

Министерство здравоохранения и социальной защиты России
ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»
Кафедра внутренних болезней с курсом поликлинической терапии

«Утверждаю»

проректор по УР академии
д.м.н. проф. Е.Г. Бутолин

«30» августа 2004 г.

**Методические разработки для самоподготовки к прак-
тическим занятиям по предмету «поликлиническая
терапия» (для студентов 4 курса лечебного факультета
дневной формы обучения)**

Ижевск 2004

Авторы-составители:

д.м.н. проф. Л.Т. Пименов

к.м.н. доц. Т.В. Савельева

к.м.н. асс. М.Ю. Васильев

к.м.н. асс. М.В. Замостьянов

к.м.н. асс. С.В. Эшмаков

Рецензенты:

д.м.н. проф. А.А. Санникова

к.м.н. доц. А.В. Ежов

Рекомендовано к использованию в учебном процессе ЦКМС академии

Содержание

<u>Тема 1. Организация и содержание работы участкового врача-терапевта поликлиники. Особенности ведения больных в амбулаторно-поликлинических условиях. Диспансеризация</u>	<u>4</u>
<u>Тема 2. Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Лечение в условиях поликлиники. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. Экспертиза временной нетрудоспособности</u>	<u>11</u>
<u>Тема 3. Ревматизм. Этиология. Патогенез. Классификация. Ревмокардит. Дифференциальный диагноз. Лечение в условиях стационара и поликлиники. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. Экспертиза временной нетрудоспособности</u>	<u>17</u>
<u>Тема 4. Митральные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Диагностика и консервативная терапия. Показания к оперативному лечению. Экспертиза временной нетрудоспособности</u>	<u>21</u>
<u>Тема 5. Экспертиза временной нетрудоспособности при внутренних заболеваниях</u>	<u>24</u>

Тема 1. Организация и содержание работы участкового врача-терапевта поликлиники. Особенности ведения больных в амбулаторно-поликлинических условиях. Диспансеризация

Введение

Поликлиническая служба по своему значению, содержанию и объему занимает в здравоохранении ведущее место. Это самый массовый и наиболее эффективный вид медицинской помощи, обеспечивающий высококвалифицированное медицинское обслуживание населения. Согласно статистическим данным около 80 % больных начинают и заканчивают лечение в условиях поликлиники. Городская и районная поликлиника, а на селе – центральная районная больница, участковая больница и врачебная амбулатория являются главными центрами по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи больным терапевтического профиля. Современная поликлиника является многопрофильным, специализированным лечебно-профилактическим учреждением, в котором доминирующее положение занимает терапевтическая помощь, осуществляемая участковым врачом.

Цель занятия

обсудить вопросы организации и содержания работы участкового терапевта поликлиники, а также особенности ведения больных в амбулаторно-поликлинических условиях, вопросы диспансеризации.

Оборудование

таблицы, учебная доска, слайды, проектор, паспорт участка, контрольные карты диспансерного наблюдения, амбулаторная карта, врачебное свидетельство о смерти, статистический талон для регистрации заключительных диагнозов, экстренное извещение об инфекционном заболевании... ф. № 058/у, рецепты ф. №107/у и 148-1/у-88, на лекарство, содержащее наркотическое вещество, Приказ № 770 от 30.05.1986.

Схема проведения занятия

- Знакомство с терапевтическим отделением поликлиники
- Разбор теоретического материала (опрос)
- Оформление медицинской документации
- Изучение приказа № 770 от 30.05.1986 г.
- Резюме.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Основные структурные подразделения поликлиники.
2. Задачи и функции поликлиники. Оказание квалифицированной и специализированной терапевтической помощи в поликлинике и на дому.
3. Организация работы участкового терапевта. Основные разделы работы:
 - 3.1 Оказание квалифицированной терапевтической помощи в поликлинике и на дому, в т. ч. оказание неотложной медицинской помощи всем обратившимся при острых состояниях.
 - 3.2 Профилактическая работа. Диспансеризация населения.
 - 3.3 Направление и подготовка больного к госпитализации.
 - 3.4 Врачебно-трудовая экспертиза. Участие в работе клинико-экспертной комиссии (КЭК). Направление больного на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК).
 - 3.5 Санитарно-просветительная работа, формирование здорового образа жизни.
 - 3.6 Санитарно-противоэпидемическая работа.
 - 3.7 Направление больных в специализированные учреждения, диспансеры и санатории.
 - 3.8 Анализ заболеваемости населения. Оформление паспорта участка, планирование работы на год, месяц, квартал. Составление отчетов.

Ведение медицинской документации. Оценка качества работы участкового терапевта.

4. Показатели деятельности терапевтического отделения поликлиники. Разделы годового отчета. Понятия заболеваемости, болезненности, летальности и смертности.
5. Основные положения по **диспансеризации** населения. Содержание приказа № 770 от 30.05.86 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения». Критерии эффективности диспансеризации. Обязанности участкового терапевта по проведению ежегодной диспансеризации. Учетная документация.
6. Особенности ведения больных в амбулаторно-поликлинических условиях.

Объем практических умений, который должен быть усвоен

- оформление:
- медицинской карты амбулаторного больного ф. № 025/у, в т.ч. лист записи уточненных диагнозов.
- карты диспансерного наблюдения ф. № 030/у и 131/у.
- справки о временной нетрудоспособности учащегося, студента ф. № 095/у.
- листка нетрудоспособности.
- статистического талона для регистрации заключительных диагнозов ф. № 025/2у.
- экстренного извещения об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, остром профессиональном отравлении, о необычной реакции на прививку ф. № 058/у.
- врачебного свидетельства о смерти.
- рецепта на получение лекарства, содержащего наркотическое вещество.
- рецептов ф. №107/у и 148-1/у-88.

Рекомендуемая литература

1. Медицинская экспертиза: экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза (документы и комментарии). Учебно-методические разработки для врачей-курсантов, интернов и студентов старших курсов (под ред. проф. Л.Т. Пименова). - Ижевск, 2000. – 63 с.

2. Поликлиническая терапия. Учебно-методическое пособие. Под ред. проф. Л.Т. Пименова. – Ижевск, 2000. – 192 с.

3. Поликлиническая терапия. Учебник для студентов медицинских вузов под ред. проф. А.Я. Крюковой. – Уфа, 2000. – 276 с.

4. Поликлиническая терапия: Учебник / Под ред. В.А. Галкина. – М.: Медицина, 2000. – 256 с.

5. Периодическая медицинская печать: журналы «Справочник поликлинического врача», «Лечащий врач», «Российский медицинский журнал» и др., «Медицинская газета».

Информационный материал

Положение о враче-терапевте участковом (приложение N 44 к приказу МЗ СССР N 1000 от 23.09.81 г)

1. Врач-терапевт участковый обеспечивает в поликлинике (амбулатории) и на дому квалифицированную терапевтическую помощь населению, проживающему на закрепленном участке.

2. Назначение и увольнение врача – терапевта участкового осуществляется руководителем учреждения в соответствии с действующим законодательством.

3. Врач-терапевт участковый в своей работе подчиняется непосредственно заведующему терапевтическим отделением, в случае его отсутствия – руководителю поликлиники (амбулатории).

4. Врач-терапевт участковый обязан обеспечить:

своевременную квалифицированную терапевтическую помощь населению участка в поликлинике (амбулатории) и на дому;

экстренную медицинскую помощь больным, независимо от их места жительства, в случае их непосредственного обращения при возникновении острых состояний, травм, отравлений;

своевременную госпитализацию терапевтических больных, с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации;

консультацию больных в необходимых случаях заведующим терапевтическим отделением, врачами других специальностей поликлиники (амбулатории) и других учреждений здравоохранения;

использование в своей работе современных методов профилактики, диагностики и лечения больных, в том числе комплексной терапии и восстановительного лечения (медикаментозные средства, диетотерапия, лечебная физкультура, массаж, физиотерапия и др.);

экспертизу временной нетрудоспособности больных в соответствии с действующим положением об экспертизе временной нетрудоспособности;

организацию и проведение комплекса мероприятий по диспансеризации взрослого населения участка (выявление, взятие на учет, динамическое наблюдение, лечебно-оздоровительные мероприятия) в соответствии с перечнем нозологических форм, подлежащих диспансерному наблюдению у врача-терапевта, анализ эффективности и качества диспансеризации;

выдачу заключений жителям своего участка, проходящим медицинские осмотры и отъезжающим за рубеж;

организацию и проведение профилактических прививок и дегельминтизации населения участка;

раннее выявление, диагностику и лечение инфекционных заболеваний, немедленную сигнализацию заведующему терапевтическим отделением (а при его отсутствии – руководству учреждения) и врачу кабинета инфекционных заболеваний обо всех случаях инфекционных заболеваний или подозрительных на инфекцию больных, о пищевых и профессиональных отравлениях, обо всех случаях нарушения режима и невыполнения противоэпидемических требований инфекционными больными, оставляемыми для лечения на дому. Направление в соответствующую СЭС экстренного извещения;

систематическое повышение своей квалификации и уровня медицинских знаний участковой медицинской сестры;

активное и систематическое проведение санитарно-просветительной работы среди населения участка, борьбу с вредными привычками и подготовку общественного актива участка.

5. Работа врача-терапевта участкового осуществляется по графику работы, утвержденному заведующим отделением (руководителем учреждения), в котором предусматриваются фиксированные часы амбулаторного приема больных, помощь на дому, профилактическая и другая работа. Распределение времени приема и помощи на дому определяется в зависимости от численности и состава населения участка, от сложившейся посещаемости и др.
6. Работа врача-терапевта участкового поликлинического отделения больницы строится по системе чередования. Периодичность и длительность работы врача-терапевта участкового в стационаре устанавливается администрацией учреждения, но не менее 3 месяцев в каждые 2 года.

Для повышения квалификации врачи-терапевты участковые должны направляться в институты (факультеты) усовершенствования врачей, на курсы усовершенствования и специализации при медицинских высших учебных заведениях, научно-исследовательских учреждениях и крупных учреждениях здравоохранения – не реже 1 раза в 5 лет.

К особенностям ведения больных амбулаторно-поликлинических условиях большое место занимает диагностика состояния, с которым обратился к участковому врачу пациент. Как врач первого контакта, участковый врач-терапевт видит больного или в дебюте острой болезни, когда заболевание представлено моносимптомом, или, наоборот, когда имеется большое число сопутствующих заболеваний с разнообразными жалобами и объективными данными. Чрезвычайно важно в работе участкового терапевта помнить «Золотой стандарт» схемы дифференциальной диагностики - от симптомов к ведущему синдрому, от него через диагностический алгоритм к нозологическому диагнозу. Именно для участкового врача-терапевта чрезвычайно важно с помощью анамнеза и физического обследования выяснить, где нужна углубленная лабораторная и техническая диагностика. Грамотная формулировка диагноза с учетом стадии, фазы, тяжести, ведущих клинических синдромов, функциональной характеристики пораженного органа – основа адекватных лечебных мероприятий. Если пациент страдает многими болезнями, необходимо выделить основное заболевание, осложнения основного, фоновое заболевание, сопутствующее заболевание. Закономерные сочетания болезней называются синдропами. Самая частая из них – наличие у пациента ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, ожирения, сахарного диабета, желчно-каменной болезни, деформирующего остеоартроза. При этом участковому терапевту следует избегать полипрагмазии. В условиях поликлиники назначаемый комплекс лечебно-оздоровительных процедур должен быть минимальным, необременительным для пациента, в том числе с экономической точки зрения. Первая запись в рекомендациях по лечению - о режиме, который для амбулаторного больного может быть: амбулаторным, домашним, постельным, санаторным и режимом дневного стационара. Следующая запись - о диете. Затем указываются необходимые медикаменты с дозами и кратностью приёма. Больному следует кратко и доступно рассказать об эффекте каждого из фармакопрепаратов. Необходимо иметь в виду, что нередко в этой ситуации лечению могут "мешать" члены семьи, уже знающие данный препарат с отрицательной стороны. Крайне важно, перед началом лечения понять личностные характеристики пациента, тогда беседа по лечению будет носить более эффективный характер. Лечебная программа строится обычно в соответствии с типологией болезни, определяющейся сочетанием ряда факторов: нозологии, тяжести, темпами прогрессирования органной патологии (органы-мишени), фоновых болезней, возраста и пола пациента, личностной реакции на болезнь. Эта мера индивидуальности адекватна современному состоянию научной медицины (Р.А. Галкин и соавт., 2000).

Таким образом, *оказание квалифицированной терапевтической помощи участковым врачом-терапевтом включает в себя следующие особенности:*

- 1) он принимает пациентов в поликлинике и обеспечивает вызов на дому (по встрече с ним пациенты судят о всей системе здравоохранения),
- 2) участковый врач имеет дело зачастую с недифференцированной патологией и с диагнозами на ранней стадии,
- 3) при постановке диагноза, в условиях ограниченного временного интервала, врач проводит обобщение физических, психологических и социальных факторов,
- 4) при каждом общении с больным проявляет настороженность в плане онкопатологии, туберкулёза, ВИЧ-инфекции (других инфекционных заболеваний),
- 5) должен знать все медико-экономические стандарты по оказанию лечебно-диагностической помощи, формуляры МЗ РФ по лечению,

б) должен знать и владеть технологией оказания неотложной (догоспитальной) помощи,

7) во всех действиях и решениях участкового врача должна быть профилактическая направленность,

8) его ежедневная работа требует высокого искусства в общении с людьми (больным, его родственниками, со смежными специалистами-консультантами),

9) осуществлять постоянное наблюдение за больными с хроническими, обостряющимися или терминальными заболеваниями,

10) знать состояние лекарственного обеспечения,

11) обеспечивать преемственность в осуществлении лечебно-диагностической помощи,

12) владеть санитарно-эпидемиологической ситуацией на своём участке,

13) принимать решение по всем проблемам обратившегося к нему больного.

Таким образом, *в содержании работы участкового врача-терапевта можно выделить следующие разделы:* - лечебно-диагностический, реабилитационный, профилактический, противоэпидемический, санитарно-просветительный, ведение оперативно-учётной документации.

Учет работы участковых терапевтов, подразделений поликлиники и всего амбулаторного учреждения

Понятия, которые необходимы для проведения статистического анализа работы участкового терапевта и поликлиники в целом.

Первичная заболеваемость – это совокупность болезней, впервые выявленных (зарегистрированных) у населения в данном году.

Общая заболеваемость (болезненность) – это совокупность впервые выявленных и вновь зарегистрированных случаев хронических (ранее диагностированных) заболеваний в данном году.

Распространенность заболеваний – это совокупность всех первичных, вновь обнаруженных и имеющихся, т.е. накопленных заболеваний, учитываемых за последние 3 года.

Изучение заболеваемости проводится различными путями:

1. обращаемость населения за медицинской помощью в ЛПУ. Заболеваемость по обращаемости учитывает все случаи первичных обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения и госпитальную заболеваемость, т.е. все случаи госпитализации в больницы. Однако изучение заболеваемости по обращаемости не в полной мере отражает истинную заболеваемость населения обслуживаемого участка, так как часть больных по тем или иным причинам может не обращаться в амбулаторно-поликлинические учреждения.

2. Результаты медицинских осмотров отдельных групп населения – заболеваемость по данным медицинских осмотров.

3. Изучение заболеваемости дополняется учетом данных о причинах смерти. Некоторая, хотя и небольшая часть заболеваний, регистрируется только по этому источнику (в случае смерти пациентов на дому ранее не обращавшихся за медицинской помощью в ЛПУ). В подобных случаях заболевание регистрируется на основании выдачи врачебного свидетельства о смерти. Показатель смертности – это отношение числа случаев смерти за год к средней численности населения, выраженное в промилле.

4. сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих и служащих (в связи с наличием заболевания).

5. численность, состав и летальность госпитализированных больных по данным стационаров.

Основные показатели, характеризующие работу поликлиники

- динамика посещений поликлиники
- выполнение плана посещений

- участковость на приеме у терапевта
- показатель участковости
- участковость на дому
- показатель активности врачебной помощи на дому
- нагрузка врачей на приеме в поликлинике
- нагрузка врачей при помощи больным на дому
- качество врачебной диагностики.

Диспансеризация – метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья всех групп населения, как здоровых, так и больных. *Основная цель диспансеризации* - проведение комплекса социальных, профилактических и лечебно-оздоровительных (медицинских) мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения, предупреждение развития заболеваний, снижение заболеваемости и инвалидизации, увеличение активного долголетия людей. *Задачи диспансеризации*: изучение и устранение причин, способствующих возникновению и распространению заболеваний, активное выявление и лечение заболеваний в начальных стадиях, предупреждение рецидивов заболевания и развития осложнений, сохранение трудоспособности и предупреждение выхода на инвалидность. Организация и проведение диспансеризации населения осуществляется согласно приказа МЗ СССР № 770 от 30. 05. 86 г. «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения». *Функциональные обязанности участкового врача-терапевта в проведении диспансеризации*: - учет обслуживаемого населения; - планирование и участие в проведении профилактических осмотров; - разделение населения на группы диспансерного наблюдения; - отбор лиц подлежащих диспансерному наблюдению; - осуществление динамического наблюдения за больными, состоящими на диспансерном учете; - проведение необходимых диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий населению участка по индивидуальному плану; - обеспечение взаимосвязи и преемственности в работе с отделением профилактики и врачами других специальностей; - оформление медицинской документации.

Кабинет диспансеризации входит в состав отделения профилактики, а при его отсутствии действует как структурное подразделение поликлиники. Работу в кабинете диспансеризации осуществляет средний медицинский персонал. Руководство и контроль за деятельностью кабинета диспансеризации осуществляет заведующий отделением профилактики, а при его отсутствии главный врач поликлиники (заведующий поликлиникой). Сотрудники кабинета диспансеризации осуществляют:

- учет здоровых и больных лиц, состоящих под диспансерным наблюдением;
- рассылку приглашений лицам состоящим на диспансерном учете с просьбой посетить врача в установленный срок с указанием даты, места и времени приема врача;
- контроль за явкой к врачу диспансерных больных;
- разработку планов мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний на территории, обслуживаемой поликлиникой;
- организацию и проведение профилактических осмотров;
- заполнение контрольной карты диспансерного наблюдения (ф. № 030/у).

Выделяют 3 группы диспансерного наблюдения:

1. Здоровые (Д-I) – лица, не предъявляющие жалоб, у которых в анамнезе и при осмотре не выявлено хронических заболеваний и нарушений функций отдельных органов и систем. Сюда же относятся и лица с так называемыми пограничными состояниями. Наблюдение в отделении профилактики (обследование 1 раз в год).

2. Практически здоровые (Д-II) – лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но без обострений в течение нескольких лет (в фазе стойкой ремиссии). Наблюдение в отделении профилактики (обследование 2 раза в год).

3. Больные, нуждающиеся в лечении (Д-III) – лица, с компенсированным течением заболевания; лица, с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и

продолжительными потерями трудоспособности; лица, с декомпенсированным течением заболевания, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности. Наблюдение у участкового (цехового) врача-терапевта (обследование в соответствии с характером течения заболевания).

Об эффективности диспансеризации позволяют судить следующие показатели:

- перевод пациентов из одной диспансерной группы в другую;
- процентное соотношение состоящих в группах диспансерного наблюдения);
- заболеваемость с временной утратой трудоспособности (в случаях и днях);
- частота выхода диспансеризуемых на первичную инвалидность;
- изменение группы инвалидности (с I на II или со II на III группу);
- летальность и смертность среди лиц состоящих под диспансерным наблюдением.

Следует иметь ввиду, что критерии, отражающие сдвиги в состоянии лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, нельзя унифицировать. Они различны для здоровых и больных, для страдающих острыми и хроническими заболеваниями. Поэтому оценку эффективности диспансеризации следует проводить дифференцированно, исходя из группы диспансерного наблюдения.

Тема 2. Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Лечение в условиях поликлиники. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. Экспертиза временной нетрудоспособности

Введение

Артериальная гипертония – заболевание, при котором характерно повышение уровня артериального давления и хроническое прогрессирующее течение. Актуальность вопроса определяется широкой распространенностью (по данным литературы частота только артериальной гипертонии в популяции составляет порядка 15-20%). Социальное и медицинское значение определяется с одной стороны существенным снижением качества жизни у данной категории населения, с другой стороны, сформировавшимся мнением, даже у врачей, как к неопасному состоянию. Последнее определяет недостаточно активные действия врачей и самого пациента, закрепляя тем самым представление, что ряд жалоб пациента: снижение физической и умственной работоспособности, головные боли, головокружения и мелькание мушек перед глазами – с определенного возраста является неотъемлемым «спутником» жизни.

Цель занятия

изучить основные положения по проблеме ГБ (этиологию, патогенез (кратко), классификацию, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение, неотложную помощь, экспертизу трудоспособности); особенности ведения данной категории больных в амбулаторно-поликлинических условиях.

Схема проведения занятия

1. Тест-контроль по теме занятия.
2. Разбор теоретического материала (опрос).
3. Клинический разбор больного с гипертоническим синдромом.
4. Изучение приказа № 770 от 30.05.1986г. (по соответ. разделу).
5. Оформление медицинской документации.
6. Итоговый контроль.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Классификация ГБ (по уровню АД).
2. Неотложные состояния и помощь (типы кризов, отек легких, острая коронарная недостаточность, энцефалопатии).
3. Комплекс лабораторно-инструментальных исследований в диагностике ГБ.
4. Показания к плановой и экстренной госпитализации.
5. Лечение ГБ.
6. Диспансерное наблюдение больных, первичная и вторичная профилактика.
7. Вопросы экспертизы временной нетрудоспособности.
8. Критерии злокачественной АГ.

Объем практических умений, который должен быть усвоен:

9. Провести амбулаторный прием больного с ГБ: собрать анамнез, провести физическое обследование, сформулировать диагноз, провести экспертизу трудоспособности и определить показания к госпитализации, показания к направлению на МСЭК; уметь снять и расшифровать ЭКГ.
10. Интерпретация результатов основных лабораторных и инструментальных показателей при ГБ.
11. Поставить (предположить) диагноз ГБ.
12. Назначить необходимый комплекс лабораторно-инструментальных методов, провести анализ полученных результатов и дифференциальную диагностику.
13. Оказать экстренную медицинскую помощь (в условиях поликлиники).
14. Оформить следующую медицинскую документацию (амбулаторная карта, листок нетрудоспособности, направление больного на МСЭК, санаторно-курортная карта).
15. Уметь выписать рецепты на следующие препараты (анаприлин, верапамил, энам, гипотиазид, престариум, эгилон, нифедипин, амлодипин, пропранолол, эналаприл, каптоен).
16. Дать рекомендации по коррекции питания, режиму труда и отдыха больному с ГБ.

Рекомендуемая литература:

1. Артериальная гипертония: стратегия и тактика. / Ю.А. Карпов, Е.В. Сорокин. – М., 2003. – 208 с.
2. Внутренние болезни: учебник в 2-х т./Под редакцией А.И.Мартынова, Н.А.Мухина, В.С.Моисеева. – М., 2001.- 358 с.
3. Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии. – М., 2001.
4. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. В.И.Метелица. – М., 2002. – 284 с.
5. Шулутко Б.И., Макаренко С.В.. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. 2 изд. – СПб, 2004. – 800 с.
6. Периодическая медицинская печать - журналы «Кардиология», «Клиническая медицина», «Терапевтический архив», «Геронтология», «Врач», «Лечащий врач», «Справочник поликлинического врача» и др.
7. Материал лекционного курса.

Информационный материал

Таблица 1. Определение и классификация уровней АД (ЕОАГ, 2003)

Категория	САД мм.рт.ст.	ДАД мм.рт.ст.
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	120–129	80–84
Высокое нормальное	130–138	85–89
Степень 1 (мягкая)	140–159	90–99
Степень 2 (умеренная)	160–179	100–109
Степень 3 (тяжелая)	180	110
Изолированная систолическая АГ	140	<90

При измерении АД следует уделять внимание следующим пунктам (ВНОК, 2001):• Перед измерением больной должен в течение нескольких минут посидеть спокойно в тихой комнате.• Следует выполнить как минимум два измерения с

интервалом в 1–2 мин и произвести дополнительные замеры, если первые два измерения сильно различаются. • Следует использовать стандартную манжету (12–13 см в длину и 35 см в ширину), но иметь также больший и меньший размеры для очень тонкой или толстой руки соответственно. • Манжета должна быть на уровне сердца независимо от положения больного. • Используйте I и V (исчезновение) фазу тонов Короткова для оценки систолического и диастолического АД соответственно. • Первоначально измерьте АД на обеих руках для оценки возможных различий из-за периферического сосудистого сопротивления. При использовании аускультативного метода за референтные значения следует брать ту конечность, на которой АД выше. • У пожилых, больных сахарным диабетом и в других ситуациях, когда часто встречается или может быть заподозрена ортостатическая гипотензия, следует измерить АД через 1 и 5 мин после перехода в положение стоя. • Измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС) производится по пульсу за 30 с после второго измерения АД в положении сидя. Основной целью лечения больных с АГ является максимальное снижение суммарного риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Достижение этой цели требует коррекции всех модифицируемых факторов риска, включая курение, дислипидемию, диабет, а также адекватного лечения ассоциированных клинических состояний наряду с собственно снижением АД. На основании имеющихся данных, полученных в ходе клинических исследований, можно рекомендовать снижение как САД, так и ДАД менее 140/90 мм рт. ст. и менее 130/80 мм рт. ст. у больных сахарным диабетом.

Алгоритм врачебной тактики лечения больных ГБ (ВНОК, 2001)

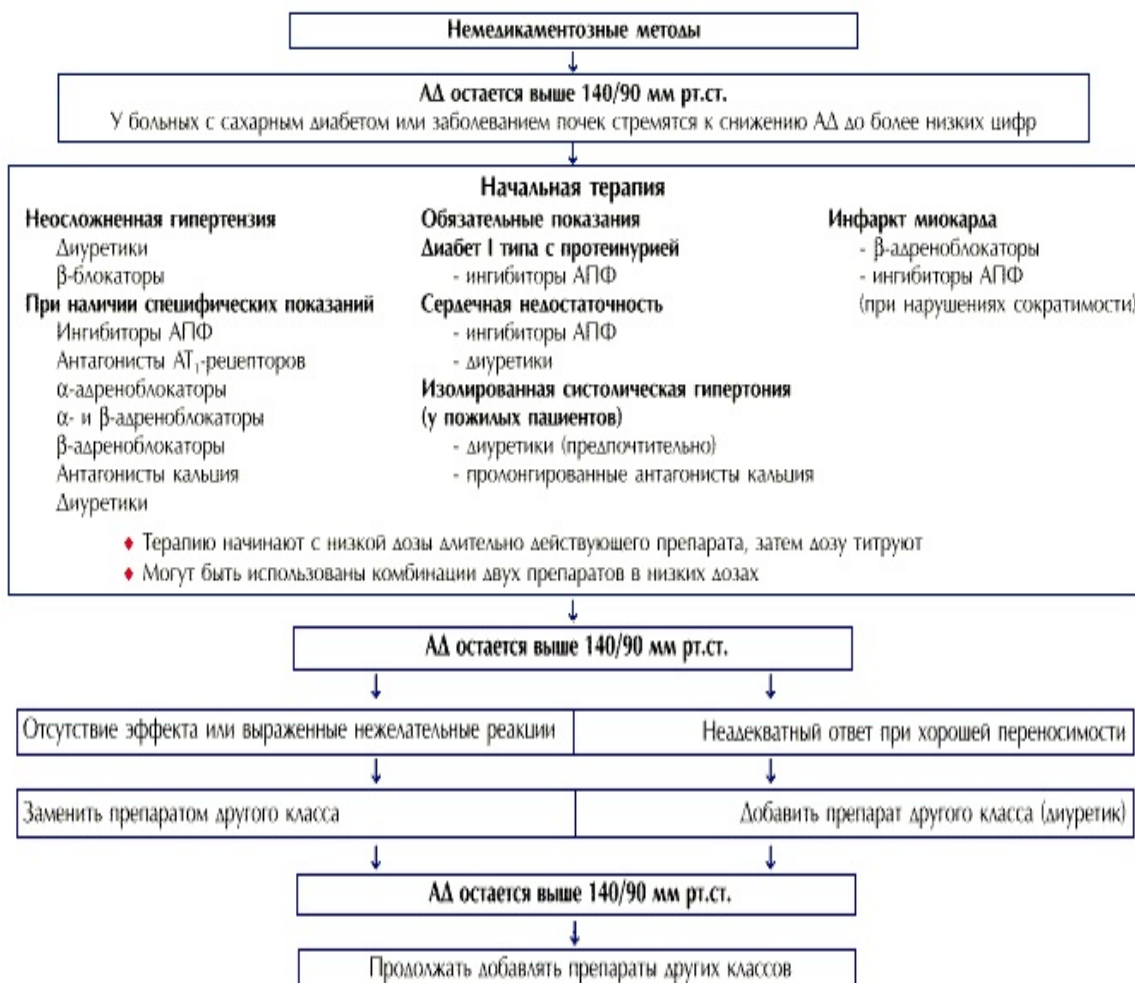


Таблица 2. Рекомендации по выбору лекарственных препаратов для лечения ГБ (МОГ, 2001)

Класс препаратов	Абсолютные показания	Абсолютные противопоказания
Диуретики Бета-блокаторы Ингибиторы АПФ Антагонисты кальция адреноблокаторы Антагонисты рецепторов к ангиотензину II Агонисты имидазолиновых рецепторов	Сердечная недостаточность Пожилые пациенты Систолическая гипертензия Стенокардия Перенесенный ИМ Тахикардия Сердечная недостаточность Левосторонняя недостаточность Острая дисфункция Перенесенный ИМ Диабетическая нефропатия Стенокардия Пожилые больные Систолическая гипертензия Гипертрофия предстательной железы Кашель при приеме ИАПФ Метаболический синдром	Подагра Астма и хронический обструктивный бронхит Блокада проводящих путей сердца* Беременность Гиперкалиемия Двусторонний стеноз почечных артерий Блокада проводящих путей сердца** Беременность Двусторонний стеноз почечных артерий

Примечание. * - атриовентрикулярная блокада 2-ой или 3-ей степени, ** - атриовентрикулярная блокада 2-ой или 3-ей степени для верапамила или дилтиазема

Неотложные состояния

Неотложной терапии требует такое повышение АД, которое ведет к появлению или усугублению симптомов со стороны «органов-мишеней»: нестабильной стенокардии, инфаркту миокарда, острой левожелудочковой недостаточности, расслаивающей аневризме аорты, эклампсии, инсульту, отеку соска зрительного нерва. Незамедлительное снижение АД может потребоваться также при травме центральной нервной системы, у послеоперационных больных, при угрозе кровотечения и др.

Гипертонический криз (ГК) — внезапное повышение артериального давления, сопровождающееся клинической симптоматикой и требующее его незамедлительного снижения. Существует большое количество классификаций ГК, но наибольшее признание и распространение получила простая для выбора тактики ведения пациентов классификация, выделяющая два типа кризов:

Классификация ГК (ВОЗ-МОАГ, 1999, ДАГ-1, 2000)

1. Жизнеугрожающий ГК, при которых необходимо немедленно снизить уровень АД (необязательно до нормального) в целях предотвращения или ограничения потенциально фатального поражения органов-мишеней.

2. Нежизнеугрожающий ГК. Не сопровождается острым развитием поражения органов-мишеней и не требует немедленного начала интенсивной антигипертензивной терапии. Снижение АД желательно.

Таблица 3. Состояния, ассоциированные с ГК и определяющие их классификацию как жизнеугрожающие и нежизнеугрожающие (В. С. Моисеев, Ж.Д. Кобалава, 2002)

Критические состояния при АГ	Некритические состояния при АГ
Острая гипертоническая энцефалопатия Внутричерепное кровоизлияние Субарахноидальное кровоизлияние Острый инфаркт миокарда	Тяжелая (САД>240 мм.рт.ст. и/или ДАД>120 мм.рт.ст.) без острых осложнений Злокачественная гипертония без острых

Нестабильная стенокардия Острая левожелудочковая недостаточность и отек легких Быстро прогрессирующая почечная недостаточность Острое расслоение аорты Эклампсия или тяжелая гипертония во время беременности Криз при феохромоцитоме Травма головы Тяжелые кровотечения: носовые и при несостоятельности сосудистого шва	осложнений Обширные ожоги* Острый гломерулонефрит с тяжелой гипертонией* Криз при склеродермии* Острый системный васкулит с тяжелой гипертонией* Периоперационная гипертония* Лекарственно-индуцированная гипертония* (иногда возможно развитие неотложной гипертонии).
--	---

Примечание: * - иногда возможно развитие неотложной гипертонии.

Парентеральные препараты для лечения кризов:

Вазодилататоры:

- Нитропруссид натрия (может повышать внутричерепное давление)
- Нитроглицерин (предпочтителен при ишемии миокарда)
- Энаприлат (предпочтителен, при наличии СН)

Антиадренергические средства:

- Фентоламин (при подозрении на феохромоцитому)

Диуретики:

- Фуросемид

Ганглиоблокаторы:

- Пентамин

Нейролептики:

- Дроперидол

АД должно быть снижено на 25% в первые 2 ч и до 160/100 мм рт.ст. в течение последующих 2-6 ч. Не следует снижать АД слишком быстро, чтобы избежать ишемии ЦНС, почек и миокарда. При уровне АД выше 180/120 мм рт.ст. его следует измерять каждые 15-30 мин. Состояния, при которых требуется снижение АД в течение нескольких часов. Само по себе резкое повышение АД, не сопровождающееся появлением симптомов со стороны других органов, требует обязательного, но не столь неотложного вмешательства и может купироваться пероральным приемом препаратов с относительно быстрым действием (в-блокаторы, антагонисты кальция (нифедипин), клонидин, короткодействующие ингибиторы АПФ, петлевые диуретики, празозин).

Лечение больного с неосложненным гипертоническим кризом может проводиться амбулаторно. К числу состояний, требующих относительно срочного вмешательства, относится злокачественная артериальная гипертония (ЗАГ). Под данным синдромом понимается состояние крайне высокого АД, обычно АД (д) превышает 120 мм рт.ст.) с развитием выраженных изменений со стороны сосудистой стенки, что ведет к ишемии тканей и нарушению функции органов. В развитии ЗАГ принимает участие активация множество гормональных систем, что приводит к увеличению натрийуреза, гиповолемии, а также повреждению эндотелия и пролиферации гладкомышечных клеток интимы. Все эти изменения сопровождаются дальнейшим выбросом вазоконстрикторов и еще большим повышением АД. Озлокачествление течения возможно как при ГБ, так и при других АГ. Синдром ЗАГ обычно проявляется прогрессированием почечной недостаточности, снижением зрения, похуданием, симптомами со стороны ЦНС, изменениями реологических свойств крови вплоть до ДВС-синдрома и гемолитической анемии. У пациентов с ЗАГ требуется применение комбинаций трех и более препаратов.

При лечении тяжелой АГ следует помнить о возможности избыточного выведения натрия, особенно при интенсивном введении мочегонных, что сопровождается дальнейшей активацией ренин-ангиотензиновой системы и повышением АД. Больной со злокачественным течением АГ должен быть еще раз прицельно обследован на предмет вторичной АГ.

Показания к госпитализации

Неясность диагноза и необходимость проведения специальных (чаще инвазивных) исследований для уточнения формы АГ

Трудность в подборе медикаментозной терапии (частые кризы, резистентная к проводимой терапии АГ)

Показания к экстренной госпитализации

Гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе

Гипертонический криз с выраженными проявлениями гипертонической энцефалопатии

Осложнения ГБ, требующие интенсивной терапии и постоянного врачебного наблюдения (инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, остро возникшее нарушение зрения, отек легких и т.д.)

Показания к выдаче листка нетрудоспособности

Обследование для уточнения диагноза

Необходимость подбора терапии

Гипертонический криз

Показания для направления больного на МСЭК

Быстро прогрессирующий (злокачественный) вариант АГ,

Острые осложнения АГ (инсульт, острый инфаркт миокарда и др.)

Стойкая декомпенсация функционирования органов-мишеней.

Тема 3. Ревматизм. Этиология. Патогенез. Классификация. Ревмокардит. Дифференциальный диагноз. Лечение в условиях стационара и поликлиники. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. Экспертиза временной нетрудоспособности

Цель занятия

Овладеть знаниями и умениями в области диагностики, лечения и профилактики ревматизма: Изучить вопросы этиологии, патогенеза, классификации, диагностики, лечения, диспансеризация, профилактика, экспертиза временной нетрудоспособности; разобрать особенности поликлинического этапа лечения больных ревматической лихорадкой.

Схема проведения занятия

1. Тест-контроль по теме занятия.
2. Разбор теоретического материала (опрос).
3. Оформление медицинской документации (амбулаторная карта, листок нетрудоспособности, рецепты).
4. Анализ результатов лабораторно-инструментальных исследований.
5. Клиническая демонстрация пациента с ревматическим пороком сердца.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Современные представления об этиологии и патогенезе острой ревматической лихорадки (ОРЛ).
2. Классификация ревматизма.
3. Клиническая картина. Особенности современного течения ОРЛ. Исходы.
4. Диагностика. Диагностические критерии Киселя-Джонса-Нестерова (в современной модификации). Дифференциальный диагноз.
5. Этапы лечения больных ОРЛ. Современные схемы лечения.
6. Диспансеризация пациентов, перенесших ОРЛ.
7. Первичная и вторичная профилактика ОРЛ.

Объем практических умений, который должен быть усвоен

1. Опрос и физическое исследование пациента с ОРЛ или ревматическим пороком сердца.
2. Назначение необходимого комплекса лабораторно-инструментальных исследований и интерпретация полученных результатов.
3. Оформление медицинской документации в условиях поликлиники (амбулаторная карта, листок нетрудоспособности, направление на МСЭК).
4. Назначение лекарственных средств, схем лечения. Оформление рецептурных бланков при назначении основных лекарственных препаратов.
5. Ведение диспансерного наблюдения за пациентом, перенесшим ОРЛ.

Рекомендуемая литература

1. Белов Б.С. Острая ревматическая лихорадка: современное состояние проблемы / Б.С.Белов // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12. – № 6.
2. Ермолина Л. М. Острая ревматическая лихорадка. Хронические ревматические болезни сердца / Л.М.Ермолина. – М.: ООО "Издательский дом "М-Вести". – 2004. – 184 с.
3. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 2. Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани. Диагностика эндокринных заболеваний / А.Н.Окорочков. – М. Мед. лит., 2003. – 576 с.
4. Ревматические болезни. Под ред. В.А. Насоновой, Н. В. Бунчука.- М., 1997. – 520 с.

Информационный материал

Определение

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) – постинфекционное осложнение тонзиллита (ангины) или фарингита, вызванных -гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно–сосудистой системе (кардит), суставах (мигрирующий полиартрит), мозге (хорея) и коже (кольцевидная эритема, ревматические узелки), развивающееся у предрасположенных лиц, главным образом, молодого возраста (7–15 лет), в связи с аутоиммунным ответом организма на антигены стрептококка и перекрестной реактивностью со схожими аутоантигенами поражаемых тканей человека (феномен молекулярной мимикрии).

Классификация

Таблица 1 Классификация ревматической лихорадки (Ассоциация ревматологов России, 2003)

Клинические варианты	Клинические проявления		Исход	Стадия НК	
	основные	дополнительные		СВ ¹	NYHA ²
О с т р а я ревматическая лихорадка	Кардит Полиартрит Хорея Кольцевидная эритема	Лихорадка Артралгии Абдоминальный синдром Серозиты	Выздоровление Х р о н и ч е с к а я ревматическая болезнь сердца: - без порока сердца ³ - порок сердца ⁴	0 I IIА IIБ III	0 I II III IV
П о в т о р н а я ревматическая лихорадка	Подкожные ревматические узелки				

Примечание:

¹ Классификация по Н.Д.Стражеско и В.Х.Василенко

² Функциональный класс по NYHA

³ Возможно наличие поствоспалительного краевого фиброза створок без регургитации, которое уточняется при помощи Эхо-КГ

⁴ При наличии впервые выявленного порока сердца необходимо, по возможности, исключить другие причины его формирования (инфекционный эндокардит, первичный антифосфолипидный синдром, кальциноз клапанов дегенеративного генеза и др.)

Диагностика

Таблица 2 Критерии Джонса, применяемые для диагностики ОРЛ (в модификации Ассоциации ревматологов России, 2003)

Б о л ь ш и е критерии	Малые критерии	Д а н н ы е , подтверждающие предшествовавшую А-стрептококковую инфекцию

Кардит Полиартрит Хорея Кольцевидная эритема Подкожные ревматические узелки	Клинические	Артралгия Лихорадка	П о з и т и в н а я А - стрептококковая культура, выделенная из зева, или положительный тест быстрого определения А - стрептококкового антигена. П о в ы ш е н н ы е или повышающиеся титры противострептококковых антител
	Лабораторные	П о в ы ш е н н ы е острофазовые реактанты: СОЭ, С-реактивный белок	
	Инструментальные	Удлинение интервала PR на ЭКГ Признаки митральной или аортальной регургитации при Доплер-Эхо-КГ	

Примеры клинического диагноза

Формулировка диагноза	МКБ 10
Острая ревматическая лихорадка: кардит (митральный вальвулит), мигрирующий полиартрит, НК I (ФК I).	I01.1
Острая ревматическая лихорадка: хорея, НК 0 (ФК 0)	I02.9
Повторная ревматическая лихорадка: кардит. Сочетанный митральный порок сердца. НК IIА (ФК II)	I01.9
Хроническая ревматическая болезнь сердца: поствоспалительный краевой фиброз створок митрального клапана. НК 0 (ФК 0)	I05.9
Хроническая ревматическая болезнь сердца: комбинированный митрально-аортальный порок сердца. НК IIБ (ФК III)	I08.0

Лечение

1. Этиотропная терапия осуществляется бензилпенициллином в суточной дозе 1 500 000 – 4 000 000 ЕД у подростков и взрослых и 400 000 – 600 000 ЕД у детей в течение 10 – 14 дней с последующим переходом на применение пролонгированной формы препарата (бензатинбензилпенициллин). В случаях непереносимости препаратов пенициллина показано назначение одного из антибиотиков, используемых в терапии хронического рецидивирующего тонзиллофарингита (см. далее).

2. Патогенетическое лечение: нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак, индометацин 150 мг в сутки) в течение 2-х месяцев. Преднизолон в настоящее время используется преимущественно в детской кардиоревматологии, особенно при ярко и умеренно выраженном ревмокардите и полисерозитах. Препарат назначают в суточной дозе 20 – 30 мг до достижения терапевтического эффекта, как правило, в течение 2 недель, с последующим снижением дозы (2,5 мг каждые 5 – 7 дней) вплоть до полной отмены.

3. Симптоматическая терапия (компенсация сердечной недостаточности, устранение нарушений ритма).

4. Метаболическая терапия.

Первичная профилактика

Основу первичной профилактики ОРЛ составляют своевременная диагностика и адекватная терапия активной стрептококковой инфекции глотки (ангина, фарингит). Схема применения антибактериальных препаратов представлена в табл. 3.

Вторичная профилактика

Вторичная профилактика направлена на предупреждение повторных атак и прогрессирование заболевания у лиц, перенесших ОРЛ, и предусматривает **регулярное введение пенициллина пролонгированного действия** (бензатинбензилпенициллина). Совместные исследования, выполненные в Институте ревматологии РАМН и Государственном научном центре по антибиотикам, показали, что в настоящее время высокоэффективным и безопасным лекарственным средством вторичной профилактики

ОРЛ является **бензатинбензилпенициллин** (ретарпен, экстенциллин), назначаемый в дозе 2,4 млн. ЕД внутримышечно каждые 3 недели.

При отсутствии обострений ревматизма в течение 5 лет или достижении 25-летнего возраста введение бензатинбензилпенициллина можно прекратить.

Таблица 3 Лечение стрептококковой носоглоточной инфекции

Инфекция	Терапия		
	антибиотик	суточная доза	дни лечения
О с т р ы й тонзиллофарингит	Бензилпенициллин	1 500 000 – 4 000 000 ЕД / сутки + 1 инъекция бензатинбензилпенициллина	10
	Амоксициллин	1,5 г (для взрослых и детей старше 12 лет)	10
	Макролиды		
	Спирамицин	6 000 000 ЕД в 2 приема	5 – 7
Хронический	Азитромицин	0,5 г – 1-й день, затем 0,25 г в 1 прием	5
Рецидивирующий	Рокситромицин	0,3 г в 2 приема	6 – 7
	klarитромицин	0,5 г в 2 приема	8 – 10
Тонзиллофарингит	Комбинированные п р е п а р а т ы амоксициллин/клавула нат	1,875 г в 3 приема	10
	О р а л ь н ы е цефалоспорины		
	цефалексин	2 г в 4 приема	10
	цефаклор	0,75 г в 3 приема	7 – 10
	цефуроксим – аксетил	0,5 г в 2 приема	7 – 10
	цефиксим	0,4 г в 2 приема	7 – 10

Тема 4. Митральные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Диагностика и консервативная терапия. Показания к оперативному лечению. Экспертиза временной нетрудоспособности

Введение

Митральные пороки – часто встречающиеся приобретенные пороки сердца. В большинстве случаев причиной их возникновения является ревматизм. Поражая людей самого различного возраста, пороки сердца ведут к потере трудоспособности, представляя, таким образом, и социальную проблему. Несмотря на достаточную изученность клинической картины, ошибки в диагностике пороков сердца встречаются нередко. А своевременный и правильный диагноз может обеспечить их радикальное излечение кардиохирургическим путем. Вместе с тем нелеченные пороки сердца ведут к таким фатальным осложнениям как хроническая сердечная недостаточность, нарушения ритма (фибрилляция предсердий), острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, альвеолярный отек легких), тромбоэмболические осложнения.

Цель занятия

Овладеть знаниями и умениями в области диагностики, лечения и профилактики митральных пороков сердца; изучить вопросы экспертизы временной нетрудоспособности.

Схема проведения занятия

1. Тест-контроль по теме занятия.
2. Разбор теоретического материала (опрос).
3. Оформление медицинской документации (амбулаторная карта, листок нетрудоспособности, рецепты).
4. Анализ результатов лабораторно-инструментальных исследований.
5. Клиническая демонстрация пациента с митральным пороком сердца.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Этиология митральных пороков сердца.
2. Патогенез. Нарушения гемодинамики.
3. Классификация.
4. Клиническая картина митрального стеноза, митральной недостаточности, сочетанного митрального порока.
5. Инструментальные методы диагностики: ЭКГ, фонокардиография, рентгенография, эхокардиография. Их возможности и клиническое значение.
6. Основные синдромы и осложнения, сопутствующие митральным порокам сердца: хроническая сердечная недостаточность, нарушения ритма (фибрилляция предсердий), острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, альвеолярный отек легких), тромбоэмболические осложнения.
7. Современные принципы терапии при митральных пороках сердца.
8. Тактика при неотложных состояниях (отек легких, пароксизм мерцания предсердий).
9. Диспансеризация. Кардиохирургический отбор.

Объем практических умений, который должен быть усвоен

1. Опрос и физическое исследование пациента с митральным пороком сердца.
2. Назначение необходимого комплекса лабораторно-инструментальных исследований и интерпретация полученных результатов.
3. Оформление медицинской документации в условиях поликлиники (амбулаторная карта, листок нетрудоспособности).
4. Назначение лекарственных средств, схем лечения. Оформление рецептурных бланков при назначении основных лекарственных препаратов.

5. Оказание неотложной помощи при острой левожелудочковой недостаточности и пароксизме мерцания предсердий.
6. Организация диспансерного наблюдения за пациентом с митральным пороком сердца.

Рекомендуемая литература

1. Маколкин В.И. Приобретенные пороки сердца / В.И.Маколкин. – М.: ГЭОТАР Медицина. – 2003. – 216 с.
2. Шулутко Б.И. Внутренняя медицина: руководство для врачей. – Т.1. / Б.И.Шулутко. – М.: АНО НПО «Профессионал», 2003. – 576 с.

Информационный материал Классификация

Наиболее информативной и широко используемой в терапевтической и кардиохирургической практике является классификация митральных пороков сердца Б.Петровского, которая объединила морфологические особенности поражения митрального клапана и стадии нарушения гемодинамики. Целью создания этой классификации было определение показаний и тактики оперативного лечения.

Выделяют пять групп порока.

- 1-я группа - резкий митральный стеноз без сопутствующей недостаточности митрального клапана ("чистый" стеноз);
- 2-я группа - выраженный митральный стеноз с сопутствующей умеренной недостаточностью митрального клапана;
- 3-я группа – стеноз и недостаточность, выраженные в равной степени;
- 4-я группа - "чистая" митральная недостаточность;
- 5-я группа - преобладающий митральный порок с поражением других клапанов сердца.

Диагностика

1. Расспрос больного о самочувствии в покое и переносимости им физических нагрузок (диагностика ХСН).
2. Уточнение "ревматического анамнеза".
3. Выполнение традиционных физикальных методов исследования: осмотр, пальпация, определение границ сердца, аускультация сердца, легких, определение размеров печени и т.д.
4. Запись ЭКГ, а при наличии соответствующих жалоб – и суточной ЭКГ (определение нарушений ритма, ишемии, в т.ч. "немой"). С осторожностью (в присутствии реаниматолога) должна выполняться проба с физической нагрузкой, так как она небезопасна.
5. Рентгенография сердца в 4-х проекциях с контрастированным пищеводом.
6. Эхокардиография, доплерэхокардиография (диагностика порока, площадь клапанного отверстия, степень регургитации, размеры, состояние клапанов и хорд, фракция выброса, давление в легочной артерии).
7. Лабораторные исследования: клинический анализ крови, мочи, маркеры воспаления, титры антистрептококковых иммуноглобулинов, мозговой натрийуретический пептид.

Лечебная программа:

лечение ревматизма, инфекционного эндокардита и других причин приобретенных пороков сердца;
кардиохирургическое лечение;
компенсация хронической сердечной недостаточности;
устранение и профилактика нарушений ритма;
анти тромботическая терапия.

Особенности лечения хронической сердечной недостаточности

При приобретенных пороках сердца (в отличие от ИБС или гипертонической болезни) существуют некоторые особенности нарушения гемодинамики, определяющие своеобразие течения болезни:

- существование с момента формирования порока нарушения внутрисердечной гемодинамики (регургитация, митральный "барьер");
- возможность эволюционного формирования "второго барьера" (спазм легочных артериол, а затем и выраженных морфологических их изменений);
- вероятность рецидива миокардита (ревматизм, инфекционный эндокардит);
- достаточно частое "выпадение" систолы предсердий (вследствие мерцания или трепетания предсердий).

Лечение сердечной недостаточности у больных приобретенными пороками сердца должно включать:

- морфологическую ликвидацию клапанного дефекта (оперативное лечение в виде протезирования клапана или митральной комиссуротомии);
- борьбу с причиной возникновения порока сердца (повторные ревматические атаки, инфекционный эндокардит и его рецидивы); иные причины - диффузные заболевания сердца, атеросклероз и пр. обычно не вызывают резкую деформацию клапанного аппарата, обуславливающую значительные нарушения внутрисердечной гемодинамики;
- стремление к сохранению синусового ритма;
- медикаментозную терапию, "собственно" направленную на борьбу с сердечной недостаточностью. При этом следует иметь в виду, что особенности клапанного дефекта и возникающие вследствие этого нарушения внутрисердечной гемодинамики будут накладывать несомненный отпечаток на проведение медикаментозной терапии таких больных.

Тема 5. Экспертиза временной нетрудоспособности при внутренних заболеваниях

Введение

Медицинская экспертиза является одним из основных разделов работы участкового врача-терапевта. При любом обращении пациента в лечебно-профилактическое учреждение врачу необходимо провести экспертизу трудоспособности. Принятое экспертное заключение во многом определяет не только настоящее течение заболевания, но и отдаленный прогноз заболевания у конкретного пациента, являясь, таким образом, важным тактическим вопросом.

Актуальность вопроса определяется существенным медицинским и самостоятельным социально-экономическим значением. С одной стороны, в общегосударственном масштабе, с другой стороны, являясь значимым вопросом для конкретного пациента (признание лица нетрудоспособным определяет ряд законодательно закрепленных социальных гарантий, прежде всего экономического характера). Обозначенные обстоятельства требуют от врача хорошей ориентации и необходимость постоянного обновления знаний в вопросах экспертизы трудоспособности. При проведении экспертизы должны быть учтены все медицинские и социальные аспекты (организация, периодичность, ритм работы, характер преобладающего физического или нервно-психического напряжения).

Ошибочно установленный диагноз или принятие неверного тактического решения способствует более длительному течению заболевания и возникновению осложнений, сопровождаясь более длительной нетрудоспособностью вплоть до стойкой нетрудоспособности.

Цель занятия

изучить основные теоретические положения по проблеме медицинской экспертизы, вопросы экспертизы временной трудоспособности при приеме больного с наиболее распространенной патологией; научиться определять признаки временной нетрудоспособности, показания к направлению на КЭК.

Схема проведения занятия

1. Разбор теоретического материала (опрос).
 2. Тест-контроль по теме занятия.
 3. Решение клинических (ситуационных) задач, их разбор.
- Написать (на уровне «умения») полный клинико-экспертный диагноз.
4. Изучения экспертных медицинских документов.
 5. Оформление медицинской документации.
 6. Подведение итогов.

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Общие вопросы. Определение понятий: объект экспертизы трудоспособности, виды трудоспособности и нетрудоспособность. Этапы экспертизы трудоспособности. Понятие о медицинских и социальных критериях, биологических и социальных факторах определяющих нетрудоспособность. Длительность нетрудоспособности. Выздоровление и восстановление трудоспособности.
2. Вопросы профилактики нетрудоспособности.
3. Функции лечащего врача при проведении экспертизы временной нетрудоспособности.
4. Трудоустройство. Формы переводов на более легкую работу. Незначительные и значительные изменения условий труда, порядок и правила перевода на другую работу.
5. Инструкция «О порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан» (№ 206 от 19.10.1994). Общие положения и структура документа.

Объем практических умений, который должен быть усвоен

1. Оформить документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность при решении частных вопросов экспертизы временной нетрудоспособности. Оформить листок нетрудоспособности (л/н) при следующих ситуациях: потеря л/н (дубликат), при санаторно-курортном лечении, направлении на МСЭК, нарушении лечебно-охранительного режима, заболевании, уходе за больным членом семьи, выдать л/н иногороднему пациенту, прерывистый л/н, л/н для безработных граждан, состоящим на учете в службе занятости..
2. Уметь оформить протокол клинико-экспертной комиссии, особенности заполнения амбулаторной карты при решении вопросов экспертизы трудоспособности.

Рекомендуемая литература:

1. Медицинская экспертиза: экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза (Учебное пособие). Ижевск. – 2004.
2. Инструкция «О порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан» (№ 206 от 19.10.1994).
3. Поликлиническая терапия. Учебно-методическое пособие. Под ред. проф. Л.Т. Пименова. – Ижевск, 2000. – 192 с.
4. Периодическая медицинская печать: журналы «Терапевтический архив», «Consilium Medicum», «Справочник поликлинического врача», «Русский медицинский журнал», «Медицинская газета».

Информационный материал

Объектом исследования экспертизы трудоспособности является трудоспособность больного, увечного человека.

Трудоспособность – социально-правовая категория, отражающая способность человека к труду, определяемая уровнем его физического и духовного развития, а также состояния здоровья, профессиональными знаниями, умением и опытом. Различают общую и профессиональную трудоспособность.

Общая трудоспособность – это способность человека к неквалифицированному труду в обычных условиях. Профессиональная трудоспособность – способность данного работника к труду по своей профессии (специальности) и квалификации либо по другой адекватной ей профессии (специальности). В зависимости от того, какой объем трудовых функций и в каких производственных условиях может выполнить работник по состоянию своего здоровья, различают полную (общую и профессиональную) и частичную (неполную) трудоспособность.

Нетрудоспособность – это невозможность вследствие медицинских или социальных противопоказаний продолжать привычную профессиональную деятельность. Установление нетрудоспособности имеет юридическое значение, так как оно гарантирует работнику право на освобождение от работы, бесплатное лечение по программе обязательного медицинского страхования, выплату пособий за счет средств социального страхования. Различают стойкую и временную утрату трудоспособности. Отнесение нетрудоспособности к той или иной категории связано с медицинским и социально-трудовым прогнозом, т.е. прогнозированием функционально-клинического течения, обратимости и исхода болезненного процесса, с характером и продолжительностью возможного восстановления утраченной трудоспособности.

Процесс экспертизы трудоспособности состоит из 3-х этапов:

1. медицинская диагностика, все данные которой должны войти в развернутый клинико-функциональный диагноз (в первичную медицинскую документацию);

2. профессиональная диагностика (изучение профессионального маршрута или анамнеза) и уточнение профессиональных заболеваний;
3. экспертное заключение, в основе которого определение доступного труда.

При этом последовательно оценивается ряд возможностей: продолжение прежней работы; улучшение условий или облегчение труда по клинко-экспертной комиссии (КЭК) в своей специальности (профессии); перевод на другую работу, равноценную по своей квалификации; сокращение объема производственной деятельности; приспособление к труду в специально созданных условиях; признание инвалидности.

Экспертная оценка трудоспособности строится на основании клинических знаний, социальных и гигиенических критериев трудоспособности. Непременным условием для правильно организованной экспертной оценки трудоспособности является знание конкретных факторов трудового процесса и условий труда (в ряде случаев с выходом врача на место работы пациента).

Решение вопроса трудоспособности основано на сопоставлении двух основных критериев: *медицинских и социальных*. *Медицинские критерии* включают в себя: своевременно поставленный диагноз с учетом этиологии, выраженности морфологических изменений, степени функциональных изменений, тяжести и характера течения заболевания, наличие декомпенсации и ее механизмов. Большое значение имеют ближайший и отдаленный прогнозы, основанные на анализе результатов лечения, обратимости морфологических и функциональных изменений, характера течения заболевания и наличия осложнений. *Социальные критерии* отражают все, что связано с профессиональной деятельностью больного. К ним относится характеристика преобладающего физического или нервно-психического напряжения, организация, периодичность и ритм работы, нагрузка на отдельные органы и системы, условия труда, рабочая поза, наличие неблагоприятных внешних воздействий, наличие профессиональных вредностей и т.д.

При выявлении признаков нетрудоспособности лечащий врач фиксирует в первичных медицинских документах установленной формы анамнестические и объективные данные, послужившие основанием для выдачи документов, удостоверяющих нетрудоспособность, назначенные лечебные и оздоровительные мероприятия, рекомендуемый режим, консультации, номер листка нетрудоспособности (справки), срок, на который он выдан, устанавливает дату последующей явки на прием, направления на МСЭК.

Выздоровление и восстановление трудоспособности – являются понятиями близкими, но неравнозначными. Выздоровлением следует считать полный регресс имеющейся патологии, восстановление функции организма. Однако при хронических заболеваниях полное выздоровление, как правило, не наступает. В этих случаях выздоровлением следует считать установление и стойкое закрепление оптимального эффекта, возможного для данной стадии заболевания.

Трудоустройство – под этим понятием подразумевается своевременное устранение неблагоприятных профессиональных факторов, является залогом сохранения трудоспособности и профилактики инвалидности. Ст. 155 КЗоТ РФ определена обязанность администрации перевода рабочих и служащих с их согласия по состоянию здоровья на более легкую работу в соответствии с медицинским заключением временно и без ограничения срока.

Перевод на более легкую работу по заключению ЛПУ используют при малой выраженности патологии взамен полной временной утраты трудоспособности.

Существуют следующие *формы переводов на более легкую работу, осуществляемых по заключению КЭК*:

1. Предоставление ограничений на своем рабочем месте с целью исключения противопоказанных для данного больного производственных факторов, условий труда или определенных функциональных обязанностей.

2. Перевод на более легкую работу с облегченными условиями труда или с исключением противопоказанных факторов.
3. Перемещение на другое место работы на том же предприятии, в организации, учреждении.

Медицинскими показаниями при устройстве предусматриваются незначительные и более значительные изменения условий труда. К незначительным относятся такие, которые не влекут существенных изменений профессиональной деятельности, не снижают квалификации и не влияют на производительность труда. К ним можно отнести следующие варианты трудоустройства:

- 1) освобождение от ночных смен и дежурств;
- 2) освобождение от длительных командировок и частых разъездов, не входящих в прямые служебные обязанности;
- 3) изменение условий труда при сохранении равноценного объема и характера работы;
- 4) освобождение от дополнительных нагрузок, сверхурочных работ и совместительств;
- 5) перевод со сдельной работы на тарифную;
- 6) освобождение от подъема значительных тяжестей, если это не входит в выполнение прямых обязанностей.

В ряде случаев КЭК ЛПУ полномочна вынести решение о необходимости значительных изменений условий труда. К ним относятся: перевод на работу с облегченными условиями труда и снижением квалификации на строго ограниченный срок (до 2-х недель) с сохранением среднего заработка. Беременные женщины могут быть переведены на такую работу на весь срок беременности. Таким же правом обладают матери, кормящие грудью и женщины имеющие детей до 1,5 – 3-х лет.

Право подобного перевода может быть использовано, когда нет оснований для выдачи листка нетрудоспособности, но есть факторы, мешающие больному трудиться, либо способные вызвать ухудшение течения заболевания.

Заключение КЭК о переводе на другую работу в виде справок неустановленной формы осуществляется с соблюдением ряда правил:

1. Заключение оформляют на листках бумаги с угловым штампом, наименованием ЛПУ, указанием его реквизитов.

2. На заключении ставят номер и дату, соответствующие номеру и дате в журнале для записей заключений КЭК. Заключение должно включать описание противопоказанных факторов труда или характер рекомендованной работы, срок перевода, вид трудоустройства.

3. Заключение должно быть скреплено подписями членов КЭК и печатью ЛПУ. В тех случаях, когда председателем или членом КЭК является главный врач, ставят круглую печать, в остальных – треугольную.

4. В целях сохранения тайны диагноза на заключениях КЭК о переводах на более легкую работу диагноз заболевания указывать не следует.

5. При выдаче заключения КЭК о переводе на более легкую работу делается запись в журнале для записи заключений КЭК (ф. № 5/у), в медицинской карте амбулаторного больного. Во всех перечисленных документах расписываются все члены КЭК, выдавшие заключение.