ РБ № 92 от 12 октября 2007г. «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь», Инструкции «О порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь» с приложениями 1 и 2 (Форма № 131/у-Д) и примерной схемы диспансерного динамического наблюдения за больными, состоящими в группе Д (I и Д (III)).

Согласно этим документам граждане Республики Беларусь имеют право пройти диспансерный осмотр и при наличии медицинских показаний находиться под диспансерным динамическим наблюдением в организациях здравоохранения, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь взрослому населению.

- В отделении (кабинете) профилактики организации здравоохранения заполняется медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у) и учетная форма № 131/у-Д «Карта учета диспансерного наблюдения» согласно приложению 1 к настоящей Инструкции (далее — карта учета диспансерного наблюдения).

- Диспансерный осмотр выполняется в объеме исследований, определенных для каждой возрастной группы взрослого населения:

- 1) 18–29 лет: измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза крови (по показаниям), флюорография, осмотр врача гинеколога и молочных желез (женщины);

- 2) 30–39 лет: измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза и холестерин крови (по показаниям), ЭКГ, осмотр врача акушера-гинеколога и молочных желез (женщины), флюорография;

- 3) 40 лет и старше: измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза крови, холестерин крови, оценка риска сердечно сосудистых заболеваний по таблице SCORE, измерение внутриглазного давления, ЭКГ, осмотр врача акушера-гинеколога и молочных желез (женщины), исследование предстательной железы (мужчины), флюорография.

Результаты диспансерного осмотра фиксируются в медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025/у), карте учета диспансерного наблюдения.

С учетом результатов проведенных лабораторных, клинических и инструментальных исследований и с целью планирования проведения необходимых медицинских мероприятий, врачом отделения (кабинета) профилактики организации здравоохранения определяется принадлежность гражданина к группе диспансерного динамического наблюдения:

Д (I) — здоровые граждане, не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, у которых в анамнезе или во время диспансерного осмотра не выявлены острые, хронические заболевания или нарушения функций отдельных органов и систем организма, а также, имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья (без тенденции к прогрессированию), не оказывающие влияния на трудоспособность;

Д (II) — практически здоровые граждане, имеющие в анамнезе острые заболевания или факторы риска хронических заболеваний;

Д (III) — граждане, имеющие хронические заболевания, с умеренными или выраженными нарушениями функции органов и систем организма,

с периодическими обострениями и снижением работоспособности, кратность диспансерных осмотров которым определяется в соответствии с примерной схемой диспансерного динамического наблюдения, согласно приложению 2 к настоящей Инструкции.

Из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III) выделяют граждан:

- 1) не имеющих группу инвалидности по заболеванию — Д (III)а;
- 2) имеющих группу инвалидности по заболеванию — Д (III)б.

В каждой группе диспансерного динамического наблюдения следует учитывать граждан с факторами риска возникновения определенных заболеваний или обострения имеющегося хронического заболевания.

При определении группы диспансерного динамического наблюдения могут быть использованы результаты предшествующих диспансерному осмотру медицинских осмотров, в том числе лабораторных, клинических и инструментальных исследований, если их давность не превышает 12 месяцев.

Для граждан, состоящих в группе диспансерного динамического наблюдения Д (II), врачом отделения (кабинета) профилактики организации здравоохранения составляется индивидуальная программа профилактики факторов риска развития заболеваний.

Граждане, состоящие в группе диспансерного динамического наблюдения Д (III), перенесшие некоторые острые заболевания, операции, травмы, имеющие повышенный риск возникновения различных заболеваний и подвергающиеся воздействию вредных условий труда ставятся на диспансерный учет для дальнейшего диспансерного динамического наблюдения у врачей-терапевтов участковых, врачей-специалистов соответствующего профиля (врача общей практики).

Отказ гражданина от диспансерного динамического наблюдения фиксируется в медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025/у), заверяется его подписью и врача организации здравоохранения.

Особенности диспансеризации граждан, пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, и приравненных к ним категорий населения отражены в Постановлении МЗ РБ от 31 августа 2001г. № 57 и Приказе МЗ РБ от 18 октября 2001г. № 250.

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;

в) анализ эффективности проведенной работы.

Основные показатели диспансеризации:

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

— периодичность динамического наблюдения.

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.

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 «Карта учета диспансерного наблюдения» (форма 131/у-Д).

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: а) отсутствие признаков обострения заболевания; б) снижение сроков временной нетрудоспособности; в) переход заболевания в более легкую клиническую стадию; г) снижение первичного выхода на инвалидность; д) изменение группы инвалидности на менее тяжелую.

Учитываются также количественные показатели:

1. 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));

2. 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).

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

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

5. 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).

4. 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 Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности 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.

Врач общей практики, врач участковой больницы (амбулатории), если он работает один, имеет право выдавать листки нетрудоспособности при амбулаторном и при стационарном лечении единолично на весь период временной утраты трудоспособности, но не более чем на 14 календарных дней подряд по одному случаю временной нетрудоспособности. Вопрос о дальнейшем продлении листков нетрудоспособности на срок до 30 календарных дней решается после консультации со специалистом вышестоящей организации здравоохранения, а на срок более 30 календарных дней — ВКК организации здравоохранения.

В таком же порядке управлениями здравоохранения (охраны здоровья) областных исполнительных комитетов по согласованию с областными управлениями Фонда может быть предоставлено право выдавать листки нетрудоспособности фельдшеру, который исполняет обязанности врача (главного врача) участковой больницы (сельской врачебной амбулатории). Эти же органы могут разрешить выдавать листки нетрудоспособности фельдшеру, (акушерке) фельдшерско-акушерского пункта единолично на срок до 3 календарных дней, а в период эпидемии гриппа — до 6 календарных дней.

Студенты медицинских ВУЗов 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 единовременно на срок не более чем на 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.

Больным, у которых временная нетрудоспособность при амбулаторном или стационарном лечении по одному или разным заболеваниям продолжается более 30 календарных дней подряд, листок нетрудоспособности продлевается после обязательного освидетельствования их на ВКК через 30, 60, 90 и 105 дней от начала временной нетрудоспособности, а при заболевании туберкулезом — через 30, 60, 90, 120, 150, 165 календарных дней. При повторных случаях обострений одного либо родственных заболеваний обязательное освидетельствование больных на ВКК проводится, когда суммарная временная нетрудоспособность (при двух и более случаях) за последние 12 месяцев составила 60, 90, 120, 135 календарных дней, а при туберкулезе — 60, 90, 120, 150, 180, 210, 225 календарных дней. После осмотра ВКК в листке нетрудоспособности в строке «ВКК» указывает дату осмотра, продолжительность случая временной нетрудоспособности в днях, которые заверяются подписью и личной печатью врача, являющегося председателем ВКК.

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 заболевани-

ям — 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.

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.

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом акушером-гинекологом или врачом, ведущим прием беременных женщин, совместно с заведующим женской консультацией (заведующим отделением, главным врачом) с 30 недель беременности единовременно на 126 календарных дней (женщинам, проживающим, работающим, проходящим службу, обучающимся на территории радиоактивного загрязнения — с 27 недель беременности на 146 календарных дней), независимо от того, в каком сроке беременности или после родов женщина обращается за освобождением от работы. При этом в строке листка нетрудоспособности «Вид нетрудоспособности» производится запись — «Беременность, 30(27) недель», в строке «Режим» — «Амбулаторный — стационарный». В случае осложненных родов, рождении двух и более детей ВКК организации здравоохранения, в которой родился ребенок, выдает листок нетрудоспособности сроком на 14 календарных дней как продолжение предшествующего листка нетрудоспособности, выданного в связи с беременностью и родами. В этом случае в строке листка нетрудоспособности «Вид нетрудоспособности» указывается «Беременность и роды», в строке «Особые отметки» — «Осложненные роды (Рождение двойни)». Перечень осложненных родов, при которых выдается листок нетрудоспособности на указанный период, определяется Минздравом.

При родах, наступивших до 30 недель беременности (до 27 недель у женщин, проживающих, работающих, проходящих службу, обучающихся на территории радиоактивного загрязнения), и рождении живого ребенка листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается единовременно на 140 календарных дней (женщинам, проживающим, работающим, проходящим службу, обучающимся на территории радиоактивного загрязнения — на 160 календарных дней), а в случае рождения мертвого ребенка — на 70 календарных дней.

Листок нетрудоспособности выдается ВКК организации здравоохранения, в которой произошли роды (при рождении ребенка вне организации здравоохранения — ВКК организации здравоохранения, которой беременная женщина наблюдалась). В строке листка нетрудоспособности «Вид нетрудоспособности» производится запись «Беременность и роды, и срок беременности», в строке «Особые отметки» — «Преждевременные роды и их дата».

Лицам, усыновившим (удочерившим), а также назначенным опекунами ребенка в возрасте до 3-х месяцев, выдается листок нетрудоспособности на 70 календарных дней со дня усыновления (удочерения) или установления опеки. Листок нетрудоспособности выдается ВКК организации здравоохранения, в которой родился ребенок, если новорожденный передается непосредственно из стационара, в остальных случаях — ВКК женской консультации по месту обслуживания. В строке листка нетрудоспособности «Вид нетрудоспособности» указывается «Беременность и роды».

Женщинам, обучающимся на дневных отделениях в профессионально-технических, средне-специальных, высших учреждениях образования (в том числе негосударственных), магистратуре, аспирантуре, клинической ординатуре и докторантуре и совмещающим учебу с работой, листки нетрудоспособности в случаях беременности и родов выдаются и для представления по месту учебы, и по месту работы.

Женщинам, у которых право на получение листка нетрудоспособности в связи с беременностью и родами наступило в течение 2 месяцев после окончания учебного заведения, и период освобождения от работы продолжается после дня, с которого они должны были приступить к работе согласно направлению, выдаются два листка нетрудоспособности: первый — по день, предшествующий дню, установленному для явки на работу (для представления по месту учебы), а второй — со дня, установленного для явки на работу (для представления по месту работы). При этом в строке «Заключение о трудоспособности» первого листка нетрудоспособности указывается «Выдано продолжение листка нетрудоспособности по беременности и родам». Второй листок нетрудоспособности выдается как продолжение ранее выданного листка нетрудоспособности.

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 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:

— для специального лечения в другом городе; для отпуска на санаторно-курортное лечение;

— доплатного ЛН при частичной ВН вследствие туберкулеза профессионального заболевания (выдается не более, чем на 2 месяца);

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

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

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

— 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.

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

— больных с детства и лиц пенсионного возраста при наличии признаков инвалидности;

— инвалидов для очередного переосвидетельствования и досрочного переосвидетельствования;

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

— инвалидов для определения медицинских показаний для обеспечения специальным автотранспортом;

— для изменения причины инвалидности при наличии соответствующих документов.

8. Выдача заключений ВКК по различным вопросам:

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

— об освобождении от выпускных экзаменов учеников общеобразовательных школ, гимназий и лицеев;

— о наличии права на предоставление дополнительной или отдельной жилой площади;

— 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 вызы-

вают *необходимость 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 постоянно-го 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, противорестественный 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, заболевание, 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.

5. 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:

1. Паспорт участка (количество населения; контингент и социальный состав, преобладающие на участке; количество инвалидов).
2. Нагрузка на 1 час приема в поликлинике и работы на дому, показатели участковости; количество (%) активных посещений на дому.
3. 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.
4. Первичный выход на инвалидность.
5. 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).

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

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

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

9. 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.

6. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Местности, обладающие природными лечебными средствами (особым климатом, минеральными источниками, грязями и т. п.), в которых созданы лечебно-профилактические учреждения (санатории, лечебницы, поликлиники), а также дома отдыха, пансионаты и пр. называются *курортными* или *курортами*. Стационарные лечебно-профилактические учреждения, использующие для лечения больных, преимущественно, природные ресурсы в сочетании с диетой, физиотерапией, лечебной физкультурой, при соблюдении установленного режима лечения и отдыха называются *санаториями*. В зависимости от природных лечебных факторов курорта и утвержденных для него медицинских показаний каждый санаторий имеет свой медицинский *профиль* (специализацию). Санатории Республики Беларусь, как правило, многопрофильные (с двумя и более специализированными профилями лечения больных). Все курорты по природным лечебным факторам подразделяются на *климатические*, где основным лечебным фактором является тип климата, *бальнеологические* — естественные (природные) минеральные воды и грязевые. Почти все курорты Беларуси — климатобальнеологические или климатобальнеогрязевые.

Санаторно-курортное лечение — важное звено в комплексе восстановительного лечения большинства заболеваний. На санаторно-курортное лечение обычно направляются больные в фазе реконвалесценции после перенесенного острого заболевания или ремиссии хронического заболевания. Необходимость в лечении определяется лечащим врачом совместно с

заведующим отделением, а там где его нет — главным врачом лечебно-профилактического учреждения по месту постоянного жительства или работы больного. При выборе курорта и профиля санатория врачам следует руководствоваться медицинскими показаниями и противопоказаниями для санаторно-курортного лечения. При наличии показаний к санаторно-курортному лечению больному выдается на руки медицинская справка (форма 298-а) для представления в комиссию по оздоровлению по месту работы для получения путевки. В справке указываются диагноз заболевания, которым страдает больной, курорт, профиль санатория, время года. Все эти данные фиксируются в медицинской карте амбулаторного больного и в соответствующем журнале. Справка действительна в течение одного года.

При наличии у пациента на руках путевки, соответствующей профилю санатория, лечащий врач после необходимого лабораторно-инструментального исследования и при отсутствии противопоказаний заполняет санаторно-курортную карту (форма 072/у), заверяет своей подписью и подписью заведующего отделением (главного врача) и печатью лечебно-профилактического учреждения. О выдаче санаторно-курортной карты делается соответствующая запись в амбулаторной карте больного и в соответствующем журнале. Санаторно-курортная карта действительна в течение 2-х месяцев. Без санаторно-курортной карты путевка недействительна.

Климат Беларуси является умеренно континентальным, представляя собой сочетание мягкого климата приморской полосы и континентального Восточно-Европейской равнины. Он умеренно теплый, характеризуется мягкой зимой, умеренно жарким летом, несколько прохладной весной, теплой осенью. Среднегодовая температура — +6 °С. Среднее количество осадков в год — 550–650 мм. Ветры обычно слабые (до 5 м/сек.). Продолжительность теплого периода составляет 225–260 дней.

Почти на всей территории Республики Беларусь в настоящее время обнаружены минеральные воды различного ионно-солевого и газового состава с наличием тех или иных микрокомпонентов, температуры и т.д.

Все минеральные подземные воды Беларуси в зависимости от их состава, свойств и лечебного значения подразделяются на несколько *бальнеологических групп*. Основные из них: гидрокарбонатные, сульфатные, хлоридные и сложного состава — гидрокарбонатно-сульфатные, гидрокарбонатно-хлоридные и сульфатно-хлоридные. Название химического состава воды дается по содержанию ионов от меньшего к большему). Поскольку все подземные минеральные воды содержат те или иные растворимые газы, перечисленные группы вод разделяются по их общему газовому составу на 2 подгруппы — азотные и углеводородные

Из известных в мировой практике 4 типов лечебных грязей (иловых или сульфидных, сопочных, торфяных, сапропелевых и близкой к ним нафталановой нефти) в республике Беларусь достаточны запасы только торфяных и сапропелевых грязей.

Наряду с санаториями, находящимися на курорте, существует сеть местных (пригородных) санаториев, организуемых преимущественно неподалеку от крупных городов в благоприятных ландшафтных микроклиматических условиях.

6.1. Перечень санаториев с учетом специализации:

1. Кардиологические: «Нарочь», «Строитель», «Белая Русь», «Боровое», «Сосны», «Приозерный», «Журавушка» (курорт «Нарочь»); «Летцы»; «Ченки»; «Васильевка»; «Россь»: «Буг»; «Полесье» (Брестская обл.); «Боровое» (г.п. Бегомль); «Городище»; «Березина» (г. Борисов); «Алеся», «Берестье» (Брестская обл.); «Несвиж»; «Сосновый Бор» (г.п. Радошковичи); «Беларусь» (г. Сочи); «Белая Русь» (г. Туапсе); «Белоруссия» (г. Юрмала).

2. Гастроэнтерологические: «Нарочь», «Белая Русь», «Приозерный» (курорт «Нарочь»); «Криница», «Беларусь» (курорт «Ждановичи»); «Летцы»; Лепельский военный санаторий; «им. В.И. Ленина» (г. Бобруйск); «Поречье» (Гродненский район); «Сосновый Бор» (г.п. Радошковичи).

3. Для лечения заболеваний органов дыхания (нетуберкулезной этиологии): «Боровое», «Сосны», (курорт «Нарочь»), «Беларусь» (курорт «Ждановичи»); «Буг»; «Городище»; «Березина» (г. Борисов); «Алеся», «Берестье» (Брестская обл.); «Белая Русь» (г. Туапсе).

4. Для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата: «им. В.И. Ленина» (г. Бобруйск); «Приднепровский»; «Летцы»; «Радон»; «Приозерный», «Журавушка» (курорт «Нарочь»); «Боровое» (г.п. Бегомль), «Поречье» (Гродненский район); «Рассвет» (Любанский район); «Беларусь» (г. Сочи); «Белая Русь» (г. Туапсе); Минская водо-грязелечебница.

5. Для лечения заболеваний эндокринной системы и обмена веществ: «Летцы»; «Крыница», «Беларусь» (курорт «Ждановичи»).

6. Для лечения заболеваний почек: «Рассвет» (Любанский район).

7. Неврологические: «им. В.И. Ленина» (г. Бобруйск); «Летцы», «Строитель», «Приозерный», «Сосны», «Журавушка» (курорт «Нарочь»); «Васильевка»; «Несвиж»; «Радон»; «Боровое» (г.п. Бегомль); «Березина» (г. Борисов); Лепельский военный санаторий; «Алеся», «Берестье», «Полесье» (Брестская обл.); «Сосновый Бор» (г.п. Радошковичи); «Белая Русь» (г. Туапсе); «Белоруссия» (г. Юрмала).

8. Гинекологические: «Приднепровский»; «Летцы», Минская водо-грязелечебница.

6.2. Общие противопоказания, исключая направление больных на санаторно-курортное лечение:

1. Все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения.
2. Острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции.
3. Все венерические заболевания.

4. Психические заболевания и все формы наркомании, а также хронический алкоголизм, эпилепсия, умственная отсталость с патологическим развитием личности, выраженными расстройствами поведения и социальной адаптации.
5. Злокачественные опухоли и злокачественные заболевания крови.
6. Кахексия любого происхождения, амилоидоз внутренних органов.
7. Тяжелая степень сахарного диабета.
8. Эутиреоидное увеличение щитовидной железы III стадии, а также II стадии с наличием узловых образований, требующих стационарного лечения и второй стадии при получении лучевой нагрузки на щитовидную железу более 200 рад. (БЭР).
9. Эхинококкоз любой локализации.
10. Часто повторяющиеся или обильные кровотечения любой этиологии.
11. Беременность (все сроки) с сопутствующей экстрагенитальной патологией, требующей пребывания в условиях стационара и акушерской патологией (угроза выкидыша, кровотечения и др.).
12. Все формы туберкулеза в активной стадии (курорты и санатории нетуберкулезного профиля).
13. Различные неуточненные лимфаденопатии.
14. Выраженные гипоиммунные и иммунодефицитные состояния, требующие обследования в специализированных лечебных учреждениях.
15. Недостаточность кровообращения III стадии, тяжелые нарушения сердечного ритма.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Платошкин, Э. Н.* Поликлиническая терапия: учеб.-метод. пособие для студентов 4-го курса лечебного факультета / Э. Н. Платошкин, Н. В. Василеви. — Гомель, 2009. — 33 с.
2. *Платошкин, Э. Н.* Профилактическая работа участкового врача-терапевта: мультимедийная лекция / Э. Н. Платошкин. — Гомель, 2009.
3. *Козловский, И. В.* Поликлиническая работа терапевта / И. В. Козловский. — Мн., 1987.

Дополнительная

1. *Матвейков, Г. П.* Справочник по организации терапевтической помощи / Г. П. Матвейков. — Мн., 1987.
2. Сборник законодательных и инструктивных документов по медико-социальной экспертизе и реабилитации. — Мн., 1996.
3. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.08.2001 № 57 «Положение о диспансеризации граждан, пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, и приравненных к ним категорий населения».
4. Постановление Министерства Здравоохранения Республики Беларусь, Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь № 52/97 от 09.07.2002 г. «Об утверждении инструкции о порядке выдачи листов нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности и Инструкции по заполнению листов нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности».
5. Примерная организационная структура городской амбулаторно-поликлинической организации / А. К. Цыбин [и др.]. — Мн., 2004. — 223 с.
6. Постановление Министерства Здравоохранения Республики Беларусь от 11.08.2004 № 32 «Об утверждении Инструкции об организации медицинской помощи подросткам в возрасте 15–17 лет».
7. Постановление «Об утверждении Положения о медико-реабилитационных экспертных комиссиях и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства Республики Беларусь и их отдельных положений» от 16.10.2007 г. № 1341.
8. Инструкция о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья от 25.10. 2007 г. № 97.
9. Постановление Министерства Здравоохранения Республики Беларусь от 12.10.2007 № 92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Основные принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи в Республике Беларусь.....	3
2. Профилактическая работа участкового терапевта.....	6
3. Диспансеризация населения в Республике Беларусь.....	7
4. Медико-социальная экспертиза	12
5. Анализ деятельности участкового терапевта	25
6. Санаторно-курортное лечение	26
6.1. Перечень санаториев с учетом специализации	28
6.2. Общие противопоказания, исключающие направление больных на санаторно-курортное лечение	28
Литература	30

Учебное издание

Платошкин Эрик Николаевич
Василевич Николай Владимирович

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Учебно-методическое пособие
для студентов 4 курса лечебного факультета

Редактор *О. В. Кухарева*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 24.09.2009
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 1,4. Уч.-изд. л. 1,5. Тираж 50 экз. Заказ № 230

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009

