

# ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

**Для студентов учреждений  
высшего образования**

# ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Утверждено  
Министерством образования Республики Беларусь  
в качестве учебника для студентов учреждений  
высшего образования по специальности  
«Лечебное дело»

Под редакцией М.В. Зюзенкова



Минск  
«Вышэйшая школа»  
2017

УДК 616-08-039.57(075.8)

ББК 53.5я73

П50

А в т о р ы: М.В. Зюзенков, И.Л. Месникова, Р.В. Хурса, Е.В. Яковлева

Рецензенты: кафедра поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсом дерматовенерологии Гомельского государственного медицинского университета (заведующий кафедрой кандидат медицинских наук, доцент *Н.Ф. Бакалец*); заведующий кафедрой общей врачебной практики Белорусской медицинской академии последипломного образования кандидат медицинских наук *Л.С. Богуш*

*Все права на данное издание защищены. Воспроизведение всей книги или любой ее части не может быть осуществлено без разрешения издательства.*

**Поликлиническая терапия : учебник / М. В. Зюзенков [и др.] ;**  
П50 под ред. М. В. Зюзенкова. – Минск : Вышэйшая школа, 2017. –  
623 с. : ил.

ISBN 978-985-06-2749-0.

Изложены организация и содержание работы участкового врача-терапевта, основные клинические синдромы при патологии внутренних органов. С современных позиций освещены часто встречающиеся заболевания внутренних органов, возможности их диагностики, лечения и врачебная тактика в амбулаторно-поликлинических условиях.

Для студентов старших курсов медицинских университетов, интернов, клинических ординаторов, практикующих терапевтов.

УДК 616-08-039.57(075.8)

ББК 53.5я73

ISBN 978-985-06-2749-0

© Оформление. УП «Издательство  
“Вышэйшая школа”», 2017

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Существующая система преподавания внутренних болезней на соответствующих кафедрах (пропедевтики внутренних болезней, внутренних болезней, поликлинической терапии) медицинского университета позволяет студентам получать значительный объем знаний, умений и практических навыков, необходимых в повседневной врачебной деятельности.

Преимственность и последовательность обучения студентов 4–5-го и 6-го курсов (субординатура по терапии) на кафедре поликлинической терапии способствуют систематизации и закреплению теоретических знаний и практических навыков по организации работы участкового врача-терапевта, амбулаторным аспектам диагностики, лечению, профилактике, экспертизе трудоспособности при заболеваниях внутренних органов. При этом у студента формируется конструктивное клиническое мышление, расширяется возможность применения метода синдромной диагностики заболеваний (от синдрома – к диагнозу) и принятия соответствующих решений, являющихся основой самостоятельной практической деятельности.

Важное значение имеет систематическое изучение студентом современной медицинской литературы (учебники, учебные пособия, журнальные статьи и т.п.).

Отсутствие в Республике Беларусь учебника «Поликлиническая терапия» предопределяет необходимость его издания на основе типовой учебной программы для высших учебных заведений.

В первой главе представлена необходимая информация по организации и основным аспектам работы участкового врача-терапевта. В главах, посвященных патологии отдельных систем организма, сначала рассматриваются основные клинические синдромы и их дифференциальная диагностика, затем – нозологические формы заболеваний внутренних органов по интегральному принципу: определение понятия болезни, распространенность, краткие сведения об этиологии и патогенезе, классификация, клиническая картина и диагностика, врачебная тактика в амбулаторно-поликлинических условиях.

При подготовке книги к изданию материал между авторами распределен следующим образом.

Глава 1 написана доцентом *Р.В. Хурса*, главы 2, 3, 7, 8 – профессором *М.В. Зюзенковым*.

Параграф «Абдоминальный болевой и диспептический синдромы» в гл. 4 написана совместно профессором *М.В. Зюзенковым* и доцентом *Р.В. Хурса*, а «Синдром раздраженного кишечника» – совместно с до-

центом *И.Л. Месниковой*, все остальные параграфы – профессором *М.В. Зюзенковым*.

Параграф «Мочевой синдром» в гл. 5 написана доцентом *Е.В. Яковлевой*, «Нефротический синдром», «Гломерулонефриты», «Пиелонефриты» – профессором *М.В. Зюзенковым* и доцентом *Е.В. Яковлевой*, «Хроническая болезнь почек» – профессором *М.В. Зюзенковым*.

Глава 6 написана профессором *М.В. Зюзенковым* и доцентом *И.Л. Месниковой*.

Учебник предназначен для студентов старших курсов медицинских университетов, клинических ординаторов, врачей-интернов, врачей-терапевтов и врачей общей практики, начинающих самостоятельно работать в амбулаторно-поликлинических условиях.

*М.В. Зюзенков,*  
доктор медицинских наук,  
профессор

## **Глава 1. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА**

Первичная медицинская помощь (ПМП) в Республике Беларусь включает развитую систему различных амбулаторных организаций (фельдшерско-акушерские пункты, сельские врачебные амбулатории, поликлиники, диспансеры и др.). Более половины всех посещений в поликлиниках и более 90% посещений врачами пациентов на дому приходится на долю терапевтической службы, а в структуре заболеваемости, смертности и причин инвалидности пациенты терапевтического профиля составляют более 30%. Таким образом, наиболее востребованными специалистами первичного звена отечественного здравоохранения являются терапевты амбулаторно-поликлинических организаций и врачи общей практики.

В основу организации медицинской помощи, включая терапевтическую, положен участково-территориальный, или участково-производственный (цеховой), принцип.

*Врачебный терапевтический участок* – это определенная численность населения, объединенная общностью территории проживания (часть города, районного центра, поселка и др.) или трудовой деятельности (по производственно-цеховому принципу), ПМП которым обеспечивает одна врачебная должность терапевта. Участковый врач-терапевт оказывает квалифицированную терапевтическую помощь.

Основными действующими документами, регламентирующими штатную численность должностей врачей и нормативы их нагрузки в амбулаторно-поликлинических организациях, в настоящее время являются постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 185 от 3 декабря 2012 г. «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений)» и № 161 от 13 декабря 2007 г. «Об утверждении отраслевых норм времени обслуживания взрослого и детского населения врачами государственных организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, финансируемых за счет средств бюджета».

Цеховую медицинскую службу финансирует предприятие, поэтому ее мощность и структура зависят от возможностей предприятия: от крупных санитарных частей с поликлиникой и стационаром до одного цехового терапевта, который может вести прием на базе ближайшей территориальной поликлиники. Наличие цеховой службы на предприятии не лишает пациентов права в полном объеме пользоваться услугами своей территориальной поликлиники.

Содержание работы участкового терапевта в значительной мере приближается к содержанию работы врача общей практики/семейного врача (равнозначные понятия), являющегося главным представителем первичного звена медицинской помощи в системах здравоохранения большинства стран мира.

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

Успешное функционирование терапевтической и других служб поликлиники невозможно без четкой организации, планирования работы и рабочего времени врача. Численность территориального терапевтического участка устанавливается главным врачом поликлиники в соответствии с действующими нормативами и учетом ряда факторов: половозрастного состава (по данным переписи населения), плотности населения участка, сложившейся посещаемости, и составляет 1700–1800 человек (примерно 0,59 должности терапевта на 1000 населения), для врачей общей практики – 1300 человек (взрослых и детей).

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

Для большинства врачей (включая участковых терапевтов) и средних медицинских работников установлена 38,5-часовая рабочая неделя. Рабочий день участкового терапевта складывается из амбулаторного приема в поликлинике (примерно 4 ч) и оказания пациентам помощи на дому (оставшееся время). Исходя из сложившейся практики, определена средняя норма нагрузки на терапевтическом приеме – 4,4 человека в час (из расчета 3 первичных посещения по 15 мин и 1,4 повторных по 10,7 мин). При работе на домашних визитах норма нагрузки составляет 2 пациента в час.

Количество часов, затрачиваемое врачом на эти виды работы, зависит от посещаемости поликлиники, количества вызовов на дом по дням недели, времени года, эпидемиологической ситуации и прочих обстоятельств. Поэтому время работы на амбулаторном приеме может или увеличиваться или сокращаться в пользу работы на дому в соответствии с необходимостью. В дни недели с более низкой посещаемостью (вторник, четверг) планируются преимущественно такие виды деятельности, как проведение диспансеризации, прививок, санитарно-просветительной работы и пр. Рационально составленный график работы повышает доступность участкового врача для населения. Практика показывает, что наиболее удобен такой график, когда врач поочередно работает в разные часы дня в разные дни недели (посменно). Заведующий отделением составляет график работы каждого терапевта на месяц, главный врач утверждает его.

Соответственно общему числу жителей, прикрепленных к территориальной поликлинике, определяется количество терапевтических участков, которые объединяются в терапевтические отделения – по 6,5–9 должностей терапевтов, на которые вводится должность освобожденного заведующего отделением.

Для регуляции потока пациентов в поликлинике практикуется предварительная выдача регистратурой талонов на прием к врачу с указанием в них номера, даты и времени приема пациента, фамилии врача и номера кабинета. Прием экстренных пациентов ведется независимо от наличия у них талона.

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

Посещение заболевших на дому может осуществляться не только по вызову пациента, но и по инициативе врача (к тяжелым пациентам, престарелым, инвалидам и др.), а также по заявке врачей стационара (при выписке тяжелого пациента) или скорой помощи. Это активные визиты. Они являются одним из важных показателей правильно организованной амбулаторной медицинской помощи.

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

- план территории участка с указанием этажности домов, числа квартир;
- описание санитарно-технического состояния участка;
- перечень промышленных и других хозяйственных объектов, находящихся на вверенной территории;
- демографические данные;

- сведения об инфекционной заболеваемости на участке;
- сведения о заболеваемости по отдельным нозологическим формам;
- численность и изменения в диспансерных группах;
- списки и учет осмотров отдельных контингентов населения (инвалидов Великой Отечественной войны, инвалидов труда; онкологических пациентов; лиц, стоящих на учете в туберкулезных диспансерах, и др.);
  - сведения о прививках;
  - сведения о госпитализации и расхождении диагнозов;
  - сведения о смертности на участке;
  - основные поквартальные показатели работы.

Эти и другие сведения заносятся в паспорт врачебного участка (неутвержденная форма).

Врачу, особенно начинающему, необходима также «Папка участкового терапевта», которая хотя и не является утвержденной (т.е. обязательной, единой) формой документации, но в повседневной практике очень полезна, поскольку в ней имеется набор необходимых для работы документов: инструкция о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок; клинические протоколы обследования и лечения основных терапевтических заболеваний; рекомендации по тактике и неотложным мерам при выявлении особо опасных инфекций и других инфекционных заболеваний; графики прививок; перечень контингентов населения, имеющих льготы при получении лекарственных препаратов в аптеках, и целый ряд других справочно-информационных материалов.

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

В работе участкового врача используются утвержденные и неутвержденные формы медицинской документации.

*Основные утвержденные формы:*

- медицинская карта амбулаторного пациента (форма № 025-1/у-07);
- статистический талон (форма № 025-2/у);
- ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных пациентов врачом в амбулаторно-поликлинических организациях (форма № 025-3/у-07);
  - экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении (форма № 058/у);
  - карта учета прохождения диспансеризации пациентом старше 18 лет (форма № 131/у-ДВ);
  - направление на медико-социальную экспертизу (форма № 2-мсэ/у-09);
  - журнал учета инфекционных заболеваний (форма № 060/у);

- выписка из медицинских документов (форма 1 мед/у-10), которая заполняется при направлении пациента в санаторные учреждения, а также в других случаях;

- медицинская справка о состоянии здоровья (форма 1 здр/у-10);
- индивидуальная программа медицинской реабилитации пациента (форма 7-мсэ/у-09);

- листок нетрудоспособности;

- справка о временной нетрудоспособности;

- бланки форм рецептов для выписки лекарств на общих и льготных условиях;

- бланки направлений на лабораторное исследование, рентгенографию грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ и др.

Примером *неутвержденных форм*, кроме паспорта врачебного участка и «Папки участкового терапевта», являются:

- направление на стационарное лечение;

- бланки направлений на лабораторное исследование, рентгенографию грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ и др.

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

- лечебно-диагностическая работа на приеме в поликлинике (амбулатории) и на дому;

- осуществление комплекса мероприятий по медицинской реабилитации пациентов;

- проведение экспертизы временной нетрудоспособности;

- профилактическая работа;

- повышение собственной квалификации и уровня профессиональных знаний среднего медицинского персонала (участковой медсестры);

- анализ и планирование работы по всем разделам деятельности с предоставлением отчетов и ведение необходимой учетно-отчетной документации.

В амбулаторно-поликлинической практике наиболее целесообразным и применяемым методом является синдромный метод диагностики заболеваний, предусматривающий:

- выявление симптомов и синдромов;

- выбор ведущего синдрома/симптома и определение формирующих его патофизиологических механизмов;

- определение нозологических форм заболеваний, при которых имеются данные симптомы, синдромы и механизмы;

- дифференциальную диагностику (сопоставление имеющихся у пациента клинических, лабораторных и других данных с клинической картиной каждой из предполагаемых нозологических форм) и установление окончательного диагноза.

При необходимости проводятся консультации с заведующим терапевтическим отделением, врачами узких специальностей, по показаниям оказывается неотложная помощь пациенту, решаются вопросы об экстренной или плановой госпитализации, в том числе и в отделение дневного пребывания.

При амбулаторном лечении пациента определяются режим, рекомендации по питанию, назначаются лекарственные препараты, решаются вопросы трудоспособности.

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

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

Лекарственные препараты выписываются на специальных рецептурных бланках для представления в аптеку и получения лекарства за полную стоимость, бесплатно или на льготных условиях.

Во время амбулаторного приема или при посещении пациента на дому участковый терапевт может встретиться с инфекционным заболеванием или заподозрить его. В условиях поликлиники при необходимости пациент может быть проконсультирован врачом-инфекционистом, а на дому – принять решение самостоятельно и немедленно передать по телефону экстренное сообщение о заболевшем в территориальный центр гигиены и эпидемиологии (ЦГиЭ). Данные заносятся диспетчером ЦГиЭ в журнал учета инфекционных заболеваний (форма № 060/у), а врачу в ответ называется регистрационный номер, под которым зафиксировано данное сообщение, и фамилия принявшего сообщение. Последнее необходимо для внесения данных о случае заболевания

в поликлинический журнал учета инфекционных заболеваний под зарегистрированным в ЦГиЭ номером и заполнения формы № 058/у.

О случае инфекционного заболевания врач информирует заведующего терапевтическим отделением и врача-инфекциониста.

Обязательной госпитализации в инфекционный стационар подлежат пациенты с инфекционными заболеваниями, наиболее опасными в эпидемическом плане (например, вирусный гепатит, дизентерия, менингококковая инфекция, дифтерия) или протекающие в тяжелой форме, а также острые кишечные инфекции у лиц, работающих с пищевыми продуктами. Если же диагностируются такие заболевания, как корь, скарлатина, краснуха и другие кишечные инфекции, и они протекают в нетяжелой форме, то участковый терапевт совместно с врачом-инфекционистом организует соответствующее обследование и лечение на дому, а ЦГиЭ проводит эпидемиологическое обследование очага.

Оставляя пациента дома, участковый терапевт объясняет ему и проживающим с ним лицам меры противоэпидемической безопасности, осуществляет динамическое наблюдение за состоянием пациента, контролирует соблюдение режима и назначений, а также наблюдает за лицами, контактировавшими с заболевшим. Объем и продолжительность работы в инфекционном очаге зависят от конкретного заболевания и продолжительности его инкубационного периода. Правила и содержание работы в инфекционных очагах должны быть записаны в памятку и храниться в «Папке участкового врача».

После выздоровления от инфекционного заболевания, когда диагноз подтвержден бактериологически и/или серологически, врач, завершающий лечение пациента, заполняет экстренное извещение (форма № 058/у) с указанием регистрационного номера (того самого, под которым зафиксировано начало данного случая) и отправляет его в ЦГиЭ. Если диагноз инфекционного заболевания не подтвердился, то на отправляемом извещении делается пометка об изменении диагноза и указывается заключительный диагноз.

Лечебно-диагностическая работа участкового терапевта, как и врачей других специальностей, направлена на достижение полного восстановления нарушенных вследствие болезни функций организма, предупреждение осложнений, хронического течения и рецидивов заболевания, что в целом соответствует современному понятию медицинской реабилитации.

В настоящее время основным действующим документом по вопросу реабилитации пациентов в нашей стране является приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1300 от 10.12.2014 г., которым утверждена «Инструкция о порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения», где определены основ-

ные принципы медицинской реабилитации (раннее начало ее проведения, преемственность между организациями, комплексность, этапность, непрерывность, индивидуальный подход к пациенту), уровни оказания медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях (республиканский, областной, районный, ведомственный). Медицинскую реабилитацию проводят врачи-реабилитологи и иные специалисты с заполнением индивидуальной программы медицинской реабилитации (форма № 7-мсэ/у-09) или составлением плана медицинской реабилитации пациента.

В амбулаторных условиях продолжается реабилитация пациентов после стационарных этапов (3-й и 4-й этапы), а также осуществляется отбор пациентов, нуждающихся в реабилитации, лечащим врачом, врачебно-консультативной комиссией (ВКК), врачом-реабилитологом организации здравоохранения с учетом показаний и медицинских противопоказаний.

При проведении медицинской реабилитации пациентов разделяют на три клинико-реабилитационные группы:

- пациенты с острыми заболеваниями и начальными стадиями хронических заболеваний (неосложненное течение, благоприятный прогноз);
- пациенты часто и длительно болеющие; с острыми заболеваниями с затяжным или осложненным течением и травмами, способными привести к инвалидности; с хроническими заболеваниями, не являющиеся инвалидами;
- инвалиды III и II групп в первые годы инвалидности.

Восстановительным лечением пациентов I-й группы занимается лечащий врач, 2-й и 3-й групп – отделение медицинской реабилитации поликлиники.

Функциональные нарушения вследствие заболевания человека (последствия болезни) могут проявляться на трех уровнях:

- органном (нарушение функционального состояния больного органа);
- организменном (ограничение жизнедеятельности);
- социальном (социальная недостаточность).

Степень выраженности функциональных нарушений в организме (ориентировочно определяется в процентах) и возможности ее компенсации отражает функциональный класс (ФК).

Выделяют пять функциональных классов:

- 0ФК – отсутствие нарушений;
- IФК – незначительные функциональные нарушения (не более чем 25%), как правило, не отражающиеся или влияющие незначительно на жизнедеятельность и не вызывающие социальную недостаточность; сюда же относятся более выраженные нарушения, которые с помощью медико-технических средств компенсируют полностью или до степени легких нарушений;

- ПФК – умеренные (от 25 до 50%), не компенсируемые с помощью вспомогательных средств или более значительное нарушение, частично компенсируемое до умеренной степени;

- ШФК – значительные (от 51 до 75%), некомпенсируемые или слабокомпенсируемые;

- IVФК – резко выраженные (свыше 75%), необратимые функциональные нарушения.

Понятие ФК является универсальным и используется на всех трех упомянутых уровнях функциональных нарушений.

Оценка жизнедеятельности организма в целом проводится по комплексу параметров (критериев) жизнедеятельности: способность к передвижению, самообслуживанию, ориентации, контролю своего поведения, общению, обучению, труду. Нарушение этих показателей жизнедеятельности приводит к социальной дезадаптации (социальной недостаточности) человека, поэтому именно они являются критериями определения стойкой утраты трудоспособности.

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

Показателями эффективности реабилитации являются:

- сокращение сроков временной нетрудоспособности (ВН) по данному случаю заболевания и общей продолжительности ВН за год;

- сохранение трудоспособности, профилактики инвалидности;

- уменьшение количества обострений заболевания за год;

- увеличение продолжительности ремиссий;

- уменьшение тяжести инвалидности, восстановление способности к самообслуживанию;

- увеличение продолжительности жизни, поздняя летальность.

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

Чрезвычайно ответственный раздел повседневной работы участкового терапевта, неразрывно связанный с лечебной, реабилитационной и профилактической деятельностью, – определение трудоспособности заболевшего и продолжительности ее утраты. Чаще всего речь идет о ВН, а также о своевременном выявлении признаков стойкой утраты трудоспособности (инвалидности) пациентов.

Основными обязанностями участкового врача при установлении ВН являются:

- проведение первичной экспертизы трудоспособности;
- определение вида временной нетрудоспособности;
- выдача листка нетрудоспособности или справки о временной нетрудоспособности при наличии конкретного вида ВН;
- представление пациентов заведующему терапевтическим отделением, если ВН длится более 10 дней;
- представление пациентов на ВКК в установленные сроки и по необходимости (нуждаемость в трудоустройстве, наличие признаков стойкой утраты трудоспособности, необходимость переосвидетельствования инвалидов, вопросы реабилитации и т.п.);
- непосредственное оформление направления на медико-социальную экспертизу (форма № 2-мсэ/у-09) после проведения комплекса диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий и заключения ВКК о необходимости такого направления.

В профилактической работе участкового врача можно выделить три основных направления:

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

*Санитарное просвещение* – неотъемлемая часть ежедневной работы врача. Каждому пациенту должны разъясняться принципы здорового образа жизни и режима по конкретному, имеющемуся у пациента заболеванию, основы рационального и лечебного (для данного заболевания) питания, вред курения и злоупотребления алкоголем и другие санитарно-гигиенические аспекты. Обязательно нужно информировать пациента о его заболевании, возможных причинах и последствиях. После такой конкретной беседы врач может приобрести в лице пациента реального союзника в борьбе с его болезнью.

Помимо индивидуальной работы с пациентами санитарное просвещение проводится и в организованных формах: лекции для посетителей поликлиники и на предприятиях, выпуск различных информационных материалов и др.

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

Участковые врачи и медицинские сестры занимаются просвещением населения относительно прививок, составляют списки населения, под-

лежащего иммунизации, контролируют охват ею населения участка, определяют наличие противопоказаний к проведению прививки, направляют в прививочный кабинет для вакцинации и ревакцинации.

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

Первичная профилактика преследует цель охватить ежегодным медицинским осмотром и необходимым минимумом параклинических исследований максимальное количество населения участка (в идеале – всех жителей), а ее главным результатом является оценка состояния здоровья этих лиц и отнесение их в определенную группу диспансерного наблюдения с соответствующей профилактической работой. Выделяют следующие группы диспансерного динамического наблюдения:

- Д-I – здоровые пациенты, не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, у которых во время диспансерного медицинского осмотра не выявлены острые, хронические заболевания (состояния) 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 пациенты, имеющие в анамнезе факторы риска хронических заболеваний и (или) хронические заболевания в стадии ремиссии без нарушений функций органов и систем организма, острые заболевания, которые могут привести к хронизации патологического процесса, в том числе часто и длительно болеющие пациенты, которые часто (6 и более раз в году) или длительно (более 40 календарных дней в году суммарно) переносят острые заболевания;

- Д-III – пациенты, имеющие хронические заболевания с нарушениями функций органов и систем организма и (или) периодическими обострениями.

Профилактическая работа врача с группами Д-I и Д-II заключается в пропаганде здорового образа жизни и санитарно-гигиенических знаний, борьбе с факторами риска, проведении индивидуальных оздоровительных мероприятий и, желательно, ежегодных профилактических

осмотров (если пациент не относится к контингенту лиц, для которых эти осмотры обязательны).

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

- по обращаемости пациентов к врачу в связи с заболеванием, за справкой в бассейн, поступлением на работу, в средние и высшие учебные заведения и т.п.;
- при выполнении врачом визитов на дому, в том числе активных (т.е. без вызова пациентом), к хроническим пациентам и лицам пожилого возраста;
- по активному вызову врачом пациентов на прием.

Диспансеризация предусматривает индивидуальную многолетнюю работу с пациентами группы Д-III: регулярные периодические осмотры с определенной частотой, обследование и проведение соответствующих заболеванию лечебно-оздоровительных мероприятий.

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

В обязанности участкового терапевта входит персональный учет населения своего участка с указанием тех, кто наблюдается цеховой службой, ведомственными учреждениями, диспансерами и другими организациями здравоохранения с выделением определенных контингентов лиц (инвалиды и участники Великой Отечественной войны, студенты высших и средних учебных заведений, пациенты с туберкулезом и онкологическими заболеваниями, диспансерные пациенты и др.). Как отмечалось выше, эти данные заносятся в «Паспорт врачебного участка».

Повышение профессиональной квалификации участкового терапевта и участковой медицинской сестры – необходимое условие их успешной повседневной работы, которое осуществляется путем регулярного чтения медицинской литературы, в первую очередь периодических медицинских изданий, участия в научно-практических конференциях, съездах, симпозиумах, семинарах, научных обществах, а также периодическом обучении на курсах повышения квалификации. Широко практикуются конференции по обмену опытом, аттестация на соответствие занимаемой должности, аттестация на присвоение квалификационной категории, конкурсы на лучшую медицинскую сестру и др.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Предисловие</b> .....	3
<b>Список сокращений</b> .....	5
<b>Глава 1. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА</b> .....	9
<b>Глава 2. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ</b> .....	23
Кашлевой синдром .....	23
Одышка .....	31
Бронхообструктивный синдром .....	39
Грипп и острые респираторные инфекции (МКБ-10: J10, J11, J22) .....	49
Ангина (МКБ-10: J03) .....	64
Острый бронхит (МКБ-10: J20, J21) .....	73
Внебольничная пневмония (МКБ-10: J12–J18) .....	78
Хронический бронхит (МКБ-10: J41, J42) .....	93
Хроническая обструктивная болезнь легких (МКБ-10: J44) .....	102
Бронхиальная астма (МКБ-10: J45, J46) .....	116
Дыхательная недостаточность (МКБ-10: J96) .....	136
<b>Глава 3. БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ</b> .....	144
Болевой синдром в грудной клетке .....	144
Кардиалгии сердечного (неишемического) происхождения .....	148
Кардиалгии вертеброгенного и мышечно-фасциального происхождения .....	154
Кардиалгии при заболеваниях легких и плевры .....	157
Кардиалгии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и диафрагмы .....	158
Хроническая ишемическая (коронарная) болезнь сердца (МКБ-10: J20, J25) .....	159
Артериальная гипертензия (МКБ-10: I10–I13, I15) .....	181
Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (МКБ-10: F45.3) .....	209
Миокардит (МКБ-10: I40, I41, I51.4) .....	220
Острая ревматическая лихорадка (МКБ-10: I00–I02) .....	232
Приобретенные пороки сердца (МКБ-10: J05.0–J08.3, J34.0–J37.2) .....	242
Первичные кардиомиопатии (МКБ-10: I42.0–I42.9) .....	255
	621

Дилатационная кардиомиопатия (МКБ-10: I42.0) . . . . .	256
Гипертрофическая кардиомиопатия (МКБ-10: I42.1, I42.2) . . . . .	263
Рестриктивная кардиомиопатия (МКБ-10: I42.3–I42.5) . . . . .	272
Аритмогенная кардиомиопатия правого желудочка (МКБ-10: I42.8) . . . . .	277
Миокардиодистрофия (МКБ-10: I43, I51.5) . . . . .	281
Нарушения ритма сердца и проводимости (МКБ-10: I44–I49) . . . . .	287
Экстрасистолия (МКБ-10: I49.4) . . . . .	290
Фибрилляция и трепетание предсердий (МКБ-10: I48) . . . . .	297
Синдром слабости синусового узла (МКБ-10: I49.5) . . . . .	308
Хроническая сердечная недостаточность (МКБ-10: I50) . . . . .	313
<b>Глава 4. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ . . . . .</b>	<b>329</b>
Абдоминальный болевой и диспептический синдромы . . . . .	329
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (МКБ-10: K21.0, K21.9) . . . . .	336
Функциональная диспепсия (МКБ-10: K30) . . . . .	345
Хронический гастрит (МКБ-10: K29.3–K29.9) . . . . .	350
Язвенная болезнь (МКБ-10: K25, K26) . . . . .	360
Гепатолиенальный синдром . . . . .	372
Синдром желтухи . . . . .	378
Функциональные расстройства билиарного тракта (МКБ-10: K82.8, K83.4) . . . . .	388
Хронический бескаменный холецистит (МКБ-10: K81.1, K81.8, K81.9) . . . . .	397
Хронические гепатиты (МКБ-10: B18, K71.0–K71.9, K73.0–K73.2, K73.8, K73.9) . . . . .	409
Алкогольная болезнь печени (МКБ-10: K70) . . . . .	423
Неалкогольная жировая болезнь печени (МКБ-10: K76.0) . . . . .	432
Циррозы печени (МКБ: K74.0–K74.6, E83.0, E83.1) . . . . .	438
Хронический панкреатит (МКБ-10: K86.0, K86.1) . . . . .	451
Синдром раздраженного кишечника (МКБ-10: K58.0, K58.9, K59.0) . . . . .	462
<b>Глава 5. БОЛЕЗНИ ПОЧЕК . . . . .</b>	<b>475</b>
Мочевой синдром . . . . .	475
Нефротический синдром (МКБ-10: N04) . . . . .	481
Гломерулонефриты (МКБ-10: N00–N08) . . . . .	486
Острый гломерулонефрит (МКБ-10: N00, N01) . . . . .	486
Хронический гломерулонефрит (МКБ-10: N03, N05, N06) . . . . .	494

Пиелонефриты (МКБ-10: N10–N12) . . . . .	506
Острый пиелонефрит (МКБ-10: N10) . . . . .	509
Хронический пиелонефрит (МКБ-10: N11) . . . . .	515
Хроническая болезнь почек (МКБ-10: N18) . . . . .	521
<b>Глава 6. БОЛЕЗНИ СУСТАВОВ</b> . . . . .	<b>533</b>
Суставной синдром . . . . .	533
Ревматоидный артрит (МКБ-10: M05, M06) . . . . .	542
Остеоартроз (МКБ-10: M15–M19) . . . . .	560
Подагра (МКБ-10: M10) . . . . .	572
Реактивные артриты (МКБ-10: M02) . . . . .	580
<b>Глава 7. АНЕМИИ</b> . . . . .	<b>588</b>
Анемический синдром . . . . .	588
Микроцитарные гипохромные анемии . . . . .	592
Железодефицитная анемия (МКБ-10: D50) . . . . .	592
Макроцитарные гиперхромные (мегалобластные) анемии . . . . .	602
В <sub>12</sub> -дефицитная анемия (МКБ-10: D51) . . . . .	602
Фолиеводефицитная анемия (МКБ-10: D52) . . . . .	607
<b>Глава 8. ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА (МКБ-10: R50)</b> . . . . .	<b>610</b>
<b>Литература</b> . . . . .	<b>620</b>

Учебное издание

**Зюзенков** Михаил Васильевич  
**Месникова** Ирина Леонтьевна  
**Хурса** Раиса Валентиновна и др.

## **ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

Учебник

Редактор *В.В. Такушевич*  
Художественный редактор *В.А. Ярошевич*  
Технический редактор *Н.А. Лебедевич*  
Корректор *Т.В. Кульнис*  
Компьютерная верстка *А.Н. Бабенковой*

Подписано в печать 10.04.2017. Формат 60×84/16. Бумага офсетная.  
Гарнитура “Times New Roman”. Офсетная печать. Усл. печ. л. 36,27. Уч.-изд. л. 38,7.  
Тираж 600 экз. Заказ 985.

Республиканское унитарное предприятие «Издательство “Вышэйшая школа”».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/3 от 08.07.2013.  
Пр. Победителей, 11, 220004, Минск.  
e-mail: market@vshph.com <http://vshph.com>

Республиканское унитарное предприятие «Издательство “Белорусский Дом печати”».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 2/102 от 01.04.2014.  
Пр. Независимости, 79, 220013, Минск.