

# **УНИВЕРСАЛЬНЫЙ СПРАВОЧНИК УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА**

*под ред. Елисеева Ю. Ю.*

Москва, 2017

УДК 616-07  
ББК 53.5  
А67

**Аникьева, Е. Ю.**

А67 Универсальный справочник участкового терапевта / Т. А. Журавлева, Е. В. Подземельников, Г. Н. Шеметова, Е. Ю. Аникьева, А. А. Белова: [под ред. Ю. Ю. Елисеева]. — М. : Научная книга / T8RUGRAM, 2017. — 894 с.

ISBN 978-5-519-62228-8

Данная книга представляет полный справочник, содержащий все самые необходимые для практической деятельности врача-терапевта сведения. Приведены практические рекомендации относительно клинической, лабораторной и инструментальной диагностики болезней внутренних органов, необходимые сведения о диспансеризации и экспертизе трудоспособности. Справочник рассчитан на участковых врачей-терапевтов, может быть полезен в практической деятельности врачам различных специальностей и студентам.

*Издательство не несёт ответственности за возможные последствия, возникшие в результате использования информации и рекомендаций этого издания. Любая информация, представленная в книге, не заменяет консультации специалиста.*

УДК 616-07  
ББК 53.5  
BIC MRG  
BISAC MED000000

ISBN 978-5-519-62228-8

© ООО «Литературная студия  
«Научная книга», издание, 2017  
© T8RUGRAM, оформление, 2017

---

---

## Введение

---

---

В последнее десятилетие резко возросли требования населения к качеству и эффективности оказания медицинской помощи.

Около 80% населения начинают и заканчивают лечение в амбулаторно-поликлинических учреждениях, поэтому от уровня работы медицинского персонала этих учреждений во многом зависит состояние медицинской помощи в стране. В настоящее время проведена большая работа по подготовке квалифицированных кадров и обеспечению ими здравоохранения. Однако проблема повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи населению страны не может быть решена только за счет экстенсивных факторов развития, т. е. за счет расширения сети учреждений здравоохранения, увеличения численности медицинских кадров, числа посещений и т. д. Врачи, ведущие амбулаторный прием и оказывающие медицинскую помощь больным на дому, значительную долю времени затрачивают на выполнение вспомогательных и дополнительных видов труда, особенно на оформление медицинской документации (более 40 %). Недостаточное внимание уделяется впервые обратившимся больным, больным с острыми и сложными формами болезней.

Имеются существенные упущения в сборе анамнеза, в физикальном исследовании, в рекомендациях по лечению, режиму труда и медицинской реабилитации. Во многих поликлиниках плохо организована консультативная работа, отсутствует согласованность в действиях участковых терапевтов и специалистов, в результате многие больные направляются на консультацию без должных показаний, что приводит к формальному выполнению этой работы. Низок уровень организации приема больных и посетителей, вследствие чего много времени затрачивается на ожидание у кабинетов врачей, удлиняются сроки обследования и лечения во вспомогательных лечебно-диагностических кабинетах. Не соответствуют требованиям связь и преемственность в работе городских поликлиник и стационарных учреждений, нередко име-

ют место врачебные ошибки в обследовании, диагностике и лечении больных, особенно в маломощных учреждениях.

Ведущая роль в оказании и организации амбулаторной медицинской помощи больным принадлежит терапевтам. Предусмотрено доведение численности обслуживаемого взрослого населения на 1 участкового терапевта в среднем до 1700 человек. Это обеспечивает условия для более полного и качественного выполнения участковыми терапевтами своих функциональных обязанностей, которые не только включают в себя оказание своевременной квалифицированной терапевтической помощи населению участка в поликлинике и на дому, но и имеют много организационных и профилактических аспектов, обеспечивающих взаимосвязь в работе всех специалистов.

В условиях углубляющейся специализации медицины и связанного с ней создания в городских поликлиниках кабинетов нового профиля (гастроэнтерологические, пульмонологические и др.) возникает серьезная проблема дальнейшего повышения интегрирующей роли участкового терапевта, необходимости постоянно совершенствовать взаимосвязь и преемственность между терапевтами и врачами более узких терапевтических специальностей, с одной стороны, и врачами других профилей — с другой. Особенно остра эта проблема в крупных городских поликлиниках — развитие специализированной медицинской помощи в этих учреждениях постоянно опережает процесс интеграции. Это проявляется в недостаточной взаимосвязи разных видов специализированной помощи, в определенном отрыве узких специалистов от участковых терапевтов.

Это повышает роль преемственности в работе врачей по улучшению качества поликлинической помощи больным, преемственность способствует совместному решению врачами разных специальностей вопросов диагностики, лечения, экспертизы трудоспособности, а также вопроса о том, кто из специалистов должен быть ведущим в лечении конкретного больного. Бригадный метод содействует расширению и улучшению врачебной помощи на дому, особенно специализированных ее видов. При этом участковый терапевт освобождается от лечения больных, нуждающихся в помощи врачей других специальностей. Все врачи бригады, медицинские сестры и регистраторы подчинены в оперативном отношении заведующему объединенным терапевтическим отделением.

В основу планирования деятельности поликлиники и ее штатов должна быть положена численность населения, обслуживаемого поликлиникой, его возрастной и половой состав, уровень и специфика заболеваемости. С этой целью следует силами участковых ме-

дицинских сестер периодически проводить перепись населения участков, участковым врачам изучать заболеваемость населения своего участка. Кроме оказания помощи основному населению, в обязанность поликлиники входит обслуживание работников промышленных предприятий, находящихся на ее территории и не имеющих медико-санитарных частей. Поэтому очень важно знать численность и состав этого контингента, уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности. В перспективном плане поликлиники должны быть учтены все возможные изменения численности населения, особенно если в районе ведется новое строительство жилых домов, расширяются промышленные предприятия.

Такое закрепление дает много преимуществ в организации медицинского обслуживания населения, главным из которых является полная осведомленность поликлиники и отдельных врачей о населении, т. е. о демографической ситуации, заболеваемости, условиях жизни, труда и пр.

Первостепенное место в повышении качества поликлинической помощи занимает продуманная, научно обоснованная система управления. Управление всегда должно начинаться со сбора информации и составления текущих и перспективных планов, которые должны быть в основе всего управления.

Планирование развития здравоохранения, в том числе и амбулаторно-поликлинической помощи, ведется в соответствии с перспективными планами экономического и социального развития. Планирование осуществляется на основе постановлений правительства, приказов Министерства здравоохранения РФ, определяющих задачи развития всего здравоохранения. Применительно к местным условиям определяют исходные данные: предполагаемая численность населения, его возрастная и половая структура, перспективы жилищного строительства, развитие народного хозяйства, затем производят тщательную инвентаризацию зданий существующих поликлиник, определяют их состояние, соответствие современным требованиям организации лечебно-диагностического процесса, оценивают степень пригодности для дальнейшего использования и возможности реконструкции. Техничко-экономические обоснования служат основой для составления генерального плана развития поликлинической сети города с пообъектной адресной программой проектирования и строительства новых поликлиник.

Постоянное изучение потребности населения во внебольничном обслуживании является важным моментом в развитии амбулаторно-поликлинической помощи.

При формировании терапевтических участков следует учитывать их протяженность, удаленность от поликлиники, наличие автотранспорта. Исходя из этого, численность населения на участке может несколько колебаться.

При планировании деятельности поликлиники должна учитываться потребность населения в поликлинической помощи, которая исчисляется на основе обращаемости населения в поликлинику, т. е. по количеству посещений на 1 жителя в год. Кроме посещений по поводу заболеваний, необходимо учитывать и профилактические посещения, число которых в связи с расширением диспансеризации постепенно будет увеличиваться. При планировании развития поликлиник могут вноситься необходимые коррекции в существующие нормативы для выполнения задач, диктуемых местными условиями. Размещение поликлиник в городе должно быть основано на принципе ступенчатости с учетом медико-санитарного зонирования территории города.

Профилактические посещения составляют приблизительно 30—35 % от общего числа посещений. План посещений определяется по каждой специальности, по всем вспомогательным отделениям и кабинетам. Планируется объем работы каждого вспомогательного отделения или кабинета: в лаборатории — количество анализов, в рентгеновском кабинете — количество рентгеноскопий и рентгенографий, в физиотерапевтическом — объем процедур и т. д.

Рекомендуются три основных уровня: общегородской — для оказания узкоспециализированной медицинской помощи населению всего города в поликлинических учреждениях городского значения (консультативные поликлиники медицинских вузов, научно-исследовательские институты, городские диспансеры); уровень медико-санитарных зон — для оказания специализированной помощи населению нескольких административных районов (консультативные поликлиники при многопрофильных больницах); районный уровень — для оказания медицинской помощи по основным медицинским специальностям населению одного административного микрорайона (60—70 тыс. населения). На этом уровне должно быть два типа поликлиник: в одном микрорайоне поликлиника, оказывающая медицинскую помощь по основным специальностям (терапии, хирургии, неврологии, офтальмологии, оториноларингологии, кардиологии, ревматологии), в другом — базовая поликлиника, где помимо приема по основным специальностям — организуются прием и консультации больных по некоторым узким специальностям, не представленным в обычных поликлиниках.

## **ЧАСТЬ I**

# **ОРГАНИЗАЦИЯ И СТРУКТУРА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**





---

---

## *Глава 1*

# **АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ РАБОТА**

---

---

## **СТРУКТУРА РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ**

### **Общая характеристика работы поликлиники**

Современная поликлиника является крупным многопрофильным, специализированным лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным оказывать медицинскую помощь и осуществлять комплекс профилактических мероприятий по оздоровлению населения и предупреждению заболеваний.

В ее функции входят: оказание первой медицинской помощи при острых и внезапных заболеваниях, травмах, лечение больных при обращении в поликлинику и на дому; организация и проведение диспансеризации; экспертиза временной нетрудоспособности, освобождение больных от работы, направление на ВТЭК лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности, направление больных на санаторно-курортное лечение; своевременная госпитализация нуждающихся в стационарном лечении.

Поликлиника проводит большую профилактическую работу, противоэпидемические мероприятия, санитарно-просветительную работу среди населения обслуживаемого района и изучает здоровье прикрепленного контингента населения, выявляет раннюю заболеваемость, организует статистический учет и анализ показателей состояния здоровья населения, изучает заболеваемость с временной утратой трудоспособности на прикрепленных промышленных предприятиях.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР № 1000 от 23.09.81 г. поликлиники в зависимости от мощности делятся на 5 групп:

- 1 группа — свыше 1200 врачебных посещений в смену, обслуживает более 80 тыс. населения;

- II — 751—1200 посещений в смену, обслуживает 50—79 тыс. населения;
- III — 501—750 посещений в смену, обслуживает 33—44 тыс. населения,
- IV — 251—500 посещений в смену, обслуживает 17—32 тыс. населения;
- V — до 250 посещений в смену, обслуживает до 17 тыс. населения. В настоящее время в крупных городах имеются два типа поликлиник: объединенные с больницами и не-объединенные — самостоятельные.

Приказом Министерства здравоохранения СССР № 1000 от 23.09.81 г. определена примерная организационная структура городской поликлиники.

## **Организационная структура поликлиники**

*I. Руководство поликлиники.*

*II. Регистратура.*

*III. Отделение профилактики:*

- кабинет доврачебного приема;
- смотровой женский кабинет;
- кабинет организации и контроля за диспансеризацией населения и ведения централизованной картотеки лиц, состоящих на диспансерном учете;
- кабинет для выявления лиц с повышенным риском заболевания — анамнестический;
- кабинет санитарного просвещения и гигиенического воспитания населения;
- кабинет профилактических осмотров декретированных контингентов (содержится за счет специальных средств).

*IV. Лечебно-профилактические подразделения*

- терапевтические отделения, кабинет для оказания медицинской помощи подросткам;
- хирургическое отделение (кабинет): централизованная стерилизационная;
- цеховое терапевтическое отделение;
- травматологическое отделение (кабинет);
- урологический кабинет;
- стоматологическое отделение (кабинет); кабинет терапевтической стоматологии; кабинет хирургической стоматологии;