

**ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В  
РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

616-084(0758)  
Б-12

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО  
СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН**

**Бабаджанов А. С., Василенко В.С., Кадомцева Л. В.,  
Даминов Р. У., Кенджаева Г.Р., Каледя С.П., Тухватулина  
Э. Р., Поликарпова Н. В., Махмудова Н. Р., Пулатова С. Ш.,  
Валиева Т. А., Мирзакаримова Ф.Р.**

Область знаний - социальное обеспечение и  
здравоохранение - 500000

Область образования - Здравоохранение - 510000

Учебно-методическое пособие

296983

**ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В  
РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Для студентов по направлениям:  
«Профессиональное образование» - 5111000  
«Лечебное дело» - 5510100

**ТОШКЕНТ  
«JOB-PRINT»  
2019**

УДК 616-084(075.8)  
ББК 51.1(5У)2я73  
Б 12

Основное учреждение разработчик: Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт кафедра « ВОП - терапия, клиническая фармакология»

**Бабаджанов, Абдумурод Сатторович.**

**Профилактика и диспансеризация в работе врача общей практики [Текст] :**  
учебного пособия / А. С. Бабаджанов. - Ташкент : Jjod-print, 2019. - 120 с.

**Составители:**

**Бабаджанов А. С.** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой ВОП терапии, клинической фармакологией ТашПМИ.

**Василенко В.С.** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом эндокринологии СПбГПМУ.

**Кадомцева Л. В.** – к.м.н., доцент кафедры ВОП терапии, клинической фармакологией ТашПМИ.

**Даминов Р. У.** – к. м. н., доцент кафедры ВОП терапии, клинической фармакологией ТашПМИ.

**Кенджаева Г. Р.** – к. м.н. ассистент кафедры ВОП терапии, клинической фармакологией ТашПМИ.

**Катела С. П.** – ассистент кафедры ВОП терапии, клинической фармакологией ТашПМИ.

**Тухватулина Э. Р.** – ассистент кафедры ВОП терапии, клинической фармакологией ТашПМИ.

**Поликарпова Н.В.** – ассистент кафедры ВОП терапии, клинической фармакологией ТашПМИ.

**Махмудова Н.Р.** – ассистент кафедры ВОП терапии, клинической фармакологией ТашПМИ.

**Пулатова С.Ш.** – ассистент кафедры ВОП терапии, клинической фармакологией ТашПМИ.

**Валиева Т.А.** – ассистент кафедры ВОП терапии, клинической фармакологией ТашПМИ.

**Мирзакаримова Ф.Р.** – ассистент кафедры ВОП терапии, клинической фармакологией ТашПМИ.

**Рецензенты:**

**Бабаджанова Ш.А.** – д.м.н., проф. кафедры ПВБ, гематологии, лабораторное дело и профессиональные заболевания ТМА.

**Шомансурова Э. А.** – д.м.н. проф. кафедры Амбулаторной медицины и физической культуры.

Учебное пособие рассмотрено на Центральном Методическом Совете Ташкентского Педиатрического Медицинского Института « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 год Протокол № \_\_\_\_\_

Учебное пособие утверждено Ученым Советом Ташкентского Педиатрического Медицинского Института « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 год Протокол № \_\_\_\_\_

Секретарь Ученого Совета д.м.н. проф. \_\_\_\_\_ Рузиев Ш.А.

Данное учебно-методическое пособие составлено с учетом современных требований медицины, общественного опыта диспансеризации и анализа результатов работы лечебно - профилактических учреждений и предназначено для студентов VI курса медицинского факультета, лечебного факультетов медицинских ВУЗов и врачей общей практики.

ISBN 978-9943-6381-0-5

© Бабаджанов А. С и др 2019

© «JJOD-PRINT» 2019

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Актуальность учебного пособия обусловлена необходимостью приобретения студентами сведений о профилактике и диспансеризации в работе ВОП врача. Данная инструкция составлена с учетом современных требований медицины, общественного опыта диспансеризации и анализа результатов работы лечебно - профилактических учреждений

1.1 Одной из ведущих задач работы врача общей практики является проведение массовых профилактических осмотров и диспансеризации, повышение их качества и эффективности, а также расширения контингентов, подлежащих диспансеризации.

Являясь одним из основных методов профилактики, диспансеризация в настоящее время представляет собой комплекс широких социально - экономических, санитарно - гигиенических, лечебно - профилактических мероприятий, т. е. сложную общественную и социально - медицинскую проблему, решение которой проводится на государственном уровне при активном участии государственных, общественных организаций, медицинских органов и учреждений.

1.2. Диспансерный метод является одним из основных в деятельности лечебно - профилактических учреждений и заключается в активном наблюдении со стороны врачей за физическим состоянием, а, главное, за сохранением здоровья граждан.

1.3. Участковый врач одновременно выполняет функции организатора диспансерной работы на своем участке, привлекая к своей работе специалистов других профилей.

1.4. Организация и контроль за ходом диспансеризации осуществляется главным врачом поликлиники.

1.5. Для эффективного и качественного проведения диспансеризации необходимо

Проведение плановой вакцинации;

Проведение ежегодных плановых профилактических осмотров и обследований;

Выявление больных в ранних стадиях заболевания;

Систематическое наблюдение за состоянием здоровья определенных групп прикрепленного контингента и больных с некоторыми нозологическими формами ( группы риска);

Своевременное и полноценное проведение амбулаторного, стационарного лечения и профилактических мероприятий для скорейшего восстановления здоровья и трудоспособности;

Систематическое повышение квалификации врачей по основной специальности и экспертизе временной нетрудоспособности;

Оформление и ведение установленной медицинской документации;

Активная санитарно - просветительная работа;

Анализ результатов диспансеризации и ее эффективности.

## Глава 1. Иммунизация

Вакцинация и иммунизация, процессы обеспечивающие активную или пассивную биологическую устойчивость организма к определенным инфекционным заболеваниям.

Целью иммунопрофилактики является ликвидация, элиминация, снижение заболеваемости и смертности от инфекций, управляемых средствами специфической профилактики, в частности:

- поддержание свободного от полиомиелита статуса после сертификации и ликвидация случаев полиомиелита, вызванных местными штаммами дикого полиовируса;

- снижение заболеваемости дифтерией до единичного случая на отдельных административных территориях и предупреждение летальных исходов от нее;

- поддерживать элиминацию кори и краснухи к 2010 г.;

- обеспечить уровень синдрома врожденной краснухи (СВК) менее 0,01 на 1000 живых новорожденных;

- снижение заболеваемости вирусным гепатитом В и предупреждение летальных исходов от него;

- снижение заболеваемости пневмонией, менингитами, вызванных ХИБ инфекцией среди детей до 5 лет;

Для реализации поставленных целей предусматривается решение следующих задач:

- не менее 90-95% охвата детей в возрасте до 2-х лет прививками против туберкулеза, кори, краснухи, вирусного гепатита В, полиомиелита, дифтерии, коклюша, столбняка, ХИБ и эпидемического паротита согласно календаря прививок.

Иммунизация против инфекционных заболеваний - часть всесторонней заботы о здоровье ребенка, поэтому она должна быть легкодоступной, обязательной и бесплатной.

При рождении ребенка в родильном доме на него выдается «Паспорт иммунизации» с указанием обязательных прививок и сроков их проведения. В этом же паспорте иммунизации отмечается каждая и последующая проведенная прививка.

Настоящие Правила разработаны на основании политики иммунизации, проводимой Всемирной Организацией здравоохранения (ВОЗ).

В Правилах учтены требования Расширенной Программы Иммунизации ВОЗ, Национальной программы Иммунизации Республики Узбекистан, результаты многолетних наблюдений за напряженностью коллективного иммунитета, инфекционной заболеваемостью, а также эпидемиологическая эффективность и безвредность используемых вакцин.

### 1.1. Календарь профилактических прививок

Календарь профилактических прививок  
2015 год

Возраст	Название вакцины
1 сутки	ВГВ-1
2-5 дней	ОПВ-0 БЦЖ-1
2 месяца	пента-1 (АКДС-1, ВГВ-2, ХИБ.-1) ОПВ-1 Рота-1 (орал ротавирус) ПНЕВМО-1 ВГВ - 2
3 месяца	пента-2 (АКДС-2, ВГВ-3, ХИБ.-2) ОПВ-2 Рота-2 (орал ротавирус) ПНЕВМО-2
4 месяца	пента-3 (АКДС-3, ВГВ-4, ХИБ.-3) ОПВ-3 ИПВ

6 месяцев	ВГВ - 3
12 месяцев	КПК -1 ПНЕВМО-3
16 месяцев	АКДС-4 ОПВ-4
6 лет	КПК-2
1 класс (7 лет)	АДС-М-5, ОПВ-5 БЦЖ - 2
9-12 лет	ОПВ*
8 класс (14 - 15 лет)	БЦЖ - 3
16 лет	АДС-М-6
26 лет	АДС - М - 7
46 лет	АДС - М - 8

1. Иммунизация в рамках настоящего календаря профилактических прививок проводится вакцинами отечественного и зарубежного производства, зарегистрированными и разрешенными к применению в Республике Узбекистан в установленном порядке в соответствии с инструкциями по их применению.

2. Ревакцинация против туберкулеза проводится не инфицированным возбудителями туберкулеза, туберкулино-отрицательным детям в возрасте 7 и 14 лет.

3. Детям, родившимся от матерей, HbsAg носителей или больных вирусным гепатитом В в третьем триместре беременности, вакцинация против вирусного гепатита В проводится по обычной схеме.

4. КПК- трехвалентная живая вакцина против кори, паротита и краснухи.

5. АКДС+ГБ+ХИБ - пентавалентная вакцина против коклюша, дифтерии, столбняка ( АКДС), гепатита В (ВГВ) и гемофилус инфлюэнция типа В (ХИБ.)

6. Детям, родившимся от матерей, ВИЧ инфицированных или больным ВИЧ/СПИД вакцинация живыми вакцинами проти-

вопоказана, при диагнозе «Перинатальный контакт с ВИЧ-инфекцией» детей прививают по календарю профилактических прививок (иммунизация детей с ВИЧ и детей, родившихся от ВИЧ матерей, проводится на основании протокола ВОЗ).

Виды вакцин	Наименование вакцин, доза и способ введения	Условия хранения
Живые вакцины	ОПВ (1 доза 2 капли в рот), КПК (1 доза 0,5 мл п/к), БЦЖ (0,05 мг или 0,1 мл в/к)	можно замораживать только ОПВ. Вакцины КПК и БЦЖ желательно хранить при температуре от +2°С до +8° С
Убитые	Коклюшная (входит в компонент АКДС) АКДС, АДС, АДС-М, АД-М (0,5 мл в/м), Столбнячный (0,5 и 1,0 мл)	Все убитые вакцины, анатоксины и рекомбинантные вакцины замораживать нельзя, хранить при температуре от +2°С до +8° С
Анатоксины	Против гепатита В (1 доза 0,5 мл в/м ) Против дифтерии, коклюша и столбняка, гепатита Б и ХИБ инф.	хранить при температуре от +2°С до +8° С
Рекомбинантная Пентавалентная	Профилактика инфекций пневмококковой этиологии (в частности, пневмонии) у лиц старше 2-х лет	
Инактивированные	Полисахаридная поливалентная пневмококковая вакцина <i>Streptococcus pneumoniae</i> полисахариды (по датской номенклатуре серотипы 1, 2, 3, 4, 5, 6В, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15В, 17F, 18С, 19А, 19F, 20, 22F, 23F, 33F) по 25 мкг каждого серотипа. 0,5 мл в/м или п/к.	

Примечание: все живые вакцины, особенно вакцины БЦЖ и коревая, краснушная и паротитная очень чувствительны к свету, поэтому их надо хранить в темном месте холодильника. Растворитель любой вакцины нельзя замораживать. Перед прививкой детям категорически запрещается вводить десенсибилизирующие (антиаллергические) препараты, как димедрол и другие;

- при необходимости детям, имеющим медицинские отводы, прививать в стационарных условиях, после подготовки на здоровом фоне;

Все медицинские работники, независимо от профиля учреждения несут ответственность за достижение 90-95% охвата прививками подлежащих к иммунизацию детей в возрасте до 2 лет. Они должны знать, что иммунизация населения обязательная и иммунизации подлежат здоровые дети.

Каждый медицинский работник, независимо от профиля учреждения, в том числе специализированных кабинетов, больниц, клиник, скорой помощи и других учреждений здравоохранения, обязан при приеме больного ребенка уточнить прививочный статус и после оказания медицинской помощи направить ребенка в соответствующие учреждения для получения прививок согласно календарю профилактических прививок. Он обязан знать: календарь профилактических прививок, перечень противопоказаний к прививкам и правил соблюдения «холодовой цепи», а также возможные поствакцинальные реакции и осложнения (побочные явления после иммунизации), оказание первой медицинской помощи при этих случаях.

### **Интервалы между прививками**

-минимальный интервал между введением доз одной и той же вакцины – 1 месяц. Удлинение интервала приводит к усилению выработки антител, но оно задерживает окончание серии иммунизации и защиту прививаемого от инфекции. Минимальный интервал между живыми вакцинами должен быть не менее 1 месяца (из-за возможности интерференции между ними);

-при пропуске очередной дозы в цикле иммунизации прививку проводят при первом же контакте с ребенком, не повторяя всей серии;

-одновременно можно вводить несколько вакцины, но в разных шприцах и в разные участки тела;

В случае введения прививаемому иммуноглобулина:

-прививки против кори, краснухи и эпидемического паротита проводятся через 3 месяца;

-прививки против полиомиелита и гриппа – не менее чем через 6 недель;

-АКДС, АДС, АД-М–через 4 недели после введения иммуноглобулина.

В случае переливании прививаемому крови или ее препаратов (цельная кровь, эр- или лейкоцитарная массы) прививки против кори, краснухи и эпидемического паротита проводятся через 6 месяц, при переливании тромбоцитарной массы или плазмы - через 7 месяц.

#### **Отбор для вакцинации**

Отбор детей для прививок. При отборе детей для профилактических прививок необходимо, в первую очередь, проводить осмотр и оценку общего состояния прививаемого и опрос родителей или сопровождающих о состоянии здоровья ребенка и выяснение потенциальных противопоказаний, наличие не выявленных реакций на предыдущие прививки. Показанием к иммунизации является возраст, соответствующий сроку иммунизации, согласно календарю прививок и неблагоприятная эпидемиологическая обстановка

При обращении ребенка в любое медицинское учреждение, при осмотре его должна проводиться оценка его вакцинального статуса и при отсутствии противопоказаний он должен прививаться прививкой, соответствующей его возрасту.

Постановка необоснованных противопоказаний к вакцинации медицинским работником является нарушением. За необоснованное противопоказание, приведшее, в последующем, к заболеванию управляемыми инфекциями, медицинский работник могут привлекаться к ответственности в судебном порядке. Вакцинация проводится после осмотра медицинским

работником. Несоблюдение санитарных норм и правил по организации и проведению иммунопрофилактики инфекционных заболеваний преследуется по закону.

## 1.2. Противопоказания к иммунизации

Практически все противопоказания к иммунизации – ВРЕМЕННЫЕ, они должны динамично пересматриваться с целью иммунизации при первой возможности.

Противопоказаниями ко всем вакцинам являются: сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцин.

### 1. Средне тяжелые и тяжелые соматические и инфекционные заболевания.

Иммунизация должна проводиться через 3-14 дней после выздоровления.

ОРЗ и нетяжелые формы диареи не являются противопоказаниями, прививка должна проводиться при наличии удовлетворительного общего состояния ребенка. Больные с хроническими заболеваниями сердца, печени, почек, легких, а также больные диабетом и другими эндокринными заболеваниями подлежат вакцинации в период ремиссии.

### 2. Серьезные реакции на предыдущие дозы вакцин.

Вакцины, содержащие коклюшные антигены не следует вводить, если при введении предыдущей дозы вакцины АКДС отмечались энцефалопатические реакции, судороги, анафилактики, коллапс. Для завершения курса иммунизации следует использовать АДС анатоксин.

Высокая температура (свыше 40<sup>0</sup>С ) и пронзительный крик более 3 часов является предостережением, которое позволяет исключить коклюшный компонент при следующей прививке в отсутствие специальных эпидпоказаний.

Лица с анафилактической реакцией на компоненты вакцины (яичный белок, антибиотики) соответствующими вакцинами не прививаются.

3. Дети с неврологическими нарушениями не прививаются вакцинами, содержащими коклюшный компонент, только при наличии нарастающей динамики клинических проявлений. Дети со стабильным неврологическим заболеванием подлежат вакцинацию по календарю прививок.

Дети с диагнозом перинатальной энцефалопатии должны консультироваться у невропатолога до 2-х месячного возраста для исключения прогрессирования неврологических нарушений.

4. Дети с аллергическими заболеваниями - с астмой, сенной лихорадкой, аллергическими дерматозами и экземой прививаются (за исключением прививки против полиомиелита) в период ремиссии, а при необходимости - на фоне антигистаминных препаратов (или в условиях дневного стационара).

Дети, не получившие прививку в первые дни после рождения в связи с заболеванием, должны прививаться перед выпиской из отделения патологии новорожденных.

5. Дети, родившийся от больной матери с активной формой туберкулеза, изолируются от матери на 2 месяца и подлежат вакцинации против туберкулеза (БЦЖ).

### Противопоказания по видам вакцин

Виды вакцин	Противопоказания
Все вакцины	-сильная аллергическая реакция или осложнения на предыдущую дозу; -острый период инфекционных и соматических заболеваний (вакцинация проводится через 3-14 дней после выздоровления).
Все живые вакцины	-иммунодефицитное состояние (первичное, иммуносупрессия); -злокачественно новообразование;
БЦЖ	-беременность -недоношенность ребенка (вес менее 1800г); -келоидный рубец после предыдущей дозы; -тяжелая черепно-мозговая травма в родах;
ВГВ	-нарушение гемоликвородинамики 3-ей степени. -вес ребенка менее 1800г; -аллергические реакции на пекарские дрожжи;

<b>ОПВ</b>	-лекарственная <b>иммуносупрессия</b> ; -злокачественные <b>новообразования</b> .
<b>АКДС</b>	-прогрессирующие заболевания нервной системы; - <b>афебрильные судороги в анамнезе (вместо АКДС вводят АДС)</b>
<b>АДС, АДС-М, АД-М</b>	-абсолютных противопоказаний нет
<b>КПК</b> <b>ХИБ</b>	- <b>иммунодефицитное состояние</b> -аллергия на белок куриных яиц. -предшествующее введение иммуноглобулинов -беременность. -все противопоказания <b>касающихся ГВ и АКДС</b>

Определение противопоказаний к прививке проводится участковым врачом и подтверждается комиссией. Для детей с противопоказаниями к прививке составляется план их оздоровления и индивидуальный график прививок, которые отмечаются в историях развития ребенка (Ф-112/у), в паспорте иммунизации и в журнале регистрации медицинских отводов от прививок.

Обострение хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок. Плановые прививки проводятся в период реконвалесценции или ремиссии.

***Не являются противопоказаниями:***

<b>Состояния</b>	<b>Указания в анамнезе</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Перинатальная энцефалопатия</li> <li>-Стабильное неврологическое состояние:</li> <li>-ДЦП, б-нь Дауна и т.д.</li> <li>-Аллергия, астма, экзема</li> <li>-Хронические заболевания сердца, легких, почек, печени</li> <li>- Анемии</li> <li>- Дисбактериоз</li> <li>- Увеличение тени тимуса</li> <li>- Врожденные пороки</li> <li>- Поддерживающая терапия стероидами, гормонами</li> <li>- Инкубационный период болезни</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Желтуха новорожденных</li> <li>- Недоношенность</li> <li>- Гемолитическая болезнь новорожденных</li> <li>- Сепсис</li> <li>- Поствакцинальные осложнения в семье</li> <li>- Аллергия, судороги в семье</li> <li>- Эпилепсия в семье</li> <li>- Внезапная смерть в семье</li> <li>- <b>Перенесенные коклюш, корь, паротит, не подтвержденные документально</b></li> </ul>

## **Планирование прививок**

В основу планирования берется численность обслуживаемого и проживающего населения и число лиц, не привитых с предыдущего года. Для определения численности населения проводят перепись населения 2 раза в год (весной и осенью).

Перед планированием профилактических прививок необходимо:

1. Провести предварительную (октябрь) перепись населения и сверку её с формами 063, 064, 112, журналами и с возрастной сеткой всех ЛПУ обслуживающих взрослое население, детей и подростков;

2. По результатам переписи населения и сверки составить возрастную сетку обслуживаемого населения. Проведение контрольной переписи оформляется актом с утверждением главного врача ЛПУ.

3. Провести анализ состояния привитости против инфекций, управляемых средствами специфической профилактики (кори, краснухи, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, вирусного гепатита, эпид. паротита). После уточнения обслуживаемого населения, подлежащего к иммунизации, приступают к составлению планов.

План профилактических прививок составляется на основании форм 063, 064, 112 участковым педиатром и медсестрой-картотечницей, врачом и медсестрой учебно-воспитательных учреждений, в сельской местности – врачом или фельдшером СВА, СВЦ, ФАП.

Все планы профилактических прививок, подготовленные по участкам, учебно-воспитательным и школьным учреждениям района (города) обобщаются главным педиатром, главным терапевтом и иммунологом района (города).

План профилактических прививок после согласования с территориальным Центром Госсанэпиднадзора со всеми обоснованиями представляется главным специалистам Управления здравоохранения областей, г.Ташкента и Министерства здравоохранения Республики Каракалпакстан.

План профилактических прививок после согласования с Главным врачом ЦГСЭН этих уровней и утверждения Начальником ГУЗ Хокимията областей, г.Ташкента и Министром здравоохранения Республики Каракалпакстан, передается в ГУОМид и Департамент Государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. После рассмотрения ГУОМид и Департаментом Госсанэпиднадзора Минздрава РУз планы профилактических прививок передаются в ЦГСЭН Республики Узбекистан для обобщения и определения потребности в прививочных материалах.

### **Обязанности врача – иммунолога**

*В обязанности врача-иммунолога входят:*

- составление годового плана профилактических прививок согласно календарю профилактических прививок;
- определение годовую, квартальную и ежемесячную потребность в вакцинах;
- осуществление постоянного контроля за полнотой и своевременности учёта детей на обслуживаемой территории;
- осуществление контроля за качеством, полнотой охвата и своевременностью проводимых прививок;
- контроль за достоверностью планирования и выполнения плана профилактических прививок;
- осуществление контроля за детьми, имеющими медицинские отводы от прививок, с выборочным осмотром их;
- персональная ответственность за необоснованные медицинские отводы;
- представление на иммунологическую комиссию детей, имеющих длительные медицинские отводы от прививок, направление их в стационары для обследования и решения вопроса об их вакцинации;
- по представлению участкового врача консультирует детей с отягощенным анамнезом и дает письменные рекомендации по проведению им вакцинации с записью в ф.112/у (лабораторное обследование, консультации специалиста, составление индивидуального графика прививок и др.);

-контролирует за состоянием детей с необычными побочными реакциями на иммунизации;

-вместе с участковыми врачами проводит анализ всех случаев поствакцинальных осложнений;

-проводит анализ состояния привитости среди неорганизованных и организованных детей и определяет задачи по его улучшению;

-контролирует работу медицинской сестры прививочного кабинета и персонала, ответственного за иммунобиологические препараты;

-обучение (первичный инструктаж) медицинских работников по вопросам безопасной иммунизации;

-организация и проведение санитарно-просветительную работу среди населения по вопросам иммунопрофилактики.

### **Обязанности участкового врача**

#### *Участковый врач:*

- составляет план профилактических прививок на год и текущий месяц;

- уточняет дату прививок, сроки явки ребенка на медицинский осмотр а также наличие медицинских противопоказаний);

- выделяет «группу риска» детей по возможности возникновения поствакцинальных осложнений;

-проводит медицинский осмотр (с обязательной термометрией) и в зависимости от состояния здоровья ребенка разрешает проведение ему прививки. Заключение обязательно записывается в ф.112/у. При необходимости по согласованию с заведующим отделением направляет на консультацию в консультативную поликлинику;

- осуществляет медицинское наблюдение за привитыми детьми;

- направляет на госпитализацию детей с необычными побочными реакциями на введение вакцины;

- анализирует выполнение плана профилактических прививок в конце каждого месяца;

- проводит санитарно-просветительную работу на участке.

### **Обязанности участковой медицинской сестры**

*Медицинская сестра участка:*

- ведет учет населения подлежащих прививкам (перепись населения 2 раза в год – весной и осенью, учет выбывших и прибывших, учет новорожденных);

- проводит раз в полугодие с сестрой-картотетчицей сверку ф.063/у, 064/у;

- ежемесячно ведёт учёт и патронаж новорожденных для своевременного планирования и охвата профилактическими прививками по календарю;

- с сестрой-картотетчицей составляет пофамильный список лиц, подлежащих прививкам в текущем году и на текущий месяц;

- уточняет с участковым врачом возможность проведения прививок детям на текущий месяц;

- приглашает согласно месячному плану, родителей с детьми на прививку;

- проводит патронаж детей на дому после прививок с целью выявления необычных реакций и осложнений;

- вызывает к участковому врачу детей состоящих на диспансерном наблюдении имеющих медицинские противопоказания;

- информирует сестру-картотетчицу о причинах не привитости каждого ребенка в текущем месяце, о выбывших и поступивших в дошкольное учреждение;

- ежемесячно выясняет и сообщает сестре-картотетчице о привитости детей, посещающих детские учреждения, школы других районов;

- согласно графика ежемесячно сдает сестре-картотетчице отчет о сделанных прививках.

### **Организация прививок**

Для организации и проведения профилактических прививок каждое лечебно-профилактическое учреждение должно иметь

лицензию на соответствующий вид деятельности, выданную территориальным органом здравоохранения и ЦГСЭН и помещение (прививочный кабинет), отвечающее требованиям.

Категорически запрещается проведение профилактических прививок в перевязочных, манипуляционных кабинетах, в палатах и на дому.

В детских поликлиниках, где проводятся иммунопрофилактические работы, должно быть предусмотрено два кабинета: один - для постановки туберкулиновых проб и проведения прививок против туберкулеза и другой - для остальных прививок.

При отсутствии кабинета для постановки туберкулиновых проб и БЦЖ необходимо определить в имеющемся кабинете специальные дни для проведения противотуберкулезных прививок, выделив для этого отдельный маркированный стол для прививочного материала (вакцины БЦЖ, туберкулина) с маркированными ёмкостями.

В случае необходимости проведения прививок непосредственно в дошкольных учреждениях, школах и других учреждениях, проводить их только в соответствующем оборудованном медицинском кабинете. Не разрешается допуск в организованные коллективы детей, не имеющих к этому возрасту соответствующего набора профилактических прививок согласно календаря профилактических прививок.

### **Прививочный кабинет**

Руководство работой прививочного кабинета Приказом Главного врача учреждения возлагается на его заместителя по детству и родовспоможения, при его отсутствии – заведующему отделением.

Помещение прививочного кабинета должно подвергаться влажной уборке 2 раза в день с использованием отдельно выделенного промаркированного уборочного инвентаря с применением моющих средств, а в конце дня с применением дезинфицирующих средств. Один раз в неделю проводят генеральную уборку прививочного кабинета.

Перечень инвентаря, необходимых для прививочного кабинета в ЛПУ:

- холодильник с маркированными полками для хранения вакцин;
- шкаф для инструментов и средств противошоковой терапии;
- одноразовые шприцы и иглы с дополнительным запасом, термометры, тонометр, электроотсос, корцанги, биксы со стерильным материалом;
- ёмкости для дезинфицирующих растворов;
- отдельные маркированные столы по видам прививок;
- пеленальный столик и медицинская кушетка;
- стол для хранения документации и записей;
- раковина для мытья рук;
- бактерицидная лампа;
- термосумка;
- коробки для безопасного сбора отработанных шприцов и инъекционного материала.

Состав противошоковой аптечки прививочного кабинета:

- жгут 2 шт., стерильные одноразовые шприцы 10 шт.;
- 0,1% раствор адреналина гидрохлорида по 1,0 мл 10 ампул;
- растворы преднизалона и гидрокортизона по 5 ампул;
- инфузионные системы с 5 % раствором глюкозы - 500,0 мл;
- антигистаминные препараты в ампулах, 5 ампул;
- препараты кальция и 2,4% раствор эуфилина в ампулах;
- сердечные препараты (кардиамин, коргликон, строфантин).

Документация прививочного кабинета:

- инструкции по применению всех препаратов, используемых для проведения профилактических прививок;
- инструктивно - методические документы;
- журнал учета поступления и расходования вакцин и других препаратов, шприцев, игл и коробок;
- журнал регистрации сделанных прививок;
- лист регистрации температурного режима работы холодильного оборудования;

- журнал регистрации работы бактерицидной лампы и генеральных уборок;
- графики мониторинга сделанных прививок;
- месячные отчёты о профилактических прививках, поступлении и использовании вакцин по форме № 6 и годовой отчёт по форме №5 и инструкции по составлению статистической отчётности;
- Ф № 63 «Карта профилактических прививок», утверждённая приказом Минздрава РУз за № 283 от 29 мая 2000 г.;
- по возрастной перепись населения;
- журнал учёта медицинских отводов и решение иммунологической комиссии;
- журнал учёта поствакцинальных реакций (ПВР) и осложнений (ПВО)
- План экстренных мероприятий при чрезвычайных ситуациях, утверждённый руководителем учреждения (при отсутствии электроэнергии и т.д).

**Обязанности медицинской сестры прививочного кабинета**  
*Медицинская сестра прививочного кабинета:*

- отвечает за санитарное состояние прививочного кабинета в соответствии с требованиями санитарных правил;
- следует рекомендациям по технике проведения прививок;
- проводит иммунизацию детей по назначению врача и отвечает за соблюдение правил проведения прививок и правил безопасной иммунизации;
- ведет учетную документацию для регистрации проведенных прививок и использованных вакцин;
- регистрирует прививки в 112/у ф. и в «рабочих журналах регистраций прививок (с указанием даты, вида прививок, дозы, серии)». Организует активное посещение привитому на дому участковой медсестрой для учета реакций на прививку.
- по назначению и под контролем врача получает необходимые вакцины, медикаменты, перевязочные средства и инструментарий, обеспечивает правильность хранения вакцинных препаратов в прививочном кабинете.

## **Функции сестры-картотетчицы прививочного кабинета**

Сестра-картотетчица прививочного кабинета:

- формирует прививочную картотеку из карт ф. 063/у на всех детей в возрасте до 14 лет;
- своевременно заполняет карты профилактических прививок;
- после проведения переписи совместно с участковыми медицинскими сестрами 2 раза в год сверяет полноту учета детей по ф 063/у;
- формирует планы прививок на предстоящий период (неделю, месяц, год);
- принимает отчеты о выполнении прививок за предыдущий месяц от медицинских сестер участков, дошкольных учреждений и школ;
- в конце месяца составляет отчет и проводит статистический анализ выполнения ежемесячных планов прививок по поликлинике в целом.

### **1.3. Проведение прививок**

За организацию и проведение профилактических прививок несет ответственность Министерство здравоохранения Республики Узбекистан и руководители лечебно-профилактической службы на местах.

Органами здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службой обеспечивается правильность транспортировки и хранение бактериальных и вирусных препаратов на всех уровнях с учетом методических рекомендаций по Стандартным Рабочим Процедурам эффективного управления вакцинами на всех уровнях её складирования, утвержденных приказом Минздрава РУз за № 148 от 11 апреля 2006 года.

Санитарно-эпидемиологическая служба контролирует все проводимые мероприятия и обеспечивает поставку вакцин, как для профилактических целей, так и по эпидпоказаниям. Препараты, используемые для диагностических целей, приобретаются лечебной сетью самостоятельно.

1. В каждом медицинском учреждении, где проводятся прививки против инфекционных заболеваний, приказом руководителя учреждения должны назначаться ответственное лицо за иммунизацию (РПИ) из числа медицинских работников. Прививки должны осуществляться медицинским персоналом-вакцинатором, прошедшим специальную подготовку и имеющим ежегодный сертификат-допуск к работе в прививочном кабинете. Ежегодная подготовка медицинских сестер, проводящих иммунизацию против туберкулеза, осуществляется специалистами противотуберкулезных диспансеров, имеющими сертификат на проведение данного вида манипуляций. Не допускается к работе в прививочном кабинете медицинская сестра или фельдшер, не имеющий (ая) специальный приказ руководителя учреждения и сертификата.

2. Каждый медицинский работник, проводящий прививки обязан:

- знать СанПиН по организации и проведению профилактических прививок;

- соблюдать правила обращения с вакцинами (транспортировку, хранение, применение, контроль качества), правила безопасной практики иммунизации, безопасной инъекции, политику открытых флаконов;

- помнить, что вакцины против кори, краснухи и эпидемического паротита и вакцина БЦЖ должны пользоваться в течение 6 часов. Вакцины, разведенные и не использованные в течение этого срока должны уничтожаться.

- знать, что допускается разлив при введении туберкулина и БЦЖ до 50,0%, коревой и эпидпаротитной вакцины, вакцины против гепатита В, АКДС, АДС, АДС-М, АД-М, полиовакцины- 15 %.

- использовать систему регистрации прививок и связанных с ними работ;

- вести контроль за ПВР и ПВО;

- ежемесячно составлять отчет о проведенной иммунизации по ф-5 с ревизией прививочных карт (ф-063-у и ф-112/у) для определения уровня охвата прививками;

-владеть методами оказания первой медицинской помощи в случаях необходимости;

-проводить с населением разъяснительную работу о необходимости иммунизации.

3.Перед проведением прививки медицинская сестра обязана:

-проверить наличие заключения врача (педиатра, терапевта) о состоянии здоровья лица, пришедшего на прививку, а также об отсутствии противопоказаний к введению вакцины;

-вымыть руки;

-сверить наименование препарата на ампуле (флаконе) с назначением врача;

-провести необходимые процедуры по подготовке препарата (встряхивание сорбированной вакцины, обработка и вскрытие ампулы с соблюдением правил антисептики, растворение лиофилизированного препарата и др.) согласно инструкции по его применению.

4.При проведении иммунизации необходимо обеспечить:

· правильную обработку места введения препарата;

· использование только одноразовых шприцев и игл;

· дозировку препарата, правильный выбор метода и места его введения;

· строго соблюдать БПИ - безопасную практику иммунизации (метод реком).

5.После проведения прививок следует:

-сделать запись о проведенной прививке в медицинской документации (ф.112/у, 026/у, 025/у, ф.63/у) а также в журнале (064) регистрации профилактических прививок) с указанием наименования введенного препарата, даты его введения, дозы и серии;

-проинформировать привитого (или его родителей) о возможных реакциях на прививку и доврачебной помощи при них, необходимости обращения за медицинской помощью при появлении сильной или необычной реакции;

-организовать посещение привитому впервые 3 дня после иммунизации для выявления ПВА и ПВО, а также осуществление

наблюдения за привитыми после введения препарата в течение 1 месяца.

#### 1.4. Поствакцинальные реакции и осложнения

**Поствакцинальные реакции (ПВА)** – клинические и лабораторные изменения, развивающиеся после введения той или иной вакцины. Для некоторых живых вакцин (БЦЖ, желтая лихорадка) развитие местных реакций является необходимым условием для формирования иммунитета.

По своему проявлению поствакцинальные реакции неоднозначны. Степень их тяжести может варьировать от легкой до тяжелой. Местные реакции легкой степени (временное повышение температуры, раздражение в месте инъекции) после введения вакцины АКДС встречается у 20-50% получивших её лиц. Небольшое повышение температуры, кратковременные капризность и ухудшение аппетита должны расцениваться как нормальная реакция не требующая лечения.

**Поствакцинальные осложнения (ПВО)** – клинические нарушения, которые по частоте, характеру и тяжести отличаются от поствакцинальных реакций.

Серьёзные осложнения, особенно с длительными последствиями наблюдаются крайне редко. Для выявления поствакцинальных осложнений, в обязательном порядке, должно осуществляться активное посещение патронажной медсестры к привитому в течение 3-х дней после прививки и каждое такое осложнение или подозрение на него должно регистрироваться с обязательной подачей экстренного извещения в территориальный ЦГСЭН для расследования..

*К осложнениям, подлежащим регистрации и подаче экстренного извещения в ЦГСЭН относятся:*

- все случаи лимфаденита после введения вакцины БЦЖ;
- все инъекционные абсцессы в месте введения вакцины;
- все летальные исходы, которые, по мнению медицинских

работников или населения, были связаны с вакцинацией в течение 1 месяца (БЦЖ в течение 1 года);

- все случаи госпитализации, тяжелые или необычные проявления, которые, по мнению медицинских работников или населения были связаны с вакцинацией в течение 1 месяца.

Ответственными за выявления и регистрации случаев ПВР и ПВО являются все медицинские работники независимо от их профессии и занимаемой должности при первичном обращении к ним лиц с ПВР и ПВО, а также проводящие вакцинацию и лечение больных с ПВР.

*Медицинский работник, выявивший ПВО, должен:*

-немедленно по телефону известить руководство учреждения и территориальный ЦГСЭН по месту проведения прививок, от которого информация направляется по инстанциям до ДГСЭН Министерства здравоохранения, ЦГСЭН Республики Узбекистан и института-изготовителя вакцины;

-подать экстренное извещение и сделать соответствующую запись в ф.63 и в ф.112. Сведения о количестве случаев ПВР должны быть включены в ежемесячную отчетность согласно Приказа Минздрава РУз за № 759 от 28 декабря 1999 г. в форму № 6 «Отчёт о профилактических прививках» в раздел Д, табл.3 «Поствакцинальные реакции и осложнения».

### **Учет прививок**

За правильностью ведения картотеки и полнотой охвата детей прививками отвечает заместитель главного врача по детству и родовспоможения и врач иммунолог, которые обязаны систематически проверять:

- полноту учета детей, в т.ч. рожденных на дому
  - своевременность проведения прививок
  - обоснованность противопоказаний к проведению прививок
- и учет детей с медицинскими отводами
- записи врача о назначении или отмене прививки
  - регистрацию прививок в учетно-отчетных формах
  - достоверность прививок и сведений о них

- регистрацию поствакцинальных реакций и осложнений (постпрививочный патронаж)

### **Отчет о профпрививках**

За планирование, проведение прививок, полноту и достоверность учета профилактических прививок, а также за своевременное представление отчетов о профилактических прививках в территориальный ЦГСЭН, персональную ответственность несет Главный врач лечебно-профилактического учреждения;

Детские лечебно-профилактические учреждения включают в свой отчет сведения о прививках, проведенных детям в детских учебно-воспитательных учреждениях независимо от места жительства детей.

## **1.5. Учет, хранение и использование вакцин**

Для проведения профилактических прививок должны использоваться только вакцины отечественного и зарубежного производства, зарегистрированные в Фармкомитете и разрешенные в установленном порядке для применения на территории Республики Узбекистан.

Главный врач лечебно-профилактических учреждений несет ответственность за своевременное получение, правильное хранение и распределение вакцин и других иммунобиологических препаратов, а также шприцов и коробок для безопасного уничтожения инъекционных материалов.

Учет, хранение и расходование бактериальных препаратов приказом Главного врача лечебно-профилактических учреждений возлагается на Главную медсестру учреждения, кроме того должен быть определен другой специально обученный медицинский персонал, обеспечивающий нормальную эксплуатацию холодильного оборудования, правильное хранение и транспортировку вакцин, а также правильный сбор использованных инъекционных материалов.

Для обеспечения надлежащих условий доставки вакцин из пункта распределения (ЦГСЭН) потребители вакцин - территориальные ЦГСЭН, поликлиники, филиалы, больницы, родильные дома, ДДУ, школы и др. должны иметь сумки-холодильники с термоэлементами.

Учет получаемых бактериальных препаратов, шприцев и корбоек для сбора и безопасной утилизации инъекционного материала осуществляется в специальном «Журнале контроля вакцин и шприцев/игл», рекомендованном ВОЗ/ЮНИСЕФ.

Хранение медицинских иммунобиологических препаратов в прививочном кабинете должно осуществляться с учетом методических рекомендаций по Стандартным Рабочим Процедурам эффективного управления вакцинами на всех уровнях её складирования, утвержденным приказом МЗ РУз №148 от 11 апреля 2006 года.

Срок хранения вакцин в прививочном кабинете при условии нормальной работы холодильного оборудования и электросети не должна превышать 1 месяц. Исходя из этого срока необходимо заранее подсчитать количество вакцины, необходимое в данном ЛПУ в месяц. В случае не исправности холодильного оборудования, при частом сбое в энергоснабжении, необходимо решить вопрос об отпуске вакцин на один день, т.е в день прививок.

#### *Условия хранения вакцин:*

Растворители вакцин нельзя замораживать, хранить их нужно при температуре +20С-80С. Их можно хранить при комнатной температуре или в холодильнике при наличии свободного места в нем. Но в день прививок растворители должны храниться в холодильнике при температуре от +2°С до +8°С.

Вакцины против гепатита В и анатоксины АКДС, АДС, АДС-М, АД-М категорически запрещается заморозить, их надо хранить в средней полке холодильника. Вакцину полиомиелита допускается хранить в замороженном виде только в Центрах Госсанэпиднадзора.

Не подлежат использованию вакцины:

- с несоответствующими физическими свойствами;

- с нарушением целостности ампул;
- с неясной или отсутствующей маркировкой на флаконе или ампуле;
- с истекшим сроком годности;
- хранившиеся или транспортировавшиеся с нарушением температурного режима, особенно подвергшиеся замораживанию (по показателям индикатора)
- живые (трехвалентная вакцина против кори, краснухи и эпидемического паротита, полиомиелитная, БЦЖ) вакцины, подвергшиеся действию температуры выше +80С с измененным цветом флакового индикатора уничтожаются.

Для уничтожения непригодных для использования вакцин создается комиссия в составе 3-х человек. В акте указывается причина списания препарата

Приказом Главного врача из числа средних или младших медицинских работников назначаются лица, специально обученные и имеющие сертификат, для уничтожения специальных коробок с собранными использованными шприцами, иглами и другими инъекционными материалами.

#### **Функции главной медицинской сестры поликлиники**

Функции главной медицинской сестры поликлиники (ответственного лица за бактериальные и иммунобиологические препараты):

- определяет текущую потребность в иммунобиологических препаратах, шприцах и в обеспеченности холодильным оборудованием;
- получает препараты из территориального ЦГСЭН;
- выдает вакцины и шприцы в прививочный кабинет, детские учреждения и филиалы для проведения иммунопрофилактических работ;
- отвечает за организацию правильного учета, хранения и расходования вакцинных препаратов в поликлинике и в детских учреждениях;
- контролирует правильную сбор и утилизацию использованного в прививочных кабинетах инъекционного материала;

## **2 глава. Эпидемиологический надзор за управляемыми инфекциями**

Санитарно-эпидемиологической службой обеспечивается:

- слежение за уровнями заболеваемости и носительства (при дифтерии);
- определение территорий повышенного риска (с неполным охватом иммунизации детей до 2 лет против дифтерии, коклюша, кори, полиомиелита, столбняка, неблагоприятных по заболеваемости в течение 5 лет) для первоочередного проведения на них профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- наблюдение за иммунологической структурой населения;
- организация иммунологического контроля напряженности иммунитета;
- слежение за циркуляцией возбудителей среди людей и во внешней среде.

### **2.1. Эпиднадзор за дифтерией**

- лабораторное обследование лиц с подозрением на дифтерию (ринит, ларинготрахеит, ларингит, круп), больных с ангинами всех видов;
- осуществление контроля за иммунной прослойкой населения против дифтерии;
- обследование контактных в очагах инфекции, при эпид. осложнениях также групп повышенного риска;
- обследование с профилактической целью лиц вновь поступающих в детские дома, школы-интернаты, санатории для тубинфицированных, детские и взрослые психоневрологические учреждения.

## 2.2. Эпиднадзор за ОВП и недопущение завозных случаев полиомиелита

- эпидемиологический анализ и оценка эффективности проводимых профилактических мероприятий по борьбе с полиомиелитом
- вирусологическое и серологическое обследование лиц, с подозрениями на полиомиелит, а также детей с наличием острых вялых параличей, парезов с неясной этиологии;
- лабораторное обследование лиц, общавшихся с больными или подозрительными на полиомиелит и ОВП детей в очаге инфекции и внешней среды;
- изучение напряженности иммунитета детей к полиомиелиту;
- иммунизация лиц, находившихся в контакте с больным в эпидемическом очаге;
- лабораторный контроль сточных вод, почвы, воды открытых водоёмов. (50% всех вирусологических и серологических исследований)
- проведение активного эпиднадзора за ОВП;
- при выявлении завозных случаев полиомиелита проводить все мероприятия, согласно Национального Плана мероприятий.

## 2.3. Эпиднадзор за корью, краснухой и синдромом врожденной краснухи

(приказ МЗ РУз № 192 от 24 апреля 2003 года)

- вирусологическое и серологическое обследование лиц, с подозрениями на корь и краснуху;
- лабораторное серологическое обследование, лиц общавшихся с больными или подозрительными на корь и краснуху в очаге инфекции;
- изучение напряженности иммунитета детей к кори;
- иммунизация лиц, находившихся в контакте с больным в эпидемическом очаге от 6 до 20 лет;
- проведение активного эпиднадзора за корью, краснухой и СВК.

## 2.4 Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям

Контингенты, подлежащие прививкам	Наименование Прививки	Сроки вакцинации	Сроки ре-вакцинации
Население, проживающие на энзоотичных по чуме территориях и лица, работающие с живыми культурами возбудителя чумы	против чумы	с 2 лет	через 1 год
Лица, выполняющие следующие работы на энзоотичных по сибирской язве территориях: -сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные; - по заготовке, хранению и переработке сельскохозяйственной продукции, - по убою скота, больного сибирской язвой, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя сибирской язвы	против сибирской язвы	с 14 лет	через 1 год
Лица, выполняющие следующие работы: - по заготовке, хранению и обработке сырья и продуктов, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания скота бруцеллезом; -по убою скота, больного бруцеллезом, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов; Животноводы, ветеринарные работники, зоотехники в хозяйствах энзоотичных по бруцеллезу. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя бруцеллеза	против бруцеллеза (с вакциной козье - овечьего типа)	с 18 лет	через 1 год

Лица, выполняющие работы по отлову и содержанию безнадзорных животных. Ветеринары, охотники, лесники, работники боен, таксидермисты.	против бешенства	с 16 лет	через 1 год, далее через каждые 3 года
Лица, работающие с вирусом бешенства.			
Население, проживающее в эндемично-эндоэпидемических микрорайонах и на территориях с высоким уровнем заболеваемости брюшным тифом.	против брюшного тифа	с 3 или 15 лет, в зависимости от вида вакцин	через 1 или 3 года в зависимости от вида вакцин
Население, проживающее на территориях при хронических водных эпидемиях брюшного тифа.			
Лица, занятые обслуживанием канализационных сооружений, оборудования, сетей.			
Лица, выезжающие в гиперэндемичные по брюшному тифу страны и регионы, а также контактным в очагах брюшного тифа по эпидпоказаниям, а также лица работающие с живыми культурами брюшного тифа			
Лица, выезжающие за рубеж эндемично-эндоэпидемических по желтой лихорадке (южно-африканские страны)	против желтой лихорадки	с 9 месяцев	через 10 лет
Контактные в очагах дифтерии, ранее не привитые и не переболевшие дифтерией	против дифтерии	с 2-х месяцев	согласно календаря
Контактные в очагах кори, ранее не привитые и не переболевшие корью	против кори	с 6 месяцев	согласно календаря
Контактные в очагах эпидемического паротита, ранее не привитые и не переболевшие	против эпид. паротита	с 1 года	
Лица старше 60 лет, страдающие хроническими соматическими заболеваниями, часто болеющие ОРЗ, дети дошкольного возраста и лица, относящихся к декретированной группе населения	против гриппа	с 6 месячного возраста	ежегодно

<p>Дети, подростки, взрослые в очагах менингококковой инфекции, вызванной менингококком серогруппы А или С.</p> <p>Лица повышенного риска заражения (дети из ДДУ, учащиеся 1-2 класса школ, подростки из организованных коллективов, проживающие в общежитиях, дети из семейных общежитий, размещенных в сан эпиднеблагополучных условиях) при увеличении заболеваемости по сравнению с предыдущим годом в 2 раза</p>	<p>против менингококковой инфекции</p>	<p>с 1 года ( в зависимости от вида вакцин).</p>	<p>через 3 года</p>
<p>Дети и взрослые, в семьях которых есть носитель НВsAg или больной с хроническим гепатитом В.</p> <p>Дети домов ребенка, детских домов и интернатов.</p> <p>Дети и взрослые, регулярно получающие кровь и её препараты, а также находящиеся на гемодиализе и онкогематологические больные.</p> <p>Лица, у которых произошел контакт с мате риалом, инфицированным вирусом гепатита В, медицинские работники, имеющие контакт с кровью больных.</p> <p>Лица, занятые в производстве иммунобиологических препаратов из донорской или плацентарной крови.</p> <p>Студенты медицинских ВУЗов, техникумов, училищ, колледжей (в первую очередь выпускники).</p> <p>Лица, парентерально (инъекционным путем) употребляющие наркотики.</p>	<p>против вирусного гепатита В</p>	<p>в любом возрасте</p>	<p>через 2 и 4 месяцев</p>
<p>Дети, находившиеся в контакте с больным полиомиелитом</p>	<p>против полиомиелита</p>	<p>до 5 лет (двухкратно)</p>	
<p>Лица, находившиеся в контакте с больным дифтерией</p>	<p>против дифтерии</p>	<p>с 25 лет</p>	<p>через 10 лет</p>

**Примечание:**

-прививки в рамках календаря профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям проводятся вакцинами отечественного и зарубежного производства, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке в соответствии с инструкциями по их применению;

-инактивированные вакцины (кроме антирабических), применяемые в рамках профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям, и инактивированные вакцины национального календаря профилактических прививок, приведенного в настоящем СанПиН, можно вводить одновременно разными шприцами в разные участки тела.

## Глава 3. Диспансеризация

1.1 Одной из ведущих задач работы врача общей практики является проведение массовых профилактических осмотров и диспансеризации, повышение их качества и эффективности, а также расширения контингентов, подлежащих диспансеризации.

Являясь одним из основных методов профилактики, диспансеризация в настоящее время представляет собой комплекс широких социально - экономических, санитарно - гигиенических, лечебно - профилактических мероприятий, т. е. сложную общественную и социально - медицинскую проблему, решение которой проводится на государственном уровне при активном участии государственных, общественных организаций, медицинских органов и учреждений.

1.2. Диспансерный метод является одним из основных в деятельности лечебно - профилактических учреждений и заключается в активном наблюдении со стороны врачей за физическим состоянием, а, главное, за сохранением здоровья граждан.

1.3. Участковый врач одновременно выполняет функции организатора диспансерной работы на своем участке, привлекая к своей работе специалистов других профилей.

1.4. Организация и контроль за ходом диспансеризации осуществляется главным врачом поликлиники.

1.5. Для эффективного и качественного проведения диспансеризации необходимо

Проведение плановой вакцинации;

Проведение ежегодных плановых профилактических осмотров и обследований;

Выявление больных в ранних стадиях заболевания;

Систематическое наблюдение за состоянием здоровья определенных групп прикрепленного контингента и больных с некоторыми нозологическими формами ( группы риска);

Своевременное и полноценное проведение амбулаторного, стационарного лечения и профилактических мероприятий для скорейшего восстановления здоровья и трудоспособности;

Систематическое повышение квалификации врачей по основной специальности и экспертизе временной нетрудоспособности;

Оформление и ведение установленной медицинской документации;

Активная санитарно - просветительная работа;

Анализ результатов диспансеризации и ее эффективности.

### 3.1. Примерная схема динамического наблюдения за диспансеризируемыми больными - врачами терапевтами, в том числе участковыми

Нозологическая форма	Частота наблюдения терапевтом	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
Гипертоническая болезнь I стадия	Индивидуально но не реже 1 раза в год	Офтальмолог один раз в год, невропатолог, уролог по показаниям	Клинический анализ крови 1 раз в год, общий анализ мочи 2 раза в год, липиды по показаниям, холестерин после 40 лет - 1 раз в год, остальные по показаниям, ЭКГ, рентгенологическое исследование сердца 1 раз в год.	Режим, диета, медикаментозная терапия по показаниям.
ГБ 2 стадия	2 раза в год	Невропатолог, офтальмолог- 1 раз в год, уролог по показаниям	Клинический анализ крови - 1 раз в год, анализ мочи общий - 2 раза в год, рентгенологическое исследование сердца, ЭКГ, анализ мочи по Зимницкому, мочевины крови и липиды, холестерин 1 раз в год, контроль за свертывающей системой крови - по показаниям	Режим, диета, медикаментозная терапия, санаторно - курортное лечение. Физיותרпия. Трудоустройство. Санаторий-профилакторий.

Инфаркт миокарда	Первое полугодие после острого периода 1 - 2 раза в месяц, второе 1 раз в месяц, второй год и последующие - как при ишемической болезни сердца.	Врачи других специальностей по показаниям.	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенологическое исследование сердца - 2 раза в год, ЭКГ- 1 полугодие - 1 раз в месяц, 2 полугодие 1 раз в 3 месяца Липиды 2 раза в год, при проведении антикоагулянтной терапии - протромбиновый индекс - 1 раз в неделю, в остальных случаях контроль за свертывающей системой крови - по показаниям.	Режим. ЛФК Медикаментозная терапия. Трудоустройство. Санаторно-курортное лечение в местном санатории. Физические тренировки по показаниям.
Ишемическая болезнь сердца	3 раза в год	Невропатолог - 1 раз в год	Клинический анализ крови, анализ мочи, ЭКГ 1 - 2 раза в год Контроль за свертывающей системой крови - по показаниям, липиды крови - 2 раза в год, при подозрении на острые на острые очаговые изменения- исследование содержания аспарагинаминотрансферазы	Режим. Медикаментозная терапия. Трудоустройство. Санаторно-курортное лечение по показаниям
После перенесенной острой пневмонии (группа риска)	Первое полугодие - 2 раза в год, второе полугодие - 1 раз в год	Оториноларинголог, стоматолог 1 раз 1 раз в год, фтизиатр, онколог по показаниям	Анализ крови - клинический - 3 раз в год. Общий анализ мокроты - 2 раза в год. Общий анализ мочи - 1 раз в год. Флюорография или рентгенография не реже раз в год. Бронхоскопия, бронхография, томография по показаниям	Индивидуальные, лечебные и оздоровительные мероприятия. Физиотерапия. ЛФК Режим. Лечение в реабилитационном отделении, профилактики. Санаторно-курортное лечение - по показаниям. Профориентация.

Пневмония хроническая	3 раза в год	Стоматолог, оториноларинголог - 1 раз в год. Хирург, фтизиатр, онколог по показаниям	Анализ крови клинический, общий анализ мокроты, общий анализ мочи - не реже 2 раз в год. Бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам - перед назначением антибиотиков. Флюорография или рентгенография - 2 раза в год. Томография, бронхоскопия и бронхография по показаниям, ЭКГ - 1 раз в год. Спирография или пневмотахометрия не реже 2 раз в год	Индивидуальные лечебные и оздоровительные мероприятия, противорецидивная терапия, физиотерапевтическое лечение ЛФК. Режим. Лечение в реабилитационном отделении, в профилактории. Санаторно - курортное лечение - по показаниям. Профорияентация.
Бронхит хронический, обструктивный	Не менее 2 раз в год.	Оториноларинголог, стоматолог - 1 раз в год, фтизиатр, онколог - по показаниям.	Анализ крови клинический не менее 2 раз в год. Анализ мокроты общий - не менее 2 раз в год. Анализ мочи - 1 раз в год. Флюорография или рентгенография - 1 раз в год. Бронхоскопия, бронхография - по показаниям. Спирография или пневмотахометрия не реже 2 раз в год. ЭКГ - 1 раз в год. Определение газового состава крови - 1 раз в год.	Индивидуальные лечебные и оздоровительные мероприятия. Протиорецидивная терапия. Режим. ЛФК. Санаторно-курортное лечение в реабилитационном отделении. Профилакторий.
Бронхиальная астма (астматический бронхит)	Не менее 3 раз в год.	Стоматолог, оториноларинголог - 2 раз в год, фтизиатр по показаниям	Клинический анализ крови, общий анализ мокроты не менее 3 раз в год. Общий анализ мочи 2 раза в год. Кожные пробы с аллергенами по показаниям. ЭКГ - 1 раз в год. Флюорография или рентгенография - 1 раз в год. Спирография или пневмотахометрия - не менее 2 раз в год	Оздоровлены быта. Удаление предполагаемого аллергена из окружающей среды. Десенсибилизирующая терапия. Гипоаллергизирующая диета. Физиотерапевтическое лечение. Лечебная гимнастика. Санаторно - курортное лечение по показаниям.

Бронхоэктатическая болезнь и кистозная гипоплазия легких	3 раза в год	Оториноларинголог; стоматолог - 1 раз в год, хирург, окулист; фтизиатр - по показаниям	Анализ крови клинический, общий анализ мокроты, общий анализ мочи - не реже 3 раз в год. Флюорография или рентгенография - 2 раза в год. Томография, бронхоскопия и бронхография по показаниям. Бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам перед назначением антибиотиков. ЭКГ - 1 раз в год. определение газового состава крови - 1 раз в год. Spiroграфия или пневмотахометрия - 2 раза в год	Индивидуальные и лечебные мероприятия. Противорецидивная терапия, потсуральный дренаж ЛФК. Профилакторий, реабилитационное отделение. Профорентация. Санаторно - курортное лечение по показаниям.
Абсцесс легкого хронический	3 раза в год	Стоматолог, оториноларинголог 1 раз в год. Хирург - 1 раз в год. Фтизиатр, онколог по показаниям	Анализ крови клинический - 2 раза в год. Общий анализ мокроты и общий анализ мочи - 2 раз в год. Флюорография или рентгенография - 2 раза в год. Томография, бронхоскопия и бронхография по показаниям. ЭКГ - 1 раз в год. Бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам - перед назначением антибиотиков. Spiroграфия или пневмотахометрия - 2 раза в год	Индивидуальные лечебные и оздоровительные мероприятия. Противорецидивная терапия ЛФК. Лечение в реабилитационном отделении и профилакторий. Санаторно - курортное лечение по показаниям. Профорентация
Язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь с локализацией в луковице 12 перстной кишки с частыми рецидивами (3-4 раза в год), кровотечениями, перфорациями, внедуоденальные язвы, длительно не рубцующиеся, множественные изъязвления	4 раза в год	Хирург 1 - 2 раза в год, стоматолог - 2 раза в год.	Анализ крови клинический - 2 раза в год, анализ мочи общий, кал на скрытую кровь, исследование желудка и 12 перстной кишки, фиброгастроуденоскопия - по показаниям.	Диета. Режим. Противорецидивное лечение - 2 раза в год. Профилакторий. Трудоустройство - по показаниям. Минимум раз в год - стационарное лечение в период обострения. Санаторно - курортное лечение по показаниям. Диета.

Язвенная болезнь с локализацией в луковице 12 п. к. с обострениями - 1 - 2 раза в год	2 раза в год	Хирург по показаниям, стоматолог - 1 раз в год.	Анализ крови клинический, анализ мочи общий, кал на скрытую кровь, исследование желудочного содержимого, рентгенологическое исследование желудочного содержимого, рентгенологическое исследование желудка - гастродуоденоскопия по показаниям	Режим. Противорцидивное лечение - по показаниям - 2 раза в год. Санаторно - курортное лечение. Профилакторий. Трудоустройство
Язвенная болезнь с редкими обострениями	1 раз в год	Стоматолог 1 раз в год	Анализ крови клинический, общий анализ мочи, кал на скрытую кровь, исследование желудочного содержимого, рентгенологическое исследование желудочно - кишечного тракта, гастродуоденоскопия по показаниям	Диета. Режим. Противорцидивное лечение по показаниям - 2 раза в год. Санаторно - курортное лечение. Профилакторий.
Эрозивный гастродуоденит	2 раза в год	Стоматолог, онколог по показаниям	Анализ крови клинический. Общий анализ мочи - 1 - 2 раза в год. Анализ желудочного содержимого фракционным методом с гистаминовым тестом, рентгенологическое исследование желудочно - кишечного тракта, гастродуоденоскопия с биопсией для верификации диагноза	Диета. Режим. Противорцидивное лечение по показаниям. Санаторно - курортное лечение. Профилакторий. Медикаментозное лечение
Гепатит хронический персистирующий (с сопутствующей патологией желчных путей, с выраженными астено - вегетативными проявлениями)	2 раза в год	Невропатолог по показаниям	Клинический анализ крови, билирубин, холестерин, АЛТ, АСТ - 1 раз в год, исследование дуоденального содержимого, холецистография - по показаниям	Режим. Диета. Медикаментозное лечение сопутствующих заболеваний. Санаторно - курортное лечение по показаниям.

<p>Гепатит хронический активный (высокой активности) Без гормональной терапии</p>	<p>4 раза в год</p>			<p>Диета. Режим. Медикаментозное лечение</p>
<p>Панкреатит хронический без нарушения экскреторной и инкреторной функции поджелудочной железы</p>	<p>3 раза в год, при благоприятном течении на протяжении 2 лет - 2 раза в год.</p>	<p>Акушер гинеколог, стоматолог, невропатолог по показаниям.</p>	<p>Клинический анализ крови при обострении, сахарная кривая- 1 раз в год, фракционное исследование желудочного сока, обзорный снимок брюшной полости, рентгеноскопия желудка, 12 п. к., холецистография- по показаниям, копрологическое исследование - 1-2 раза в год, исследование ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови, дуоденоскопия - по показаниям, многократное исследование мочи на диастазу в период обострения.</p>	<p>Режим. Диета. Медикаментозное лечение. Санаторное лечение - по показаниям</p>
<p>Панкреатит хронический с нарушением экскреторной функции поджелудочной железы.</p>	<p>4 раза в год</p>	<p>Акушер – гинеколог, стоматолог – невропатолог – по показаниям</p>	<p>Клинический анализ крови – 2 раза в год, диастаза крови, сахарная кривая – 1 раз в год, копрологическое исследование – 2 раза в год, обзорный снимок брюшной полости, рентгеноскопия желудка и 12 п.к., холецистография, фракционное исследование желудочного сока – по показаниям. Исследование ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови, ирригоскопия, эндоскопическое исследование желудка и 12 п.к., анализ кала на дисбактериоз – по показаниям Диастаза мочи – по показаниям, многократно в период обострения.</p>	<p>Режим. Диета. Медикаментозное лечение</p>

Панкреатит хронический с нарушением инкреторной функции поджелудочной железы	4 раза в год	Акушер - гинеколог, стоматолог, невропатолог - по показаниям. Эндокринолог - 2-4 раза в год.	Клинический анализ крови, определение сахара в крови, натощак и сахарный профиль, диастаза крови и мочи, копрологическое исследование - 2 раза в год, обзорный снимок брюшной полости, рентгеноскопия желудка и 12 п.к., холицистография, фракционное исследование желудочного сока - по показаниям. Исследование ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови, ирригоскопия, эндоскопическое исследование желудка и 12 п.к., анализ кала на дисбактериоз - по показаниям.	Режим. Диета. Санаторно - курортное лечение - по показаниям. Медикаментозное лечение.
Панкреатит хронический с нарушением экскреторной и инкреторной функции поджелудочной железы	4 раза в год	Акушер - гинеколог, стоматолог, невропатолог - по показаниям. Эндокринолог - 2 раза в год.	Клинический анализ крови, сахара крови натощак, диастаза крови, копрологическое исследование - 2 раза в год, обзорный снимок брюшной полости, рентгеноскопия желудка и 12 п.к., холицистография, фракционное исследование желудочного сока - по показаниям. Исследование ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови, ирригоскопия, эндоскопическое исследование желудка и 12 п.к., анализ кала на дисбактериоз - по показаниям. Диастаза мочи - многократно в период обострения.	Режим. Диета. Медикаментозное лечение.
Эпигероколит хронический, язвенный	2 раза в год.	Стоматолог - не реже 1 раза в год, онколог, оториноларинголог - по показаниям.	Анализ крови клинический, анализ мочи, кала - 2 раза в год, ректороманоскопия - 1 раз в год, анализ содержимого желудка - по показаниям. Анализ крови на белок при дефиците веса более 10 кг, ирригоскопия - при подозрении на наличие новообразования	Режим. Диета. Санаторно - курортное лечение - по показаниям. Медикаментозная терапия.

Постгастро-резекционные, постхолецистэктомические синдром и др. болезни, развившиеся после операций на органах брюшной полости <sup>1</sup> .	2 раза в год после 2 летнего наблюдения у хирурга.	Стоматолог- не реже 1 раз в год. Хирург-по показаниям	Анализ крови клинический, анализ мочи 2-раза в год, анализ желудочного содержимого, дуоденальное зондирование, рентгенологическое исследование желудка и 12-ти перстной кишки-по показаниям.	Режим Диета. Санаторно – курортное лечение – по показаниям. Медикаментозная терапия.
Цирроз печени <sup>2</sup> компенсированный	2 раза в год при течении заболевания с отрицательной динамикой – 4 раза в год.	Стоматолог, акушер – гинеколог, невропатолог – по показаниям.	Клинический анализ крови, билирубин, холестерин, электрофорез белков на бумаге, АЛТ, АСТ – 2 раза в год, сканирование печени – по показаниям. При показаниях – другие необходимые исследования.	Режим Диета. Лечение сопутствующих заболеваний
Нетоксический (зутиреоидный зуб) диффузный	2 раза в год	Хирург-по показаниям	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, определение холестерина- 1 раз в год. ЭКГ-по показаниям. рентгеноскопия с барием обл щитовидной железы.	Медикаментозное лечение.
Узловой ( после операция)	4 раза в год	Хирург-по показаниям	Клинический анализ крови, общий анализ мочи- 2 раза в год. ЭКГ- по показаниям	Хирургическое и медикаментозное лечение.
Токсический зуб в период ремиссии диффузный	6 раз в год		Клинический анализ крови-6 раз в год, сахар в крови, сахар мочи-по показаниям, определения холестерина – 2 раза в год, ЭКГ- 2 раза в год.	Медикаментозное лечение. Санаторно-курортное лечение по показаниям.
В период обострения	12 раз в год	Хирург, офтальмолог- по показаниям	Клинический анализ крови и мочи – по показаниям, сахар крови и мочи – по показаниям, холестерин – 6 раза в год, ЭКГ – 12 раз в год.	Медикаментозное лечение
Узловой ( после операции)	2 раза в год	Хирург-по показаниям	Клинический анализ крови и мочи – по показаниям, сахар крови и мочи – по показаниям, холестерин – 2 раза в год, ЭКГ – 2 раза в год.	Хирургическое и медикаментозное лечение

Сахарный диабет потенциальный	1 раз в год	Офтальмолог, невропатолог - 1 раз в год, стоматолог - 2 раза в год	Тест толерантности к глюкозе, анализ крови и мочи - 1 раз в год	Диета. Медикаментозное лечение.
Латентный	3 раза в год	Офтальмолог, невропатолог - 1 раз в год, стоматолог - 2 раза в год	Определение холестерина - 2 раза в год. ЭКГ - 2 раза в год, тест толерантности к глюкозе - 2 раза в год, клинический анализ крови, общий анализ мочи - 1 раз в год, определение липидов - 1 раз в год.	Трудоустройство. Лечение болезней, относящихся к факторам риска. Диета. медикаментозное лечение.
Клинический - все формы без сосудистых осложнений	4-6 раз в год	Офтальмолог - 2 раза в год, невропатолог - 1 раз в год	Клинический анализ крови, общий анализ мочи - 2 раза в год, сахар крови, сахар мочи - 12 раз в год, определение холестерина - 1 раз в год, ацетон мочи - 12 раз в год, ЭКГ - 2 раза в год	Диета. Медикаментозное лечение. Санаторно-курортное лечение по показаниям. Трудоустройство.
С сосудистыми осложнениями	6-8 раз в год	Офтальмолог, невропатолог - 4 раза в год, уролог - 12 раз в год.	Клинический анализ крови, общий анализ мочи - 2 раза в год, сахар крови, сахар мочи - 12 раз в год, определение холестерина - 2 раза в год, ацетон мочи - 12 раз в год, ЭКГ - 2 раза в год	Диета. Медикаментозное лечение. Трудоустройство.
Гипотиреоз в период компенсации	4 раза в год	Консультации специалистов - по показаниям	Клинический анализ крови, определение холестерина - 4 раза в год, общий анализ мочи - 4 раза в год, ЭКГ - 4 раза в год.	Медикаментозное лечение.
При декомпенсации	По показаниям	Консультации специалистов - по показаниям	Клинический анализ крови, определение холестерина - 4 раза в год, общий анализ мочи - 4 раза в год, ЭКГ - 4 раза в год.	Медикаментозное лечение.
Гиперинсулинизм функциональный	4 раза в год	Невропатолог - 2 раза в год	Клинический анализ крови, общий анализ мочи - 2 раза в год, сахар крови, сахар мочи - 1 раз в месяц	Медикаментозное лечение.
Инсулиномы (после операции)	2 раза в год	Консультации специалистов - по показаниям	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, сахар мочи - 2 раз в месяц	Медикаментозное лечение - по показаниям.

## Онкологические заболевания органов зрения

а) опухоли век, конъюнктивиты	При хирургическом и лучевом лечении 2 – раза в год в первые 2 года, затем – 1 раз в год.	Онколог – по показаниям.	Анализ крови и мочи, рентгенологическое исследование черепа, грудной клетки и других органов – по показаниям.	Лечение – по показаниям.
б) внутриглазные опухоли	а) после локального удаления – 1 раз в 3 – 4 месяца первые два года, далее два раза в год; б) после фотокоагуляции – 6 раз в год, первые два года, далее – 4 раза в год.	Онколог – 2 раза в год, затем 1 раз в год.	Анализ крови и мочи, биомикроскопия, диафаноскопия, рентгенологическое исследование, микроциклоскопия и тоноскопия – по показаниям.	Трудоустройство.
Хронический гнойный эпителимпанит, мезоэпителимпанит.	2 раза в год.	Невропатолог, офтальмолог – 1 раз в год.	То же.	Хирургическое – по показаниям. медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.
Тонзиллит хронический (декомпенсированная форма)	2 раза в год.	Терапевт, ревматолог – 2 раза в год, стоматолог, офтальмолог – по показаниям.	Клинический анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год, аллергологическое обследование – 1 раз в год, дополнительное обследование – по назначению консультантов.	Хирургическое лечение, при противопоказаниях – медикаментозное, физиотерапевтическое.
Синусит хронический рецидивирующий	Не реже 1 раз в год.	Другие специалисты – по показаниям.	Рентгенография пазух носа – по показаниям, клинический анализ крови, общий анализ мочи, аллергологическое обследование – по показаниям.	Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, при показаниях хирургическое.

Кохлеарный неврит <sup>1</sup>	Не реже 1 раза в год	Невропатолог – по показаниям	Тональная аудиометрия и другие исследования слуха	Медикаментозная терапия – по показаниям, слухопротезирование
Предраковое заболевание гортани <sup>1</sup>	Индивидуально не реже 3 раз в год	Консультации специалистов – по показаниям	Рентгенография гортани, биопсия – по показаниям, стробоскопия, клинический анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год	Амбулаторное или стационарное лечение

<sup>1</sup> Лица с кохлеарным невритом, воспринимающие разговорную речь на расстоянии менее трех метров, подлежат диспансерному наблюдению у сурдолога, при его отсутствии – у отоларинголога поликлиники.

<sup>2</sup> Диспансерное наблюдение проводит отоларинголог онкодиспансера, при отсутствии такого – отоларинголога поликлиники.

### 3.2. Примерная схема динамического наблюдения за диспансеризируемыми больными врачами – онкологами

Нозологическая форма	Частота наблюдения врачом онкологом	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно – оздоровительные мероприятия
1	2	3	4	5
Опухоли кожи доброкачественные (пигментная ксеродерма, позднее – лучевые язвы, пигментный невус и др.)	2 – 3 раза в год	Дерматолог, эндокринолог – по показаниям.	Клинический анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год, флюорография или рентгенография органов грудной клетки – 1 раз в год, взятие отпечатков и соскобов поверхностных элементов новообразования	Избегать травмирования, УФ – инсоляцию, противовоспалительная терапия. При показании – хирургическое лечение.

Злокачественные опухоли	В первый год после лечения 4 раза, во второй – 2 раза в год.	Пульмонолог – 2 раза в год, терапевт – по показаниям.	То же + при клинических образования контактная бетардиометрия с использованием Р <sub>32</sub> .	Лечение в зависимости от стадии заболевания: лучевая, криовоздействие, хирургическое.
Опухоли легких		Пульмонолог – 2 раза в год, терапевт – по показаниям.	Клинический анализ крови, мочи, цитологическое исследование мокроты, рентгенологическое исследование органов грудной полости, рентгенологическое исследование пищевода, бронхоскопия, УЗИ печени.	Лечение в зависимости от стадии заболевания дыхательной гимнастикой, профилактика простудных заболеваний, отказ от курения.
Новообразования полости рта и челюстей	2 – 3 раза в год.	Терапевт, ЛОР, невропатолог, эндокринолог – по показаниям.	Консультации, исследования и лечение – в зависимости от вида новообразования стадий, заболевания и общего состояния больного. Анализ крови, мочи – 2 раза в год. Цитологическое исследование опухоли, рентгенография органов грудной полости, рентгенография лицевого черепа, риноскопия, офтальмологическое исследование	
Новообразования слюнных желез.	2 – 3 раза в год.	Окулист, ЛОР, невропатолог, эндокринолог – по показаниям.	Цитологическое исследование мазков и отпечатков, рентгенография области слюнных желез, аспирационная пункция, рентгенография органов грудной полости.	Лечение в зависимости от стадии заболевания и состояния больного.

Новообразования пищевода	4 раза в год	Терапевт – 2 раза в год	Рентгенография и рентгеноскопия органов грудной и брюшной полости. эзофагоскопия с цитологическим исследованием, взятием биопсионного материала. УЗИ печени.	Лечение в зависимости от стадии заболевания и состояния больного
Новообразования желудка	2–4 раза в год.	Терапевт – 2 раза в год.	Анализ крови и мочи, анализ желудочного сока, исследование кала на скрытую кровь. ЭФГДС с прицельной биопсией. Рентгенологическая органов грудной и брюшной полости. Рентгеноконтрастное исследование желудочно – кишечного тракта, ультра – звуковое сканирование органов брюшной полости. Пальцевое исследование прямой кишки	Лечение хирургическое, строгий режим питания, отказ от курения, ограничение приема алкоголя.
Новообразования печени и желчных путей	2 – 4 раза в год.	Терапевт – 2 раза в год.	Клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов и ретикулоцитов, анализ мочи с определением желчных пигментов, уротропина, дуоденальное зондирование. биохимические исследования крови, определение сывороточных маркеров вируса гепатита В. рентгенологическое исследование органов грудной полости, УЗИ органов брюшной полости, радио изотопное сканирование печени	Лечение в зависимости от стадии заболевания и состояния больного

Новообразования поджелудочной железы	2 – 4 раза в год	Терапевт, эндокринолог – по показаниям.	Клинический анализ крови, мочи Дуоденальное зондирование с цитологическим исследованием, определение диастазы в крови, моче и дуоденальном содержимом, биохимические анализы, сахар крови натощак, гастро – дуоденоскопия, УЗИ органов брюшной полости. Рентгенологическое исследования желудочно – кишечного тракта, компьютерная томография.	Лечение в зависимости от стадии заболевания и состояния больного
Новообразования толстой и прямой кишки	2 – 4 раза в год.	Терапевт – по показанием	Копрологическое исследование, анализ кала на скрытую кровь, бактериологическое исследования кала. Биохимические исследования крови, пальцевое исследование прямой кишки и ректоскопия (колоноскопия). Рентгеноскопия (графия) желудочно - кишечного тракта, в том числе ирригоскопия.	Лечение в зависимости от стадии заболевания и состояния больного.
Новообразования молочной железы:	2 – 4 раза в год.			

а) диффузная фиброзно – кистозная мастопатия (фиброаденоматоз) или дисгормональная гиперплазия, гинекомастия	2 раза в год.	Гинеколог, эндокринолог, невропатолог, психиатр, терапевт – 1 – 2 раза в год.	Клинический анализ крови, мочи. Анализ крови на сахар. Бесконтрастная маммография – 1 раз в год, УЗИ щитовидной железы, органов малого таза, печени, цитологическое исследование из соска, пунктата – не реже 1 раз в год.	Лечение, мероприятия, направленные на нормализацию эндокрино – обменных нарушений, воспалительных процессов женской половой сферы, хирургическое лечение – по показаниям.
б) узловая мастопатия	2 раза в год.	Гинеколог, эндокринолог, невропатолог, психиатр, терапевт – 1 – 2 раза в год.	Клинический анализ крови, мочи. Анализ крови на сахар. Бесконтрастная маммография – 1 раз в год. УЗИ щитовидной железы, органов малого таза, печени, цитологическое исследование из соска, пунктата – не реже 1 раз в год.	Современное хирургическое лечение
Фиброаденома молочной железы	2 – 3 раза в год.	Гинеколог, эндокринолог, невропатолог, психиатр, терапевт – 1 – 2 раза в год.	Клинический анализ крови, мочи. Анализ крови на сахар. Бесконтрастная маммография – 1 раз в год. УЗИ щитовидной железы, органов малого таза, печени, цитологическое исследование из соска, пунктата – не реже 1 раз в год.	Современное хирургическое лечение
а) рак молочной железы.	2 – 4 раза в год.	Гинеколог, эндокринолог, невропатолог, психиатр, терапевт – 1 – 2 раза в год.	То же + измерения окружности плеча и предплечья обеих верхних конечностей. Биохимическое исследование крови, рентгенография органов грудной полости.	Лечение в зависимости от стадии заболевания и состояния больного.

Новообразование женской половой сферы	2 – 4 раза в год.	Гинеколог, эндокринолог, уролог, психиатр не реже – 1 раза в год	Клинический анализ крови, мочи Осмотр влагалища и матки при помощи зеркал. Цитологическое исследование Бимануальное исследование. Колоноскопия. Рентгеноскопия Рентгенологическое исследование желудочно – кишечного тракта, УЗИ органов малого таза, печени. Исследование мочи гонадотропины Измерение окружности бедра, голени. Цистоскопия.	Лечение в зависимости от стадии заболевания и состояния больного.
Новообразование мочеполовых органов	2 – 4 раза в год.	Гинеколог.	Клинический анализ крови, мочи, исследование мочи на атипичные клетки. Цистоскопия Рентгенологическое исследование органов малого таза, рентгенологическое исследование почек (в т.ч. компьютерная томография), УЗИ почек, органов малого таза, печени. Рентгенография позвоночника, газа, бедренных костей Цитологическое исследование секрета предстательной железы. Исследование мочи на гонадотропины	Лечение в зависимости от стадии заболевания и состояния больного.

Опухоли центральной нервной системы.	2 – 4 раза в год.	Окулист, оториноларинголог, нейрохирург	Клинический анализ крови, мочи. Неврологическое исследование, нейроофтальмологическое исследование, отоневрологическое исследование, рентгенография черепа, компьютерная томография	Лечение в зависимости от стадии заболевания и состояния больного.
Новообразование щитовидной железы.	2 – 4 раза в год.	Эндокринолог, окулист, гинеколог	Клинический анализ крови, мочи, анализ крови на сахар. Сканирование щитовидной железы (радиоизотопное ультразвуковое). Рентгенологическое исследование пищевода, рентгенография органов грудной полости. Пункционная биопсия щитовидной железы.	Лечение в зависимости от стадии заболевания и состояния больного.
Новообразование костной ткани.	2 – 4 раза в год.	Невропатолог	Клинический анализ крови, мочи, рентгенография поражённого скелета, томография костей, биохимическое исследование крови, исследование белкового состава мочи. Пункция костного мозга грудины. Сканирование костей. Дополнительные исследования в поисках первичного очага злокачественной опухоли.	Лечение в зависимости от стадии заболевания и состояния больного.
Хронические лейкозы, эритремия, лимфогранулематоз.	4 – 6 раза в год.	Гематолог, стоматолог, терапевт, невропатолог, оториноларинголог.	Клинический анализ крови – 4 – 6 раза в год. Стерильная пункция, рентгеноскопия органов грудной клетки, биохимические анализы крови. Пункция лимфоузла. Проба Кумбса, определение иммуноглобулинов. Гинекологический осмотр. УЗИ брюшной полости. Определение гематокрита.	Режим, исключаящие напряжение, запрещение инсоляции, санация очагов хронической инфекции, общеукрепляющая и медикаментозная терапия, химиопрепараты, гормональные и антибактериальные средства

Нозологическая форма	Частота наблюдения врачом дерматологом	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно – оздоровительные мероприятия
Воспалительные заболевания женских половых органов. 1 Эрозия шейки матки.	При лечении – 1 раз в неделю, после ДЭК через 3 – 4 недели. Контрольный осмотр – через 3 месяца.	Онколог – по показаниям	Кольпоскопия в динамике. Цитология мазка. Биопсия перед ДЭК.	Медикаментозное лечение, ДЭК, режим труда, снимается с учета после клинического выздоровления, подтвержденного кольпоскопией и нормальным мазком.
2. Эндометрит. а) острый.	Осмотр после выписки из стационара, наблюдение в течение 3 месяцев после клинического выздоровления		Повторный анализ перед выпиской	Антибиотикотерапия. общеукрепляющее, дезинтоксикационная десенсибилизирующая терапия. снимается с учета через 6 месяцев при клиническом выздоровлении
б) хронический	1 – 2 раза в месяца до выздоровления. потом 1 раз в месяц 3 месячного цикла	Фтизиатр – по показаниям.	Анализы – по показаниям.	Общеукрепляющее. санаторное – курортное лечение. Через 6 месяцев при клиническом выздоровлении.
Сальпингоофориты: а) острый	Осмотр после выписки и перед работой, наблюдение в течение 3 месяцев после клинического выздоровления.		Анализы – по показаниям	Медикаментозное общеукрепляющее лечение.
б) хронический	1 – 2 раза в месяц до клинического выздоровления, затем 1 раз в месяц 3 месячного цикла		Анализы – по показаниям.	Медикаментозное. Снимается с учета через 12 месяцев после клинического выздоровлении

Не воспалительные заболевания. 1 Лейкоплакия, крауроз вульвы	Осмотр 1 – 2 раза в месяц при лечении, потом до 40 лет – 2 раза в год, старше 40 лет 2 – 3 раза в год.	Дерматолог, эндокринолог, невропатолог, онколог.		Медикаментозное, физиотерапевтическое, режим гигиенический, лечение у онколога. Наблюдение постоянное.
Болезни матки (гиперплазия, эндометрия, железисто – кистозная, полип, эндометрия, установленные гистологические)	После диагностического выскабливания – 1 раз в неделю, потом 1 – 2 раза в 3 месяца до менопаузы.	Эндокринолог – 1 – 2 раза в 3 месяца, терапевт – по показаниям.	Анализы диагностического соскоба в динамике. Кольпоскопия, другие исследования – по показаниям. При лечении эстрогенными препаратами, анализ крови на билирубин, ПТИ, время свертывания крови.	Медикаментозное с учётом возраста. Снимается с учёта возраста больной. Снимается с учёта при наступлении менопаузы при клиническом выздоровлении.
Расстройства менструального цикла и другие кровотечения из женских половых органов. 1) Дисфункциональные маточные кровотечения.	Первые 3 месяца – 2 раза в месяц, при обследовании по ф/тестам – 1 раз в неделю 2 менструального цикла.	Эндокринолог, терапевт.	По тестам функциональной диагностики, другие исследования – по показаниям.	Медикаментозное, физиотерапевтическое, при стойкой нормализации менструального цикла и гемологических показателей через 1 год.
Дисфункциональные ациклические маточные кровотечения а) в детородном возрасте	Осмотр через 2 – 3 дня, после – через 3 – 4 недели, при установленном месячном цикле.	Эндокринолог, гематолог и другие специалисты – по показаниям.	Анализ крови и обязательные исследования – по показаниям.	Медикаментозное, физиотерапевтическое – через 1 год после нормализации менструального цикла.
б) в климактерическом периоде	1 раз в 3 месяца в течении 1 года.	То же.	Диагностическое выскабливание, анализы крови, мочи, тесты ф/диагностики, УЗИ, цитология матки.	Лечение в зависимости от общего состояния и возраста больной при стойком исчезновении кровотечений через 1 год.
в) климактерический синдром (тяжелая форма).	По показаниям при обследовании ф/тестам – 1 раз в неделю 2 месяца.		В зависимости от общего состояния при исчезновении симптомов болезни.	

Кисты наружных и внутренних половых органов: 1) киста яичников (фоллик ж/тела).	Осмотр 2 – 3 раза в год, после выписки, контрольный осмотр – через месяц	По показаниям.	По показаниям УЗИ.	Наблюдение, режим труда. Через 6 месяцев после выздоровления и выписки
Доброкачественная новообразования 1) Полип шейки матки.	После операции – 1 раз в неделю 2 – 3 недели, затем – через месяца.		Кольпоскопия, гистологическое исследование раздельное с диагностическим выскабливанием полости матки.	Медикаментозное с учётом возраста больной через 6 месяцев после выздоровления с гистологией.
2) Миома матки. а) консервативная миомэктомия.	1 раз в 3 месяца 3 – 4 раза в год до менопаузы, потом – 2 раза в год.	Маммолог	Анализ крови в динамике, обследование маммологом, УЗИ.	Медикаментозное постоянное.
б) после надвлагалищной ампутации матки	После выписки – 1 раз в 3 месяца год, 2 раза в год.	По показаниям.	Анализ крови в динамике, обследование маммологом, УЗИ.	Медикаментозное по показаниям постоянное
в) после экстирпации матки	После выписки – 1 раз в 3 месяца 6 месяцев, 2 раза в год.	По показаниям	Анализ крови, УЗИ, Кольпоскопия, цитология мазков	Медикаментозное по показаниям постоянное.
3) Доброкачественные опухоли яичников	После выписки – 2-3 раза в год.	Терапевт. другие специальности – по показаниям.	Рентгенологическое исследование: желудочно – кишечного тракта. грудной клетки, УЗИ, анализы в динамике	Наблюдение в течение 5 лет, после 5 лет – при отсутствии рецидива и жалоб.
Эндометриоз 1) матки	При гормонотерапии 2-3 месяца – не менее 2 раз в месяц, потом – 1 раз в 3 месяца до менопаузы	Эндокринолог, терапевт	Кольпоскопия, УЗИ, диагностическая лапароскопия, коагулограмма, ПТИ, тесты функциональной диагностики	Медикаментозное лечение, клиническое выздоровление
2) яичников	После выписки – 1 раз в течение 3 – 4 месяцев, затем 1 – раз в 3 месяца	Эндокринолог, терапевт	R – исследование: желудочно – кишечного тракта УЗИ, диагностическая лапароскопия	Медикаментозное лечение, клиническое выздоровление
Неправильное положение женских половых органов 1) Неполное и полное выпадение матки и влагалища	Осмотр – после стационара 1 раз в неделю 2 -3 недели, контрольный осмотр через 1 2 месяца	Терапевт. уролог	Бак посев мазков из влагалища, женской и мужской уретры, другие исследования – по показаниям	Медикаментозное, гигиена режим труда. клиническое выздоровление через 3 месяца после выписки (операции)

## 4 Глава. Аналитическая часть

### 4.1 Задачи для самостоятельного контроля студентов

#### Задача 1

Больной Б., 37 лет, обратился к ВОП с жалобами на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, повышение температуры, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад.

Болен в течение 5 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гнойная мокрота выделяется при обострениях несколько месяцев подряд в умеренном количестве. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: температура 37,5°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### Задания

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Перечислите возможные осложнения при данном заболевании.

Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.

#### Эталоны ответов

1. Хронический бронхит в стадии обострения.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

синдром интоксикации, бронхитический синдром (кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышка), синдром ДН (одышка);

продолжительность заболевания (5 лет);

связь обострения с переохлаждением;

длительное выделение мокроты в стадии обострения;

наличие вредных привычек: курение.

2) объективные данные: субфебрильная температура .

при аускультации: дыхание ослабленное, с обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, исследование мокроты микроскопическое и бактериологическое (выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам), рентгенологическое исследование легких: возможно усиление легочного рисунка.

3. Эмфизема легких, пневмосклероз, бронхопневмония, бронхоэктазы, дыхательная недостаточность, хроническое легочное сердце.

4. Пациент является временно нетрудоспособным, нуждается в амбулаторном лечении.

Принципы лечения:

Режим постельный, частое проветривание помещения.

Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем.

Антибактериальная терапия: антибиотики назначают с учетом чувствительности микрофлоры: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, макролиды и др.

Бронхолитики: эуфиллин, теофиллин.

Отхаркивающие: фитотерапия (термопсис, алтей, девясил, багульник), лекарственные препараты (мукалтин, бромгексин, сальвин, ацетилцистеин).

Дыхательная гимнастика.

Отвлекающие процедуры: горчичники на грудную клетку.

Физиотерапия: диатермия, УВЧ на грудную клетку, электрофорез хлорида кальция.

Санаторно-курортное лечение в стадии ремиссии.

Прогноз для жизни благоприятный, но неблагоприятный для полного и стойкого выздоровления.

Профилактика:

первичная:

закаливание;

рациональное питание;

отказ от курения;

своевременное лечение острого бронхита;

вторичная:

диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим бронхитом;

рациональное трудоустройство, исключая действие неблагоприятных производственных факторов (пыль, токсические вещества);

санация очагов хронической инфекции;

своевременное лечение инфекционных поражений дыхательных путей;

санаторно-курортное лечение.

Задача 2

Больная Е., 50 лет, доставлена на ФАП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохладения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,4°C. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации

справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

### **Задания**

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования .

Перечислите возможные осложнения.

Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### **Эталоны ответов**

1. Пневмония правосторонняя нижнедолевая, средней степени тяжести.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

синдром интоксикации, боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, одышка, кашель со “ржавой мокротой”;  
острое начало заболевания;

2) объективные данные: лихорадка,

при осмотре: гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании;

при перкуссии: притупление звука над нижней долей правого легкого;

при пальпации усиление голосового дрожания;

при аускультации ослабленное везикулярное дыхание, крепитация.

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: затенение соответствующей доли легкого.

3. Плеврит, острая дыхательная недостаточность, коллапс при критическом снижении температуры, миокардит, очаговый нефрит, менингит, сердечная недостаточность, абсцесс легкого.

4. Пациентка нуждается в стационарном лечении.

Принципы лечения:

Строгий постельный режим, наблюдение дежурного персонала.

Диета № 15, обогащенная витаминами, пища полужидкая, питательная.

Обильное питье: минеральные воды, фруктовые соки, клюквенный морс, чай с малиновым вареньем, чай с цветками липы.

Антибактериальная терапия: антибиотики группы пенициллинов, комбинированные препараты амоксиклав, аугментин, цефалоспорины, фторхинолоны.

Сосудистые средства: кофеин, кордиамин при снижении АД.

Оксигенотерапия.

Отхаркивающие средства: термопсис, алтей.

Дезинтоксикационная терапия.

Противовоспалительная терапия: нестероидные противовоспалительные препараты.

Отвлекающие средства: горчичники на грудную клетку после снижения температуры.

Обработка полости рта 2% р-ром гидрокарбоната Na или слабым раствором перманганата калия.

Обработка герпетических высыпаний цинковой мазью.

Дыхательная гимнастика.

Массаж грудной клетки.

Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении.

Профилактика:

закаливание организма;

рациональная физическая культура;

устранение фактора переохлаждения;

соблюдение гигиены труда.

### Задача 3

ВОП вызван на дом к больной Г., 18 лет, которая жалуется на выраженную одышку, сердцебиение, усиливающиеся при малейшем движении. Больна ревматизмом с 6-летнего возраста, состоит на диспансерном учете. Аккуратно получает противорецидивное лечение. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, связывает это с переохлаждением.

Объективно: температура 37,2°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренной влажности. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы. ЧДД 30 в мин. Левая граница сердца определяется по левой средне-ключичной линии. Над верхушкой грубый систолический шум, 1-й тон здесь ослаблен. ЧСС 98 в мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

#### Задания

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Перечислите возможные осложнения.

Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

#### Эталоны ответов

1. Ревматическая болезнь, недостаточность митрального клапана в стадии декомпенсации.

Обоснование:

данные анамнеза:

одышка и сердцебиение в состоянии покоя;

ухудшение состояния в связи с переохлаждением и физическим переутомлением;

состоит на диспансерном наблюдении по поводу ревматизма;

2) объективные данные:

при осмотре: лихорадка, влажность кожи, ЧДД - 30 в мин.;

при перкуссии: расширение границ сердца влево;

при аускультации: на верхушке сердца ослабление первого тона и грубый систолический шум.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови: увеличение фибриногена,  $\alpha_2$ -глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин О, антигиалуронидаза), ультразвуковое исследование сердца, рентгенологическое исследование сердца, электрокардиография.

3. Острая сердечная недостаточность, формирование комбинированных и сочетанных пороков сердца.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

Консультация кардиохирурга.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием

Лечение основного заболевания (ревматизм)

Витамины (вит.В1)

Сердечные гликозиды (по показаниям)

Оксигенотерапия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, по мере прогрессирования порока следует решить вопрос о хирургической его коррекции.

Профилактика:

раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, исходом которых может быть формирование порока сердца (ревматизм, бактериальный эндокардит, атеросклероз, сифилис и др.);

диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм,

круглогодичная бициллинопрофилактика при ревматизме;

длительное поддержание порока сердца в состоянии компенсации (рациональное трудоустройство, запрещение тяжелого физического труда, достаточный сон, занятия лечебной физкультурой, рациональное питание, запрещение курения и приема алкоголя).

#### Задача 4

ВОП вызван на дом к больному К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался.

Объективно: температура 36,4<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### Задания

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Перечислите возможные осложнения.

Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

#### Эталоны ответов

1. Гипертоническая болезнь, вторая стадия. III степень, Риск III степени.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

головная боль в затылочной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, рвота;

многoletнее течение заболевания;

2) объективные данные:

при перкуссии: расширение границ сердца влево;

при пальпации: пульс твердый, напряженный;

при аускультации: тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте.

2. Общий анализ мочи: могут быть следы белка, единичные эритроциты, рентгенография органов грудной клетки, ультраз-

вуковое исследование сердца, электрокардиография. Исследование сосудов глазного дна: резкое сужение артерий сетчатки, возможны кровоизлияния.

3. Гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, почечная недостаточность, нарушение зрения.

4. Пациент нуждается в госпитализации для проведения полного объема исследований и подбора препаратов для базисного лечения.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли до 5-8 г/сутки

Комбинированная терапия

Антагонисты ионов кальция: верапамил, нифедипин

Ингибиторы АПФ: эналаприл, каптоприл

В-адреноблокаторы: атенолол, пропранолол

Диуретики: верошпирон, гипотиазид

Комбинированные препараты: капозид, логимакс

Лечебная физкультура

Фитотерапия: зеленый чай, валериана, пустырник

Прогноз благоприятный при стабильном течении и невысоких цифрах АД, отсутствии осложнений

Профилактика:

режим труда и отдыха;

нормализация сна;

рациональное питание;

устранение влияния стрессов, психическая саморегуляция;

запрещение курения и употребления алкоголя;

диспансерное наблюдение за пациентами с гипертонической болезнью;

поддерживание уровня АД на нормальных (близких к таковым) значениях с помощью применения гипотензивных препаратов (монотерапия или комбинированное лечение).

## Задача 5

К ВОП обратился больной О., 42 лет с жалобами на частые головные боли, периодические головокружения, онемение пальцев рук, плохой сон. При ходьбе возникают сжимающие боли в ногах, пациент начинает прихрамывать, в покое боли исчезают. Болен около полугода.

Объективно: температура 36,5°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 74 в мин., ритмичный, напряженный, на артериях тыла стопы пульсация резко снижена. АД 180/90 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

### Задания

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Перечислите возможные осложнения.

Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Продемонстрируйте технику исследования пульса.

### Эталоны ответов

1. Атеросклероз сосудов головного мозга и нижних конечностей. Симптоматическая артериальная гипертензия, II стадии, III степени, риск IV.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

головная боль, головокружение, снижение памяти, плохой сон; онемение пальцев рук; перемежающаяся хромота;

2) объективные данные:

при перкуссии: расширение границы сердца влево;

при аускультации: тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте, повышение систолического АД;

при пальпации: пульс напряженный на лучевой артерии, пульс ослабленный на артериях тыла стоп.

2. Общий анализ крови: может быть увеличение СОЭ, биохимический анализ крови: увеличение содержания в сыворотке крови холестерина, липопротеидов низкой плотности ( $\beta$ -липопротеиды), триглицеридов, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография, неврологическое исследование.

3. Инсульт, инфаркт миокарда, почечная недостаточность, гангрена нижних конечностей, “брюшная жаба”, некроз петель кишечника, перитонит.

4. Пациент нуждается в проведении медикаментозного лечения и подробном инструктаже по вопросам рационального питания.

Принципы лечения:

Режим общий

Диета № 10, уменьшение употребления животных жиров, холестерина, поваренной соли, легкоусваивающихся углеводов, экстрактивных веществ

Лечебная физкультура

Антикоагулянты: гепарин, пелентан, фенилин

Дезагреганты: курантил, ацетилсалициловая кислота

Антагонисты ионов кальция: изоптин, финоптин, коринфар

Статины: ловастатин, симвастатин, фловастатин

Ангиопротекторы: пармидин, продектин, ангинин

Витамины: ксантинола никотинат

Прогноз в отношении жизни благоприятный при соблюдении данных рекомендаций и отсутствии осложнений.

Профилактика:

рациональное питание;

регулярная физическая работа;

пребывание на свежем воздухе;

отказ от курения и злоупотребления алкоголем;

нормализация массы тела;

ликвидация артериальной гипертензии;

коррекция нарушений обмена веществ (ожирение, подагра, сахарный диабет);

диспансерное наблюдение за пациентами с атеросклерозом;  
назначение препаратов, воздействующих на липидный обмен.

#### Задача 6

Больной В., 44 лет, обратился к ВОП с жалобами на приступы болей сжимающего характера, возникающие за грудиной, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу. Продолжительность болей 3-5 мин. Боли возникают при ходьбе и подъеме на два этажа, в покое проходят. Беспокоят около 3 месяцев.

Объективно: температура 36,6<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС 84 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### Задания

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Перечислите возможные осложнения.

Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

#### Эталоны ответов

1. ИБС: стенокардия, второй функциональный класс.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

боль за грудиной, сжимающий характер, иррадиация в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу,

боли непродолжительные;

возникают при физической нагрузке (подъем по лестнице более чем на один этаж);

2) объективные данные:

избыточная масса тела;

2. Биохимическое исследование крови: увеличение содержания

холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, электрокардиография может быть снижение сегмента ST в момент приступа, велоэргометрия.

3. Инфаркт миокарда.

4. Больной нуждается в обучении основным принципам самопомощи во время приступа, диетотерапии, а также в назначении медикаментозного лечения в межприступный период.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием

Самопомощь во время приступа стенокардии:

Удобно сесть

Расстегнуть стесняющий ворот, ослабить галстук и поясной ремень

Принять нитроглицерин: 1 таблетку под язык или 2 дозы аэрозоля под язык

При отсутствии эффекта через 2-3 минуты прием нитроглицерина повторить

При отсутствии эффекта следует вызвать бригаду скорой помощи

Для профилактики приступов стенокардии пациенту следует назначить нитрат пролонгированного действия: изосорбид 5 - моонитрат, кардикет-ретард, нитронг или др. При отсутствии эффекта монотерапии нитраты комбинируют с в-адреноблокаторами, антагонистами ионов кальция. Рекомендован прием аспирина 0,125 мг. в обед ежедневно.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при условии соблюдения пациентом данных ему рекомендаций, аккуратного приема лекарственных препаратов.

Профилактика первичная:

рациональное питание (ограничение животных жиров, холестерина, экстрактивных веществ, легкоусваивающихся углеводов, обогащение рациона продуктами, богатыми калием);

запрещение курения и злоупотребления алкоголем;  
физическая активность;  
вторичная:  
диспансерное наблюдение за пациентами со стенокардией;  
профилактический прием нитроглицерина перед предстоящей физической нагрузкой;  
правильное хранение нитроглицерина во избежание снижения его эффективности (в плотно закрывающихся пеналах не больше 1 года).

#### Задача 7

ВОП вызвали на дом к больному Б., 40 лет, который жалуется на сильные боли в области сердца давящего характера, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 2 ч. назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 36,8°C. Больной мечется, беспокоен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### Задания

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз  
Назовите необходимые дополнительные исследования  
Перечислите возможные осложнения  
Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

#### Эталоны ответов

1. ИБС: инфаркт миокарда, острый период.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

боли в области сердца, давящего характера, жжение за грудиной, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку;

продолжительность боли 2 часа;  
отсутствие эффекта от приема нитроглицерина;  
связь заболевания с психоэмоциональным перенапряжением;

2) объективные данные:

беспокойство больного;  
приглушение сердечных тонов;  
тахикардия.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови (повышение глобулинов, фибриногена, ферментов КФК, АСТ, ЛДГ), электрокардиография: изменения комплекса QRS, сегмента ST и зубца T.

3. Кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность (левожелудочковая), нарушение сердечного ритма.

4. Пациент нуждается в срочной госпитализации, транспортировка осуществляется на носилках в присутствии ВОП.

Неотложная помощь:

Наркотические анальгетики или нейролептанальгезия (фентанил и дроперидол)

Антикоагулянты прямого действия (гепарин)

Принципы лечения:

Строгий постельный режим. Индивидуальный пост

Диета № 10, профилактика запоров

Фибринолитическая терапия: стрептокиназа, урокиназа

Антикоагулянты прямого действия: гепарин

Дезагреганты: курантил, ацетилсалициловая кислота

Нитраты пролонгированного действия: изосорбид 5 -  
мононитрат, нитросорбид, нитронг

После стационарного лечения пациента переводят в санаторий кардиологического профиля для проведения реабилитации, затем он находится на диспансерном наблюдении в поликлинике.

Прогноз для жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

Профилактика:

первичная:

рациональное питание;  
физическая активность;  
запрещение курения и злоупотребления алкоголем;  
психическая саморегуляция.

вторичная:

диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими инфаркт миокарда;

лечение атеросклероза, на фоне которого развивается ИБС;

рациональное трудоустройство пациентов, запрещение тяжелого физического труда;

решение вопроса об оформлении инвалидности при стойкой утрате трудоспособности;

решение вопроса о хирургическом лечении при соответствующих показаниях.

#### Задача 8

Больная К., 68 лет, обратилась к ВОП с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,4<sup>0</sup>С. Кожа влажная, отеки на стопах и голени, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболезненная.

#### Задания

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Перечислите возможные осложнения.

Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1 ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Хроническая недостаточность кровообращения II Б (III ст. NYHA) стадии.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования: перенесенный ранее инфаркт миокарда

признаки сердечной недостаточности постоянная одышка, усиливающаяся при физической нагрузке;

признаки застоя крови по малому кругу кровообращения одышка, кашель со слизистой мокротой;

признаки застоя крови по большому кругу кровообращения постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах;

2) объективные данные :

при осмотре: отеки на стопах и голенях, акроцианоз, ЧДД - 26 в мин.;

при аускультации: незвучные влажные хрипы в нижних отделах легких;

при перкуссии: расширение границ сердца влево;

при пальпации: увеличение печени, аритмичный пульс.

2. Биохимическое исследование крови: возможно повышение холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, электрокардиография .

3. Острая сердечная недостаточность, увеличение стадии ХСН.

Пациентке следует провести стационарное лечение с целью уменьшения симптомов недостаточности кровообращения.

Принципы лечения:

Режим постельный, высокое изголовье

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, добавление продуктов, богатых калием

Оксигенотерапия

Сердечные гликозиды: коргликон, строфантин

Диуретики: верошпирон, фуросемид

Нитраты пролонгированного действия: изосорбид-5-мононитрат, нитронг, кардикет.

Ингибиторы АПФ: эналаприл, рамиприл.

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, при своевременном и эффективном лечении основного заболевания можно добиться стабилизации состояния и улучшения самочувствия.

Профилактика:

Наркотические анальгетики или нейролептанальгезия (фентанил и дроперидол)

Антикоагулянты прямого действия (гепарин)

Задача 9

К ВОП обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года.

Объективно: температура 36,6<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

Задания

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Перечислите возможные осложнения.

Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Хронический гастрит с сохраненной секрецией в стадии обострения.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

боль в эпигастральной области;

связь с приемом пищи;

отрыжка кислым, изжога;

нарушение режима питания;

2) объективные данные:

при осмотре языка обложенность;

при пальпации живота болезненность в эпигастральной области;

2.РН - метрия: повышенная кислотность. Эндоскопическое исследование: гиперемия слизистой оболочки, набухание складок, могут быть эрозии. Рентгенологическое исследование: повышение тонуса желудка, усиленная перистальтика, набухание складок слизистой оболочки.

3. Язвенная болезнь желудка.

4. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета № 1, механически, химически и термически щадящая, т.е. измельченная, без пряностей и острых приправ, в теплом виде. Исключается трудноперевариваемая пища жирное мясо, мучные продукты (сдобные пироги). Не рекомендуется черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты

Холинолитики: гастроцепин

Антациды: альмагель, маалокс

Эрадикация ХБП по схеме (аммоксициллин, кларитромицин, омепразол)

Спазмолитики: но-шпа, папаверин

H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы: ранитидин, фамотидин

Блокаторы протонного насоса: омез, омепразол

Санаторно-курортное лечение

Прогноз для жизни благоприятный. При аккуратном соблюдении режима питания возможно добиться стойкой ремиссии.

Профилактика:

первичная:

соблюдение режима питания (прием пищи 3-4 раза в день, в определенное время);

исключение сухоедения;

тщательное пережевывание пищи;  
разнообразное питание;  
запрещение курения, злоупотребления алкоголем;  
санация очагов хронической инфекции;  
при отсутствии зубов протезирование;  
воспитание определенного ритуала приема пищи (спокойная обстановка, красивая сервировка стола, эстетичное оформление блюд);

вторичная:

диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом;

соблюдение диетических рекомендаций с целью достижения стойкой ремиссии;

осторожное применение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт (нестероидные противовоспалительные препараты).

Задача 10

Больной И., 30 лет, обратился к ВОП с жалобами на чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие вскоре после еды, частую отрыжку тухлым, отмечает похудание. Считает себя больным в течение 5 лет. Последние 2 дня ухудшение самочувствия связывает с погрешностью в диете (злоупотреблял алкоголем). Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации нерезкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Перечислите возможные осложнения.

Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

## Эталоны ответов

1. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью в стадии обострения.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие после еды, отрыжка тухлым, похудание; длительность заболевания; связь обострения с погрешностями в диете; вредные привычки: курение, употребление алкоголя;

2) объективные данные:

при осмотре: бледность кожи, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка  
при пальпации: болезненность в эпигастральной области.

2. Общий анализ крови: может быть анемия: снижение содержания соляной кислоты и пепсина, РН – метрия, эндоскопическое исследование желудка: бледность, атрофия слизистой оболочки, рентгенологическое исследование: истончение складок слизистой оболочки.

3. Рак желудка, железodefицитная и В12-defицитная анемии, гиповитаминозы.

4. Пациент нуждается в амбулаторном лечении.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета № 2, механически и термически щадящая, т.е., измельченная и в теплом виде. Исключается трудноперевариваемая пища жирное мясо, мучные продукты (сдобные пироги). Разрешаются пряности и приправы.

Заместительная терапия натуральный желудочный сок, соляная кислота с пепсином

Фитотерапия: сок подорожника, плантаглюцид

Ферментные препараты во время еды: фестал, панзинорм

Санаторно-курортное лечение.

Прогноз для жизни благоприятный. При соблюдении режима питания возможно добиться стойкой ремиссии.

Профилактика:

первичная:

соблюдение режима питания (прием пищи 3-4 раза в день, в определенное время);

исключение сухоедения;

тщательное пережевывание пищи;

разнообразное питание;

запрещение курения и злоупотребления алкоголем;

санация очагов хронической инфекции;

при отсутствии зубов протезирование;

воспитание определенного ритуала приема пищи (спокойная обстановка, красивая сервировка стола, эстетичное оформление блюд);

вторичная:

диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом;

соблюдение диетических рекомендаций с целью достижения стойкой ремиссии;

осторожное применение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт.

Задача 11

Больной А., 36 лет, обратился к ВОП с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации

живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### Эталоны ответов

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения.

#### Обоснование:

- 1) данные субъективного исследования:

интенсивные “ранние” боли в животе, связь с приемом пищи, изжога, отрыжка кислым, иногда тошнота и рвота, приносящие облегчение;

самостоятельное вызывание рвоты на высоте боли;

аппетит сохранен;

сезонность обострений;

связь обострений с психоэмоциональными перегрузками;

вредные привычки курение;

- 2) объективные данные :

при осмотре: бледность кожи и слизистых, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки;

при пальпации: болезненность в эпигастральной области;

2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: кислотность нормальная или пониженная, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование желудка с применением контрастного вещества: симптом «ниши», эндоскопическое исследование желудка с прицельной биопсией.

3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, пилоростеноз, малигнизация.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

Принципы лечения:

Режим постельный

Диета № 1, которая должна быть механически, химически и термически щадящей. Вначале назначают молоко, сливки, сливочное масло, яйца, молочные или слизистые супы из круп. Затем добавляют белые сухари, мясные и рыбные блюда (паровые котлеты). Далее разрешают черствый белый хлеб, свежую сметану, вареное мясо и рыбу, нежирные супы, картофельное пюре, каши. Исключаются продукты, повышающие секреторную функцию желудка (пряности, соусы, соленые блюда, черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты)

Седативные средства: настойка валерианы, пустырника

Холинолитики: гастроцепин

H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы: фамотидин, ранитидин

Антациды: альмагель

Блокаторы протонной помпы: омепразол, лансопразол

Спазмолитики: галидор, но-шпа

Антибактериальные препараты, обладающие активностью против хеликобактериальной инфекции: амоксициллин, тетрациклин, трихопол, кларитромицин и др.

Физиотерапия при отсутствии осложнений (парафиновые аппликации)

Санаторно-курортное лечение

Прогноз для жизни благоприятный. При эффективном лечении, устранении провоцирующих факторов и отсутствии осложнений можно добиться стойкой ремиссии.

Профилактика:

первичная:

соблюдение режима питания;

исключение курения и злоупотребления алкоголем;

психическая саморегуляция;

правильное назначение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт;  
диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами с язвенной болезнью;
  - строгое соблюдение диетических рекомендаций;
  - проведение курсов противорецидивного лечения в санаториях
- профилакториях.

### **Задача 12**

Больной О., 20 лет, обратился к ВОП с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натощак, нередко ночью, боли проходят после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### **Эталоны ответов**

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения.

### **Обоснование:**

- 1) данные субъективного исследования:
  - боли в животе “поздние”, “голодные”, “ночные”, проходят после приема молока;
  - склонность к запорам;
  - похудание на фоне сохраненного аппетита;
  - вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем;
- 2) объективные данные :
  - при осмотре: бледность кожи, обложенность языка;

при пальпации: резкая болезненность живота в проекции двенадцатиперстной кишки.

2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: повышенная кислотность, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование: симптом «ниши», эндоскопическое исследование.

3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

Принципы лечения:

Режим постельный

Диета № 1, которая должна быть механически, химически и термически щадящей. Вначале назначают молоко, сливки, сливочное масло, яйца, молочные или слизистые супы из круп. Затем добавляют белые сухари, мясные и рыбные блюда (паровые котлеты). Далее разрешают черствый белый хлеб, свежую сметану, вареное мясо и рыбу, нежирные супы, картофельное пюре, каши. Исключаются продукты, повышающие секреторную функцию желудка (пряности, соусы, соленые блюда, черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты).

Седативные средства: настойка валерианы, пустырника

Холинолитики: гастроцепин

H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы: фамотидин, ранитидин

Блокаторы протонного насоса: омез, омепразол

Антациды: альмагель, маалокс

Спазмолитики: галидор, но-шпа

Антибактериальные препараты, обладающие активностью против хеликобактериальной инфекции: амоксициллин, тетрациклин, трихопол

Физиотерапия при отсутствии осложнений (парафиновые аппликации)

Санаторно-курортное лечение.

Прогноз для жизни благоприятный. При эффективном лечении, устранении провоцирующих факторов и отсутствии осложнений можно добиться стойкой ремиссии.

## Профилактика:

первичная:

соблюдение режима питания;

исключение курения и злоупотребления алкоголем;

психическая саморегуляция;

правильное назначение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт (нестероидные противовоспалительные препараты)

диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом;

вторичная:

диспансерное наблюдение за пациентами с язвенной болезнью;

строгое соблюдение диетических рекомендаций.

## Задача 13

К ВОП обратилась женщина, 27 лет, с жалобами на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 часа после еды, вздутие живота, сильное урчание в животе, обильный жидкий стул 2-3 раза в день, слабость, быструю утомляемость, похудание. Отмечается непереносимость молока. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет, ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи.

Объективно: температура 36,9°C. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. В углах рта определяются “заеды”. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Со стороны легких и сердца патологии нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

## Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

## Эталоны ответов

### 1. Хронический энтерит в стадии обострения.

Обоснование:

#### 1) данные анамнеза:

тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 ч. после приема пищи, метеоризм, урчание в животе, понос 2-3 раза в день (стул обильный), слабость, утомляемость, похудание;

непереносимость молока;

обострения в связи с приемом острой пищи;

длительность заболевания;

#### 2) объективные данные:

при осмотре: бледность и сухость кожи, “заеды” в углах рта, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки;

при пальпации живота: умеренная болезненность в около-пупочной области;

2.Общий анализ крови: возможна анемия, микроскопическое исследование кала: признаки недостаточного переваривания и ускоренной эвакуации из тонкого кишечника, исследование бактериальной микрофлоры кала: уменьшение количества бифидо- и лактобактерий, увеличение количества гемолитических и лактозонегативных эшерихий, рентгенологическое исследование тонкого кишечника: нарушение моторики, изменение рельефа слизистой оболочки.

3. Дисбактериоз, значительная потеря массы тела, нарушение функции других отделов желудочно-кишечного тракта (желудка, печени, поджелудочной железы)

### 4. Пациентка нуждается в стационарном лечении.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета № 4. Нормальное количество углеводов, жиров, увеличенное количество белков, исключают жиры животного происхождения, ограничивают продукты, богатые клетчаткой. Пища должна быть механически щадящей, питание дробное, 4-5 раз в день.

Эубиотики: колибактерин, бифидумбактерин, бификол  
Производные 8-оксихинолина (энтеросептол, интестопан)  
Вяжущие средства (висмут, дерматол)

Имодиум

Ферментные препараты (панзинорм, мезимфорте, полизим)

Витаминотерапия (В1, В6, РР, С)

Белковые препараты, растворы электролитов, анаболические стероиды при тяжелом течении

Прогноз в отношении здоровья благоприятный при отсутствии осложнений.

Профилактика:

рациональное питание;

устранение переедания и однообразного питания;

своевременное лечение заболеваний органов пищеварения.

#### **Задача 14**

К ВОП обратился мужчина 42 лет с жалобами на боли внизу живота и в левой половине, чередование поносов (стул в небольшом количестве, жидкий) и запоров, болезненные позывы к дефекации, вздутие живота. Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в течение нескольких лет.

Объективно: температура тела 37,1°C. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Хронический колит в стадии обострения.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

боли по ходу толстого кишечника, неустойчивый стул, признаки толстокишечной диареи, тенезмы, метеоризм; слабость, повышенная утомляемость;

длительность заболевания;

2) объективные данные:

при осмотре: недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка;

при пальпации: болезненность по ходу толстого кишечника.

2. Общий анализ крови: возможна анемия, биохимический анализ крови: снижение белков, копрограмма: признаки бродильных или гнилостных процессов, исследование бактериальной микрофлоры кала: дисбактериоз, рентгенологическое исследование толстого кишечника (ирригоскопия): нарушение моторики, смазывание рисунка слизистой оболочки, эндоскопическое исследование толстого кишечника (колоноскопия): воспалительные изменения, участки атрофии.

3. Дисбактериоз, значительное снижение массы тела, присоединение поражения тонкого кишечника, гиповитаминозы.

4. Пациенту назначается амбулаторное лечение.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета № 4,3. Ограничение газообразующих продуктов молоко, квас, капуста, черный хлеб, трудноперевариваемых продуктов жареное мясо, грубая клетчатка. Рекомендуют кисломолочные продукты. Для устранения запоров рекомендуют вареную свеклу, морковь, сливы, чернослив, ржаной хлеб, свежую простоквашу.

Эубиотики: бифидумбактерин, колибактерин, бификол

Ферментные препараты: панзинорм, фестал

Спазмолитики при болях (папаверин, церукал)

Вяжущие средства (при поносах) дерматол, карбонат кальция, белая глина

Слабительные средства (при запорах) лист сенны, сеннаде, александрийский лист, ревеня, кора крушины

Антибактериальные препараты: интестопан, фуразолидон

Местное лечение: микроклизмы из настоя ромашки, зверобоя, коры дуба, при болях свечи с экстрактом красавки

Прогноз в отношении здоровья благоприятный при достижении стойкой ремиссии.

Профилактика:

своевременное лечение кишечных инфекций, рациональное питание, исключение проф.вредностей, эффективное лечение заболеваний ЖКТ.

### **Задача 15**

Больной Г., 42 лет, обратился к ВОП с жалобами на общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошноту. 10 лет назад перенес острый вирусный гепатит. Ухудшение началось 2 недели назад.

Объективно: температура 37,3<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Склеры, мягкое небо чистые, с желтушным оттенком. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, умеренно болезненная, эластичная. Селезенка не пальпируется.

### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Хронический вирусный гепатит в стадии обострения.

Обоснование:

- 1) данные субъективного исследования:

общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошнота;

перенесенный 10 лет назад острый вирусный гепатит;

2) объективные данные :

при осмотре: субфебрильная температура, склеры и мягкое небо с желтушным оттенком;

при пальпации: умеренная болезненность в правом подреберье, увеличение печени.

2. Общий анализ крови: может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови: изменение содержания билирубина, белка и его фракций, ферментов, радиоизотопное исследование печени и селезенки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, пункционная биопсия печени.

3. Цирроз печени, печеночная недостаточность.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

Принципы лечения:

Режим постельный

Диета № 5, достаточное количество витаминов и белка, ограничение жиров, исключение острых и жареных блюд. Запрещается употребление алкоголя. Питание должно быть дробным, не реже 4 раз в сутки

Витаминотерапия: группа В

Полиненасыщенные жирные кислоты: липоевая кислота, липамид

Эссенциале для улучшения обменных процессов в печени

При наличии активного воспаления преднизолон или далагил (плаквенил)

При сопутствующем воспалении желчевыводящих путей антибиотики широкого спектра действия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, однако возможно получить длительную ремиссию при устранении воздействия неблагоприятных факторов.

Профилактика:

первичная:

рациональное питание с достаточным количеством белков и витаминов;

устранение злоупотребления алкоголем;  
соблюдение техники безопасности на производстве при профессиональном контакте с гепатотоксическими веществами (соли тяжелых металлов);

соблюдение личной гигиены для предупреждения заболевания острым вирусным гепатитом;

строгое соблюдение требований по обработке инструментов медицинского назначения;

соблюдение мер личной безопасности при профессиональном контакте с биологическими жидкостями для предупреждения заболевания острым вирусным гепатитом В;

вакцинация против вирусного гепатита В;

своевременное и эффективное лечение острых гепатитов, холецистохолангитов

вторичная:

диспансерное наблюдение за больными с хроническим гепатитом;

соблюдение диетических рекомендаций

запрещение употребления алкоголя.

### **Задача 16**

Больной Б., 58 лет, обратился к ВОП с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве.

Объективно: температура 36,9<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены.

Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации слабоболезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабоболезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

#### Эталоны ответов

1. Цирроз печени алкогольной этиологии. Синдром желтухи. Синдром портальной гипертензии. Синдром печеночно-клеточной недостаточности. Синдром холестаза.

#### Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

слабость, недомогание, тошнота, чувство тяжести и ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, метеоризм, кожный зуд, носовые кровотечения ;

вредные привычки злоупотребление алкоголем;

2) объективные данные:

при осмотре: желтуха, следы расчесов на коже, признаки бывшего носового кровотечения, красные губы, “печеночные” ладони и язык, сосудистые “звездочки”;

признаки портальной гипертензии симптом “голова Медузы”; отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, гинекомастия;

увеличение живота;

при пальпации: увеличение печени и селезенки;

2. Общий анализ крови: возможна анемия, биохимический анализ крови: изменение содержания билирубина, белковых фракций, ферментов, радиоизотопное исследование печени и селезенки, пункционная биопсия печени, ультразвуковое исследование печени, лапароскопия.

3. Кровотечения (пищеводные, желудочно-кишечные), печеночная недостаточность.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

Принципы лечения:

Режим постельный

Диета № 5, достаточное количество витаминов, белка, углеводов, ограничение жиров. Пища преимущественно молочно-растительная. Запрещают острые, жареные и маринованные блюда. Питание должно быть дробным (4-5 раз в сутки)

Гепатопротекторы: эссенциале

Ненасыщенные жирные кислоты

Витамины группы В

При активном процессе и отсутствии признаков портальной гипертензии глюкокортикостероиды

Трансплантация печени

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный. При стойкой утрате трудоспособности следует решить вопрос о переводе больного на инвалидность.

Профилактика:

своевременное лечение вирусных гепатитов;

устранение действия гепатотропных ядов;

запрещение курения;

рациональное питание.

### **Задача 17**

Больная В., 35 лет, обратилась к ВОП с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникают через 1-3 часа после приема обильной, особенно

жирной пищи и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул. Больна несколько лет.

Объективно: температура 37,2°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

#### Эталоны ответов

##### 1. Хронический холецистит в стадии обострения

##### Обоснование:

##### 1) данные субъективного исследования:

тупые ноющие боли в правом подреберье;  
связь с приемом обильной жирной пищи и жареных блюд;  
ощущение горечи во рту, отрыжка, тошнота, метеоризм,  
неустойчивый стул;  
длительность заболевания;

##### 2) объективные данные :

субфебрильная температура;  
при осмотре: избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка;

при пальпации: умеренная болезненность в правом подреберье.

2. Общий анализ крови: небольшой лейкоцитоз, увеличение СОЭ, дуоденальное зондирование: порция В желчи мутная, увеличение количества лейкоцитов, ультразвуковое исследование желчного пузыря, рентгенологическое исследование желчного пузыря и протоков.

3. Гепатит, панкреатит, ЖКБ.

4. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета № 5, исключение жирных, острых жареных блюд.

Питание должно быть дробным (не реже 4-5 раз в день)

Антибактериальные препараты: антибиотики широкого спектра действия или нитрофураны

Спазмолитики: папаверин, галидор, церукал

Физиотерапия: в период стихания обострения парафиновые аппликации

Желчегонные средства: аллохол, экстракт бессмертника

Прогноз в отношении жизни благоприятный, при соблюдении диетических рекомендаций и устранении провоцирующих факторов можно добиться длительной ремиссии.

Профилактика:

первичная:

рациональное питание;

четкий режим питания, устранение длительных перерывов между приемами пищи;

ограничение продуктов, богатых холестерином;

запрещение злоупотребления алкоголем;

регулярные занятия физическими упражнениями;

ранняя диагностика и своевременное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта;

вторичная:

соблюдение режима питания;

соблюдение диетических рекомендаций (исключение жирной, жареной, острой пищи, продуктов, богатых холестерином);

исключение употребления алкоголя;

занятия лечебной физкультурой;

фитотерапия (применение лекарственных растений, обладающих желчегонным действием бессмертник, барбарис, кукурузные рыльца, шиповник);

регулярное проведение тюбажа с целью устранения застоя желчи;

физиотерапевтические процедуры (аппликации парафина, лечебных грязей);

санаторно-курортное лечение (Трускавец, Моршин, Ессентуки, Арзни и др.);

профилактика гельминтозов, протозойных заболеваний.

#### Задача 18

ВОП вызвали на дом к больной 66 лет, которая жалуется на острые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, чувство тяжести в подложечной области, тошноту, рвоту. Заболела ночью, внезапно. Накануне вечером поела жареного гуся. Подобные боли впервые.

Объективно: температура 37,6°C. Общее состояние средней тяжести. Больная мечется, стонет. Легкая желтушность склер. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут. При пальпации резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье. Отмечается болезненность при поколачивании по правой реберной дуге, при надавливании между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

#### Эталоны ответов

1. Желчнокаменная болезнь, приступ желчной колики.

#### Обоснование:

- 1) данные субъективного исследования:

приступ боли в правом подреберье, иррадирующей под правую лопатку и правое плечо;

чувство тяжести в подложечной области, тошнота, рвота;  
связь заболевания с приемом жирной жареной пищи;  
внезапное начало заболевания;

пожилой возраст, женский пол;

2) объективные данные :

субфебрильная температура;

при осмотре: беспокойное поведение пациентки, поиск удобного положения для облегчения боли, признаки механической желтухи, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, метеоризм;

при пальпации: резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера и Мюсси (френикус-симптом);

2. Общий анализ крови: при присоединении воспаления отмечается лейкоцитоз, увеличение СОЭ, При развитии механической желтухи кал становится светлым, моча темнеет, в крови увеличивается содержание билирубина, ультразвуковое исследование желчного пузыря. Рентгенологическое исследование гепатобилиарной системы.

3. Холецистит, водянка желчного пузыря, перфорация желчного пузыря, перитонит, цирроз печени.

4. Пациентка нуждается в оказании неотложной помощи и госпитализации в хирургическое отделение. Применяют наркотические анальгетики и холинолитики.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета № 5, исключение жирных, жареных и острых блюд

Антибиотики назначают при присоединении воспаления

Спазмолитики: но-шпа, папаверин, галидор

Хирургическое лечение при частых приступах печеночной колики

Консервативное лечение: препараты хенодесоксихолевой кислоты (хенафальк) или урсодесоксихолевой кислоты (урсофальк) прием длительный, до 2-х лет

Литотрипсия (дробление камней)

Фитотерапия: шиповник, бессмертник, барбарис, кукурузные рыльца

Минеральные воды

Прогноз в отношении жизни благоприятный, при соблюдении диетических рекомендаций и устранении провоцирующих факторов можно добиться длительной ремиссии.

Профилактика:

первичная:

рациональное питание;

четкий режим питания, устранение длительных перерывов между приемами пищи;

ограничение продуктов, богатых холестерином;

запрещение злоупотребления алкоголем;

регулярные занятия физическими упражнениями;

ранняя диагностика и своевременное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта;

вторичная:

соблюдение режима питания, диетических рекомендаций;

исключение употребления алкоголя;

занятия лечебной физкультурой;

регулярное проведение тюбажа с целью устранения застоя желчи;

физиотерапевтические процедуры ;

санаторно-курортное лечение (Трускавец, Ессентуки, Арзни и др.)

Задача 19

К ВОП обратилась женщина, 43 лет, с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области. Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев. Много лет страдает хроническим холециститом.

Объективно: температура 37,2<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхней половине и в левом подреберье.

### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Перечислите возможные осложнения
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### Эталоны ответов

1. Хронический панкреатит в стадии обострения.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

ноющие боли в животе опоясывающего характера, иррадиирующие под левую лопатку;  
связь боли с приемом жирной пищи;  
снижение аппетита, тошнота, чувство тяжести после еды в эпигастральной области;

длительность заболевания;

сопутствующая патология желчного пузыря;

2) объективные данные :

субфебрильная температура;

при осмотре: избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, желтушный оттенок кожи;

при пальпации: болезненность в проекции поджелудочной железы.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, анализ мочи: повышение амилазы, копрограмма: стеаторея, креаторея, амилорея, биохимический анализ крови: увеличение амилазы, липазы, трипсина, ультразвуковое исследование поджелудочной железы

3. Сахарный диабет

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Голод на 1-2 дня, затем диета № 5. Исключают острые, жирные, жареные блюда, питание должно быть дробным (не реже 4-5 раз в день)

Ингибиторы панкреатических ферментов трасилол, контрикал, гордокс

Антациды: альмагель, карбонат кальция

Антибиотики широкого спектра действия

Спазмолитики: папаверин, но-шпа, платифиллин

Ферментные препараты: фестал, дигестал, панзиформ

Витамины: С, В2, А, Е

Прогноз в отношении жизни благоприятный при условии соблюдения диетических рекомендаций и отсутствии осложнений.

Профилактика:

первичная:

рациональное питание;

соблюдение режима питания;

исключение злоупотребления алкоголем

своевременное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта;

вторичная:

диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим панкреатитом;

исключение острых, жирных и жареных продуктов;

исключение употребления алкоголя;

на фоне высокобелковой диеты назначают анаболические стероидные препараты: ретаболил или метандростенолон.

Задача 20

Больной В., 26 лет, обратился к ВОП с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В

15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением.

Объективно: температура: 37,2° С. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 160/120 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### **Эталоны ответов**

1. Хронический гломерулонефрит в стадии обострения.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

слабость, одышка, головная боль, тошнота, отеки на лице.

перенесенный острый гломерулонефрит;

сохранившиеся изменения в моче, головная боль, слабость; связь ухудшения состояния с переохлаждением;

2) объективные данные :

при осмотре: бледность кожи, одутловатость лица, отеки на ногах;

при перкуссии: расширение границ сердца влево;

при аускультации: приглушение сердечных тонов, артериальная гипертензия.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия, биохимическое исследование крови, анализ мочи по Зимницкому. Радиоизотопное исследование почек.

3. Острая сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность.

4. Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения:

Режим постельный.

Диета № 7, ограничение поваренной соли до 6 г в сутки, а при нарастании отеков до 4 г. Количество принимаемой жидкости соответствует суточному диурезу. При появлении признаков почечной недостаточности белок ограничивают, а количество принимаемой жидкости увеличивают до 2 л в сутки.

Глюкокортикостероиды и /или/ цитостатики для подавления иммунного воспаления (противопоказаны при почечной недостаточности).

Нестероидные противовоспалительные препараты: ацетилсалициловая кислота, индометацин, бруфен.

Антикоагулянты прямого и непрямого действия: гепарин, фенилин.

Антиагреганты: курантил.

Диуретики.

Гипотензивные препараты.

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятен, т.к. исходом заболевания является развитие хронической почечной недостаточности.

Профилактика:

первичная:

закаливание.

санация очагов хронической инфекции;

использование вакцин и сывороток строго по показаниям;

эффективное лечение острого гломерулонефрита;

вторичная;

диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гломерулонефритом;

рациональное трудоустройство;

соблюдение режима труда и отдыха;

дневной отдых в постели в течение 1-2 часов;

своевременное лечение простудных заболеваний с назначением постельного режима;

контрольное исследование мочи после перенесенных простудных заболеваний;

занятия лечебной физкультурой.

### **Задача 21**

ВОП срочно вызван на дом к больному К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали “скорую помощь”, после инъекции боли прошли, но после этого приступа была красная моча.

Объективно: температура 36,4<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Симптом поколачивания резко положительный справа.

### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### **Эталоны ответов**

1. Мочекаменная болезнь, приступ почечной колики.

### **Обоснование:**

1) данные субъективного исследования:

приступ резкой боли в пояснице справа и в правой половине живота, иррадирующей в паховую область и правое бедро, частое мочеиспускание;

наличие подобного приступа в анамнезе, макрогематурия после купирования приступа;

2) объективные данные :

при осмотре: беспокойство больного, поиск удобного положения для уменьшения боли;

при пальпации: болезненность живота в правой половине, резко положительный симптом Пастернацкого справа.

2. Общий анализ крови: при присоединении воспаления отмечается лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: кристаллы солей, ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек.

3. Гидронефроз, пиелонефрит, почечная недостаточность.

4. Пациент нуждается в оказании неотложной помощи и госпитализации в хирургический стационар.

Неотложная помощь: сухое тепло на область поясницы, теплые ванны, анальгетики и спазмолитики.

Принципы лечения:

Режим полупостельный.

Диета в зависимости от состава камней.

При явлениях воспаления антибактериальные препараты.

Спазмолитики и анальгетики.

Тепло на поясничную область.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при отсутствии осложнений и эффективном лечении.

Профилактика:

первичная:

своевременное лечение воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей;

устранение факторов, способствующих застою мочи ;

рациональное питание;

вторичная:

диспансерное наблюдение за пациентами с мочекаменной болезнью;

диетические рекомендации в зависимости от состава камней;

обильное питье, чтобы суточный диурез составлял 2-3 л;

при фосфатных камнях и щелочной реакции мочи назначают

углекислые минеральные воды (Нафтуся, Арзни), кисломолочные продукты, мясо в умеренном количестве;

при уратных камнях назначают щелочные минеральные воды (Ессентуки № 4 и № 17, Боржоми, Славяновская, Смирновская), преобладание овощей и ограничение мяса;

при наличии оксалатных камней назначают слабоминерализованные воды (Ессентуки № 20, Нафтуся, Саирме);

пища должна содержать повышенное количество витаминов А и Д;

фитотерапия;

возможно проведение литотрипсии (дробления камней);

оперативное лечение.

### **Задача 22**

Больная Д., 50 лет, обратилась к ВОП с жалобами на ноющие боли в лучезапястных и мелких суставах пальцев рук. По утрам отмечается их скованность, тугоподвижность, быстрая утомляемость, общая слабость. Больна несколько лет, неоднократно лечилась в условиях стационара, последнее обострение в течение 5-6 мес.

Объективно: температура 37,2°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Имеется болезненность и деформация пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2,3,4 пальцев, движение в этих суставах ограничено. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

1. Ревматоидный артрит.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:  
ноющие боли в мелких суставах, чувство скованности и тугоподвижности;

постепенное начало заболевания;

2) объективные данные: субфебрильная температура;  
при осмотре: деформация мелких суставов кистей;  
при пальпации: болезненность и ограничение движения в мелких суставах кистей;

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимический анализ крови: появление С-реактивного белка, ревматоидного фактора, рентгенография суставов: сужение суставной щели, разрежение костной ткани, появление узур и эрозий.

3. Стойкая деформация суставов, ведущая к инвалидности, поражение внутренних органов (почек, сердца, легких)

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета разнообразная, высококалорийная

Нестероидные противовоспалительные препараты: индометацин, вольтарен, ортофен, бруфен, пироксикам, напросин

Кризанол, пеницилламин

При неэффективности или непереносимости этих препаратов применяют цитостатики (азатиоприн, циклофосфан, хлорбутин)

Местное применение димексида

Физиотерапия

Лечебная физкультура

Массаж

Санаторно-курортное лечение

Прогноз в отношении жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений. Стойкая деформация суставов может привести к утрате трудоспособности и переводе пациентки на группу инвалидности.

Профилактика:

санация очагов хронической инфекции;  
устранение фактора переохлаждения;  
соблюдение режима труда и отдыха;  
диспансерное наблюдение.

#### **4.2. Тесты для самостоятельного контроля студентов**

**1. Диспансерное наблюдение больных после перенесенной острой пневмонии предполагает следующие мероприятия:**

1) спирография, общий анализ мокроты + АК, + ВК при закрытии листка нетрудоспособности;

2) спирография, общий анализ мокроты + АК, + ВК при закрытии листка нетрудоспособности через 6 месяцев от начала заболевания;

3) общий анализ крови, мокроты +АК, +ВК, спирография, R-графия органов грудной клетки в начале заболевания и через 6 месяцев;\*

4) только R-графия органов грудной клетки и общий анализ крови, мокроты в начале заболевания.

**2. Подлежат диспансерному наблюдению у терапевта:**

1) больные, перенесшие фолликулярную ангину;\*

2) острый ларингит;

3) реконвалесценты после ОРВИ;

4) реконвалесценты после гриппа.

**3. Тактика участкового врача при лакунарной ангине:**

1) госпитализация в инфекционную больницу;\*

2) назначение только местного лечения;

3) назначение нестероидных противовоспалительных препаратов;

4) симптоматическое лечение.

#### **4. Тактика участкового врача при фолликулярной ангине:**

- 1) назначить физиотерапевтическое лечение;
- 2) назначить сразу антибиотики и местное лечение;
- 3) назначить только местное лечение;
- 4) после взятия мазка из зева назначить антибиотики и местное лечение.\*

#### **5. Длительность диспансерного наблюдения после перенесенной фолликулярной ангины:**

- 1) 1 месяц;\*
- 2) 3 месяца;
- 3) 6 месяцев;
- 4) в течение года.

#### **6. План диспансеризации больного в поликлинике при выявлении артериальной гипертензии включает:**

- 1) глазное дно, ЭКГ, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, профиль АД; анализ крови на мочевины, калий, холестерин, глюкозу;\*
- 2) холтеровское мониторирование ЭКГ;
- 3) определение мочево́й кислоты в крови и моче;
- 4) определение ревматоидного фактора.

#### **7. План диспансеризации больных при подозрении на хронический гепатит в условиях поликлиники:**

- 1) анализ крови на билирубин АСТ, АЛТ, щелочную фосфатазу, *амлазу, общий белок, фракции*;\*
- 2) анализ крови на СРБ, серомукоид, сиаловые кислоты;
- 3) проба Реберга;
- 4) определение титра антистрептолизина О (АСЛ-О).

#### **8. Диспансерному наблюдению у участкового терапевта подлежат больные с:**

- 1) ревматоидным артритом;\*
- 2) постревматическим артритом;

- 3) гонорейным гонитом;
- 4) паранеопластическим суставным синдромом.

**9. План диспансеризации больного с подозрением на ревматоидный артрит включает:**

- 1) определение мочевой кислоты в крови и моче;
- 2) определение ревматоидного фактора;\*
- 3) выполнение пробы Реберга;
- 4) определение титра антистрептолизина О (АСЛ-О).

**10. По каким показателям можно объективно судить о прогрессировании или стабилизации процесса у больных РА в условиях поликлиники?**

- 1) по динамометрии кисти и по объему активных и пассивных движений в суставах, определяемых угломером в градусах;\*
- 2) по определению ревматоидного фактора в крови;
- 3) по нормальных показателях мочевой кислоты в крови и моче;
- 4) по отсутствию повышения температуры тела.

**11. Препаратами базисной терапии РА в условиях поликлиники являются:**

- 1) аллопуринол;
- 2) ацетилсалициловая кислота;
- 3) препараты золота и цитостатики,\*
- 4) антибиотики.

**12. Средняя продолжительность временной нетрудоспособности у больного с неосложненным мелкоочаговым инфарктом миокарда (работает врачом-физиотерапевтом):**

- 1) 30 дней;
- 2) 2-4 месяца непрерывно;
- 3) 45-60 дней;\*
- 4) 14 дней.

**13. Поликлинический этап реабилитации больных после перенесённого острого инфаркта миокарда включает:**

- 1) физическую реабилитацию, психологическую реабилитацию, медикаментозную реабилитацию;\*
- 2) реабилитация начинается через 6 месяцев от начала заболевания;
- 3) реабилитация не проводится при наличии постинфарктной аневризмы;
- 4) реабилитация не проводится.

**14. Амбулаторно-поликлиническая помощь в Республике Узбекистан организована:**

- 1) по численному принципу;
- 2) по численно-территориальному принципу;
- 3) по территориальному принципу;\*
- 4) по производственному принципу.

**15. К второй группе диспансерного учета относятся:**

- 1) больные с хронической патологией в стадии компенсации, субкомпенсации, декомпенсации;
- 2) лица, имеющие в анамнезе хронические заболевания без признаков обострения в течение нескольких лет;\*
- 3) лица, не предъявляющие жалоб у которых в анамнезе и при осмотре не выявлено нарушений;
- 4) все перечисленные лица.

**16. Профилактическая работа участкового врача-терапевта включает:**

1. выдачу листков временной нетрудоспособности;
2. проведение профилактических осмотров;\*
3. назначение обследований;
4. выписку лекарств.

**17. Показанием к санаторно-курортному лечению является:**

- 1) артериальная гипертензия 1 степени;\*
- 2) цирроз печени;
- 3) острый бронхит;
- 4) рак легкого.

**18. Показанием к санаторно-курортному лечению является:**

- 1) соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы,\*
- 2) стабильная стенокардия напряжения ФЮУ;
- 3) острый тромбофлебит;
- 4) ОРВИ.

**19. Санаторно-курортное лечение противопоказано при:**

- 1) соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы с респираторным синдромом;
- 2) хроническом бронхите в стадии ремиссии;
- 3) раке легкого;\*
- 4) бронхиальной астме.

**20. Санаторно-курортное лечение противопоказано при:**

- 1) язвенной болезни желудка в стадии обострения;\*
- 2) хроническом неактивном гепатите;
- 3) изжоге легкой степени.

**21. Санаторно-курортное лечение противопоказано при:**

- 1) артериальной гипертензии II степени с частыми гипертоническими кризами;
- 2) дилатационной кардиомиопатии;
- 3) хронической недостаточности кровообращения III ст;
- 4) артериальной гипертензии I степени.\*

**22. Показаниями к санаторно-курортному лечению являются:**

1. редко болеющие лица;
2. лица с хроническими заболеваниями в стадии компенсации;\*
3. лица с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации;
4. лица с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации.

**23. После острой пневмонии диспансерное наблюдение проводится в течение:**

- 1) 6 мес. \*
- 2) 10 мес.
- 3) 2-х лет
- 4) 3-х лет

**24. Критерий эффективности диспансеризации при гипертонической болезни:**

- 1) ухудшение клинических показателей
- 2) уменьшение трудопотерь \*
- 3) увеличение числа инфарктов миокарда
- 4) увеличение числа инсультов

**25. Критерий эффективности диспансеризации при стенокардии:**

- 1) назначение группы инвалидности \*
- 2) переход из II-го в III-й функциональный класс
- 3) переход из III-го во II-й функциональный класс
- 4) увеличение трудопотерь

**26. При диспансеризации больных с язвенной болезнью желудка проводится:**

1. ирригоскопия
2. колоноскопия
3. ректороманоскопия
4. фиброгастроскопия \*

**27. При диспансеризации больных хроническим энтероколитом проводят:**

1. дуоденальное зондирование
2. лапароскопию
3. ректороманоскопию \*
4. желудочное зондирование

**28. При диспансерном наблюдении больных хроническим холециститом проводят:**

- 1) дуоденальное зондирование\*
- 2) цистоскопию
- 3) лапароскопию
- 4) урографию

**29. К специализированным учреждениям для оказания лечебно-профилактической помощи группам пациентов определенного профиля относят**

- 1) диспансер\*
- 2) поликлинику
- 3) медсанчасть
- 4) станцию скорой помощи

**30. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами вирусного гепатита В в поликлинике осуществляется в течение**

1. 6 месяцев\*
2. 1 - 3 месяцев
3. 2 лет
4. 5 лет

**31. Профилактика аскаридоза и трихоцефаллёза включает**

- 1) ежегодную диспансеризацию
- 2) правильную обработку овощей, фруктов, воды\*
- 3) соблюдение диеты, питьевого режима
- 4) проветривание жилых помещений

**32. Диспансеризация при сахарном диабете требует осмотра**

- 1) психиатра
- 2) эндокринолога\*
- 3) окулиста
- 4) гематолога

**33. Диспансеризация при остром гломерулонефрите предусматривает**

- 1) контроль за анализами мочи и крови, АД, соблюдением диеты\*

- 2) осмотр стоматологом, ЛОР-врачом, окулистом, нефрологом
- 3) исследование функции внешнего дыхания
- 4) исследование сахара в крови

**34. Диспансеризация при хронических гастродуоденитах и язвенной болезни исключает**

- 1) соблюдение диеты
- 2) промывание желудка\*
- 3) назначения противорецидивного лечения
- 4) осмотр стоматологом, ЛОР-врачом

**35. Диспансерное наблюдение после перенесенного ревматического эндомиокардита включает**

- 1) лечебную физкультуру
- 2) сезонную бициллинопрофилактику\*
- 3) наблюдение эндокринологом
- 4) занятия в основной физкультурной группе

**36. Диспансеризация при сахарном диабете не предполагает**

- 1) соблюдения диеты № 9
- 2) осмотра окулистом
- 3) наблюдения эндокринологом
- 4) соблюдения диеты № 10\*

**37. Диспансеризация при заболеваниях почек предусматривает**

- 1) осмотр стоматологом, окулистом, ЛОР-врачом
- 2) контроль за АД, анализами мочи и крови, наблюдение нефрологом\*
- 3) проведение экскреторной урографии
- 4) исследование функции внешнего дыхания

**38. К какой группе диспансерного наблюдения относят больных с хронической железодефицитной анемией**

- 1) первой
- 2) второй
- 3) третьей \*
- 4) четвертой

**39. Сколько групп дополнительной диспансеризации вы знаете**

- 1) две
- 2) три
- 3) четыре
- 4) пять\*

**40. Профилактика гастритов основана на**

- 1) правильном режиме и характере питания
- 2) устранение профессиональных вредностей
- 3) лечение заболеваний, приводящих к хроническому гастриту
- 4) все перечисленное верно\*

**41. При диспансерном наблюдении больного, страдающего бронхиальной астмой средней тяжести, необходимы осмотры:**

- 1) аллерголога
- 2) пульмонолога
- 3) стоматолога
- 4) всех вышеперечисленных\*

**42. Диспансерному наблюдению у участкового терапевта подлежат больные:**

- 1) ревматоидным артритом \*
- 2) подагрой \*
- 3) гонорейным гонартритом
- 4) остеоартритом (остеоартрозом) \*

**43. Диспансеризация-это:**

- 1) санаторно-курортное лечение
- 2) реабилитация пациента
- 3) динамическое наблюдение за здоровьем пациента\*
- 4) самоконтроль за состоянием пациента

**44. Целью диспансеризации является:**

- а) воспитание человека
- б) сохранение здоровья\*
- в) снижение смертности\*
- г) снижение инвалидности\*

**45. Найдите соответствие степени участия учреждений уровню диспансеризации:**

- 1) областные и республиканские больницы а) 1 уровень
  - 2) амбулаторно-поликлинические учреждения б) 2 уровень
  - 3) специализированные диспансеры, стационары больниц в) 3 уровень
- 1б 2а3в

**46. По состоянию здоровья пациенты делятся на группы диспансеризации:**

- а) одну
- б) две
- в) три\*
- г) четыре

**47. Основной медицинский документ, отражающий динамику диспансерного наблюдения - это:**

- а) справка о здоровье
- б) лист временной нетрудоспособности
- в) амбулаторная карта\*
- г) статистический талон

**48. Укажите показатели эффективности диспансеризации:**

- а) снижение частоты рецидивов
- б) снижение заболеваемости среди диспансерных\*
- в) снижение рождаемости
- г) снижение трудоспособности

**49. Назовите показатели качества диспансеризации:**

- а) высокий процент выявления запущенных форм рака
- б) регулярность диспансерного наблюдения\*
- в) полнота обследования диспансерных больных\*
- г) активность посещений диспансерных пациентов

**50. Основные задачи диспансеризации - это:**

- а) обучение пациентов
- б) выявление причин заболеваний и устранение их\*
- в) проведение лечебно-оздоровительных мероприятий\*
- г) снятие с диспансерного учета\*

**51. В первую группу диспансерного учета входят:**

- а) здоровые;
- б) здоровые и лица с пограничными состояниями;
- в) практически здоровые;\*
- г) все перечисленное верно.

**52. Субкомпенсация - это:**

- а) состояние полного возмещения функций
- б) состояние частичного возмещения функций\*
- в) состояние полного физического комфорта
- г) нарушение жизнедеятельности организма

**53. Медосмотры делятся на:**

- а) *периодические* \*
- б) предварительные\*
- в) кардиологические
- г) медосмотры хронических заболеваний\*

**54. Во вторую группу медосмотров входят:**

- а) дети дошкольного возраста
- б) дети школьного возраста
- в) декретированная группа
- г) работники с профессиональными вредностями\*

**55. Маммография после 40 лет проводится женщинам:**

- а) ежегодно\*
- б) по показаниям
- в) не проводится
- г) 1 раз в два года

**56. Обязательные исследования при диспансеризации пациентов:**

- а) лабораторные, инструментальные, функциональные;\*
- б) биохимические, инструментальные, иммунологические;
- в) функциональные, рентгенологические, инструментальные;
- г) ЭКГ, спирография, рентгеноскопия.

**57. Декомпенсация-это:**

- а) состояние полного возмещения функций
- б) состояния частичного возмещения функций
- в) нарушение деятельности органа, системы органов или всего организма вследствие истощения\*
- г) состояние полного физического комфорта

**58. Как часто должен проводиться периодический медосмотр:**

- а) после рабочей смены
- б) при поступлении на работу, учебу
- в) ежегодно\*
- г) один раз в два года

**59. Основной задачей диспансеризации является:**

- а) определение состояния здоровья пациента
- б) активное проведение физиотерапии, массажа, гимнастики
- в) проведение лечебно-оздоровительных мероприятий каждому пациенту\*
- г) своевременное выявление инфекционных заболеваний

**60. Во вторую группу диспансерного учета включаются:**

- а) лица, у которых в анамнезе не отмечено хронических заболеваний\*
- б) лица, имеющие в анамнезе острые или хронические заболевания не имеющие обострений 3—5 лет
- в) лица, имеющие в анамнезе острые или хронические заболевания, не имеющие обострений в течение одного года
- г) все перечисленное верно

**61. Укажите показатели эффективности диспансеризации:**

- а) снижение частоты рецидивов
- б) снижение заболеваемости среди диспансерных\*
- в) снижение смертности населения
- г) снижение трудоспособности

**62. Что не является показателем качества диспансеризации:**

- а) высокий процент выявления запущенных форм рака\*
- б) регулярность диспансерного наблюдения
- в) полнота обследования диспансерных больных
- г) активность посещений диспансерных пациентов

**63. От чего зависит дифференцированный набор обследований в диспансеризации:**

- а) возраста и пола\*
- б) строение тела
- в) физической мускулатуры
- г) психологического настроения пациента

**64. Какое заболевание относится к хроническому неинфицированному заболеванию:**

- а) ишемическая болезнь сердца\*
- б) грипп
- в) хронические вирусные инфекции
- г) корь

## Литература

1. Постановление Президента республики Узбекистан № 2857 от 29.03.2017 «О мерах по совершенствованию организации деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи республики Узбекистан»

2. Гадаев А.Г. УАШ учун амалий куникмалар туплами.- Ташкент, 2010 г.

3. Поликлиническая терапия. Учебник под редакцией профессора И.Л. Давыдкина, профессора Ю.В. Щукина. – Москва, 2016 г.

4. Общая врачебная практика. Руководство/ под редакцией Назирова Ф.Г.- Ташкент, 2005 г.

5. Алимов А.В. Справочник врача общей практики. – Ташкент, 2005 г.

6. Денисов И.Н. Доказательная медицина, клинические рекомендации практикующим врачам. – РФ ССВ, 2002 г.

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	3
------------------	---

### Глава 1. Иммунизация

1.1. Календарь профилактических прививок.....	6
1.2. Противопоказания к иммунизации .....	11
1.3. Проведение прививок .....	21
1.4. Поствакцинальные реакции и осложнения.....	24
1.5. Учет, хранение и использование вакцин.....	26

### 2 глава. Эпидемиологический надзор за управляемыми инфекциями

2.1. Эпиднадзор за дифтерией .....	29
2.2. Эпиднадзор за овп и недопущение завозных случаев полиомиелита .....	30
2.3. Эпиднадзор за корью, краснухой и синдромом врожденной краснухи.....	30
2.4 Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.....	31

### Глава 3. Диспансеризация

3.1. Примерная схема динамического наблюдения за диспансеризируемыми больными - врачами терапевтами, в том числе участковыми.....	36
3.2. Примерная схема динамического наблюдения за диспансеризируемыми больными врачами – онкологами.....	46

### 4 Глава. Аналитическая часть

4.1 Задачи для самостоятельного контроля студентов.....	56
4.2. Тесты для самостоятельного контроля студентов.....	104
Литература.....	117

**Бабаджанов А. С., Василенко В.С., Кадомцева Л. В.,  
Даминов Р. У., Кенджаева Г.Р., Каледа С.П., Тухватулина  
Э. Р., Поликарпова Н. В., Махмудова Н. Р., Пулатова С. Ш.,  
Валиева Т. А., Мирзакаримова Ф.Р.**

## **ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

**Редактор Г.Рахмонбердиева  
Дизайнер Ж. Полатходжаева  
Компьютерная верстка З.Полатходжаев**

ISBN 978-9943-6381-0-5



6 9789943 638105 4