

**Министерство здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет»**

**ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
В УСЛОВИЯХ ДИСПАНСЕРА**

**Санкт-Петербург  
2018**

**Организация специализированной медицинской помощи в условиях диспансера** (Учебно-методическое пособие для студентов педиатрического, лечебного, медико-профилактического факультетов и студентов магистратуры по направлению подготовки «Общественное здравоохранение»). В.К.Юрьев, К.Е.Моисеева, В.А.Глущенко, Ш.Д.Харбедия – СПб., 2019. – 43 с.

**Авторский коллектив:**

Заслуженный деятель науки РФ,

д.м.н., профессор **В.К.Юрьев**

к.м.н., доцент **К.Е.Моисеева**

к.м.н., доцент **В.А.Глущенко**

к.м.н., доцент **Ш.Д.Харбедия**

**Рецензенты:**

Заведующий кафедрой социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор **Орел В.И.**,

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор **Вишняков Н.И.**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Глава 1. Организация специализированной медицинской помощи населению в условиях диспансера. Особенности организация медицинской помощи населению при отдельных заболеваниях.....	6
1.1. Организация медицинской помощи больным с болезнями системы кровообращения. Организация работы кардиологического диспансера.....	6
1.2. Организация медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. Организация работы онкологического диспансера.....	10
1.3. Организация медицинской помощи больным туберкулезом. Организация работы противотуберкулезного диспансера.....	17
1.4. Организация медицинской помощи больным с дерматовенерологическими заболеваниями и состояниями. Организация работы кожно-венерологического диспансера.....	24
1.5. Организация работы психоневрологического диспансера (диспансерного отделения психиатрической больницы).....	28
1.6. Организация работы наркологического диспансера (наркологической больницы).....	32
1.7. Организация деятельности медицинского эндокринологического центра (диспансера).....	35
1.8. Организация работы врачебно-физкультурного диспансера.....	36
Глава 2. Учетная и отчетная документация некоторых диспансеров.....	39
Глава. 3 Алгоритм решение задач.....	43
Литература.....	55

## Введение

Активное систематическое наблюдение за состоянием здоровья различных контингентов населения (здоровых и больных), предупреждение развития и распространения болезней, раннее их выявление, динамическое наблюдение и комплексное лечение заболевших, проведение мероприятий по оздоровлению условий их труда и быта, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности включает в себя понятие «диспансеризация».

Целью диспансеризации прежде всего является сохранение здоровья у здоровых, активное выявление больных с ранними стадиями заболеваний и снижение случаев нетрудоспособности и инвалидности. В этом заключена основная социально-гигиеническая значимость диспансеризации. Диспансерный метод наблюдения является функцией лечащих врачей общей сети внебольничных учреждений (поликлиник, амбулаторий), обслуживающих население по месту жительства и по месту работы, а также врачей специализированных учреждений — диспансеров.

В системе организации специализированной медицинской помощи населению сеть диспансеров играет значительную роль. Диспансеры предназначены для разработки и реализации комплекса профилактических мероприятий, а также активного выявления больных с определенными заболеваниями на ранних стадиях, их лечения и реабилитации.

Диспансер – самостоятельная специализированная медицинская организация, предназначенная для оказания лечебно-профилактической помощи определенным группам больных, в которой сочетаются:

- профилактические мероприятия,
- наблюдение за состоянием здоровья определенных групп населения,
- квалифицированная специализированная помощь,
- санитарное просвещение.

В соответствии с Приказом Министерства Здравоохранения РФ от 06.08.2013 г. №529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» выделяют следующие типы диспансеров:

- кардиологический;
- онкологический;
- противотуберкулезный;
- эндокринологический;
- кожно-венерологический;
- врачебно-физкультурный;
- психоневрологический;
- наркологический;
- офтальмологический.

Диспансер оказывает помощь, как взрослому, так и детскому населению и, как правило, включает в себя поликлиническое (диспансерное) отделение и стационар. Роль диспансеров является ведущей в оказании специализированной лечебно-профилактической помощи при социально значимых заболеваниях.

## Глава 1

### **Организация специализированной медицинской помощи в условиях диспансера. Особенности организация медицинской помощи при отдельных заболеваниях**

#### **1.1. Организация медицинской помощи больным с болезнями системы кровообращения. Организация работы кардиологического диспансера**

Медицинская помощь больным с заболеваниями системы кровообращения включает в себя комплекс следующих медицинских мероприятий:

- проведение диагностических процедур с целью постановки диагноза;
- проведение лечебных, в том числе хирургических (по показаниям), мероприятий;
- проведение профилактических мероприятий;
- проведение реабилитационных мероприятий.

Первичная медико-санитарная помощь больным с болезнями системы кровообращения предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях в кардиологических кабинетах по направлению участковых врачей-терапевтов, участковых врачей-педиатров врачей общей практики (семейных врачей), врачей-специалистов, при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию, а также при дистанционном консультировании больных с использованием информационных технологий. Она оказывается врачами-кардиологами, врачами сердечно-сосудистыми хирургами и врачами по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению поликлиники.

В случае невозможности оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и при наличии медицинских показаний, больной с болезнями системы кровообращения направляется участковыми врачами и врачами-специалистами

поликлиники в стационар, оказывающий специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «кардиология» или «сердечно-сосудистая хирургия» в стационарных условиях или в условиях дневного стационара. Специализированная кардиологическая помощь включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

При плановой госпитализации отбор и подготовка больных с болезнями системы кровообращения осуществляется на *этапе медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях*. Решение о необходимости направления больного принимается врачебной комиссией, с привлечением при необходимости врачей-специалистов разных профилей. В случае необходимости экстренной и неотложной кардиологической помощи в стационарных условиях больной доставляется бригадой скорой медицинской помощи или самостоятельно обращается в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях.

При наличии у больного медицинских показаний для оказания высокотехнологичной медицинской помощи больной направляют в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь.

После оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях больному на руки выдается выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного с результатами проведенного обследования и лечения, рекомендациями по дальнейшей тактике наблюдения, обследования и лечения. После оказания высокотехнологичной медицинской помощи продолжение лечения осуществляется в рамках оказания специализированной медицинской помощи (в условиях кардиологического диспансера). Больные, получившие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую

помощь, направляются для медицинской реабилитации в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

Организация медицинской помощи детям с болезнями системы кровообращения имеет свои особенности. После оказания специализированной медицинской помощи дети наблюдаются в поликлинических отделениях многопрофильных детских стационаров или в кардиологических центрах, организуемых на базе крупных детских больниц.

**Кардиологический диспансер** создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в том числе больным сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Кардиологический диспансер возглавляет руководитель, назначаемый на должность учредителем медицинской организации либо руководителем медицинской организации, если кардиологический диспансер является ее структурным подразделением.

Диспансер осуществляет консультативную, диагностическую и лечебную помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также проведение организационно-методической работы в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи, осуществляемой в амбулаторных условиях, и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Основными *функциями* Диспансера являются:

оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями;

- отбор и подготовка больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

- диспансерное наблюдение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь;
- учет больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями по нозологическим группам с использованием автоматизированных информационных систем;
- учет больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи и получивших высокотехнологичную медицинскую помощь;
- программирование имплантированных устройств и дальнейшее наблюдение в амбулаторных условиях за больными с имплантированными электрокардиостимуляторами и кардиовертерами-дефибрилляторами;
- консультирование врачей медицинских организаций по сложным вопросам диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- взаимодействие с учреждениями медико-социальной экспертизы по учету больных, прошедших освидетельствование;
- организационно-методическая помощь участковым врачам-терапевтам, врачам общей практики (семейным врачам), врачам-кардиологам других медицинских организаций, а также врачам других специальностей (при необходимости);
- мониторингирование и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, летальности от сердечно-сосудистых заболеваний;
- организация консультаций больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в медицинских организациях с использованием информационных технологий, в том числе телемедицины;
- иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Для обеспечения специализированной кардиологической помощи больным кардиологический диспансер в своем составе содержит поликлинику и стационар. Рекомендуемые штатные нормативы кардиологического диспансера устанавливают 1,5 должность врача-кардиолога на 20 тысяч обслуживаемого населения. Если кардиологический диспансер является самостоятельной медицинской организацией, то вводятся: 1,0 должность врача-невролога, 1,0 должность врача-эндокринолога, 1,0 должность врача-сердечно-сосудистого хирурга (на кардиологический диспансер без коечного фонда).

В *структуре* кардиологического диспансера рекомендуется предусматривать:

- регистратуру;
- кабинеты врачей-специалистов;
- клинико-диагностическую лабораторию;
- кардиологический дневной стационар;
- отделение (кабинет) функциональной диагностики;
- отделение (кабинет) ультразвуковой диагностики;
- эндоскопический кабинет (отделение);
- отделение (кабинет) лучевой диагностики;
- приемное отделение;
- кардиохирургическое отделение с палатами(ой) реанимации и интенсивной терапии;
- отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения;
- отделение анестезиологии-реанимации или отделение реанимации и интенсивной терапии;
- кардиологическое отделение с палатой(ми) реанимации и интенсивной терапии;
- отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции;
- организационно-методический отдел.

Диспансер может использоваться в качестве клинической базы образовательных организаций высшего, дополнительного и среднего медицинского образования, а также научных организаций, оказывающих медицинскую помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

## **1.2. Организация медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. Организация работы онкологического диспансера**

Медицинская помощь онкологическим больным включает профилактику и диагностику онкологических заболеваний, лечение и реабилитацию больных с онкологическими заболеваниями с использованием современных специальных методов и сложных, в том числе уникальных, медицинских технологий.

При подозрении или выявлении у больного онкологического заболевания участковые врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке направляют больного на консультацию в первичный онкологический кабинет или первичное онкологическое отделение для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи. Первичный онкологический кабинет или первичное онкологическое отделение как правило располагаются на базе поликлиник, в штатном расписании которых предусмотрена должность 1 врача-онколога или врача-специалиста, прошедшего подготовку по онкологии на 500 человек контингента диспансерных онкологических больных.

При подозрении или выявлении у ребенка онкологического заболевания участковые врачи, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке направляют ребенка на консультацию в первичный онкологический кабинет для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи. Первичный онкологический кабинет как правило располагаются на базе детских поликлиник, в штатном расписании которых предусмотрена 0,1 должности детского врача-онколога на каждые 10 тысяч детского населения (населения 0-17 лет).

Консультация в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, должна быть проведена не позднее 5 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию.

Срок выполнения патологоанатомических исследований, необходимых для гистологической верификации злокачественного новообразования, не должен превышать 15 рабочих дней с даты поступления биопсийного (операционного) материала в патологоанатомическое бюро (отделение).

В случае невозможности взятия биопсийного (операционного) материала, установления диагноза, распространенности онкологического процесса и стадирования заболевания врач-онколог первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения поликлиники направляют больного в онкологический диспансер или в больничное учреждение, оказывающее медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, для уточнения диагноза и оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь онкологическим больным включает в себя профилактику, диагностику, лечение онкологических заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных (уникальных) медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Она оказывается в стационарных условиях и условиях дневного стационара врачами-онкологами, врачами-радиотерапевтами в онкологическом диспансере или в больничном учреждении, оказывающем медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь онкологическим больным осуществляется по направлению врача-онколога первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения, врача-специалиста и врача скорой медицинской помощи при подозрении и (или) выявлении у больного онкологического заболевания.

Необходимым условием для больничного учреждения, оказывающего специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь онкологическим больным является наличие лицензии, необходимой материально-технической базы и сертифицированных специалистов.

Срок начала оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в онкологическом диспансере или в больничном учреждении, оказывающем медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, не должен превышать 10 календарных дней с даты гистологической верификации злокачественного новообразования или 15 календарных дней с даты установления предварительного диагноза злокачественного новообразования (в случае отсутствия медицинских показания для проведения патолого-анатомических исследований в амбулаторных условиях).

В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, тактика медицинского обследования и лечения устанавливается консилиумом врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей, и вносится в медицинскую документацию больного.

Больные с онкологическими заболеваниями подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации, онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями. Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются:

- в течение первого года - один раз в три месяца,
- в течение второго года - один раз в шесть месяцев,

- в дальнейшем - один раз в год.

В случае подтверждения у больного факта наличия онкологического заболевания, информация об уточненном диагнозе больного направляется из организационно-методического отдела онкологического диспансера в первичный онкологический кабинет или первичное онкологическое отделение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, для последующего диспансерного наблюдения больного. Информация о впервые выявленном случае онкологического заболевания направляется врачом-специалистом медицинской организации, в которой установлен соответствующий диагноз, в организационно-методический отдел онкологического диспансера для постановки больного на диспансерный учет.

**Онкологический диспансер** создается как самостоятельная медицинская организация для обеспечения оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказания методической помощи медицинским организациям, оказывающим первичную специализированную медико-санитарную помощь, в проведении профилактики онкологических заболеваний, организации онкологического скрининга.

Диспансер осуществляет следующие *функции*:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным с онкологическими и предопухолевыми заболеваниями;
- разработка и организационно-методическое обеспечение мероприятий, направленных на совершенствование профилактики и раннего выявления онкологических и предопухолевых заболеваний;
- анализ состояния медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации, эффективности и качества профилактических мероприятий, диагностики, лечения и диспансерного наблюдения за больными с онкологическими заболеваниями;

- методическое руководство и консультативная помощь врачам-специалистам медицинских организаций по вопросам проведения диспансеризации и профилактических осмотров, диспансеризации больных с предопухолевыми и хроническими заболеваниями;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством, ведение регионального сегмента Федерального ракового регистра.

Диспансер возглавляет главный врач, назначаемый на должность и освобождаемый от должности учредителем медицинской организации.

**Структура** онкологического диспансера определяется учредителем медицинской организации и включает в себя:

- стационар;
- диагностические отделения;
- лечебные отделения;
- отделение радиационной безопасности;
- организационно-методический отдел;
- поликлиническое отделение;
- дневной трансфузиологический кабинет;
- аптеку;
- дезинфекционно-стерилизационное отделение;
- отделение для обеспечения эксплуатации медицинского оборудования.

**Поликлиническое отделение** онкологического диспансера оказывает плановую и неотложную медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. В штатном расписании поликлинического отделения предусмотрены 1 должность врача-онколога на 60000 населения и 2 должности врача- радиотерапевт.

**Диагностические отделения** организуются в структуре онкологического диспансера с целью проведения медицинских вмешательств, направленных на

распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия злокачественного новообразования, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований для определения диагноза, выбора мероприятий для лечения больного, контроля за осуществлением указанных мероприятий и оценки их эффективности.

В зависимости от коечной мощности онкологические диспансеры могут иметь различный состав *лечебных отделений*. Онкологические диспансеры могут иметь различную коечную мощность: до 200 коек, 200-300 коек и свыше 300 коек. Исходя из коечной мощности определяется структура стационара онкологического диспансера.

*Отделение противоопухолевой лекарственной терапии* организуется в структуре онкологического диспансера с целью проведения противоопухолевой лекарственной терапии больным с онкологическими заболеваниями как самостоятельно, так и в комбинации с другими методами лечения.

*Онкологические отделения хирургических методов лечения* организуются в структуре онкологического диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, с целью оказания хирургической помощи больным с онкологическими заболеваниями как самостоятельно, так и в комбинации с другими методами лечения.

В составе онкологического диспансера рекомендуется предусматривать:

- операционный блок,
- отделение торакальной хирургии;
- отделение абдоминальной онкологии;
- отделение онкоурологии;
- отделение онкогинекологии;
- отделение опухолей головы и шеи;
- отделение опухолей костей, кожи, мягких тканей, молочной железы;
- отделение онкогематологии;
- отделение рентгенохирургических методов лечения.

*Отделение радиотерапии* организуется в структуре онкологического диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями как структурное подразделение с целью проведения радиотерапии больным с онкологическими заболеваниями как самостоятельно, так и в комбинации с другими методами лечения. Отделение организуется при наличии в стационаре не менее 100 коек, при этом мощность отделения должна быть не менее 30 коек.

*Отделение реабилитации* организуется в структуре онкологического диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, с целью реабилитации больных с онкологическими заболеваниями на этапах проведения и после оказания специализированной медицинской помощи. Отделение проводит профилактику и лечение осложнений в процессе проведения и после оказания специализированной медицинской помощи.

*Отделение паллиативной помощи* организуется в структуре онкологического диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями или с целью оказания паллиативной помощи и создания условий для обеспечения оптимального качества жизни больных с онкологическими заболеваниями. Медицинскими показаниями к направлению больных с онкологическими заболеваниями для госпитализации в паллиативное отделение являются наличие подтвержденного диагноза прогрессирования опухолевого процесса у больного с онкологическим заболеванием и (или) развитие тяжелого хронического болевого синдрома, ухудшающего качество жизни больного с онкологическим заболеванием.

### **1.3. Организация медицинской помощи больным туберкулезом.**

#### **Организация работы противотуберкулезного диспансера**

Специализированная помощь больным туберкулезом осуществляется в федеральных медицинских организациях и в медицинских учреждениях,

находящихся в ведении Субъекта Российской Федерации (далее - противотуберкулезные учреждения).

В ведении Субъекта Российской Федерации находятся:

- противотуберкулезные (фтизиатрические) диспансеры (туберкулезные больницы)
- туберкулезные (фтизиатрические) санатории.

К федеральным относятся:

- федеральные туберкулезные (фтизиатрические) санаторно-курортные учреждения;
- клиники профильных федеральных научно-исследовательских институтов.

Если при обследовании выявлены признаки туберкулеза, то такие пациенты в максимально короткий срок направляются в противотуберкулезное учреждение для проведения дополнительных исследований с целью определения последующей тактики ведения

В случае установления у пациента диагноза «туберкулез» противотуберкулезное учреждение в трехдневный срок уведомляет головное противотуберкулезное учреждение субъекта Российской Федерации, на территории которого проживает этот пациент. Одновременно информация направляется в органы, осуществляющие санитарно-эпидемиологический надзор, для проведения противоэпидемических мероприятий и контроля за их проведением.

При отсутствии признаков, подтверждающих диагноз «туберкулез» (бактериоскопических, бактериологических или гистологических, при наличии типичной клинико-рентгенологической картины), пациент направляется в головное противотуберкулезное учреждение субъекта Российской Федерации для уточнения диагноза.

При отсутствии возможности в головном противотуберкулезном учреждении установления окончательного диагноза больной направляется в клиники профильных федеральных научно-исследовательских институтов

(далее - клиники НИИ). Подтверждение диагноза "туберкулеза", определение тактики лечения и диспансерного наблюдения осуществляется врачебной комиссией головного противотуберкулезного учреждения субъекта Российской Федерации или врачебной комиссией клиники НИИ (далее - врачебная комиссия) с одновременным информированием врача-фтизиатра по месту жительства пациента.

Со дня установления диагноза «туберкулез» больные подлежат диспансерному наблюдению врачом-фтизиатром в противотуберкулезном учреждении в соответствии с порядком диспансерного наблюдения за больными туберкулезом.

Об установленном диагнозе и постановке на диспансерный учет больной письменно в трехдневный срок информируется противотуберкулезным учреждением или клиникой НИИ, в которых поставлен диагноз. Сроки наблюдения и объем необходимых лечебно-диагностических и противоэпидемических мероприятий определяется клинической формой туберкулеза, наличием лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза, осложнений, фоновыми и сопутствующими заболеваниями.

Стационарное обследование и лечение больных туберкулезом осуществляется в противотуберкулезных диспансерах (туберкулезных больницах), противотуберкулезных санаторно-курортных учреждениях субъектов Российской Федерации, а также в федеральных туберкулезных (фтизиатрических) санаторно-курортных учреждениях, клиниках НИИ в случае необходимости проведения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

Медицинская помощь женщинам, больным туберкулезом, в период беременности оказывается в противотуберкулезных учреждениях, а при возникновении акушерских осложнений, а также в период родов и послеродовой период - в специализированных акушерских стационарах, а при их отсутствии - в боксах или изоляторах наблюдательных отделений

медицинских организаций с последующим переводом после родов в противотуберкулезное учреждение.

Новорожденных, родившихся от матерей, больных активным туберкулезом с бактериовыделением, рекомендуется изолировать от матерей на срок не менее 2-х месяцев после вакцинации БЦЖ или БЦЖ-М.

**Противотуберкулезный (фтизиатрический) диспансер (туберкулезная больница)** организуется оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, противотуберкулезной помощи больным.

Количество Диспансеров и их мощность определяются с учетом особенностей и потребностей населения субъекта Российской Федерации в.

Диспансер возглавляет руководитель, назначаемый на должность и освобождаемый от нее органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения. Структура противотуберкулезного диспансера, численность медицинского и другого персонала устанавливаются руководителем в зависимости от объема проводимой лечебно-диагностической и организационной работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов медицинского персонала.

Если на территории субъекта Российской Федерации имеется более одного противотуберкулезного диспансера, то органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения на один из них возлагаются функции организационно-методического руководства деятельностью по профилю (далее - головной Диспансер). С этой целью в его структуре предусматривается создание организационно-методического отдела. В других диспансерах рекомендуется создание организационно-методических кабинетов.

**Функциями** противотуберкулезного диспансера являются:

- осуществление организационных мероприятий по раннему выявлению туберкулеза, в том числе массовых обследований населения с использованием флюорографии, разработка рекомендаций по

- осуществлению профилактических противотуберкулезных мероприятий на территории, закрепленной за Диспансером;
- взаимодействие с территориальными органами Роспотребнадзора, медицинскими организациями по вопросам вакцинации и ревакцинации БЦЖ;
  - осуществление профилактических мероприятий в отношении лиц, находящихся в семейном контакте с больными туберкулезом: регулярное диспансерное наблюдение за ними, проведение профилактических и оздоровительных мероприятий в очаге туберкулезной инфекции (превентивное лечение и химиопрофилактика, текущая дезинфекция и пр.), направление детей в детские санаторные учреждения;
  - учет, диспансерное наблюдение за лицами, контактирующими с больными, осуществление в их отношении оздоровительных мероприятий, а по показаниям - химиопрофилактики;
  - осуществление комплекса диагностических мероприятий по установлению диагноза у лиц с подозрением на туберкулез и у больных с заболеваниями органов дыхания и средостения до установления окончательного диагноза;
  - отбор среди больных туберкулезом, проживающих на территории субъекта Российской Федерации, нуждающихся в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, ежегодное прогнозирование и учет числа нуждающихся, средней длительности ожидания и числа лиц, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по поводу туберкулеза в субъекте Российской Федерации;
  - направление, при необходимости, больных туберкулезом на консультацию и лечение в федеральные организации, оказывающие медицинскую помощь больным туберкулезом;

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи больным туберкулезом;
- проведение экспертизы трудоспособности и направление на медико-социальную экспертизу;
- осуществление реабилитационных мероприятий в отношении больных туберкулезом;
- диспансерное наблюдение больных туберкулезом;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных, предусмотренных законодательством;
- санитарно-просветительская работа;
- клинико-экспертная оценка эффективности и качества мероприятий по выявлению туберкулеза специалистами медицинских организаций, а также врачами общей практики, а также специалистами негосударственных медицинских организаций.

Дополнительными к вышеперечисленным **функциям головного противотуберкулезного диспансера** являются организационно-методическая помощь противотуберкулезным учреждениям (подразделениям), учреждениям образования, а также организация и координация деятельности всех правительственных и неправительственных организаций, принимающих участие в реализации мероприятий по оптимизации эпидемиологической ситуации по туберкулезу на территории субъекта Российской Федерации.

Диспансер в своей работе взаимодействует с медицинскими образовательными и научными организациями, всероссийскими и региональными (в том числе научными) сообществами врачей.

Для обеспечения функций Диспансера в его **структуре** рекомендуется предусматривать:

- *диспансерные отделения, отдельные для взрослых и детей*, включающие:
  - регистратуру;

- кабинеты специализированной помощи (фтизиатрический, пульмонологический, офтальмологический, оториноларингологический, стоматологический, урологический, гинекологический, хирургический);

- кабинет (отделение) лучевой диагностики;

- кабинет (отделение) эндоскопии;

- кабинет социальной, юридической и психологической помощи;

- кабинет противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией;

- комната (кабина) для сбора мокроты;

- дневной стационар;

• *стационарные отделения, в том числе:*

- дифференциально-диагностическое отделение;

- отделение терапии туберкулеза легких;

- отделение для больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя;

- отделение терапии туберкулеза легких для детей;

- отделение терапии внелегочного туберкулеза для детей;

- лечения больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией;

- отделение восстановительного лечения;

- отделение длительного наблюдения больных с хроническими формами туберкулеза;

- отделение торакальной хирургии;

- отделение реанимации и интенсивной терапии;

- операционное отделение;

• *диагностические и вспомогательные отделения:*

- клинико-диагностическая лаборатория;

- микробиологическая лаборатория;

- иммунологическая лаборатория;

- лаборатория патоморфологии;

- отделение лучевой диагностики;

- отделение функциональной диагностики;

- физиотерапевтическое отделение, включая кабинет лечебной физкультуры;
- отделение эндоскопии;
- аптека;
- прачечная;
- центральное стерилизационное отделение;
- блок с дезинфекционными камерами;
- помещение для обработки индивидуальных емкостей для сбора мокроты пациентов;
- гардероб для хранения личных вещей пациента;
- пищеблок со столовой;
- помещения для персонала: гардеробные с душевыми, оборудованные по типу санитарного пропускника; санузлы с раковинами (в гардеробной и отделениях диспансера) помещения для отдыха и приема пищи;
- общеобразовательная средняя школа (филиал).
- *организационно-методический отдел:*
  - кабинет медицинской статистики;
  - кабинет мониторинга противотуберкулезных мероприятий.

#### **1.4. Организация медицинской помощи больным с дерматовенерологическими заболеваниями и состояниями. Организация работы кожно-венерологического диспансера**

Первичная медико-санитарная помощь предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению дерматовенерологических заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни.

При выявлении у больных высыпаний на коже и (или) слизистых оболочках, кожного зуда, выявление симптомов или признаков инфекций, передаваемых половым путём, в том числе жалоб на симптомы уретрита, вульвовагинита и цервицита участковые врачи-терапевты, врачи общей

практики (семейные врачи) направляют больного в медицинскую организацию для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также осуществляют оказание медицинской помощи в соответствии с рекомендациями медицинской организации дерматовенерологического профиля, при отсутствии медицинских показаний для направления в нее.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь больным осуществляется врачами-дерматовенерологами.

При выявлении у больного инфекций, передаваемых половым путем, осложненных воспалительными заболеваниями органов малого таза и других органов, в том числе при беременности, лечение проводят с привлечением врача-акушера-гинеколога, врача-уролога, врача-офтальмолога, врача-колопроктолога.

Больные с дерматовенерологическими заболеваниями при наличии медицинских показаний направляются для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

**Кожно-венерологический диспансер** (далее КВД) является самостоятельной медицинской организацией и организуется для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи больным по профилю «дерматовенерология».

Структура КВД и его численность устанавливаются руководителем КВД в зависимости от объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения.

Диспансер осуществляет следующие *функции*:

- оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями кожи, подкожно-жировой клетчатки, инфекциями, передаваемыми половым путем;

- диспансерное наблюдение больных с заболеваниями кожи, подкожно-жировой клетчатки, инфекциями, передаваемыми половым путем;
- проведение периодических и профилактических медицинских осмотров больных с дерматовенерологическими заболеваниями;
- организационно-методическое руководство по раннему выявлению и отбору в медицинских организациях больных с заболеваниями дерматовенерологического профиля, нуждающихся в оказании первичной специализированной медико-санитарной и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- ежегодное прогнозирование и учет числа нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи, анализ средней длительности ожидания и числа больных, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю "дерматовенерология";
- проведение мероприятий, направленных на совершенствование профилактики и раннего выявления больных с дерматовенерологическими заболеваниями;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством;
- ведение эпидемиологического мониторинга заболеваемости в организациях, оказывающих медицинскую помощь больным по профилю "дерматовенерология";
- организация и проведение санитарно-гигиенической работы среди населения по профилактике дерматовенерологических заболеваний.

Для обеспечения вышеперечисленных функций в его *структуре* рекомендуется предусматривать:

- стационарное отделение, в том числе дневной стационар;
- консультативно-диагностическое отделение;

- отделение (кабинет) физиотерапевтических методов лечения;
- подростковый специализированный центр профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем;
- клинико-диагностическую лабораторию;
- организационно-методический отдел (кабинет).
- приемное отделение;
- регистратуру;
- отделение для проведения медицинских осмотров;
- отдел программно-информационной поддержки;
- отдел кадров;
- бухгалтерию;
- финансово-экономический отдел;
- административно-хозяйственный отдел;
- другие отделения в соответствии с производственной необходимостью.

*Стационарное отделение* создается в качестве структурного подразделения КВД для оказания медицинской помощи по профилю "дерматовенерология".

В структуре стационарного отделения рекомендуется предусматривать дневной и круглосуточный стационар, а также процедурный кабинет.

Отделение осуществляет функции по оказанию медицинской помощи больным со следующими заболеваниями и состояниями:

- тяжелые заболевания кожи и ее придатков;
- дерматозы, требующие сложного диагностического поиска;
- инфекции, передаваемые половым путем, при наличии следующих показаний:
  - беременные, больные сифилисом, нуждающиеся в специфическом и профилактическом лечении;
  - дети, больные врожденным сифилисом;

- дети с приобретенным сифилисом до среднего школьного возраста (до 10 лет) и (или) при наличии соматической патологии совместно с профильными специалистами;

- больные сифилисом, требующие регулярного проведения лечебных процедур.

Структура и штатная численность стационарного отделения устанавливаются руководителем КВД, в составе которого оно создано, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения. В штате стационарного отделения на 30 коек рекомендуется предусматривать 1 должность заведующего отделением - врача-дерматовенеролога, 2 должности врача-дерматовенеролога, по 0,5 должности врачей эндокринолога, терапевта, офтальмолога, невролога и 1 должность врача-педиатра при наличии детского отделения.

*Консультативно-диагностическое отделение* является структурным подразделением КВД, создаваемым для оказания медицинской помощи по профилю "дерматовенерология" в амбулаторных условиях. Отделение осуществляет функции по профилактике, диагностике, лечению и диспансерному наблюдению больных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, косметологическими дефектами кожи, инфекциями, передаваемыми половым путем, и ассоциированными заболеваниями и лиц с повышенным риском дерматовенерологических заболеваний.

В структуре консультативно-диагностического отделения рекомендуется предусматривать кабинеты:

- для оказания лечебно-диагностической помощи больным с заболеваниями кожи, в том числе новообразованиями кожи;

- для оказания лечебно-диагностической помощи больным с микозами гладкой кожи и ее придатков;

- для оказания лечебно-диагностической помощи больным с инфекциями, передаваемыми половым путем;

- для оказания лечебно-диагностической помощи детскому населению;

- для оказания лечебно-диагностической помощи при косметологических дефектах кожи;

- функциональной диагностики;

- ультразвуковой диагностики;

- процедурный.

Для осуществления своей деятельности в штате консультативно-диагностического отделения предусматривается 1 должность врача-дерматовенеролога на 20000 обслуживаемого населения, при наличии 5 должностей врачей-специалистов выделяется 1 должность заведующего отделением-врача-дерматовенеролога.

Диспансер может использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, а также научных организаций.

### **1.5. Организация работы психоневрологического диспансера (диспансерного отделения психиатрической больницы)**

Психоневрологический диспансер является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организации, организационная структура и штатная численность которого определяется с учетом численности обслуживаемого населения, структуры заболеваемости и иных особенностей и потребностей в оказании психиатрической помощи населению, объема оказываемой медицинской помощи.

Психоневрологический диспансер предназначен для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (при наличии в структуре психоневрологического диспансера стационарных подразделений), а его деятельность осуществляется по территориальному принципу.

При наличии двух и более психоневрологических диспансеров в субъекте Российской Федерации каждому из них присваивается порядковый номер, при этом на один из них могут возлагаться координирующие функции по

организационно-методическому руководству психиатрической помощью и сбору данных по субъекту Российской Федерации для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Психоневрологический диспансер выполняет следующие основные **функции**:

- оказание неотложной психиатрической помощи;
- раннее выявление психических расстройств, их своевременная и качественная диагностика;
- осуществление лечебно-консультативного и диспансерного наблюдения лиц, страдающих психическими расстройствами;
- участие в разработке и реализации индивидуальных программ медико-социальной реабилитации;
- осуществление адекватного и эффективного лечения пациентов в амбулаторных условиях;
- участие в решении медико-социальных проблем;
- участие в решении вопросов опеки и в консультациях по вопросам реализации прав и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами;
- участие в решении вопросов медико-социально-бытового устройства инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами;
- участие в организации обучения инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;
- участие в организации психиатрической экспертизы, определении временной нетрудоспособности и оказании психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Для обеспечения функций психоневрологического диспансера по оказанию психиатрической помощи в амбулаторных и стационарных условиях рекомендуется предусматривать в его структуре следующие подразделения:

- приемное отделение;
- лечебно-реабилитационный отдел, имеющий в своем составе:
  - кабинеты участковых врачей-психиатров,
  - кабинет врача-невролога,
  - психотерапевтический кабинет(ы),
  - кабинет(ы) медицинского психолога,
  - кабинет(ы) медико-социальной помощи,
  - кабинет активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения,
    - эпилептологический кабинет,
    - логопедический кабинет,
    - дневной стационар (отделение),
    - отделение интенсивного оказания психиатрической помощи,
    - медико-реабилитационное отделение,
    - отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях,
    - клуб для больных,
    - лечебно-производственные (трудовые) мастерские,
    - процедурный кабинет,
    - физиотерапевтический кабинет,
    - кабинет функциональной диагностики,
    - клинико-диагностическую лабораторию;
  - психотерапевтическое отделение;
- амбулаторное отделение судебно-психиатрических экспертиз;
- отдел детской психиатрии, имеющий в своем составе:
  - кабинет по обслуживанию детей;
  - кабинет по обслуживанию подростков;
- организационно-методический отдел (кабинет);

- диспансерное отделение;
- отделение "Телефон доверия";
- медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи;
- психотуберкулезное отделение (палату);
- регистратуру.

Штатными нормативами психоневрологического диспансера для работы с населением 18 лет и старше по участковому принципу предусмотрены: 1 должность участкового врача-психиатра на 25 тысяч взрослых, 1 должность участкового врача-психиатра (для оказания амбулаторной психиатрической помощи населению сельских районов и жителям населенных пунктов, подчиненных администрации городов) на 40 тысяч населения (взрослых, подростков, детей), но не менее 1 должности на район (с учетом этих должностей в диспансерных отделениях (кабинетах) городов районного подчинения).

Кроме того, для обеспечения психиатрической помощи в амбулаторных условиях в штате имеются врачи-психиатры. Для обеспечения стационарной помощи населению 18 лет и старше предусмотрены должности врача-терапевта, врача-акушер-гинеколога, врача-невролога, врача-стоматолога, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога и др. Должности врачей специалистов устанавливаются исходя из количества коек, которое они обслуживают.

## **1.6. Организация работы наркологического диспансера (наркологической больницы)**

Наркологический диспансер (наркологическая больница) являются самостоятельными медицинскими организациями или структурными подразделениями медицинской организации, структура и их штатная

численность которого устанавливаются учредителем или руководителем медицинской организации, в которой они созданы, в зависимости от объема проводимой лечебно-диагностической и реабилитационной работы, и численности обслуживаемого населения.

Наркологический диспансер (наркологическая больница) создается для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" (при наличии структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях). Деятельность наркологического, как и психоневрологического диспансера также осуществляется по территориальному принципу.

В *структуре* наркологического диспансера (наркологической больницы) рекомендуется предусматривать:

- организационно-методический отдел (кабинет медицинской статистики), включающий регистратуру;
- диспансерно-поликлиническое отделение, включающее:
  - кабинеты профилактики наркологических расстройств;
  - кабинеты врачей-психиатров-наркологов и врачей-психиатров-наркологов участковых;
  - кабинеты врачей-психиатров-наркологов по обслуживанию детского населения и врачей-психиатров-наркологов участковых по обслуживанию детского населения;
  - кабинеты медицинских психологов;
  - кабинеты врачей-психотерапевтов;
  - кабинеты для индивидуальной и групповой психотерапии;
  - кабинеты специалистов по социальной работе и социальных работников;
  - кабинеты врачей-специалистов;
  - процедурные кабинеты;
- наркологический дневной стационар;
- приемное отделение;

- кабинет (отделение) физиотерапии или кабинет (отделение) физиотерапии с залом лечебной физкультуры;
- кабинет (отделение) функциональной диагностики;
- кабинет (отделение) медицинского освидетельствования на состояние опьянения, в том числе с передвижными пунктами медицинского освидетельствования на состояние опьянения;
- отделение реанимации и интенсивной терапии или палаты (блок) реанимации и интенсивной терапии;
- наркологическое отделение;
- отделение неотложной наркологической помощи;
- отделение медицинской реабилитации;
- клинико-диагностическую лабораторию;
- химико-токсикологическую лабораторию;
- аптеку;
- информационно-вычислительный центр;
- административно-хозяйственную часть;
- зал для занятий лечебной физкультурой;
- зал для занятий на тренажерах.

Наркологический диспансер (наркологическая больница) осуществляет следующие основные *функции*:

- оказание первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи лицам с наркологическими расстройствами на основе стандартов медицинской помощи и с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология»;
- участие в проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров, медицинских освидетельствований;

- организационно-методическое руководство, оценка качества и эффективности работы медицинских организаций по профилактике, диагностике, лечению, медицинской реабилитации лиц с наркологическими расстройствами, а также по медицинскому освидетельствованию;
- мониторинг и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости наркологическими расстройствами и смертности от них;
- организация диспансерного наблюдения за лицами с наркологическими расстройствами;
- проведение мотивационного консультирования лиц с наркологическими расстройствами в целях побуждения их к лечению и медицинской реабилитации, диспансерному наблюдению, формирования у них приверженности к ведению здорового образа жизни, отказу от потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- участие в санитарно-просветительской работе по вопросам профилактики наркологических расстройств;
- представление отчетности в установленном порядке, сбор и предоставление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения.

Штатными нормативами диспансерно-поликлинического отделения наркологического диспансера для работы с населением 18 лет и старше по участковому принципу предусмотрены: 1 должность участкового врача-психиатра-нарколога на 40 тыс. прикрепленного взрослого населения; 1 должность участкового врача-психиатра-нарколога на 15 тыс. прикрепленного взрослого населения (для оказания помощи в сельских населенных пунктах); 1 должность участкового врача-психиатра-нарколога на 1 тысячу прикрепленного населения (для оказания помощи в сельских муниципальных образованиях Крайнего Севера и приравненных к нему местностей); не менее 1

должности участкового врача-психиатра-нарколога на отделение медицинской реабилитации; 6 должностей участкового врача-психиатра-нарколога на 3000 освидетельствований в год (при организации круглосуточного медицинского освидетельствования).

Для обеспечения стационарной помощи предусмотрены должности врача-психиатра-нарколога, врача-психиатра, врача-терапевта, врача-акушер-гинеколога, врача-невролога, врача-инфекционист, врача-дерматовенеролога, врача-физиотерапевта, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога и др. Должности врачей специалистов устанавливаются исходя из количества коек, которое они обслуживают.

Наркологический диспансер (наркологическая больница) может использоваться в качестве клинической базы научных, образовательных организаций высшего образования, профессиональных образовательных организаций и организаций дополнительного профессионального образования.

### **1.7. Организация деятельности медицинского эндокринологического центра (диспансера)**

Эндокринологический центр (диспансер) создается как самостоятельная медицинская организация или структурное подразделение медицинской организации, структура и штатная численность которого устанавливает учредитель медицинской организации или руководитель медицинской организации в случаях, когда Центр организуется как структурное подразделение медицинской организации, исходя из объема лечебно-диагностической работы, численности обслуживаемого населения.

Основными **функциями** эндокринологического центра являются:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «эндокринология» в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями;

- оказание консультативной помощи врачам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных с эндокринными заболеваниями;
- разработка и внедрение в клиническую практику современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных;
- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;
- проведение санитарно-гигиенического обучения больных и их родственников;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Центр может использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, а также научных организаций.

### **1.8. Организация работы врачебно-физкультурного диспансера**

Врачебно-физкультурный диспансер является лечебно-профилактическим учреждением, имеющим лицензию на соответствующие виды деятельности, организационно-методическое руководство работой которого осуществляет вышестоящий орган управления здравоохранением и Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины Минздрава России.

Диспансер возглавляет главный врач, назначаемый и освобождаемый от занимаемой должности вышестоящим органом управления здравоохранением в установленном порядке. Структура Диспансера разрабатывается и утверждается главным врачом в пределах штатной численности и фонда заработной платы.

Врачебно-физкультурный диспансер осуществляет деятельность по медицинскому обеспечению спорта и физической культуры, реабилитации больных и инвалидов средствами и методами физической культуры,

привлечению населения к занятиям физической культурой с целью профилактики заболеваний, укрепления и сохранения здоровья и физической активности путем:

- обеспечения медицинского контроля, диспансерного наблюдения, лечения и реабилитации лиц, занимающихся различными видами спорта и физкультурой в соответствии с установленными требованиями;

- организации и осуществления медицинского обеспечения учебно-тренировочных сборов, занятий и соревнований;

- осуществления допуска к занятиям различными видами спорта и физической культурой, соревнованиям и проведения экспертизы спортивной трудоспособности;

- проведения анализа отклонений в состоянии здоровья, заболеваемости и спортивного травматизма среди лиц, занимающихся спортом и физической культурой, и разработки мероприятий по их профилактике и лечению;

- организации и проведения восстановительного лечения больных и инвалидов с применением методик лечебной физкультуры;

- проведения санитарно-просветительной работы по формированию здорового образа жизни, оздоровлению различных возрастных и профессиональных групп населения средствами физической культуры и спорта и др.

Рекомендуемая структура врачебно-физкультурного диспансера:

- отделение спортивной медицины;
- отделение лечебной физкультуры;
- консультативное отделение;
- диагностическое отделение;
- организационно-методический отдел;
- иные медицинские и административно-хозяйственные подразделения.

Диспансер координирует деятельность по профилю работы с медицинскими, спортивными, образовательными, общественными и иными

организациями в целях оптимизации осуществляемой деятельности и может являться клинической базой медицинских образовательных учреждений.

## **Глава 2**

### **Учетная и отчетная документация некоторых диспансеров**

#### **Онкологический диспансер**

*Основная первичная учетная медицинская документация:*

- Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (ф. 027-2/у);
- Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко) (ф. 030-6/у);
- Контрольный талон к карте диспансерного наблюдения (онко) (ф. 030-5/у);
- Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием (ф. 030/ГРР);
- Талон дополнений к контрольной карте диспансерного наблюдения больного злокачественными новообразованиями (ф. 030-6/ТД);
- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (ф. 090/у)

*Основные отчетные формы:*

- ✓ Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями (ф. 7);
- ✓ Сведения о больных злокачественными новообразованиями (ф. 35)

### **Противотуберкулезный диспансер**

*Основная первичная учетная медицинская документация:*

- Медицинская карта больного туберкулезом (ф. 081/у);
- Карта антибактериального лечения (к мед. карте) больного туберкулезом (ф. 081-1/у);
- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза; с рецидивом туберкулеза (ф. 089/у-туб);
- Медицинская карта лечения больного туберкулезом (ф. 01-ТБ/у);
- Журнал регистрации больных туберкулезом (ф. 03-ТБ/у);
- Контрольная карта диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений (ф. 030-4/у);
- Направление в санаторий для больных туберкулезом (ф. 078/у);
- Карта персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией (ф. 263/у-ТВ).

*Основные отчетные формы:*

- ✓ Сведения о заболеваниях активным туберкулезом (ф. 8);
- ✓ Сведения о больных туберкулезом (ф. 33).

### **Кожно-венерологический диспансер**

*Основная первичная учетная медицинская документация:*

- Журнал учета инфекционных заболеваний (ф. 060/у);
- Медицинская карта больного венерическим заболеванием (ф. 065/у);
- Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью (ф. 065-2/у);
- Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки (ф. 089/у-кв).

*Основные отчетные формы:*

- ✓ Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой (ф. 9);
- ✓ Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой (ф. 34).

### **Психоневрологический диспансер**

*Основная первичная учетная медицинская документация:*

- Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью (ф. 030-1/у-02);
- Статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара (ф. 066-1/у-02).

*Основные отчетные формы:*

- ✓ Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) (ф. 10);

- ✓ Сведения о больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями (ф. 37).

### **Наркологический диспансер**

*Основная первичная учетная медицинская документация:*

- Извещение о больном с впервые установленным диагнозом наркомании (токсикомании) (ф. 091/у);
- Журнал регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами (ф. 304/у);
- Рабочий журнал кабинета экспертизы опьянения (ф. 450/у);
- Справка о доставке проб на химико-токсикологическое исследование (ф. 451/у);
- Направление на химико-токсикологическое исследование (ф. 452/у);
- Журнал регистрации результатов химико-токсикологических исследований (ф. 453/у);
- Результаты химико-токсикологического исследования (ф. 454/у)

*Основные отчетные формы:*

- ✓ Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами (ф. 11);
- ✓ Сведения о больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями (ф. 37).

### **Врачебно-физкультурный диспансер**

*Основная первичная учетная медицинская документация:*

- Врачебно-контрольная карта диспансерного наблюдения больного (ф. 062/у);
- Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена (ф. 061/у);
- Журнал регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физкультуры и спортивных мероприятиях (ф. 067/у);

- Журнал медицинского обслуживания физкультурных мероприятий (ф. 068/у).

*Основные отчетные формы:*

- ✓ Отчет о медицинском наблюдении за лицами, занимающимися физической культурой и спортом (ф. 53).

**Алгоритм решение задач:  
Задача для разбора**

По данным Росстата в отчетном календарном году в N-ской области проживало: всего населения - 282021 человек, из них сельского населения - 155501, всего детского населения (от 0 до 18 лет) - 73191, детского сельского населения (от 0 до 18 лет) – 39872, детей 0-14 лет

всего – 56885, детей 0-14 лет, проживающих в сельской местности, - 30599, детей 15-17 лет всего – 16313, детей 15-17 лет, проживающих в сельской местности, – 9273, а в предыдущем календарном году: всего населения – 284113 человек, из них сельского населения – 157049, всего детского населения (от 0 до 18 лет) – 73410, детского сельского населения (от 0 до 18 лет) – 40268, детей 0-14 лет всего – 56369, детей 0-14 лет, проживающих в сельской местности, - 30903, детей 15-17 лет всего – 17041, детей 15-17 лет, проживающих в сельской местности, – 9365.

**Исходя из сведений, содержащихся в ф. № 9 (см. далее), рассчитайте и проанализируйте:**

1. Первичную заболеваемость чесоткой всего населения, детского населения, детей в возрасте 0-14 лет и подростков 15-17 лет в отчетном и предыдущем календарном году.
2. Возрастную структуру детей, впервые заболевших чесоткой в отчетном и предыдущем календарном году.
3. Первичную заболеваемость чесоткой сельского населения, детского сельского населения, детей в возрасте 0-14 лет и подростков 15-17 лет, проживающих в сельской местности, в отчетном и предыдущем календарном году.
4. Возрастную структуру детей, проживающих в сельской местности и впервые заболевших чесоткой, в отчетном и предыдущем календарном году.
5. Первичную заболеваемость чесоткой городского населения, детского городского населения, детей в возрасте 0-14 лет и подростков 15-17 лет, проживающих в городах, в отчетном и предыдущем календарном году.
6. Возрастную структуру детей, проживающих в городах и впервые заболевших чесоткой, в отчетном и предыдущем календарном году.
7. Изобразите графически показатели первичной заболеваемости чесоткой городского и сельского детского населения в N-ской области в отчетном и предыдущем календарном году.
8. **Сделайте вывод**

Таблица 1

Первичная заболеваемость населения РФ в отчетном году заразными кожными болезнями (на 100 000 населения)

	№ стр.	Код по МКБ-10	Предыдущий год	Данный год
<b>Чесотка (всего)</b>	<b>13-15</b>	<b>B86</b>	18,7	16,6
дети 0-14 лет			37,0	30,7

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

**КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ**

Нарушение порядка представления статистической информации, а равно представление недостоверной статистической информации влечет ответственность, установленную статьей 13.19 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ, а также статьей 3 Закона Российской Федерации от 13.05.92 № 2761-1 “Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности”

**СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ**

Отчетный

ГОД

ЗА

Представляют:	Сроки представления
Больницы дерматовенерологического профиля, кожно-венерологические диспансеры (институты, научные центры дерматовенерологического профиля), медицинские организации независимо от организационно-правовой формы собственности, имеющие в своем составе дерматовенерологические отделения (кабинеты), оказывающие специализированную помощь больным дерматовенерологического профиля - органу местного самоуправления в сфере здравоохранения Орган местного самоуправления в сфере здравоохранения: - органу управления здравоохранения субъекта Российской Федерации Орган управления здравоохранения субъекта Российской Федерации: - Минздравсоцразвития России	10 января  до 10 февраля  до 5 марта

**ФОРМА № 9 (Фрагмент)**

Приказ Росстата:

Об утверждении формы  
от 29.12.11. №520

О внесении изменений  
(при наличии)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**ГODOВАЯ**

Наименование отчитывающейся организации:						
Почтовый адрес						
Код формы по ОКУД	Код					
	отчитывающейся организации по ОКПО	вида деятельности по ОКВЭД	отрасли по ОКОНХ	территории по ОКАТО	министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ	ИНН
1	2	3	4	5	6	7
<b>0609379</b>						

**СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ**

**(2001)**

Нозология	Пол	№ строки	Код по МКБ X пересмотра	Число вновь зарегистрированных случаев (больных) в отчетном году								
				ВСЕГО	в том числе в возрасте:					из них: сельские жители		
					0-14 лет	15-17 лет	18 - 29 лет	30 - 39 лет	40 лет и старше	Всего	в том числе в возрасте	
											0-14 лет	15-17 лет
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Дерматофитии (всего)</b>		01	<b>B35.0-B 35.9</b>	<b>92</b>	<b>71</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>72</b>	<b>39</b>	<b>1</b>
в том числе: мужчины	м	02		<b>43</b>	<b>31</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>31</b>	<b>25</b>	<b>1</b>
женщины	ж	03		<b>49</b>	<b>40</b>		<b>2</b>		<b>7</b>	<b>41</b>	<b>14</b>	
из них: микроспории	м	04	B 35.0,4	<b>36</b>	<b>31</b>	<b>1</b>	<b>4</b>			<b>25</b>	<b>24</b>	<b>1</b>
	ж	05		<b>20</b>	<b>18</b>		<b>2</b>			<b>14</b>	<b>14</b>	
трихофитии	м	06	B 35.0,4	<b>0</b>								
	ж	07		<b>0</b>								
микозы стоп и кистей, всего		08	B35.1-3	<b>12</b>				<b>2</b>	<b>10</b>	<b>12</b>		
в том числе: мужчины	м	09		<b>6</b>				<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>		
женщины	ж	10		<b>6</b>					<b>6</b>	<b>6</b>		
из них онихомикозы	м	11	B35.1	<b>3</b>					<b>3</b>	<b>3</b>		
	ж	12		<b>5</b>					<b>5</b>	<b>5</b>		
<b>Чесотка</b>		13	<b>B86</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>			<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
в том числе: мужчины	м	14		<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>			<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
женщины	ж	15		<b>4</b>	<b>3</b>		<b>1</b>			<b>1</b>	<b>1</b>	

**Распределение больных по месту фактического проживания (категория больного) (из табл.2000, гр.5)**

**(2005)**

Нозология	№ строки	жители данного субъекта РФ	жители других субъектов РФ	иностранцы граждане	из них: граждане СНГ	контингент БОМЖ	ВСЕГО
1	2	3	4	5	6	7	8
Чесотка	07	<b>5</b>					<b>5</b>

**(2006)**

**Распределение больных по социальным группам**

Нозология	№	работающи	неработаю	дошкольни	учащийся	студент	пенсионер	военнослуж	всего
-----------	---	-----------	-----------	-----------	----------	---------	-----------	------------	-------

	строки	й	щ	к				аций	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Чесотка	07			1	2	1	1		5

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

**КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ**

Нарушение порядка представления статистической информации, а равно представление недостоверной статистической информации влечет ответственность, установленную статьей 13.19 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ, а также статьей 3 Закона Российской Федерации от 13.05.92 № 2761-1 "Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности"

**СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ**

предыд

ЗА

ГОД

Представляют:	Сроки представления
Больницы дерматовенерологического профиля, кожно-венерологические диспансеры (институты, научные центры дерматовенерологического профиля), медицинские организации независимо от организационно-правовой формы собственности, имеющие в своем составе дерматовенерологические отделения (кабинеты), оказывающие специализированную помощь больным дерматовенерологического профиля - органу местного самоуправления в сфере здравоохранения Орган местного самоуправления в сфере здравоохранения: - органу управления здравоохранения субъекта Российской Федерации Орган управления здравоохранения субъекта Российской Федерации: - Минздравсоцразвития России	10 января  до 10 февраля  до 5 марта

**ФОРМА № 9 (Фрагмент)**

Приказ Росстата:

Об утверждении формы  
от 29.12.11. №520

О внесении изменений  
(при наличии)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**ГODOBAY**

<b>Наименование отчитывающейся организации:</b>								
<b>Почтовый адрес</b>								
		Код						
Код формы по ОКУД	отчитывающейся организации по ОКПО	вида деятельности по ОКВЭД	отрасли по ОКОНХ	территории по ОКАТО	министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ	ИНН		
1	2	3	4	5	6	7		

## СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

(2001)

Нозология	Пол	№ строки	Код по МКБ X пересмотра	Число вновь зарегистрированных случаев (больных) в отчетном году								
				ВСЕГО	в том числе в возрасте:					из них: сельские жители		
					0-14 лет	15-17 лет	18 - 29 лет	30 - 39 лет	40 лет и старше	Всего	в том числе в возрасте	
											0-14 лет	15-17 лет
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Дерматофитии (всего)</b>		01	<b>В35.0-В 35.9</b>	<b>167</b>	<b>85</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>51</b>	<b>118</b>	<b>72</b>	<b>4</b>
в том числе: мужчины	м	02		<b>73</b>	<b>39</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>23</b>	<b>47</b>	<b>36</b>	<b>1</b>
женщины	ж	03		<b>94</b>	<b>46</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>28</b>	<b>71</b>	<b>36</b>	<b>3</b>
из них: микроспории	м	04	В 35.0,4	<b>35</b>	<b>33</b>			<b>1</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	
	ж	05		<b>33</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>		<b>28</b>	<b>22</b>	<b>2</b>
трихофитии	м	06	В 35.0,4	<b>0</b>								
	ж	07		<b>0</b>								
микозы стоп и кистей, всего		08	В35.1-3	<b>56</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>41</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	
в том числе: мужчины	м	09		<b>25</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>8</b>		
женщины	ж	10		<b>31</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	
из них онихомикозы	м	11	В35.1	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>7</b>		
	ж	12		<b>28</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>20</b>			
<b>Чесотка</b>		13	<b>В86</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>2</b>		<b>2</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
в том числе: мужчины	м	14		<b>16</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
женщины	ж	15		<b>8</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

**Алгоритм расчета:**

**Первичная заболеваемость** чесоткой всего населения, детского населения, детей в возрасте 0-14 лет и подростков 15-17 лет в отчетном и предыдущем календарном году используем формулу:

<b>Первичная заболеваемость</b>	=	Число заболеваний, выявленных впервые в данном календарном году, по поводу которых больной обратился в ЛПУ	× 1000
		Среднегодовая численность населения соответствующей возрастной группы	

Первичная заболеваемость **в отчетном году:**

(в связи с весьма малым числом заболеваний чесоткой в данном случае в качестве основания показателя целесообразно использовать не 1000, а 100 000)

<b>Первичная заболеваемость чесоткой всего населения</b>	=	8	× 100000
		282021	

= 2,84 на 100000 (РФ – 16,6)

<b>Первичная заболеваемость чесоткой всего детского населения</b>	=	5+1=6	× 100000
		73191	

= 8,2 на 100000

<b>Первичная заболеваемость чесоткой детского населения 0-14 лет</b>	=	5	× 100000
		56885	

= 8,79 на 100000 (РФ – 30,7)

<b>Первичная заболеваемость чесоткой детского населения 15-17 лет</b>	=	1	× 100000
		16313	

= 6,13 на 100000

Первичная заболеваемость **в предыдущем году:**

<b>Первичная заболеваемость чесоткой всего населения</b>	=	24	× 100000
		284113	

= 8,45 на 100000 (РФ – 18,7)

<b>Первичная заболеваемость чесоткой всего детского населения</b>	=	18+2=20	× 100000
		73410	

= 27,25 на 100000

<b>Первичная заболеваемость чесоткой детского населения 0-14 лет</b>	=	18	× 100000
		56369	

= 31,94 на 100000 (РФ – 37,0)

<b>Первичная заболеваемость чесоткой детского населения 15-17 лет</b>	=	2	× 100000
		17041	

= 11,74 на 100000

### ***Возрастная структура детей, впервые заболевших чесоткой***

Возрастная структура – это экстенсивный показатель (показатель распределения), который показывает внутреннюю структуру явления, распределение его на составные части, удельный вес каждой части в целом и выражается в процентах.

Этот показатель вычисляется путем составления простой пропорции, где число всех детей, впервые заболевших чесоткой, принимается за 100%, а число детей, впервые заболевших чесоткой в данной возрастной группе за X%. Рассчитав удельные веса, получаем структуру.

### ***Возрастная структура детей, впервые заболевших чесоткой в отчетном календарном году.***

- число детей, впервые заболевших чесоткой (6) — 100%;
- число детей в возрасте 0-14 лет, впервые заболевших чесоткой (5) — X<sub>1</sub> %;
- число детей в возрасте 15-17 лет, впервые заболевших чесоткой (1) случаев второго заболевания— X<sub>2</sub> %

число детей в возрасте 0-14 лет, впервые заболевших чесоткой  $5/6 \times 100 = 83,3\%$

число детей в возрасте 15-17 лет, впервые заболевших чесоткой  $1/6 \times 100 = 16,7\%$

### ***Возрастная структура детей, впервые заболевших чесоткой в предыдущем календарном году.***

- число детей, впервые заболевших чесоткой (20) — 100%;
- число детей в возрасте 0-14 лет, впервые заболевших чесоткой (18) — X<sub>1</sub> %;
- число детей в возрасте 15-17 лет, впервые заболевших чесоткой (2) случаев второго заболевания— X<sub>2</sub> %

число детей в возрасте 0-14 лет, впервые заболевших чесоткой  $18/20 \times 100 = 90,0\%$

число детей в возрасте 15-17 лет, впервые заболевших чесоткой  $2/20 \times 100 = 10,0\%$

*Первичная заболеваемость чесоткой сельского населения, детского сельского населения, детей в возрасте 0-14 лет и подростков 15-17 лет, проживающих в сельской местности, в отчетном и предыдущем календарном году.*

Первичная заболеваемость в отчетном году:

<b>Первичная заболеваемость чесоткой всего сельского населения</b>	=	$\frac{3}{155501}$	× 100000
--	---	--------------------	-------------

= 1,93 на 100000

<b>Первичная заболеваемость чесоткой всего сельского детского населения</b>	=	$\frac{2+1=3}{39872}$	× 100000
---	---	-----------------------	-------------

= 7,53 на 100000

<b>Первичная заболеваемость чесоткой детского сельского населения 0-14 лет</b>	=	$\frac{2}{30599}$	× 100000
--	---	-------------------	-------------

= 6,54 на 100000

<b>Первичная заболеваемость чесоткой сельского детского населения 15-17 лет</b>	=	$\frac{1}{9273}$	× 100000
---	---	------------------	-------------

= 10,79 на 100000

Первичная заболеваемость в предыдущем году:

<b>Первичная заболеваемость чесоткой всего сельского населения</b>	=	$\frac{5}{157049}$	× 100000
--	---	--------------------	-------------

= 3,19 на 100000

<b>Первичная заболеваемость чесоткой всего сельского детского населения</b>	=	$\frac{3+1=4}{40268}$	× 100000
---	---	-----------------------	-------------

= 9,94 на 100000

<b>Первичная заболеваемость чесоткой детского сельского населения 0-14 лет</b>	=	$\frac{3}{30903}$	×	100000
--	---	-------------------	---	--------

= 9,71 на 100000

<b>Первичная заболеваемость чесоткой сельского детского населения 15-17 лет</b>	=	$\frac{1}{9365}$	×	100000
---	---	------------------	---	--------

= 10,68 на 100000

**Возрастная структура детей, проживающих в сельской местности и впервые заболевших чесоткой, в отчетном и предыдущем календарном году.**

*Возрастная структура детей, проживающих в сельской местности и впервые заболевших чесоткой в отчетном календарном году.*

- число детей, впервые заболевших чесоткой (3) — 100%;
- число детей в возрасте 0-14 лет, впервые заболевших чесоткой (2) —  $X_1$  %;
- число детей в возрасте 15-17 лет, впервые заболевших чесоткой (1) —  $X_2$  %

число детей в возрасте 0-14 лет, впервые заболевших чесоткой  $\frac{2}{3} \times 100 = 66,7\%$

число детей в возрасте 15-17 лет, впервые заболевших чесоткой  $\frac{1}{3} \times 100 = 33,3\%$

*Возрастная структура детей, проживающих в сельской местности и впервые заболевших чесоткой в предыдущем календарном году.*

- число детей, впервые заболевших чесоткой (4) — 100%;
- число детей в возрасте 0-14 лет, впервые заболевших чесоткой (3) —  $X_1$  %;
- число детей в возрасте 15-17 лет, впервые заболевших чесоткой (1) —  $X_2$  %

число детей в возрасте 0-14 лет, впервые заболевших чесоткой  $\frac{3}{4} \times 100 = 75,0\%$

число детей в возрасте 15-17 лет, впервые заболевших чесоткой  $\frac{1}{4} \times 100 = 25,0\%$

**Первичная заболеваемость чесоткой городского населения, детского сельского населения, детей в возрасте 0-14 лет и подростков 15-17 лет, проживающих в городах, в отчетном и предыдущем календарном году.**

**При этом численность городского населения в условиях задачи не дана, поэтому её надо рассчитать, отняв от общей численности населения численность сельского населения:**

**Численность городского населения (отчетный год):**

всего населения:  $282021 - 155501 = 126520$  городских жителей

всех детей:  $73191 - 39872 = 33319$  всех детей, проживающих в городах

детей 0-14 лет:  $56885 - 30599 = 26286$  детей 0-14 лет, проживающих в городах

детей 15-17 лет:  $16313 - 9273 = 7040$  детей 15-17 лет, проживающих в городах

Первичная заболеваемость **в отчетном году:**

<b>Первичная заболеваемость чесоткой всего городского населения</b>	=	8-3=5	× 100000
		126520	

= 3,96 на 100000

<b>Первичная заболеваемость чесоткой всего городского детского населения</b>	=	(5+1)- (2+1)= 3	× 100000
		33319	

= 9,01 на 100000

<b>Первичная заболеваемость чесоткой детского городского населения 0-14 лет</b>	=	5-2=3	× 100000
		26286	

= 11,42 на 100000

<b>Первичная заболеваемость чесоткой городского детского населения 15-17 лет</b>	=	1-1=0	× 100000
		7040	

= 0

**Численность городского населения (предыдущий год):**

всего населения: 284113 – 157049= 127064 городских жителей

всех детей: 73410 – 40268 = 33142 всех детей, проживающих в городах

детей 0-14 лет: 56369 – 30903 = 25466 детей 0-14 лет, проживающих в городах

детей 15-17 лет: 17041 – 9365 = 7676 детей 15-17 лет, проживающих в городах

Первичная заболеваемость **в предыдущем году**:

<b>Первичная заболеваемость чесоткой всего городского населения</b>	=	24-5=19	× 100000
		127064	

= 14,96 на 100000

<b>Первичная заболеваемость чесоткой всего городского детского населения</b>	=	(18+2) - (3+1) = 16	× 100000
		33142	

= 48,28 на 100000

<b>Первичная заболеваемость чесоткой детского городского населения 0-14 лет</b>	=	18-3=15	× 100000
		25466	

= 58,91 на 100000

<b>Первичная заболеваемость чесоткой городского детского населения 15-17 лет</b>	=	2-1=1	× 100000
		7676	

= 13,03 на 100000

**Возрастная структура детей, проживающих в городах и впервые заболевших чесоткой в отчетном календарном году.**

- число детей, впервые заболевших чесоткой (6-3=3) — 100%;
- число детей в возрасте 0-14 лет, впервые заболевших чесоткой (5-2=3) — X<sub>1</sub> %;
- число детей в возрасте 15-17 лет, впервые заболевших чесоткой (0) — X<sub>2</sub> %

число детей в возрасте 0-14 лет, впервые заболевших чесоткой  $3/3 \times 100 = 100\%$

число детей в возрасте 15-17 лет, впервые заболевших чесоткой - 0

**Возрастная структура детей, проживающих в городах и впервые заболевших чесоткой в предыдущем календарном году.**

- число детей, впервые заболевших чесоткой (16) — 100%;
- число детей в возрасте 0-14 лет, впервые заболевших чесоткой (15) — X<sub>1</sub> %;
- число детей в возрасте 15-17 лет, впервые заболевших чесоткой (1) — X<sub>2</sub> %

число детей в возрасте 0-14 лет, впервые заболевших чесоткой  $15/16 \times 100 = 93,8\%$

число детей в возрасте 15-17 лет, впервые заболевших чесоткой  $1/16 \times 100 = 6,2\%$

**Таблица 2 Первичной заболеваемости чесоткой отдельных социальных групп населения N-ской области в отчетном и предыдущем календарном году (на 100000)**

Возрастная группа	Население всей области		Городское население		Сельское население	
	Пред. год	Отч. год	Пред. год	Отч. год	Пред. год	Отч. год
Все возраста	8,45	2,84	14,96	3,96	3,19	1,93
Все дети	27,25	8,20	48,28	9,01	9,94	7,53
Дети 0-14 лет	31,94	8,79	58,91	11,42	9,71	6,54
Дети 15-17 лет	11,74	6,13	13,03	0	10,68	10,79

**Выводы:**

В течение двух последних лет первичная заболеваемость чесоткой, как всего населения в N-ской области, так и детского населения в возрасте 0-14 лет была значительно

ниже, чем в среднем по стране – в отчетном году соответственно в 5,9 ( $16,6/2,84=5,9$ ) и 3,5 ( $30,7/8,79=3,5$ ) раза, в предыдущем году в 2,2 ( $18,7/8,45=2,2$ ) и 1,2 ( $37/31,94=1,2$ ) раза.

За прошедшие два года первичная заболеваемость чесоткой всего населения в N-ской области снизилась в 3 раза ( $8,45/2,84=3$ ), причем снижение произошло, как среди городского, так и среди сельского населения во всех выделенных возрастных группах, за исключением детей подросткового возраста (15-17 лет), проживающих в сельской местности, заболеваемость которых возросла, но весьма незначительно.

Как в отчетном, так и в предыдущем году чаще заболевали чесоткой жители городов. Причем эта закономерность отмечалась как среди всего населения, так и среди всего детского населения, а также среди детей 0-14 лет. Однако среди детей подросткового возраста (15-17 лет) чаще заболевали чесоткой подростки, проживающие в сельской местности. Среди городского населения чаще заболевали чесоткой дети в возрасте 0-14 лет, а среди сельского населения дети подросткового возраста (15-17 лет).

## Литература

1. «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»: приказ Минсоцздрава России от 16 апреля 2012 года N 366н. – М., 2012.
2. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия"»: приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 923н. – М., 2012.
3. «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»: приказ Министерства Здравоохранения РФ от 06.08.2013 г. № 529н. – М., 2013.
4. «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»: приказ Минздрава России от 02.12.2014 № 796н. – М., 2014.
5. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник – 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 608 с.
6. Типовые задания к практическим занятиям по темам: «Организация стационарной стоматологической помощи населению», «Планирование стоматологической помощи», «Экспертиза временной нетрудоспособности»: практикум для студентов стоматологического факультета и обучающихся в магистратуре «Общественное здравоохранение» / Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Глущенко В.А., Алексеева А.В., Харбедия Ш.Д. – СПб.: ГПМУ, 2017. – 48 с.
7. Харбедия Ш.Д. Статистический учет и стандартизация в здравоохранении. СПб: Сотис-Мед., 2018. – 228 с.