

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Р. В. Хурса, И. Л. Месникова, М. В. Зюзенков

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2009

УДК 616-08-039.57-084:3(075.8)

ББК 51.1(2)2 я 73

X 98

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве учебно-методического пособия 20.02.2008 г., протокол № 6

Рецензенты: зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета, д-р мед. наук, проф. Н. Н. Пилипцевич; зав. каф. общей врачебной практики Белорусской медицинской академии последиplomного образования, канд. мед. наук, доц. Е. А. Воронко

Хурса, Р. В.

X 98 Диспансеризация в практике участкового терапевта : учеб.-метод. пособие / Р. В. Хурса, И. Л. Месникова, М. В. Зюзенков. – Минск : БГМУ, 2009. – 32 с.

ISBN 978-985-462-983-4.

Рассматриваются общие вопросы диспансеризации взрослого населения как метода активной профилактики заболеваний и сохранения здоровья людей, а также частные аспекты диспансеризации терапевтических больных. Приведены примерные схемы диспансерного наблюдения за пациентами с наиболее часто встречающимися в практике участкового терапевта заболеваниями.

Предназначается студентам 4–6 курсов лечебного факультета и врачам-интернам.

УДК 616-08-039.57-084:3(075.8)

ББК 51.1(2)2 я 73

ISBN 978-985-462-983-4

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2009

I. Диспансеризация как активный метод профилактической работы

Диспансеризация (франц. — dispensaire, диспансер) — система работы лечебно-профилактических учреждений, заключающаяся в активном наблюдении за здоровьем населения, в обеспечении правильного физического развития и сохранения здоровья людей, в предупреждении заболеваний путем проведения соответствующих лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и социальных мероприятий. Основу диспансеризации составляет диспансерный метод работы: метод активного наблюдения за состоянием здоровья населения, осуществления по отношению к гражданам мер индивидуальной и общественной профилактики (БМЭ, 1977). В настоящее время термины «диспансеризация» и «диспансерный метод работы» используются практически как имеющие единое смысловое содержание.

Главная цель диспансеризации — формирование и укрепление здоровья населения, снижение заболеваемости и инвалидности, увеличение продолжительности и повышение качества жизни людей, сохранение их трудоспособности. Диспансеризация воплощает синтез лечебного и профилактического принципов в медицине. Очень точно отметил первый нарком здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко в 1924 г.: «Профилактика — основное направление советской медицины, а диспансеризация — это метод, при помощи которого это направление проводится в жизнь». Это означает, что диспансеризация — есть профилактический метод работы с населением независимо от состояния здоровья. Для здоровых лиц его целью является сохранение и укрепление их здоровья (то есть первичная профилактика заболеваемости), для больных — активное выявление лиц с факторами риска и заболеваний на ранних стадиях, профилактика обострений и осложнений, восстановительная терапия (то есть вторичная и третичная профилактика).

Диспансеризация включает следующие этапы:

1. Индивидуальная оценка состояния здоровья людей (определение группы диспансерного наблюдения).
2. Индивидуальная профилактическая и лечебно-оздоровительная работа с пациентами каждой диспансерной группы.
3. Ежегодный анализ эффективности и качества диспансеризации.

Первый этап предполагает ежегодный профилактический медицинский осмотр с выполнением установленного минимально необходимого объема лабораторных и инструментальных исследований, а также дообследование нуждающихся лиц с использованием дополнительных методов диагностики.

Важным вопросом является определение круга лиц, подлежащих ежегодным диспансерным осмотрам.

Медицинские осмотры обязательны для следующих контингентов взрослого населения:

- студентов;
- женщин фертильного возраста (девушки и бездетные или имеющие 1 ребенка женщины в возрасте до 45 лет);
- беременных женщин;
- спецконтингентов (ИВОВ, УВОВ, члены правительства, пострадавшие от аварии на ЧАЭС и т. д.);
- лиц с вредными и опасными условиями работы, пищевиков, работников коммунальных служб, общественного и пассажирского транспорта, персонала детских учреждений и др. декретированных контингентов.

Перечни профессий, подлежащих ежегодным периодическим осмотрам и при поступлении на работу, объемы обязательных исследований для каждой группы профессий, а также форма санитарной книжки для профессий, связанных с опасностью заболевания и распространения инфекционных и паразитарных болезней, утверждены Постановлением министерства здравоохранения Республики Беларусь № 33 от 8 августа 2000 г. «О порядке проведения обязательных медицинских осмотров работников».

Различают **массовые** и **индивидуальные** профилактические осмотры населения. К массовым профилактическим осмотрам относятся:

- целевые (типа скрининг-метода, анкетирование по опросникам и др.), которые проводятся для раннего выявления определенных заболеваний (туберкулеза, злокачественных опухолей, сердечно-сосудистых и др.), и осуществляются с помощью специализированных медицинских учреждений;
- периодические, имеющие целью выявление любых заболеваний у определенных контингентов населения.

Профилактическая работа участковых терапевтов предполагает проведение, главным образом, индивидуальных осмотров, которые осуществляются:

- по обращаемости пациентов к врачу в связи с заболеванием, за справкой в бассейн, для оформления санаторно-курортной карты или по другим поводам;
- при выполнении врачом визитов на дому, в том числе, активных (т. е. без вызова пациентом) к хроническим больным и лицам пожилого возраста;
- по активному вызову врачом пациентов на прием.

Профилактические (предварительные) осмотры терапевтом обязательны перед поступлением в средние и высшие учебные заведения, а

также для отдельных профессиональных групп населения перед поступлением на работу.

Идеальным воплощением профилактического направления отечественного здравоохранения была бы всеобщая диспансеризация населения. В этой связи Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 92 от 12 октября 2007 г. (с изменениями и дополнениями от 3 февраля 2009 г.) утверждена «Инструкция о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь» (далее Инструкция). Этот документ определяет, что диспансеризация взрослого населения Республики Беларусь включает не только диспансерный осмотр и динамическое наблюдение за состоянием здоровья, но и пропаганду здорового образа жизни, воспитание интереса и ответственности к своему здоровью.

Согласно Инструкции, «Граждане Республики Беларусь имеют право пройти диспансерный осмотр и при наличии медицинских показаний находиться под диспансерным динамическим наблюдением в организациях здравоохранения, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь взрослому населению». В связи с этим правом особо важная роль отводится отделениям (кабинетам) профилактики.

Диспансеризация населения предусматривает обязательный терапевтический осмотр (сбор анамнеза, физикальное обследование), а также выполнение определенного для каждой возрастной группы объема исследований:

18–29 лет — измерение артериального давления (АД), расчет индекса массы тела (ИМТ), общий анализ крови (ОАК–СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), общий анализ мочи (ОАМ), глюкоза крови (по показаниям), флюорография, осмотр врачом-гинекологом (включая молочные железы) — для женщин;

30–39 лет — то же, плюс ЭКГ и холестерин крови (по показаниям);

40 лет и старше — измерение АД, ИМТ, ОАК, ОАМ, глюкоза и холестерин крови, оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) по таблице SCORE, измерение внутриглазного давления, ЭКГ, флюорография, осмотр врачом-гинекологом (включая молочные железы) — для женщин и исследование предстательной железы — для мужчин.

Флюорография проводится 1 раз в 2 года, «обязательным» и «угрожаемым» в плане туберкулеза контингентам — ежегодно.

Результаты диспансерного осмотра фиксируются в медицинской карте амбулаторного больного (форма 025/у), а также в «Карте учета диспансерного наблюдения» (форма 131/у-Д) (см. Приложение). Эти документы заполняются в отделении (кабинете) профилактики организации здравоохранения.

С учетом результатов проведенных лабораторных, клинических и инструментальных исследований врачом отделения (кабинета) профилактики определяется принадлежность гражданина к той или иной группе диспансерного динамического наблюдения. Инструкцией оговорено, что при определении диспансерной группы могут быть использованы результаты предшествующих диспансерному осмотру медицинских осмотров, в том числе лабораторных, клинических и инструментальных исследований, если их давность не превышает 12 месяцев.

Выделяют следующие группы диспансерного динамического наблюдения.

Группа Д (I) — здоровые граждане, не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, не имеющие в анамнезе хронических заболеваний и у которых во время диспансерного осмотра не выявлены заболевания или нарушения функций отдельных органов и систем организма, факторы риска, а также лица, имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья (без тенденции к прогрессированию, не влияющие на трудоспособность).

Профилактическая работа врача с этой группой лиц (второй этап диспансеризации) заключается в пропаганде здорового образа жизни и санитарно-гигиенических знаний. Желательны ежегодные профилактические осмотры, если пациент не относится к контингенту лиц, для которых эти осмотры обязательны (см. выше).

Группа Д (II) — практически здоровые граждане, имеющие в ближайшем анамнезе острые заболевания, которые могут привести к хронизации патологического процесса, факторы риска хронических заболеваний или некоторые хронические заболевания без признаков обострения в течение нескольких (обычно не менее 5) лет.

Динамическое наблюдение за пациентами с факторами риска предполагает их осмотры 1–2 раза в год и исследования, включающие к обязательному минимуму некоторые дополнительные с учетом имеющихся индивидуальных отклонений в состоянии здоровья. Для каждого пациента из этой группы врачом отделения (кабинета) профилактики организации здравоохранения составляется индивидуальная программа профилактики развития заболеваний (борьбы с факторами риска), согласно Инструкции, а также проводятся мероприятия по формированию здорового образа жизни и оздоровительные мероприятия.

Группа Д (III) — граждане, имеющие хронические заболевания, с умеренными или выраженными нарушениями функций органов и систем организма, с периодическими обострениями и снижением работоспособности. В этой группе выделяют две категории граждан: не имеющих группы инвалидности по заболеванию — Д (III)а и имеющих группу инвалидности по заболеванию — Д (III)б. К группе диспансерного динамического

наблюдения Д (III) на определенный период времени относятся также граждане, перенесшие некоторые острые заболевания (пневмонию, ангины, гломерулонефрит), операции, травмы, а также имеющие повышенный риск возникновения различных заболеваний и подвергающиеся воздействию вредных условий труда.

Лица из группы Д (III) состоят на учете у специалистов соответствующего профиля: с терапевтическими заболеваниями — у терапевта, с хирургическими — у хирурга и т. д. Пациенты, имеющие несколько разных заболеваний, находятся на учете одновременно у нескольких специалистов, которые определяют частоту осмотров, объем необходимых исследований и реабилитационных мероприятий, согласно Инструкции.

Отказ гражданина от диспансерного наблюдения фиксируется в медицинской карте амбулаторного больного и заверяется его подписью, а также подписью и печатью врача.

Заключительный этап диспансеризации — анализ ее эффективности и качества. Оценивается процент охвата диспансеризацией, распределение населения по группам диспансерного динамического наблюдения, полнота проведенных обследований, анализируется частота и динамика выявленной патологии и факторов риска и другие показатели (см. гл. II).

В Постановлении № 92 с изменениями и дополнениями от 3.02.2009 г., этот раздел дословно изложен следующим образом: «Эффективность проведенной диспансеризации ежегодно оценивается врачами амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения, в том числе отделений (кабинетов) профилактики, по удельному весу:

- пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (II), снятых с учета: рассчитывается как отношение числа лиц, снятых с учета в группе Д (II), к числу лиц, состоящих на учете в группе Д (II), умноженное на 100 %;
- пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (II), переведенных в группу Д (III): рассчитывается как отношение числа лиц из группы Д (II), переведенных в группу Д (III) к числу лиц, состоящих на учете в группе Д (II), умноженное на 100 %;
- пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III), имеющих обострения хронических заболеваний с трудопотерями: рассчитывается как отношение числа лиц, имеющих обострения хронических заболеваний с трудопотерями, из группы Д (III) к числу лиц, состоящих на учете в группе Д (III), умноженное на 100 %;
- пациентов, впервые отнесенных к группе диспансерного динамического наблюдения Д (III): рассчитывается как отношение числа лиц, впервые отнесенных к группе Д (III), к числу лиц, состоящих на учете в группе Д (III), умноженное на 100 %;

- пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III) со стойкой утратой трудоспособности: рассчитывается как отношение числа лиц со стойкой утратой трудоспособности из группы Д (III) к числу лиц, состоящих на учете в группе Д (III), умноженное на 100 %;
- пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III) с первичным выходом на инвалидность: рассчитывается как отношение числа лиц из группы Д (III) с первичным выходом на инвалидность к числу лиц, состоящих на учете в группе Д (III), умноженное на 100 %;
- госпитализированных пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III): рассчитывается как отношение числа госпитализированных пациентов из группы Д (III) к числу лиц, состоящих на учете в группе Д (III), умноженное на 100 %;
- пациентов с впервые выявленным хроническим заболеванием: рассчитывается как отношение числа лиц с впервые выявленным хроническим заболеванием к числу прошедших медицинский осмотр, умноженное на 100 %».

Таким образом, диспансеризация — это не разовая акция, а непрерывный процесс, объединяющий динамическое наблюдение и различные формы лечебно-оздоровительных, социально-гигиенических мероприятий, а также санитарно-просветительной работы. Непременным условием успешности этого процесса является полное взаимопонимание и взаимодействие граждан и медицинских работников. Ежегодные диспансерные осмотры и первично-профилактические мероприятия, основным из которых является здоровый образ жизни, должны стать нормой поведения каждого человека, включая здоровых лиц. Для прочих групп наблюдения (практически здоровых и больных) диспансерный метод предполагает индивидуально обоснованную частоту ежегодных диспансерных осмотров и дополнительное проведение комплекса необходимых медицинских и социальных мер.

II. Диспансеризация терапевтических больных

Диспансерному наблюдению у врача-терапевта подлежат больные, страдающие длительно протекающими хроническими терапевтическими заболеваниями, обуславливающими длительную и частую временную нетрудоспособность (ВН) и инвалидность (группа Д III), а также лица, перенесшие некоторые острые заболевания (на определенный период). Больных, подлежащих диспансерному наблюдению, ставят на учет с оформлением соответствующей документации: медицинской карты амбулаторного больного, статистического талона, карты учета диспансерного наблюдения.

В медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у) ежегодно вносятся план диспансерного наблюдения, данные осмотров, этапный эпикриз. Обложка маркируется литерой «Д» с шифром или названием болезни.

Ежегодно при первом посещении заполняется статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (форма 025-2/у) с отметкой о том, что больной вновь взят на диспансерный учет.

При каждом посещении делаются соответствующие отметки в оперативном документе врача — «Карте учета диспансерного наблюдения» (форма 131/у). В карте отмечаются назначенные и фактические даты явки пациента на диспансерный осмотр, запланированные мероприятия и некоторые другие данные. В отличие от медицинской карты, хранящейся в регистратуре поликлиники, «Карты учета диспансерного наблюдения» лиц группы Д (III) с терапевтическими заболеваниями находятся в кабинете участкового врача в специальном ящике в виде картотеки, разбитой по месяцам года и нозологическому принципу, что помогает рационально спланировать работу с диспансерным контингентом в течение года.

На больных, находящихся на диспансерном учете по поводу одного заболевания у нескольких специалистов, например, у терапевта и хирурга по поводу язвенной болезни, заполняются две «Карты», на одной из которых делается пометка «дубликат».

При первичном взятии на учет и в начале каждого следующего года наблюдения в медицинскую карту записывается план диспансерного наблюдения. Он составляется для каждого пациента на основе примерных схем динамического наблюдения за больными с каждой нозологической формой (согласно Инструкции, см. гл. III), но с учетом индивидуальных особенностей заболевания и наличия сопутствующей патологии. В плане указываются кратность диспансерных осмотров, перечень и частота диагностических исследований и консультаций специалистами, а также основные лечебно-оздоровительные мероприятия на год. Планируемые лечебно-оздоровительные мероприятия направлены на реабилитацию (восстановление здоровья) пациента и включают в себя следующие направления: режим труда и отдыха, диетическое питание, физиотерапию и ЛФК, санацию очагов инфекции, медикаментозное (противорецидивное) лечение, санаторно-курортное лечение, а также (по показаниям) — оперативное лечение, трудоустройство, освидетельствование в МРЭК и прочие мероприятия.

В конце года на каждого диспансерного больного заполняется этапный эпикриз. В нем отражаются исходное состояние больного, проведенные лечебно-профилактические мероприятия, динамика течения болезни (изменение субъективного состояния, изменение числа обострений, снижение или увеличение числа случаев и дней временной нетрудоспособности,

первичный выход или динамика инвалидности), итоговый результат — оценка состояния здоровья по критериям «ухудшение», «улучшение», «без перемен». Эпикриз должен просматриваться и подписываться заведующим терапевтическим отделением.

Важнейшее условие правильной организации диспансеризации больных — подведение итогов и объективная оценка ее эффективности. Наиболее часто используются следующие критерии эффективности и качества диспансеризации, среди которых целесообразно выделить показатели работы врача с диспансерной группой больных и показатели эффективности диспансеризации у каждого больного.

Показатели эффективности и качества работы врача с диспансерной группой больных:

1. Количество больных, состоящих на диспансерном учете, процент работающих больных.
2. Полнота охвата диспансеризацией по отдельным нозологическим формам в процентах.
3. Процент обострений основного заболевания у диспансерных больных.
4. Количество дней и случаев ВН по нозологическим формам в диспансерной группе за год. Средняя продолжительность одного случая.
5. Частота выхода на первичную инвалидность на 100 диспансеризуемых.
6. Процент инвалидов, переведенных с I группы во II или со II в III группу.
7. Тяжесть выхода на инвалидность (отношение инвалидов I и II групп к общему количеству инвалидов в диспансерной группе в процентах).
8. Летальность среди диспансерных больных в процентах и смертность на 1000 населения.

Показатели эффективности диспансеризации каждого пациента:

1. Отсутствие признаков обострения заболевания.
2. Снижение сроков ВН.
3. Переход заболевания в более легкую клиническую стадию.
4. Отсутствие первичного выхода на инвалидность.
5. Изменение группы инвалидности на более легкую.
6. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения.

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

III. Примерные схемы диспансерного динамического наблюдения за больными с наиболее распространенными терапевтическими заболеваниями

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ I 10

Частота наблюдения: на этапе подбора антигипертензивной терапии — каждые 4 недели, при достижении целевого уровня АД — 2–4 раза в год в зависимости от тяжести течения (при среднем и низком риске — 1 раз в 6 месяцев, при высоком — 1 раз в квартал).

Осмотры врачами-специалистами: невропатолог, офтальмолог — не реже 1 раза в год; кардиолог — 1 раз в год при высоком риске сердечно-сосудистых осложнений; эндокринолог, уролог, психотерапевт — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, ОАМ — 1 раз в год;
- глюкоза крови, протромбиновый индекс (ПТИ), БАК (общий холестерин, липидограмма, мочевины, креатинин, калий), тест на выявление микроальбуминурии или суточное содержание белка в моче, осмотр глазного дна, рентгенография (флюорография) органов грудной клетки (Р-ОГК), ЭКГ — 1 раз в год;
- реоэнцефалограмма (РЭГ), исследование центральной гемодинамики (ЦГД), эхокардиография (ЭхоКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, радиоизотопная ренография (РРГ), УЗИ брахиоцефальных артерий и др. — по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: обучение навыкам здорового образа жизни (ЗОЖ). Коррекция имеющихся факторов риска, ограничение в пище поваренной соли и насыщенных животных жиров. Физиотерапия, психотерапия и лечебная физкультура (ЛФК) в отделении реабилитации. Трудовые рекомендации (не показана работа в ночную смену, с чрезмерным физическим и эмоциональным напряжением, переработка рабочего времени и др.). Постоянный прием в виде монотерапии или комбинации препаратов в индивидуально подобранных дозах антигипертензивных средств из основных групп (β -адреноблокаторы, диуретики, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, блокаторы рецепторов к ангиотензину), реже — α_1 -адреноблокаторов или препаратов из других групп. При высоком риске инсульта — препараты, улучшающие мозговую гемодинамику, дезагреганты. Санаторно-курортное лечение, оздоровление в санатории-профилактории.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: улучшение клинических показателей, снижение ВН и первичного выхода на инвалидность (см. гл. II).

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА I 25

Частота наблюдения: 2–4 раза в год в зависимости от клинического течения заболевания.

Осмотры врачами-специалистами: реабилитолог, невропатолог, психотерапевт и другие специалисты — по показаниям. Кардиолог — при отсутствии эффективности лечения в поликлинике.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, ОАМ, глюкоза крови, ПТИ, БАК (общий холестерин, липидограмма) — 1 раз в год;
- ЭКГ — 2 раза в год;
- функциональные пробы, в т. ч. велоэргометрическая (ВЭП), Р-графия ОГК — 1 раз в год;
- ЭхоКГ, холтер-мониторирование ЭКГ — по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: обучение навыкам ЗОЖ. Коррекция имеющихся факторов риска, антисклеротическая диета с ограничением в пище углеводов и насыщенных жиров. Трудоустройство. Психотерапия. Медикаментозное лечение — по показаниям в зависимости от функционального класса стенокардии напряжения, наличия других проявлений ИБС и сопутствующих патологических синдромов — согласно клинических протоколов: нитраты, β -адреноблокаторы, антагонисты кальция (по ступенчатой схеме в виде моно- или комбинированной терапии), ингибиторы АПФ, статины, дезагреганты, метаболические средства. ЛФК, дозированная ходьба. Оздоровление в санатории-профилактории, санаторно-курортное лечение.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: улучшение клинических показателей, снижение ВН, снятие или уменьшение группы инвалидности (см. гл. II).

ПОСТИНФАРКТНЫЙ КАРДИОСКЛЕРОЗ I 25.2

Частота наблюдения врачом-кардиологом: первые 3 месяца после перенесенного ИМ — ежемесячно; затем на протяжении первого года 1 раз в квартал. В последующем — 1 раз в год или по показаниям.

Осмотры врачами-специалистами: реабилитолог — 1 раз в год. Другие специалисты — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, ОАМ, сахар крови, ПТИ, БАК (общий холестерин, липидограмма, билирубин, АЛТ, АСТ, калий, натрий) — 2 раза в год первый год наблюдения, затем — 1 раз в год;
- R-графия ОГК, ЭхоКГ, ВЭП (при отсутствии противопоказаний) — 1 раз в год;
- ЭКГ — при каждом визите к терапевту (кардиологу);
- определение международного нормализованного отношения (МНО) — по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: обучение навыкам ЗОЖ. Коррекция факторов риска. ЛФК и физические тренировки — по мере обучения. Трудоустройство. Медикаментозная терапия, согласно клиническим протоколам — по показаниям: нитраты, β -адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, антиагреганты, статины, антиаритмические препараты, антикоагулянты, диуретики. Оздоровление в местном санатории, санатории-профилактории — по показаниям.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: при достижении критериев эффективности — на 3-й год наблюдения, затем — наблюдение участкового терапевта.

Критерии эффективности диспансеризации: улучшение клинических показателей. Снижение сроков ВН, снятие группы инвалидности или уменьшение ее тяжести. Перевод в Д (II) группу диспансерного наблюдения.

ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА I 00-I 02

Частота наблюдения ревматологом: до ликвидации активности процесса — ежемесячно, затем — 1 раз в квартал до 1 года, в последующем — 2 раза в год в течение 4 лет. В случае формирования порока сердца см. «Хроническая ревматическая болезнь сердца».

Осмотры врачами-специалистами: отоларинголог, стоматолог — 1 раз в год. Невролог — при наличии хореи и очаговой неврологической симптоматики. Гинеколог, кардиохирург — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, ЭКГ — 3 раза в первый год, затем — 2 раза в год (по показаниям — чаще);
- ОАМ — 1 раз в год;
- БАК (острофазовые показатели, АСЛ-О) — 3 раза в первый год, затем — 2 раза в год;
- ЭхоКГ — 2 раза в год в течение первого года, затем — 1 раз в год (по показаниям — чаще);
- R-графия ОГК — 1 раз в год.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: при заболевании — стационарное лечение. Терапия: патогенетическая (нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикостероиды, аминохино-

линовые препараты), симптоматическая (ингибиторы АПФ, β-адрено-блокаторы, антиаритмические, метаболические средства) — по показаниям. Профилактика: бензатин-бензилпенициллин или бициллин-5 — 1 раз в 3 недели в течение 5 лет после ОРЛ или до достижения 25-летнего возраста. Санация очагов инфекции.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: в течение 5 лет.

Критерии эффективности диспансеризации: отсутствие развития порока сердца. Уменьшение сроков ВН.

ХРОНИЧЕСКАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА I 05-I 09

Частота наблюдения ревматологом: 2 раза в год.

Осмотры врачами-специалистами: отоларинголог, стоматолог — 1 раз в год; кардиохирург, невролог, гинеколог — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, ОАМ — 2 раза в год;
- БАК (острофазовые показатели, АСЛ-О), Р-графия ОГК, ЭКГ, ЭхоКГ — 1 раз в год.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: санация очагов хронической инфекции, бензатин-бензилпенициллин или бициллин-5 — 1 раз в 3 недели в течение 5 лет после ОРЛ или до достижения 25-летнего возраста. Гемодинамическая разгрузка миокарда (ингибиторы АПФ, β-адреноблокаторы, нитраты, диуретики), метаболические препараты — по показаниям. Санаторно-курортное лечение — по показаниям.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: пожизненно — при наличии порока сердца.

Критерии эффективности диспансеризации: сохранение трудоспособности. Отсутствие прогрессирования порока сердца или развития сердечной декомпенсации.

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ M 05, M 06

Частота наблюдения ревматологом: 4 раза в год — в первый год, затем — 2 раза в год; при развитии ремиссии (определяет ревматолог) — 1 раз в год.

Осмотры врачами-специалистами: ортопед, стоматолог, уролог, гинеколог, отоларинголог, невролог — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, ОАМ, БАК (билирубин, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, общий белок, глюкоза), ревматоидный фактор — 4 раза в год в первый год, затем — 2 раза в год; при развитии ремиссии — 1 раз в год; при лечении цитостатиками — ежемесячно;
- Р-графия суставов, ЭКГ, Р-графия ОГК — 1 раз в год (по показаниям — чаще);

– ЭхоКГ — по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: постоянный прием медленнодействующих противовоспалительных препаратов (базисная терапия), согласно протоколов: метотрексат, аминохинолиновые препараты, сульфасалазин, D-пеницилламин, препараты золота. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и/или глюкокортикостероиды (ГКС) — по медицинским показаниям. Внутрисуставное введение ГКС — по показаниям. Курсы физиотерапевтического лечения, массаж мышц (при ремиссии) — 2 раза в год. Другие реабилитационные мероприятия (трудотерапия, механотерапия, ношение лонгет, ортезирование и др.) — по медицинским показаниям. Санация очагов хронической инфекции. Санаторно-курортное лечение (при отсутствии противопоказаний) — ежегодно. При обострении процесса, неэффективности базисной терапии — лечение в стационаре.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: см. гл. II.

ПОДАГРА (ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ) М 10

Частота наблюдения ревматологом: 2 раза в год — в первый год, затем — 1 раз в год.

Осмотры врачами-специалистами: уролог, хирург, ортопед — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко — 2 раза в год;
- БАК (глюкоза, мочевины, креатинин, АСТ, АЛТ, билирубин, холестерин) — 1 раз в год; уровень мочевой кислоты — ежемесячно до достижения целевого уровня на этапе подбора дозы аллопуринола, затем — 2 раза в год;
- УЗИ почек, ЭКГ — 1 раз в год;
- Р-графия пораженных суставов — по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: рекомендации по рациональному питанию, запрет алкогольных напитков. Средства, снижающие гиперурикемию (аллопуринол), НПВП. Физиотерапия, санаторно-курортное лечение с использованием сернистых, радоновых ванн, питьевых источников (при отсутствии противопоказаний), фитотерапия. Стационарное лечение — по показаниям.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: см. гл. II., а также достижение ремиссии. Дополнительно — снижение первичного выхода на инвалидность (по группе больных с данной нозологией).

РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ М 02

Частота наблюдения ревматологом: в первые 3 месяца после стационара — ежемесячно, затем — 1 раз в 3 месяца в течение года, в последующем — 2 раза в год.

Осмотры врачами-специалистами: уролог, гинеколог, окулист, гастроэнтеролог — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, ОАМ, трехстаканная проба мочи, анализ мочи по Нечипоренко — 1 раз в 3 месяца в первый год, затем — 2 раза в год;
- Р-графия крестцово-подвздошных сочленений, дистальных отделов стоп (прямая проекция) и пяточных костей (боковая проекция) в случае поражения — 1 раз в год;
- контрольное исследование на наличие инфекции, вызвавшей суставной синдром — через 1,5–2 месяца после завершения активной антибактериальной терапии.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: при сохранении признаков урогенитального воспаления — антибиотики тетрациклинового ряда, макролиды, фторхинолоны, антикандидозные препараты. НПВП — до ликвидации суставного синдрома, ГКС внутрь или внутрисуставно — по показаниям. При хроническом течении (по показаниям) — сульфасалазин, аминохинолиновые препараты. Физиотерапия — по показаниям. Санаторно-курортное лечение. Обязательная санация урогенитального воспалительного очага половых партнеров. Санация очага кишечной инфекции.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: до выздоровления (отсутствие в течение года клинических и лабораторных признаков заболевания).

Критерии эффективности диспансеризации: выздоровление. Стойкая ремиссия. Сохранение трудоспособности. Уменьшение ВН.

ОСТЕОАРТРОЗ КРУПНЫХ СУСТАВОВ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА М 15-М 19

Частота наблюдения ревматологом: 2 раза в год.

Осмотры врачами-специалистами: ортопед — ежегодно, другими специалистами — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, ОАМ — 2 раза в год;
- ЭКГ, Р-ОГК, Р-графия суставов — 1 раз в год;
- компьютерная томография или магнитно-резонансная томография суставов — по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: при наличии болей и реактивного синовита — НПВП курсами, постоянный прием хондропротекторов (хондроитин сульфат или глюкозамин сульфат, алфлу-

топ). Физиотерапия по показаниям. ЛФК, массаж мышц — 2 раза в год. Санаторно-курортное лечение (при отсутствии противопоказаний) — ежегодно. По показаниям — стационарное лечение, рекомендации к протезированию суставов.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: улучшение клинических показателей, уменьшение сроков ВН. Снижение первичного выхода на инвалидность в диспансерной группе.

СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПНЕВМОНИИ J 12-J 18

Частота наблюдения: при полном выздоровлении — через 1 месяц после излечения, при клиническом выздоровлении с рентгенологически определяемыми поствоспалительными изменениями в легких и плевре — 2 раза в год (через 1 месяц после излечения и через 1 год).

Осмотры врачами-специалистами: пульмонолог — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, общий анализ мокроты, спирография — по показаниям при полном выздоровлении; 1 раз в год — при клиническом выздоровлении;
- R-графия ОГК — через 1 месяц после излечения и еще через 1 год — при клиническом выздоровлении.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: санация очагов инфекции, профилактика ОРВИ и гриппа, закаливающие процедуры, весной и осенью — поливитамины курсами, адаптогены, ЗОЖ, отказ от курения.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: выздоровление.

Критерии эффективности диспансеризации: выздоровление.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ЛЕГКОЕ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЕ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ J 45

Частота наблюдения: 1 раз в год.

Осмотры врачами-специалистами: пульмонолог, аллерголог — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, общий анализ мокроты, спирография — 1 раз в год;
- пикфлоуметрический мониторинг;
- флюорография или R-ОГК — по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: выявление и исключение контакта с аллергенами, irritантами, гипоаллергенная диета, отказ от курения. Обучение в астма-школе. Специфическая иммунотерапия — по показаниям. Профилактика ОРВИ и гриппа (вакцинация), санация очагов инфекции. Базисное лечение, согласно протоколам, симптоматическое лечение ингаляционными бронхолитическими препаратами (саль-

бутамола, фенотерол). Физиотерапия, иглорефлексотерапия — по показаниям, ЛФК (дыхательная гимнастика). При обострении — госпитализация.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: купирование обострений, получение стойкой ремиссии.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, СРЕДНЕТЯЖЕЛОЕ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ J 45

Частота наблюдения: 3–4 раза в год.

Осмотры врачами-специалистами: пульмонолог — 2 раза в год, аллерголог — по показаниям.

Далее см. Бронхиальная астма, легкое течение J 45.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ТЯЖЕЛОЕ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ J 45

Частота наблюдения пульмонологом: 4 раза в год.

Осмотры врачами-специалистами: кардиолог — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, ОАМ, общий анализ мокроты — 2 раза в год;
- спирография, ЭКГ — 1 раз в год;
- пикфлоуметрический мониторинг;
- флюорография или R-ОГК — по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: базисное лечение, согласно протоколам (ингаляционные ГКС, пролонгированные метилксантины, системные ГКС — по показаниям). Симптоматическая терапия ингаляционными бронхолитическими препаратами (сальбутамол, фенотерол, беродуал) — по показаниям. ЛФК (дыхательная гимнастика). Обучение в астма-школе. При обострении — госпитализация.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: уменьшение частоты и длительности обострений. Улучшение клинических показателей. Снижение сроков ВН. Снятие или уменьшение тяжести группы инвалидности (см. гл. II).

ПРОСТОЙ И СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ J 41 ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ НЕУТОЧНЕННЫЙ J 42

Частота наблюдения: 1 раз в год.

Осмотры врачами-специалистами: пульмонолог — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, общий анализ мокроты, спирография — 1 раз в год;
- ЭКГ, флюорография или R-графия ОГК — 1 раз в год;
- бронхоскопическое исследование — по медицинским показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: исключение курения, вредных производственных факторов, рациональное трудоустройство (при необходимости), санация очагов инфекции, профилактика ОРВИ и гриппа, закаливающие процедуры. Школа больного хроническим бронхитом. При обострении — противовоспалительная, бронхолитическая терапия — по показаниям. Антибиотики — при доказанной инфекционной этиологии обострения. Фитотерапия (отхаркивающие сборы), физиотерапия, дыхательная гимнастика.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: отсутствие обострений заболевания, снижение сроков ВН.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ J 44

Частота наблюдения: зависит от тяжести течения. При легком течении — 1 раз в год, при среднетяжелом — 2 раза в год, при тяжелом — наблюдение у пульмонолога 2–4 раза в год.

Осмотры врачами-специалистами: профпатолог, кардиолог — по медицинским показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, общий анализ мокроты, спирография — 1–2 раза в год;
- ЭКГ, флюорография или Р-графия ОГК — 1 раз в год, при тяжелом течении ЭКГ — 2 раза в год;
- бронхоскопическое исследование — по медицинским показаниям.
- мониторинг функции внешнего дыхания при прогрессировании дыхательной недостаточности.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: базисное лечение, согласно клиническим протоколам (ипратропиум бромид, пролонгированные метилксантины, ингаляционные ГКС, системные ГКС). Симптоматическая терапия (муколитики, антибиотики) — по показаниям. Фитотерапия, физиотерапия, дыхательная гимнастика. Обучение в астма-школе. При обострении — госпитализация.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: уменьшение частоты и длительности обострений. Улучшение клинических показателей.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ (III–IV СТАДИИ) K 21

Частота наблюдения гастроэнтерологом: 1-й год после заживления эрозий — 4 раза в год, 2-й год — 2 раза в год.

Осмотры врачами-специалистами: хирург и онколог — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ФГДС с биопсией слизистой пищевода — 1 раз в год;
- рентгеноскопия желудка — по показаниям;
- ОАК, ОАМ — 2 раза в год;
- УЗИ органов брюшной полости, БАК (АСТ, АЛТ, билирубин, общий белок, амилаза, глюкоза крови), ЭКГ, флюорография ОГК — 1 раз в год.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: режим питания. Лечение, согласно клиническим протоколам: прием (не менее 12 недель) ингибиторов протонной помпы (ИПП), симптоматический прием антацидов и прокинетики. Санаторно-курортное лечение.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: после ликвидации эрозивного процесса в течение 2 лет.

Критерии эффективности диспансеризации: отсутствие рецидивов эрозивного процесса. Снижение сроков ВН.

ЯЗВА ЖЕЛУДКА К 25

Частота наблюдения: 2 раза в год.

Осмотры врачами-специалистами: гастроэнтеролог, хирург, онколог — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

а) в 1-й год:

- ФГДС с биопсией — 2 раза в год, затем — по показаниям;
- рентгеноскопия желудка, УЗИ органов брюшной полости — по показаниям;
- ОАК — 1 раз в год, анализ кала на скрытую кровь, ОАМ, БАК (АСТ, АЛТ, билирубин, общий белок, амилаза), ЭКГ, флюорография ОГК — 1 раз в год;

б) 2-й и последующие годы:

- ФГДС с биопсией — 1 раз в год;
- рентгеноскопия желудка, УЗИ органов брюшной полости — по показаниям;
- ОАК, ОАМ, анализ кала на скрытую кровь, БАК (АСТ, АЛТ, билирубин, общий белок, амилаза), ЭКГ, R-ОГК — 1 раз в год.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: режим питания. После рубцевания язвы и успешной эрадикационной терапии (контрольное исследование *H.pylori* выполняется не ранее 4 недель после окончания антибактериальной и антисекреторной терапии) медикаментозное лечение не проводится. При повторном выявлении инфекции в процессе наблюдения решить вопрос о проведении повторного курса эрадикационной терапии. При отсутствии инфекции *H.pylori* или невозможности проведения эрадикационной терапии больным с наличием факторов риска — непре-

рывная поддерживающая антисекреторная терапия (блокаторы H_2 -гистаминорецепторов, ИПП) в половинных дозах, курящим — в суточных дозах. При отсутствии инфекции *H. pylori* больным без факторов риска — антисекреторная терапия по требованию. Санаторно-курортное лечение.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: см. гл. II.

ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ К 26

Частота наблюдения: 2 раза в год.

Осмотры врачами-специалистами: гастроэнтеролог, хирург — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

– ФГДС с биопсией, рентгеноскопия желудка, УЗИ органов брюшной полости — по показаниям;

– ОАК, ОАМ, анализ кала на скрытую кровь, БАК (АСТ, АЛТ, билирубин, общий белок, амилаза), R-ОГК, ЭКГ — 1 раз в год.

Далее см. Язва желудка К 25.

ХРОНИЧЕСКИЙ АТРОФИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ С МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АТРОФИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ, КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ, ДИСПЛАЗИИ К 29.4

Частота наблюдения гастроэнтерологом: при наличии дисплазии легкой и средней степени — 2 раза в год, при дисплазии тяжелой степени — наблюдение врача-онколога.

Осмотры врачами-специалистами: онколог — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

– ФГДС с биопсией — при дисплазии легкой и средней степени — 2 раза в год; при тяжелой — по решению онколога;

– рентгеноскопия желудка, ирригоскопия, определение маркеров вирусного гепатита (HBsAg, antiHCV) — по показаниям;

– ОАК (с тромбоцитами и ретикулоцитами) — 2 раза в год;

– ОАМ, анализ кала на скрытую кровь, БАК (АСТ, АЛТ, билирубин, общий белок, амилаза, мочевины), глюкоза крови, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости — 1 раз в год.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: режим питания. При повторном выявлении инфекции *H. pylori* — решение вопроса о проведении повторного курса эрадикационной терапии. По показаниям — антациды, блокаторы H_2 -гистаминорецепторов, прокинетики. Санаторно-курортное лечение.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: см. гл. II, стабилизация морфологических изменений.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ (ПРИ НАЛИЧИИ КАЛЬЦИНАТОВ, КИСТ, НАРУШЕНИИ СТАТУСА ПИТАНИЯ) К 86

Частота наблюдения гастроэнтерологом: 2 раза в год.

Осмотры врачами-специалистами: хирург — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- контроль статуса питания при каждом осмотре;
- ОАК, БАК (билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, белок, мочеви́на, креатинин, амилаза), глюкоза крови — 2 раза в год;
- УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, флюорография ОГК — 1 раз в год;
- ФГДС — 1 раз в 2 года.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: трудоустройство. Запрет алкоголя, режим питания. Симптоматическое лечение (панкреатические ферментные препараты, антисекреторные средства). Санаторно-курортное лечение в местных санаториях или профилакториях.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: см. гл. II, дополнительно — поддержание статуса питания.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ (КРОМЕ ВИРУСНОГО) К 73

Частота наблюдения: 2 раза в год или индивидуально.

Осмотры врачами-специалистами: гастроэнтеролог — 1 раз в год или индивидуально.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК — 1 раз в год или индивидуально (при аутоиммунном гепатите на фоне иммуносупрессивной терапии);
- БАК (билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, мочеви́на, креатинин, холестерин, тимоловая проба) — 2 раза в год (или индивидуально); при аутоиммунном гепатите дополнительно — протеинограмма, иммунограмма (индивидуально);
- ПТИ — 2 раза в год (или индивидуально);
- ОАМ, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, флюорография ОГК — 1 раз в год;
- ФГДС — 1 раз в 2 года;
- рентгеноскопия желудка, ирригоскопия — по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: функциональное питание. Запрет алкоголя. Исключение гепатотоксичных веществ, ограничение приема лекарств. Контроль за поддерживающей терапией при

аутоиммунном гепатите (кортикостероиды, азатиоприн). Гепатопротекторы, симптоматическая терапия (ферменты, пребиотики и др.) — по показаниям. ФТЛ противопоказано.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: см. гл. II, поддержание ремиссии.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ (КЛАСС ТЯЖЕСТИ А) К 74

Частота наблюдения: 2 раза в год или индивидуально.

Осмотры врачами-специалистами: гастроэнтеролог — 1 раз в год или индивидуально.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- контроль статуса питания и нервно-психического статуса — при каждом осмотре;

- ОАК (с тромбоцитами), БАК (билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, мочевины, креатинин, тимоловая проба, калий, натрий), протромбиновый индекс — 2–4 раза в год;

- ОАМ, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, флюорография ОГК — 1 раз в год;

- ФГДС при отсутствии варикозных вен — 1 раз в 2 года, при венах малого размера — 1 раз в год, при венах большого размера — не проводится или по показаниям;

- рентгеноскопия желудка, ирригоскопия, сигмоскопия — по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: функциональное питание, запрет алкоголя. Исключение гепатотоксичных веществ, ограничение приема лекарств. Контроль за поддерживающей терапией. Симптоматическая терапия: лактулоза, ферменты, диуретики, гепатопротекторы, антибиотики (по показаниям). ФТЛ противопоказано.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: см. гл. II, поддержание компенсации.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ (КЛАССЫ ТЯЖЕСТИ В И С) К 74

Частота наблюдения: 2–4 раза в год или индивидуально.

Осмотры врачами-специалистами: инфекционист, хирург — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- контроль пищевого и нервно-психического статуса, соблюдения режима ограничения натрия и/или белка — при каждом осмотре;

- ОАК (с тромбоцитами) — 4 раза в год;
- БАК (билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, мочеви́на, креатинин, калий, натрий, тимоловая проба), протромбиновый индекс — 4 раза в год или по показаниям;
- ОАМ, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ — 2 раза в год;
- флюорография ОГК — 1 раз в год;
- ФГДС — в зависимости от состояния варикозных вен пищевода (при отсутствии варикозных вен — 1 раз в 2 года, при венах малого размера — 1 раз в год, при венах большого размера — не проводится или по показаниям);
- рентгеноскопия желудка, ирригоскопия, сигмоскопия — по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: функциональное питание. При необходимости — ограничение натрия и/или белка. Симптоматическая терапия (фуросемид, спиронолактон, лактулоза, орнитин, β-адреноблокаторы, урсодезоксихолевая кислота и др.). Профилактика и коррекция осложнений. У больных первичным билиарным циррозом (наблюдаются гастроэнтерологом) — витамины *A, D, E, K* и препараты кальция постоянно. Санаторно-курортное лечение и ФТЛ противопоказаны.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: см. гл. II, контроль осложнений.

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕФРИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ N 03

(хронический гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом)

Частота наблюдения нефрологом: при отсутствии хронической почечной недостаточности (ХПН) — 2 раза в год, при ХПН — ежеквартально.

Осмотры врачами-специалистами: отоларинголог, стоматолог, офтальмолог — 1 раз в год, гинеколог — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАМ — 4 раза в год;
- ОАК, анализ мочи по Зимницкому, клиренс по креатинину — 2 раза в год;
- нефробиопсия, УЗИ ОБП — по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: санация очагов хронической инфекции. Назначение антиагрегантов (дипиридамол, пентоксифиллин) курсами по 3 месяца с перерывом в 1 месяц либо до 6 месяцев в течение года. Назначение антигистаминных препаратов и антибиотиков при интеркуррентной инфекции в течение 2 недель. Фитотерапия курсами по 1 месяцу 4 раза в год.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: см. гл. II. Отсутствие рецидивов. Отсутствие прогрессирования ХПН.

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ И УСТОЙЧИВАЯ ГЕМАТУРИЯ N 02 (хронический гломерулонефрит, гематурическая форма)

Частота наблюдения нефрологом: 1 раз в месяц до ликвидации обострения, затем — 2 раза в год.

Осмотры врачами-специалистами: уролог, гинеколог, онкоуролог, отоларинголог — 1 раз в год.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, ОАМ — 1 раз в 3 месяца;
- анализ мочи по Нечипоренко — 2 раза в год;
- клиренс по креатинину, УЗИ почек, ЭКГ, R-ОГК — 1 раз в год;
- коагулограмма — при обострении;
- КТ, МРТ — при подозрении на онкопатологию.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: при макрогематурии — стационарное лечение. Санация очагов инфекции. Витамины С, Р, препараты кальция, рыбий жир. Антиагреганты курсами до 6 месяцев.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: до стойкой нормализации анализов мочи, отсутствие ХПН или наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: см. гл. II, отсутствие рецидивов, отсутствие прогрессирования ХПН.

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ N 04 (хронический гломерулонефрит с нефротическим синдромом)

Частота наблюдения нефрологом: 1 раз в месяц до схождения отеков, затем — 1 раз в квартал.

Осмотры врачами-специалистами: отоларинголог, стоматолог — 1 раз в год; гинеколог, уролог, офтальмолог — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- ОАК, ОАМ — 1 раз в месяц;
- суточная протеинурия, иммунограмма, БАК (электролиты, глюкоза, билирубин, мочевины, креатинин, общий белок крови и фракции, холестерин и фракции липидов), клиренс по креатинину, УЗИ почек — 1 раз в квартал;
- анализ мочи по Зимницкому, ЭКГ — 1 раз в 6 месяцев;
- R-графия ОГК — 1 раз в год;
- нефробиопсия — по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: при обострении заболевания — обязательно стационарное лечение: антибиотики для санации очагов инфекции, ГКС, цитостатики (по показаниям), плазмаферез,

ингибиторы кальциневрина — по показаниям. Симптоматическая терапия: ингибиторы АПФ, антиагреганты, липолитические средства. Санация очагов хронической инфекции.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно, при нормализации анализов — в течение 3 лет.

Критерии эффективности диспансеризации: см. гл. II, отсутствие рецидивов или стойкая нормализация анализов мочи.

ХРОНИЧЕСКИЙ ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ N 11 (хронический пиелонефрит)

Частота наблюдения нефрологом: 2 раза в год.

Осмотры врачами-специалистами: отоларинголог, стоматолог, офтальмолог — 1 раз в год. Уролог, гинеколог — по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования:

– ОАК, ОАМ, посев мочи на микрофлору, анализ мочи по Зимницкому, анализ мочи по Нечипоренко, БАК (электролиты, мочевины, креатинин, общий белок, глюкоза), клиренс по креатинину и реабсорбция воды, УЗИ почек, радиоизотопная рентгенография (РРГ) — 2 раза в год;

– цитология осадка мочи, моча на наличие кислотоустойчивых бактерий, ЭКГ, R-ОГК — 1 раз в год.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: противорецидивные схемы: антибактериальный препарат 7–10 дней, фитотерапия мочегонными сборами — 10 дней, перерыв — 10 дней, курсы антиагрегантов — 6 месяцев. Физиотерапевтическое лечение — 2 раза в год. Санация очагов хронической инфекции. Санаторно-курортное лечение (при отсутствии противопоказаний). При обострении процесса, неэффективности противорецидивной терапии — лечение в стационаре.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: см. гл. II, стабилизация процесса или стойкая ремиссия.

ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК N 18.0

Частота наблюдения нефрологом: 2 раза в год.

Осмотры врачами-специалистами: кардиолог, окулист, эндокринолог, гастроэнтеролог — по показаниям, трансплантолог — 1 раз в год.

Лабораторные и инструментальные исследования:

– ОАК, ОАМ, БАК (мочевина, креатинин, билирубин, общий белок, альбумин, холестерин, железо крови, кальций, фосфор, натрий, калий, хлор), определение паратгормона — 2 раза в год;

– УЗИ почек, ФГДС, ЭКГ, R-ОГК — 1 раз в год;

– ЭхоКГ — по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия: функциональное питание. Антиагреганты, ингибиторы АПФ и другие гипотензивные средства, в т. ч. антагонисты кальция — постоянно, энтеросорбенты, коррекция нарушений фосфорно-кальциевого обмена, коррекция анемии (эритропоэтин). Программный гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки — по медицинским показаниям.

Сроки наблюдения и критерии снятия с учета: наблюдение пожизненно.

Критерии эффективности диспансеризации: компенсация общего состояния, электролитных нарушений, анемии.

Литература

1. *Постановление* министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.10.2007 г. № 92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь».
2. *Хурса, Р. В.* Организация и содержание работы участкового терапевта : метод. реком. / Р. В. Хурса. 2-е изд., доп. и перераб. Минск : МГМИ, 2000.

Лицевая сторона

Форма 131/у-Д

(наименование организации здравоохранения)

КАРТА
учета диспансерного наблюдения № _____

1. Фамилия, собственное имя, отчество _____ 2. Пол _____

3. Число, месяц, год рождения _____ тел. дом. _____
тел. раб. _____

4. Место жительства (место пребывания) _____

5. Место работы (учебы) _____ 6. Профессия _____

7. Прикреплен для диспансерного динамического наблюдения в организа-
ции здравоохранения _____
(наименование организации здравоохранения)

8. Проходит диспансерное динамическое наблюдение в организации здра-
воохранения _____
(наименование организации здравоохранения)

Вид исследования	Дата исследования					
	20__ год	20__ год	20__ год	20__ год	20__ год	20__ год
Измерение артериального давления (далее — АД)						
Наследственный анамнез						
Курение (да, нет)						
Злоупотребление алкоголем (да, нет)						
Индекс массы тела (далее — ИМТ)						
Общий анализ крови						
Общий холестерин крови						
Общий анализ мочи						

Оборотная сторона

Электрокардиография (далее — ЭКГ)						
Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний (далее — ССЗ) по таблице SCORE						
Измерение внутриглазного давления						
Исследование предстательной железы						
Осмотр врача-акушера-гинеколога						
Осмотр молочных желез						
Флюорография						

Примечание. Исследования проводятся для граждан:

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

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

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

Флюорография в вышеуказанных случаях проводится 1 раз в 2 года («обязательным» и «угрожаемым» контингентам по заболеванию туберкулезом органов дыхания — ежегодно).

Год	Основной диагноз/ фактор риска	Группа здоровья	Подпись	
			врача	пациента
20__				
20__				
20__				
20__				
20__				
20__				

Назначено явиться													
Явился													
Назначено явиться													
Явился													

[illegible]

Оглавление

I. Диспансеризация как активный метод профилактической работы	3
II. Диспансеризация терапевтических больных	8
III. Примерные схемы диспансерного динамического наблюдения за больными с наиболее распространенными терапевтическими заболеваниями	11
Литература.....	27
Приложение.....	28

Учебное издание

Хурса Раиса Валентиновна
Месникова Ирина Леонтьевна
Зюзенков Михаил Васильевич

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Р. В. Хурса
Редактор Н. А. Лебедко
Компьютерная верстка О. Н. Быховцевой

Подписано в печать 22.02.08. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,44. Тираж 200 экз. Заказ 386.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.