


Принципы динамического наблюдения в амбулаторных условиях

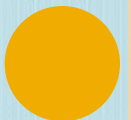
Лектор: доктор медицинских наук
Казымов Максут Советович,
кафедра общей врачебной практики



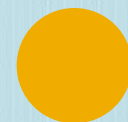
ПЛАН

- 1. Определение понятия диспансеризация.
 - 2. Профилактические осмотры
 - 3. Диспансерный метод – социально-профилактическая основа внебольничной помощи населению.
 - 4. Инструктивные документы и приказы по диспансеризации.
 - 5. Цели и задачи диспансеризации.
 - 6. Группы диспансерного наблюдения.
 - 7. Показатели качества и эффективности диспансеризации.
 - 8. Основные принципы и формы организации реабилитации больных в условиях амбулатория и поликлиники.
 - 9. Диспансеризация при различных заболеваниях.
- 

- Важнейшим элементом современной политики здравоохранения является формирование у людей потребности быть здоровым, вести здоровый образ жизни, быть ответственным за состояние своего здоровья и здоровье своих детей. В действительности, только около 10% лиц, по мнению врачей, заботятся о своем здоровье.
- Семейный врач, участковый врач ведет большую профилактическую работу, практическим воплощением которой является использование диспансерного метода обслуживания населения



□ Основной целью медицинского обследования и диспансеризации населения является осуществление комплекса мероприятий, направленных на формирование и укрепление здоровья населения, предупреждение развития заболеваний, увеличение творческого долголетия, обеспечение непрерывного повышения качества медицинской помощи населению, уровня и эффективности деятельности поставщиков медицинских услуг всех форм собственности.



ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

□ **Правила проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения** (Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года **№685**. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 26 ноября 2009 года №5918). **Приказ №145 от 16 марта 2011 года «О внесении изменений в приказ** и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года №685 **«Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»**

□ Признать утратившими силу следующие акты:

приказ Председателя Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 27 декабря 2000 года **№853** "О профилактике заболеваний и динамическом медицинском наблюдении за отдельными категориями больных" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 1372, опубликованный в "Бюллетене нормативных правовых актов центральных исполнительных и иных государственных органов Республики Казахстан", 2001 г., № 15, ст. 366);

приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 ноября 2002 года **№ 999** "О внесении дополнения в приказ Председателя Агентства Республике Казахстан по делам здравоохранения от 27 декабря 2000 года № 853 "О профилактике заболеваний и динамическом медицинском наблюдении за отдельными категориями больных" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 2055, опубликованный в "Бюллетене нормативных правовых актов центральных исполнительных и иных государственных органов Республики Казахстан", 2003 г., № 2, ст. 768).

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП

- Правила проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения разработаны в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" и определяют **порядок и периодичность проведения массовых профилактических медицинских осмотров целевых групп населения Республики Казахстан.**
- Массовые профилактические медицинские осмотры целевых групп населения проводятся **сплошным методом.**



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП

- **Основной целью** проведения массовых профилактических медицинских осмотров целевых групп населения является **выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения.**
Профилактические осмотры целевых групп населения проводятся **в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектами здравоохранения, имеющих лицензию на данный вид деятельности.**



НАСЕЛЕНИЯ НАПРАВЛЕНЫ НА ПРОФИЛАКТИКУ, РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ:

- 1) основных болезней системы кровообращения – артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и факторов риска их развития среди мужчин и женщин;
- 2) сахарного диабета среди мужчин и женщин;
- 3) предопухолевых, злокачественных новообразований шейки матки среди женщин;
- 4) предопухолевых, злокачественных новообразований молочной железы среди женщин;
- 5) глаукомы среди мужчин и женщин;
- 6) предопухолевых, злокачественных новообразований толстой и прямой кишки среди мужчин и женщин.



□ Профилактические осмотры целевых групп населения с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением осуществляют:


1) для городского населения – городские поликлиники, врачебные амбулатории, ведомственные медико-санитарные части и поликлиники независимо от форм собственности;

2) для сельского населения – медицинские пункты, фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, сельские и районные поликлиники.



- Медицинский работник организации здравоохранения, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, осуществляет учет прикрепленного населения, формирует целевые группы лиц, подлежащих профилактическим осмотрам, обеспечивает связь и преемственность с заинтересованными организациями здравоохранения для проведения данных осмотров.
- Медицинским работником организации здравоохранения ПМСП на лиц, прошедших профилактический осмотр целевых групп заполняются учетные формы с внесением результатов в медицинскую карту амбулаторного больного или историю развития ребенка.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ГРУППЫ И КОНТИНГЕНТЫ НАСЕЛЕНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ:

- дети;
 - подростки (школьники, учащиеся средних специальных учебных заведений, работающие подростки в возрасте 15-18 лет);
 - инвалиды и ветераны Великой Отечественной войны;
 - воины-интернационалисты;
 - пострадавшие в результате аварии на Чернобыльской АЭС;
 - жители Приаралья;
 - жители региона Семипалатинского полигона и пострадавшие вследствие испытаний на Семипалатинском полигоне;
- 

- женщины фертильного возраста и беременные;
 - студенты и учащиеся высших и средних специальных учебных заведений;
 - население работоспособного возраста с перечнем заболеваний, согласно инструкций по диспансеризации больных, практически здоровых и лиц с факторами риска;
 - группы населения, у которых при медицинском обследовании проводятся периодические осмотры;
- другие группы сельского населения



Обязательный объем обследований

для взрослого населения:

- Профилактические осмотры целевых групп взрослого населения включают в себя: осмотр, сбор анамнестических данных, антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность талии), измерение артериального давления, определение остроты зрения и слуха, осмотр и пальпация щитовидной железы один раз в два года (эндокринолог), измерение внутриглазного давления с сорокалетнего возраста один раз в год, пальцевое исследование прямой кишки с тридцатилетнего возраста один раз в год (хирург), пальцевое исследование предстательной железы с сорокалетнего возраста один раз в год (хирург), гинекологический осмотр женщин со взятием мазка для определения степени чистоты с восемнадцатилетнего возраста (врач акушер-гинеколог), взятие мазков из шейки матки на цитологическое исследование (Pap-тест – окраска по Папаниколау).



ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- общий анализ крови: определение скорости оседания эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов – один раз в год, исследование мочи на белок – один раз в год, анализ кала на яйца глистов – один раз в год, флюорография органов грудной клетки - один раз в год, измерение глюкозы крови с сорокалетнего возраста один раз в год, электрокардиография с сорокалетнего возраста один раз в год, фиброгастродуоденоскопия с сорокалетнего возраста один раз в год.

Дополнительные диагностические исследования и осмотры профильных специалистов проводятся по показаниям.



- Детям в возрасте до трех лет в организации здравоохранения ПМСП проводится массовое стандартизированное обследование (скрининг) с целью выявления детей группы риска в порядке, установленном приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 января 2003 года № 83 "Об утверждении Правил организации скрининга психофизических нарушений у детей раннего возраста" (зарегистрирован в Реестре государственных нормативных правовых актов за № 2159).
- Профилактические осмотры детей подросткового возраста (от пятнадцати до восемнадцати лет), студентов и учащихся высших и средне-специальных учебных заведений проводятся в студенческой поликлинике или подростковом кабинете поликлиники с внесением результатов в учетные формы.



□ Профилактические осмотры целевых групп взрослого населения проводятся в возрасте **18, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 лет**, а также женщин в возрасте **52, 54, 56, 58 лет** и направлены на профилактику и раннее выявление факторов риска развития:

1) основных болезней системы кровообращения – артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца среди мужчин и женщин восемнадцатилетнего возраста и с двадцати пяти лет до шестидесяти пяти лет с интервалом один раз в пять лет;

2) предопухолевых, злокачественных новообразований шейки матки среди женщин в возрастной группе от тридцати пяти до шестидесяти лет с интервалом один раз в пять лет;

3) предопухолевых, злокачественных новообразований молочной железы среди женщин в возрастной группе от тридцати пяти до шестидесяти лет с интервалом один раз в два года.

ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Педиатр (врач общей практики, подростко- вый врач терапевт)	Хирург (орто- пед)	Отори- нола- рин- голог	Невро- лог	Стома- толог	Офта- льмо- лог	Эндо- крино- лог	Гине- колог	Общий анализ крови	Общий анализ мочи	Кал на яйца глистов	ЭКГ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 год											
+	+	+	+		+			+	+	+	
2 года											
+				+	+					+	
3 года											
+	+			+	+					+	
4 года											
+				+						+	
5 лет											
+				+						+	
6 лет (перед школой)											
+	+	+	+	+	+			+	+	+	

ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Терапевт /ВОП	Акушер/ гинеколог*	Маммолог/ онколог*	Электро- кардио- грамма	Уровень холестерина, триглицеридов крови	Уровень сахара крови	Цитологическое исследование шейки матки (Pap-тест), по показаниям- кольпоско- пия и биопсия*	Маммо- графия*
1	2	3	4	5	6	7	8
18 лет, мужчины и женщины							
+			+	+			
25 лет, мужчины и женщины							
+			+	+			
30 лет, мужчины и женщины							
+			+	+			
35 лет, мужчины и женщины							
+	+		+	+	+	+	
40 лет, мужчины и женщины							
+	+		+	+	+	+	

ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Терапевт /ВОП	Акушер/ гинеколог*	Маммолог/ онколог*	Электро- кардио- грамма	Уровень холестерина, триглицеридов крови	Уровень сахара крови	Цитологическое исследование шейки матки (Pap-тест), по показаниям- кольпоско- пия и биопсия*	Маммо- графия*
1	2	3	4	5	6	7	8
45 лет, мужчины и женщины							
+	+		+	+	+	+	
50 лет, мужчины и женщины							
+	+	+	+	+	+	+	+
52 лет, женщины							
		+					+
54 лет, женщины							
		+					+
55 лет, мужчины и женщины							
+	+		+	+	+	+	

ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

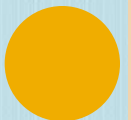
Терапевт /ВОП	Акушер/ гинеколог*	Маммолог/ онколог*	Электро- кардио- грамма	Уровень холестерина, триглицеридов крови	Уровень сахара крови	Цитологическое исследование шейки матки (Pap-тест), по показаниям- кольпоско- пия и биопсия*	Маммо- графия*
1	2	3	4	5	6	7	8
56 лет, женщины							
		+					+
58 лет, женщины							
		+					+
60 лет, мужчины и женщины							
+	+	+	+	+	+	+	+
65 лет, мужчины и женщины**							
+			+	+	+		

- **Под диспансеризацией понимается активный метод непрерывного (динамического) врачебного наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов населения с целью раннего выявления заболеваний, взятия на учет, динамического наблюдения и комплексного лечения больных, проведения мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, предупреждению распространения и развития болезней, сохранению трудоспособности.**



ЗАДАЧИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ:

- - активное выявление и лечение начальных форм заболеваний;
- - изучение и устранение причин, способствующих возникновению и распространению заболеваний;
- - широкое внедрение комплексных социальных мероприятий, лечебно-оздоровительных, профилактических, санитарно-гигиенических.
- **Основная социально-гигиеническая цель диспансеризации здоровых** – сохранение и укрепление их здоровья, обеспечение правильного физического и психического развития, создание нормальных условий труда и быта, раннее выявление заболеваний, предупреждение развития заболеваний, сохранение трудоспособности.



- **Целью диспансеризации больных** – охват наблюдением в ранней стадии патологического процесса, предупреждение обострений и ухудшения клинического течения заболеваний, снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности, увеличение средней продолжительности жизни больных и активной работоспособности.
- Осуществление медицинского обследования и диспансеризации населения ведущим в СВА или территориальной поликлинике является семейный врач или участковый врач-терапевт. В их обязанности входит непосредственное осуществление учета населения, осмотр, обеспечение связи и преемственности в работе с врачами других специальностей, разделение населения на группы диспансерного наблюдения, отбор больных, подлежащих диспансерному наблюдению, обеспечение необходимых диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий, оформление направлений на госпитализацию, санаторно-курортное лечение, дача рекомендации и контроль режима труда, отдыха, питания, занятия спортом.



НОРМАТИВНЫЕ И ПРАВОВЫЕ АКТЫ:

В соответствии с Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.09г. и в целях реализации Государственной программы развития здравоохранения РК "Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 (Госпрограмма)

□ на основании приказа МЗ РК от 26 декабря 2012 года № 885 об утверждении протоколов (стандартов) диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний, определен перечень заболеваний, по поводу которых должно осуществляться диспансерное наблюдение, и сроки наблюдения за больными взрослыми, подростками (15-18 лет).

□ Для практической работы врачей имеет значение приложение к приказу №885, в которой дается схема диспансерного наблюдения и маршрут движения пациента, подлежащими диспансеризации у семейного врача/ВОП, терапевта, кардиолога, пульмонолога, аллерголога, гастроэнтеролога, нефролога и др.

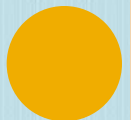


Инструкция к маршруту движения пациента

Пациент с хроническими формами заболеваний, взятый на диспансерный учет в организации первичной медико-санитарной помощи, согласно протоколам (стандартам) диспансеризации при диспансерном осмотре проходит маршрут движения пациента (далее – Маршрут).

Согласно Маршруту пациент начинает движение с осмотра средним медицинским работником (далее - СМР). СМР осматривает пациента, назначает ему соответствующие лабораторные и диагностические исследования в рамках протоколов (стандартов) диспансеризации.

По результатам исследований, его повторно осматривает СМР. Если пациент не предъявляет жалобы, свидетельствующие о прогрессировании заболеваний, и показатели лабораторных и диагностических исследований в пределах нормы, то СМР проводит беседу с пациентом о соблюдении здорового образа жизни.



В случае, когда результаты исследования имеют отклонения, или результаты исследования находятся в пределах нормы, но при опросе СМР выявлены признаки прогрессирования, пациент направляется к врачу общей практики (далее - ВОП).

ВОП проводит опрос, определяет степень прогрессирования, и при выявлении признаков прогрессирования определяет дальнейшую тактику ведения пациента с хроническими формами заболеваний: направляет в стационар, корректирует лечение. При отсутствии признаков прогрессирования ВОП проводит коррекцию лечения и наблюдает пациента на амбулаторном уровне. Если на фоне проводимой терапии наблюдается положительная динамика, то по мере завершения курса лечения ВОП проводится работа по соблюдению здорового образа жизни, расписывается тактика последующего ведения и пациент направляется на дальнейшее диспансерное наблюдение.



По мере необходимости ВОП назначает дообследование и консультацию узких специалистов. После проведения дополнительных исследований, необходимых для определения состояния пациента, пациент осматривается профильным специалистом. Профильный специалист оценивает состояние пациента и определяет дальнейшую тактику ведения: направляет при необходимости на стационарное лечение или после внесенной коррекции в лечение пациента, направляет на дальнейшее диспансерное наблюдение к ВОП. При положительной динамике проводимого лечения ВОП проводит дальнейшее диспансерное наблюдение, при отсутствии положительной динамики ВОП направляет пациента на стационарное лечение в специализированное отделение. После выписки из стационара пациент вновь направляется к ВОП, который определяет план дальнейшего диспансерного наблюдения.



ВОП проводит постоянную индивидуальную работу с женщинами фертильного возраста, состоящими на диспансерном учете, по вопросам планирования беременности с учетом течения заболевания и получаемой фармакотерапии.



ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ВКЛЮЧАЕТ:

- ежегодный медицинский осмотр отдельных групп населения (с согласия и по желанию их) с проведением установленного объема лабораторных и инструментальных исследований;
- дообследование нуждающихся с использованием всех современных методов диагностики;
- выявление факторов риска, способствующих возникновению и развитию заболеваний;
- выявление заболеваний на ранних стадиях;
- разработку и проведение комплекса медицинских, социальных, физкультурно-оздоровительных мероприятий и рекомендаций по восстановлению здоровья населения и лечению больных, динамического наблюдения за состоянием их здоровья.



ДОКУМЕНТЫ ДИСПАНСЕРНОГО БОЛЬНОГО:

- - Медицинская карта амбулаторного диспансерного больного (форма №25/у) – заполняется эпикриз взятия на «Д» учет, план лечебно-оздоровительных мероприятий на год;
- - Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма №030/у);
- - Журнал регистрации «Д» больного.

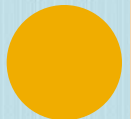


В СХЕМУ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВКЛЮЧЕНЫ:


- - Нозологическая форма, код МКБ 10 (Например, АГ группа риска 1 и 2, 110-115);
- - Сроки и частота наблюдений (терапевт, ВОП - 1 до 2 раз в год в зависимости от группы риска. Наблюдение пожизненно.);
- - Осмотры врачами других специальностей (консультация кардиолога 1-2 раза в год в зависимости от группы риска, окулиста, невропатолога - 1 раз в год, эндокринолога, нефролога, уролога - по показаниям.);
- - Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований (Динамический контроль АД. Клинический анализ крови, определение сахара крови, креатинина крови, мочевая кислота, общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды в плазме крови, общий анализ мочи - 1 раз в год. ЭКГ, УЗИ почек, осмотр глазного дна 1 раз в год.);



- - **Основные лечебно-оздоровительные мероприятия (Немедикаментозная терапия: обучение навыкам здорового образа жизни, коррекция факторов риска, ограничение в пище соли и насыщенных жиров, нормализация массы тела, ограничение приема алкогольных напитков и кофе, отказ от курения, повышение физической активности. Психотерапия. Медикаментозная терапия: подбор индивидуально.);**
- - **Критерии эффективности диспансеризации (Отсутствие поражений органов мишеней и/или обратная динамика имевшихся осложнений. Устранение модифицируемых факторов риска.)**
- **Аналогично и по другим нозологическим формам.**



ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

- – отбор контингентов для диспансеризации. Диспансеризации подлежат больные с основными формами внутренней патологии. В зависимости от наличия или отсутствия специалистов узкого профиля (кардиолога, ревматолога, эндокринолога) больные рационально распределяются между терапевтом или семейным врачом и по профилю.
 - На всех больных, взятых на диспансерное наблюдение, заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» форма 030/у. Здоровые и практически здоровые осматриваются после первичного определения группы 1 раз в 2-3 года, при их желании – 1 раз в год. Больные группы осматриваются в соответствии с «Инструкцией по диспансеризации больных, практически здоровых и лиц с факторами риска в амбулаторно-поликлинических организациях».
- 

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СКРИНИНГОВЫХ ОСМОТРОВ ВЗРОСЛОЕ НАСЕЛЕНИЕ ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ «ГРУППЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ»:

- 1) здоровые без факторов риска – лица, не предъявляющие никаких жалоб и у которых в анамнезе и во время осмотра не выявлены хронические заболевания, факторы риска или нарушения функций отдельных органов и систем – диспансерная группа IA (далее – Д-IA);
- 2) здоровые с факторами риска – лица с выявленными факторами риска, «пограничными» состояниями, нуждающиеся в наблюдении и профилактическом вмешательстве (лица, у которых выявлены незначительные отклонения от установленных границ нормы в величинах артериального давления и прочих физиологических характеристик, не влияющие на функциональную деятельность организма), – диспансерная группа IB (далее – Д-IB);
- 3) практически здоровые – лица, имеющие в анамнезе острое и хроническое заболевание без обострений в течение последних нескольких лет, – диспансерная группа II (далее – Д-II);
- 4) больные – лица, нуждающиеся в лечении, – диспансерная группа III (далее – Д-III).

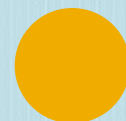
- **Лица с хроническими формами заболеваний и с факторами риска подлежат динамическому наблюдению и оздоровлению.**
- **Здоровым (Д-IA, Д-IB) и практически здоровым (Д-II) лицам взрослого населения рекомендуется:**
 - проведение последующего скринингового осмотра в соответствии с периодичностью согласно приложению 2 к настоящим Правилам;
 - направление для оздоровления в кабинеты здорового образа жизни, профильные школы здоровья, антитабачный центр, молодежные центры здоровья.



- Выявленные в ходе скрининговых осмотров лица с хроническими заболеваниями и/или перенесшие отдельные острые заболевания, подлежат диспансерному учету и динамическому наблюдению с последующим оздоровлением и проведением комплекса медицинских, социальных, физкультурно-оздоровительных мероприятий, направленных на восстановление и укрепление здоровья.

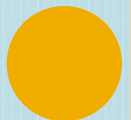


- В результате медицинского обследования и последующего дообследования выявляют следующие группы диспансерного наблюдения (от 3 до 5 групп):



ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА I (Д-I)

- **здоровые - лица, не предъявляющие никаких жалоб и у которых в анамнезе и во время осмотра не выявлены хронические заболевания или нарушения функций отдельных органов и систем; среди них лица с так называемыми «пограничными» состояниями, нуждающиеся в наблюдении лица, у которых выявлены незначительные отклонения от установленных границ нормы в величинах АД и прочих физиологических характеристик, не влияющие на функциональную деятельность организма.**



ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА II (Д-II)

- практически здоровые – лица, имеющие в анамнезе острое и хроническое заболевание без обострений в течение последних нескольких лет.**

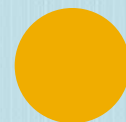


ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА III (Д-III)

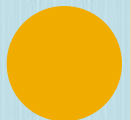
- **больные – лица, нуждающиеся в лечении. Диспансерная группа III подразделяется дополнительно еще на 3 группы:**
- **1 группа – больные с компенсированным течением заболевания подлежат обследованию не менее 2 раз в год с назначением лечения и рекомендаций оздоровительного характера.**
- **2 группа – больные с субкомпенсированными процессами, дающими частые обострения (часто и длительно болящие). Обследуются не реже 2 раз в году с назначением соответствующего лечения и разработкой плана оздоровления.**
- **3 группа – больные с декомпенсированными заболеваниями (нетрудоспособные). Требуют постоянного наблюдения и лечения по показаниям.**

- Больные (Д-I), практически здоровые (Д-II) осматриваются после первичного определения группы 1 раз в 2-3 года, при их желании – **1 раз в год**. (Ранее по Д-I подлежали обследованию не реже одного раза в году с целью выявления начальных проявлений заболеваний. По Д-II подлежали обследованию не менее двух раз в году с назначением лечения и рекомендаций оздоровительного характера).
- Больные Д-III группы осматриваются в соответствии с «Инструкцией по диспансеризации больных, практически здоровых и лиц с факторами риска в амбулаторно-поликлинических условиях).
- Лица, выявленные в ходе профилактических осмотров с хроническими заболеваниями и/или перенесшие отдельные острые заболевания, подлежат диспансерному учету и наблюдению с последующим оздоровлением и проведением им комплекса медицинских, социальных, физкультурно-оздоровительных мероприятий, направленных на восстановление здоровья.

- **На первом этапе диспансерного наблюдения** заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (уч.форма №030) и составляется план обследования и лечебно-оздоровительных мероприятий.
- **Второй этап диспансерного обслуживания** – это выполнение плана мероприятий намеченных врачом при отборе и взятии здоровых и больных на учет. В ходе диспансерного наблюдения имеют значение три фактора – клинический, санитарно-оздоровительный и психологический.



- **Третий этап диспансерного обслуживания** включает анализ качественных показателей и эффективности диспансеризации.
- При расчете показателей качества, эффективности диспансеризации полный календарный год учитывается только для больных (здоровых), которые были под наблюдением врача на протяжении года – с 1 января по 31 декабря.
- Сведения для проведения анализа необходимо получать из «контрольных карт диспансерного наблюдения» и эпикризов на диспансерного больного.



ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА:

- Полнота охвата «Д» наблюдением:

Общее число диспансеризуемых (больных+здоровых) x
100/Среднее число обслуживаемого населения

Полнота охвата диспансеризацией по отдельным
нозологическим формам:

Число больных данным заболеванием, состоящих на Д-
учете на начало года (А) + вновь взятых под диспансерное
наблюдение в течение года (В) – ни разу не явившиеся в
течение года (С) x 100/Число зарегистрированных больных
данной болезнью (Д)/А+В-С x 100/Д



- Своевременность взятия «Д» учет:
- Число больных, взятых под наблюдение из числа лиц с впервые установленным диагнозом $\times 100 /$ Число заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом в данном году
- Активность посещений (число активных посещений на 1 диспансеризуемого);
- Полнота обследования «Д» больных. Расчет ведется по каждому обследованию отдельно. Например, полнота исследований на ЭКГ:

Всего выполнено при осмотрах ЭКГ $\times 100 /$ Всего осмотрено лиц старше 30 лет



- Активность выявления больных, подлежащих диспансеризации;
- Своевременность обследования больных, состоящих на учете;
- Степень охвата населения диспансеризацией: удельный вес здоровых контингентов населения; процент больных, состоящих на «Д» учете; удельный вес больных с различными заболеваниями, состоящих на «Д» учете.
- % охваченных комплексом лечебно-профилактических мероприятий;
- % охвата противорецидивным лечением и т.д.



- Кроме перечисленных показателей на основании амбулаторных, контрольных карт диспансерного наблюдения рассчитываются интенсивные коэффициенты и **показатели эффективности диспансерного наблюдения:**
- % диспансеризуемых не имеющих рецидивов;
- число случаев временной потери трудоспособности диспансеризуемых. Число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих в течение года:
$$\frac{\text{Число первичных листков нетрудоспособности} \times 100}{\text{Число диспансеризуемых работающих}}$$

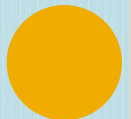


- ▣ **Процент больных, переведенных на инвалидность:**
- ▣ **Число больных, переведенных на инвалидность \times 100/Число больных, состоящих по Д-наблюдением**
- ▣ **Переводы из одной группы диспансерного наблюдения в другую:**
 - Число лиц, переведенных в более легкую (тяжелую) группу \times 100/Число диспансеризуемых**
- ▣ **и другие показатели**



Оценивается качество диспансерного наблюдения по эффективности диспансеризации больных, определяющихся:

- длительностью ремиссии у больных с хроническими заболеваниями;**
- отсутствием обострения;**
- переводом больных из третьей во вторую и из второй в первую группу диспансерного наблюдения;**
- снижением заболеваемости с временной утратой трудоспособности в случаях и днях, первичного выхода на инвалидность среди диспансерных больных;**
- соотношением групп диспансерного наблюдения.**
- Восстановительное лечение в амбулаторно-поликлинических условиях является не только эффективным средством лечения и восстановления нарушенных функций, но и важным средством вторичной профилактики.**



РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ

одна из самых актуальных и сложных проблем медицины, здравоохранения и социальной помощи. Объясняется это прежде всего большим количеством заболеваний с крайне тяжелыми последствиями, приводящих к инвалидизации. С другой стороны, стремительное развитие науки и в том числе медицины - скоропомощных служб, родовспоможения, служб реанимации, а также совершенствование технологий в хирургии, кардиохирургии, нейрохирургии все более расширяет возможности спасения человеческой жизни. Вместе с тем это требует особых условий для выхаживания этих больных, специальных методов реабилитации, длительного времени для возвращения больного к активной жизни.



ВИДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ:

- - медицинская;
- - профессиональная;
- - социально-экономическая;
- - бытовая;
- - психологическая;
- - физическая.



- Медицинская реабилитация – фактически это лечебные мероприятия, проводимые на всем протяжении наблюдения за больным.
- Физическая реабилитация направлена на восстановление физических сил больного, его способности выполнять мышечную работу, сопоставимую с возможностями здорового человека соответствующего возраста и пола.
- Психологическая реабилитация нацелена, в основном, на восстановление психического статуса больного к состоянию до болезни. При этом предусматривается коррекция тех изменений личности, которые возникли под влиянием психической травмы, вызванной болезнью, создание положительных установок к лечению и врачебным рекомендациям, и, наконец, активная помощь врача в психологической адаптации больного к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации.
- Профессиональная реабилитация касается, в основном, вопросов правильной экспертизы трудоспособности, восстановления профессиональных навыков, трудоустройства, профессионального обучения и переобучения больных, когда больной из-за необратимых изменений после перенесенных заболеваний и травм не может возвратиться к прежней профессии.

- Поскольку основная часть больных, как правило, лечатся амбулаторно, то всю ответственность за их реабилитацию несет участковый врач. Разумеется, он может привлечь в помощь врачей узких специальностей, однако участковый врач непременно должен знать хорошо основные принципы реабилитации, что позволит ему объединить врачебный коллектив и направить его усилия на наиболее успешное проведение реабилитационных мероприятий.



- **Пограничный уровень АД 130-139/85-89 мм рт.ст.**
- Наблюдение терапевтом, ВОП при наличии сопутствующих заболеваний почек, сахарного диабета, болезней соединительной ткани. Консультация кардиолога и других специалистов по показаниям.
- ***Программа «Д» обследования включает:***
- Динамический контроль АД;
- общий анализ мочи (ОАК) 1 раза в год;
- Биохимический анализ крови - определение сахара, креатинина, мочевой кислоты, общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов в плазме крови -1 раз в год;
- ЭКГ; УЗИ почек, осмотр глазного дна 1 раз в год;
- ЭхоКГ – по показаниям.



АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

- При АГ I, II, III и IV группы риска частота осмотра 1-4 раз в год (в зависимости от риска), наблюдение пожизненно, наблюдаются терапевтом, ВОП; осмотры узких специалистов – кардиолог 1-4 раза в год (в зависимости от группы риска), окулист, невропатолог 1 раз в год; эндокринолог, нефролог, уролог – по показаниям.

Программа «Д» обследования включает:

- Динамический контроль АД;
- общий анализ мочи (ОАК) 1 раза в год;
- Биохимический анализ крови - определение сахара, креатинина, мочевой кислоты, общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов в плазме крови -1 раз в год;
- ЭКГ; УЗИ почек, осмотр глазного дна 1 раз в год.



□ К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относятся:

1. Немедикаментозная терапия: обучение навыкам здорового образа жизни, коррекция факторов риска, ограничение в пище соли и насыщенных жиров, нормализация массы тела, ограничение приема алкогольных напитков и кофе, отказ от курения, повышение физической активности.

2. Психотерапия.

3. Медикаментозная терапия: подбор индивидуально.

□ Критериями эффективности диспансеризации являются:

- Отсутствие поражений органов мишеней и/или обратная динамика имеющихся осложнений.
- Устранение модифицируемых факторов риска.



ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ

- При ФК I и II наблюдается терапевтом, ВОП; частота осмотра 1 раз в год, ФК III и IV наблюдается кардиологом или терапевтом, ВОП – 2-3 раза в год. Наблюдение пожизненно, консультация кардиолога, кардиохирурга, психотерапевта по показаниям.

Программа «Д» обследования включает:

- Клинический анализ крови 1 раз в год;
- Биохимический анализ крови - определение сахара, общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов в плазме крови -1-2 раз в год (в зависимости от ФК);
- ЭКГ и функциональные пробы, в т.ч. с физической нагрузкой, 1-2 раза в год в зависимости от ФК.
- ЭхоКГ - по показаниям.




ПЕРЕНЕСЕННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Наблюдение кардиолога, при его отсутствии терапевт, ВОП - первый месяц после выписки из стационара - еженедельно, затем 1 раз в месяц первые полгода, вторые полгода - 1 раз в квартал; с 2-го года частота наблюдения в зависимости от функционального класса. Наблюдение пожизненно

Консультация кардиохирурга, психотерапевта - по показаниям


Программа «Д» обследования включает:

1. Клинический анализ крови 1 раз в год;
 2. Общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды - 2 раза в год.
 3. При антикоагулянтной терапии - протромбин еженедельно.
 4. ЭКГ - ежемесячно в первые полгода, затем 1 раз в квартал - вторые полгода, со второго года - в зависимости от функционального класса.
 5. Оценка свертывающей системы;
 6. Тест с физической нагрузкой - по показаниям.
 7. ЭхоКГ - по показаниям
- 

К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям при ИБС относят:

1. Коррекция факторов риска: отказ от курения и употребления алкоголя, ограничение в пище соли и насыщенных жиров, снижение массы тела (ИМТ <28), повышение физической активности.
2. Адекватное лечение АГ.
3. Медикаментозная терапия и вторичная профилактика по показаниям в зависимости от сопутствующих нарушений (антиагреганты, β -блокаторы, антагонисты кальция, нитраты, антиаритмические, антикоагулянты, диуретики, статины).
4. Вакцинация против гриппа.

Критериями эффективности диспансеризации при ИБС являются:

1. Предупреждение сердечно-сосудистых осложнений и смертности.
 2. Повышение толерантности к физическим нагрузкам.
 3. Улучшение физиологического состояния (уменьшения беспокойства и депрессии).
- 

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

- Наблюдение пожизненное. При ФК I, ФК II –наблюдает терапевт, ВОП – 2 раза. Консультация кардиолога – 1 раз в год. При ФК III, ФК IV - _наблюдает кардиолог, при его отсутствии терапевт, ВОП – 1 раз в квартал. Консультации узких специалистов по показаниям.
- *Программа «Д» обследования включает:*
 - 1.Клинический анализ крови 1 раз в год.
 - 2.Общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды – 2 раза в год.
 - 3.ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки – 1 раз в год.
 - 4.ЭхоКГ – по показаниям
 - 5.ЭКГ, ЭхоКГ и рентгенография легких – 1 раз в год.
Остальные обследования – по показаниям.



К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относятся:

1. Обучение навыкам здорового образа жизни: коррекция факторов риска, ограничение в пище соли и насыщенных жиров, ограничение приема алкогольных напитков и кофе, отказ от курения, повышение физической активности.
2. Контроль за массой тела, суточным диурезом.
3. Вакцинация против гриппа.
4. Медикаментозная терапия: диуретики, ИАПФ, б-блокаторы, сердечные гликозиды, антикоагулянты – по показаниям.
5. Лечение основного заболевания.

Критериями эффективности диспансеризации являются:

1. Предупреждение сердечно-сосудистых осложнений и смертности.
2. Повышение толерантности к физическим нагрузкам.
3. Улучшение качества жизни и предупреждение внезапной смерти.

ХРОНИЧЕСКИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ (ХОБЛ)

- Наблюдение пожизненно - при II(средней), III(тяжелой), IV(очень тяжелой) степени тяжести; наблюдает терапевт, ВОП - 2-4 раза в год в зависимости от степени тяжести. Консультация пульмонолога - по показаниям.
- *Программа «Д» обследования включает:*
 1. Клинический анализ крови - 2-4 раза в год.
 2. Спирометрия - 2-4 раза в год.
 3. Пикфлоуметрия при каждом посещении.
 4. Рентгенография легких - 1 раз в год
 5. Определение газового состава крови, коагулограмма - по показаниям



К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относят:

1. Отказ от курения.
2. Вакцинация против гриппа ежегодно.
3. Обучение больного купированию симптомов, контролю заболевания, дыхательной гимнастике - желательно в специальной школе для больных.
4. Постоянный приём длительно действующих бронходилататоров, при необходимости - ингаляционные кортикостероиды.
5. Длительная кислородотерапия - по возможности и при необходимости.

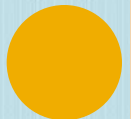
Критерии эффективности диспансеризации

1. Снижение смертности числа, осложнений, обострений, госпитализации и вызовов скорой помощи.
2. Повышение устойчивости к физическим нагрузкам, улучшение или стабилизации показателей ФВД.



БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

- ▣ Наблюдение пожизненно - при 3 степени (средняя персистирующая), 4 степени (тяжелая персистирующая). Терапевт, ВОП - 1 раз в квартал. Терапевт, ВОП-1 раз в квартал. Консультация аллерголога, пульмонолога, эндокринолога, кардиолога - по показаниям. При БА тяжелого течения, включая гормонозависимую форму наблюдение аллерголога 4 раза в год, ЛОР, стоматолог – 1 раз в год.
- ▣ **Программа «Д» обследования:**
 1. Клинический анализ крови – 1-2 раза в год.
 2. ЭКГ - 1 раз в год.
 3. Спирометрия 2-3 раза в год.
 4. Общий анализ мокроты – 2 раза в год.
 5. Пикфлоуметрия при каждом посещении. 5. Флюорография или рентгенография легких - 1 раз в год.
 6. Аллергологические исследования - по показаниям.
- ▣ При БА тяжелой степени, включая гормонозависимую форму:
 1. Анализ мокроты на БК – 1 раз в год.
 2. Исследование реактивности бронхов с гистаминовой пробой – по показаниям.
 3. Анализ крови и мочи на сахар, биохимический анализ крови – 2 раза в год при тяжелой степени.
 4. Бронхоскопия – по показаниям.
 5. Иммунологическое обследование – 1 раз в год.

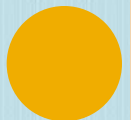


□ К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относят:

1. Отказ от курения.
2. Вакцинация против гриппа ежегодно.
3. Обучение больного купированию симптомов, контролю заболевания, дыхательной гимнастике - желательно в специальной школе для больных.
4. Обучение контролю провоцирующих факторов.
5. Исключение контакта с аллергенами/
6. Симптоматическая терапия, санация очагов инфекции, физио- и фитотерапия.
7. ЛФК, закаливание.
8. Неспецифическая и специфическая гипосенсибилизация – по показаниям.

□ Критерии эффективности «Д» наблюдения:

1. Снижение числа обострений и обращений за скорой помощью.
2. Снижение количества госпитализаций.
3. Уменьшение частоты и тяжести симптомов.
4. Снижение числа дней нетрудоспособности.



ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ

- При ЯБ желудка НР-негативной – наблюдает терапевт, ВОП - 1 раза в год. Наблюдение в течение 1 года после клинического выздоровления. При ЯБ 12-перстной кишки НР-негативная – наблюдает терапевт, ВОП - 1 раза в год. Наблюдение в течение 6 мес. после клинического выздоровления. Гастроэнтеролог, онколог, хирург по показаниям.
- ***Программа «Д» обследования:***
- 1. При ЯБ желудка: клинический анализ крови, кал на скрытую кровь, ФЭГДС с прицельной биопсией 1 раз в год.
- 2. при ЯБ 12-перстной кишки: клинический анализ крови, кал на скрытую кровь, ФЭГДС 1 раз в 2 года.
- ***К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относят:***
- 1. Отказ от курения, приёма алкоголя.
- 2. Сбалансированное питание, 4-5 раз в день.
- 3. Терапия по требованию.
- ***Критерии эффективности «Д» наблюдения:***
- 1. Стабильная ремиссия



Н. PYLORI - АССОЦИИРОВАННЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ И ДУОДЕНИТ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ, БОЛЬНЫЕ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С ЕЖЕГОДНО РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ

- ▣ Наблюдение в течение 6 мес. Наблюдает терапевт, ВОП - 1 раза в год. Консультация нарколога, токсиколога, хирурга - по показаниям
- ▣ ***Программа «Д» обследования:***
 1. Клинический анализ крови, кал на скрытую кровь 1 раз в год.
 2. ФЭГДС с прицельной биопсией 1 раз в год.
 3. Контрольный на наличие *N. pylori* по уреазному тесту - по показаниям.
- ▣ ***К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относят:***
 1. Отказ от курения, приёма алкоголя, наркотиков.
 2. Сбалансированное питание, 4-5 раз в день.
 3. Дополнительная эрадикационная терапия.
- ▣ ***Критерии эффективности «Д» наблюдения:***
 1. Стабильная ремиссия, отсутствие НР-инфекции в слизистой.



ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ

- ▣ **Хронический вирусный гепатит В** – наблюдается 2 раза в год, пожизненно. Консультация инфекциониста, гепатолога - по показаниям.
- ▣ **Хронический аутоиммунный гепатит** – наблюдает гастроэнтеролог или терапевт, ВОП - 2 раза в год, пожизненно. Консультация ревматолога - по показаниям.
- ▣ **Программа «Д» обследования:**
 1. Клинический анализ крови - 2 раза в год.
 2. АЛТ, АСТ, билирубин в крови и моче 2 раза в год.
 3. Холестерин, ЩФ, ГГТП, коагулограмма, белок и белковые фракции, амилаза крови, альфа-фетопротеин, маркеры на вирусные гепатиты, копрограмма, ФЭГДС, сигмоидофиброскопия - по показаниям.
 4. Антинуклеарные антитела - по возможности.



□ К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относят:

1. Отказ от курения, наркотиков, алкоголя.
2. Исключить контакт с гепатотоксичными веществами.
3. Медикаментозная терапия - по показаниям, исключить гепатотоксичные лекарства.
4. Применение барьерной контрацепции.
5. Профилактика вертикальной трансмиссии при родах.
6. При тяжелом течении - поддерживающие дозы преднизолона и/или цитостатики, симптоматическое лечение.

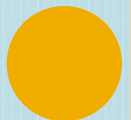
□ Критерии эффективности «Д» наблюдения:

1. Стабильная ремиссия.
2. Снижение частоты перехода в цирроз печени и рак.



ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

- Наблюдение пожизненно, гастроэнтерологом или терапевтом, ВОП - 1 раз в квартал. Консультация гепатолога 1 раз в год, хирурга, онколога, невропатолога - по показаниям.
- ***Программа «Д» обследования:***
- 1. Клинический анализ крови, АЛТ, АСТ, билирубин мочи 2 раза в год.
- 2. Холестерин, белок и белковые фракции, билирубин, ЩФ, ГГТП, коагулограмма, амилаза крови, а-фетопротеин, маркеры на вирусные гепатиты, копрограмма, ФЭГДС, сигмоидоскопия - по показаниям.
- 3. УЗИ – по показаниям.



К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относятся:

- 1. Отказ от курения, наркотиков, алкоголя.
- 2. Исключить контакт с гепатотоксичными веществами.
- 3. Медикаментозная терапия - по показаниям, исключить гепатотоксичные лекарства.
- 4. Диета.
- 5. Индивидуальный режим труда и отдыха.
- 6. Симптоматическая терапия.

Критерии эффективности «Д» наблюдения

- 1. Стабильная ремиссия.



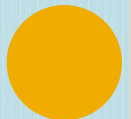
СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

- Наблюдает терапевт, ВОП - 2 года. В первое полугодие осмотр 1 раз в месяц, в последующие 1,5 года - 1 раз в квартал; нефролог, стоматолог, отоларинголог - 1 раз в год. По показаниям - уролог, акушер-гинеколог.
- ***Программа «Д» обследования:***
 - 1.Общий анализ мочи при каждом осмотре.
 - 2.Общий анализ крови - 4 раза в год.
 - 2.Проба Зимницкого при снижении относительной плотности мочи ниже 1018 в разовом исследовании.
 - 3.Биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, общий белок и его фракции, холестерин) 2 раза в год.
- ***К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относят:***
 - 1.Режим.
 - 2.Диета.
 - 3.Санация хронических очагов инфекции.
- ***Критерии эффективности «Д» наблюдения:***
 - 1.Выздоровление после перенесенного острого гломерулонефрита



ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

- Наблюдает терапевт, ВОП, наблюдение пожизненно. При латентной и гематурической формах - 2 раза в год, при нефротической, гипертонической и смешанной формах - 4 раза в год. Нефролог, стоматолог, отоларинголог - 1 раз в год. Другие специалисты по показаниям.
- **Программа «Д» обследования:**
- 1. При каждом осмотре общий анализ мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови креатинин, мочевины, общий белок и его фракции, холестерин).
- 2. При снижении относительной плотности мочи ниже 1018 в разовом исследовании - проба Зимницкого, при повышении уровня азотистых шлаков в крови - определение СКФ.
- 3. УЗИ почек 1 раз в год.
- 4. Суточная протеинурия, радиоизотопная ренография, ЭКГ - по показаниям



К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относят:

- 1.Режим.
- 2.Диета.
- 3.Санация хронических очагов инфекции.
- 4.Ограничение физических нагрузок.
- 5.Исключение охлаждения и инсоляции.
- 6.Медикаментозное лечение в зависимости от стадии и формы заболевания.
- 7.При обострении - обязательная госпитализация.
- 8.Санаторно-курортное лечение в период ремиссии

Критерии эффективности «Д» наблюдения:

- 1.Стойкая ремиссия после обострения.
- 2.Стабилизация процесса.
- 3.Снижение временной нетрудоспособности. Отсутствие симптомов почечной недостаточности



ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

- Наблюдение пожизненно. Наблюдает терапевт, ВОП - 2 раза в год.
- Нефролог, стоматолог, уролог, акушер-гинеколог 1 раз в год. Другие специалисты по показаниям.
- **Программа «Д» обследования:**
 - 1.Общий анализ мочи, общий анализ крови 2 раза в год.
 - 2.Бактериологическое исследование мочи по показаниям.
 - 3.Биохимический анализ крови (креатинин, мочевины) 1 раз в год.
 - 4.УЗИ почек 1 раз в год.
 - 5.Экскреторная урография, радиоизотопная ренография, определение СКФ - по показаниям

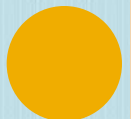


К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относят:

- 1.Режим.
- 2.Диета.
- 3.Санация хронических очагов инфекции.
- 4.Лечение сопутствующих заболеваний.
- 5.Медикаментозное лечение в зависимости от стадии болезни.
- 6.Физиотерапия.
- 7.Противорецидивная терапия в течение 2-4 месяцев.
- 8.Санаторно-курортное лечение.

Критерии эффективности «Д» наблюдения:

- 1.Стойкая ремиссия после обострения.
- 2.Снижение временной нетрудоспособности.
- 3.Отсутствие симптомов почечной недостаточности.



ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

- Наблюдает нефролог, при его отсутствии терапевт, ВОП - 4 раза в год. Наблюдение пожизненно. Осмотр 1 раз в квартал. Другие специалисты по показаниям.
- **Программа «Д» обследования:**
- 1.Общий анализ мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови (креатинин, мочевина, калий), определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ)- 4 раза в год.
- 2.УЗИ почек, ЭКГ, глазное дно 1 раз в год.
- 3.Радиоизотопная ренография, рентгенография легких, коагулограмма, ЭХОКГ, ФГДС - по показаниям
- **К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относят:**
- 1.Организация питания и ухода, режима дня.
- 2.Контроль за суточным диурезом, массой тела, артериальным давлением.
- 3.Симптоматическая терапия.
- 4.При СКФ ниже 15 мл/мин - гемодиализ.
- **Критерии эффективности «Д» наблюдения.**
- 1.Замедление темпа прогрессирования ХПН.



АНЕМИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ

- Наблюдение 1-1,5 года. Наблюдает терапевт, ВОП - 1 раз в квартал.
- Гематолог по показаниям.
- **Программа «Д» обследования:**
 - 1.Развернутый ОАК - 1 раз в квартал.
 - 2.ОЖСС, сывороточное железо, трансферрин сыворотки - 1 раз в год (перед снятием с диспансеризации).
- **К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относят:**
 - 1.Диета (ограничение продуктов, снижающих всасывание железа и повышение потребления - усиливающих его всасывание).
 - 2.Восполнение депо железа ("терапия насыщения") в течение 3 месяцев, поддерживающая терапия - 6-12 месяцев
- **Критерии эффективности «Д» наблюдения.**
 - 1.Выздоровление.



РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

- **Ревматическая болезнь без порока сердца** - наблюдает ревматолог, при его отсутствии терапевт, ВОП. 1 год - 1 раз в квартал, затем 2 раза в год. Наблюдение 5 лет. При наличии кардита - снятие с учета не ранее 25 лет. Отоларинголог, стоматолог 2 раза в год. Невропатолог по показаниям.
- **Ревматическая болезнь с пороком сердца или после протезирования клапанов** – наблюдает ревматолог, при его отсутствии терапевт, ВОП - первый год - 1 раз в квартал, затем 2 раза в год. Наблюдение пожизненно. Ревматолог/кардиолог, отоларинголог, стоматолог 2 раза в год. Невропатолог, кардиохирург - по показаниям.
- **Программа «Д» обследования:**
 - 1.Контроль за температурой тела, пульсом, АД - в динамике.
 - 2.Клинический анализ крови, общий анализ мочи, пробы на активность ревматического процесса, коагулограмма - первый год - 1 раз в квартал, затем 2 раза в год.
 - 3.ЭКГ- 1 раз в год.
 - 4.ЭХО-КГ – 1 раз в год или по показаниям.
 - 5.Рентгенография легких - по показаниям.



□ К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относятся:


- 1. Отказ от курения/наркотиков, алкоголя.
- 2. Сбалансированное питание.
- 3. Санация очагов хронической инфекции.
- 4. ЛФК на 1-м году после атаки, на 2-м году - подготовительная группа, на 3-м основная группа при отсутствии функциональных нарушений.
- 5. Закаливание.
- 6. Иммунизация против гриппа.
- 7. Бензатинбензилпенициллин - круглогодично в течение 5 лет, пожизненно при наличии порока.
- 8. При острых инфекционных заболеваниях уха, горла, носа - 10-дневная антибактериальная терапия.

□ Критерии эффективности «Д» наблюдения.

- 1. Выздоровление.
- 2. Отсутствие симптомов заболевания и признаков декомпенсации порока.



РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

- Наблюдает ревматолог, при его отсутствии терапевт, ВОП - 1 раз в год и по показаниям. Наблюдение пожизненно. Отоларинголог, окулист, стоматолог 1 раз в год. Уролог, хирург - по показаниям.
 - **Программа «Д» обследования:**
 - 1. Клинический анализ крови, реакция Ваалера-Роуза, проба на СРБ, ревматоидный фактор, сахар крови, общий анализ мочи 1 раз в год.
 - 2. ЭКГ 1 раз в год.
 - 3. Рентгенография поражённых суставов и грудной клетки 1 раз в год.
 - **К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относят:**
 - 1. Отказ от курения/наркотиков, алкоголя.
 - 2. Режим труда и отдыха.
 - 3. Сбалансированное питание.
 - 4. Физиотерапия, ЛФК, массаж, реабилитация и обучение больного. 5. Иммунизация от гриппа - ежегодно.
 - 6. Медикаментозная терапия: НПВП, глюкокортикостероиды, аминохиноловые препараты, цитостатики - по показаниям.
 - 7. Хирургическое лечение - по показаниям.
 - **Критерии эффективности «Д» наблюдения.**
 - 1. Уменьшение частоты и тяжести обострений.
 - 2. Отсутствие прогрессирования заболевания и нарушения функций суставов.
- 

ДЕФОРМИРУЮЩИЙ ОСТЕОАРТРОЗ

- Наблюдает ревматолог, при его отсутствии терапевт, ВОП - 1 раз в год и по показаниям. Наблюдение пожизненно. Хирург, ортопед - по показаниям.
- ***Программа «Д» обследования:***
 - 1. Клинический анализ крови, проба на СРБ - 1 раз в год.
 - 2. Рентгенография поражённых суставов 1 раз в год.
- ***К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относят:***
 - 1. Снижение веса, физическая нагрузка - ежедневно.
 - 2. Сбалансированное питание, пониженная калорийность, органические мясных, рыбных продуктов, животных жиров и сахара.
 - 3. ЛФК - 3-месячные курсы обучения.
 - 4. Реабилитация и обучение больного.
 - 5. Медикаментозная терапия - по показаниям
- ***Критерии эффективности «Д» наблюдения.***
 - 1. Отсутствие прогрессирования заболевания и нарушения функций суставов.



ПОДАГРА

- Наблюдает ревматолог, при его отсутствии терапевт, ВОП - 1 раз в год и по показаниям. Наблюдение пожизненно. Уролог, хирург, ортопед - по показаниям.
- **Программа «Д» обследования:**
- 1. Клинический анализ крови, проба на СРБ, ревматоидный фактор, сахар крови, мочевая кислота, общий анализ мочи 1 раз в год.
- 2. Рентгенография поражённых суставов 1 раз в год.
- 3. УЗИ желчного пузыря по показаниям.
- **К основным лечебно-оздоровительным мероприятиям относят:**
- 1. Отказ от курения/наркотиков, алкоголя.
- 2. Снижение веса, физическая нагрузка - ежедневно.
- 3. Сбалансированное питание, пониженная калорийность, органические мясных, рыбных продуктов, животных жиров и сахара.
- 4. ЛФК - 3-месячные курсы обучения.
- 5. Реабилитация и обучение больного.
- 6. Медикаментозная терапия: средства уменьшающие гиперурикемию.
- **Критерии эффективности «Д» наблюдения.**
- 1. Уменьшение частоты и тяжести обострений.
- 2. Стойкая ремиссия.
- 3. Отсутствие прогрессирования заболевания и нарушения функций суставов.





ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

- ▣ **1. Под диспансеризацией** понимается:
 - А. активный метод непрерывного врачебного наблюдения за здоровьем населения
 - Б. прерывистый метод врачебного наблюдения за состоянием здоровья населения
 - В. наблюдение от случая к случаю здоровья населения
 - Г. активное наблюдение только больного контингента
 - Д. наблюдение больных узкими специалистами
- ▣ **2. Форма контрольной карты диспансерного наблюдения:**
 - А. 030/у Б. 025/у В.102/у Г. 158/у Д. 019/у
- ▣ **3. На первом этапе диспансерного наблюдения предусмотрено:**
 - А. заполнение амбулаторной карты больного
 - Б. заполнение «Контрольной карты диспансерного наблюдения» и составление плана обследования и лечебно-оздоровительных мероприятий.
 - В. выполнение плана мероприятий намеченных врачом при отборе и взятии здоровых и больных на учет.
 - Г. анализ качественных показателей диспансеризации.
 - Д. анализ показателей эффективности





Благодарю за внимание!