

Диспансерное наблюдения за пациентами с различной соматической патологией

Пациенты с частыми острыми респираторными заболеваниями (3—4 раза в год) должны с профилактической целью 2 раза в год наблюдаваться у терапевта. Врач проведет осмотр, поможет подобрать лекарственные и немедикаментозные средства для повышения защитных свойств организма. Необходимо 1 раз в год посещать отоларинголога, который оценит состояние миндалин и сможет выявить патологию на начальном этапе. Частые респираторные заболевания могут осложниться развитием бронхита с обструктивными явлениями, поэтому для оценки состояния дыхательной системы нужно проходить спирографию ежегодно. Кроме того, показано сдавать общий анализ мокроты (если она есть), чтобы исследовать состав патологической микрофлоры дыхательных путей и ее устойчивость к антибиотикам. Это позволяет назначить наиболее подходящее лечение.

Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших острый бронхит без бронхиальной обструкции

Острый бронхит может привести к серьезным осложнениям. Возможно развитие хронического бронхита с бронхиальной обструкцией, эмфиземы легких, бронхэктазов, поэтому так важно первое время после болезни наблюдаваться у врача. В течение полугода нужно осматриваться у терапевта 1 раз в 2 месяца. Он сможет выявить патологические хрипы и шумы в легких. При наличии отклонений пациент направляется к пульмонологу. После перенесенного бронхита 1 раз в год нужно посещать отоларинголога и стоматолога с целью выявления и санации очагов хронической инфекции. Кроме того, 2 раза в год нужно сдавать общий анализ крови для выявления возможного воспалительного процесса по уровню лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Рекомендуется 1 раз в год проводить исследование мокроты (если она отделяется) на определение видов патологических микроорганизмов дыхательных путей с целью назначения адекватной терапии.

Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших острый бронхит с развитием бронхиальной обструкции

Острый бронхит может осложнить развитием хронического бронхита с развитием бронхиальной обструкции. Бронхиальная обструкция — это патологическое состояние, при котором наблюдаются постоянное закрытие просвета бронхов слизью или временное спазмирование их стенок. Больным 4 раза в год нужно консультироваться у терапевта, который назначит поддерживающее лечение, при наличии показаний направит больного на санаторно-курортную реабилитацию. Осмотры у отоларинголога, стоматолога показаны 1 раз в год. Причиной бронхобструкции могут быть аллергические реакции, проявляющиеся

воспалением дыхательных путей. Поэтому 1 раз в год нужно посещать аллерголога. Обструктивный бронхит может привести к пневмонии, поэтому нужно 2 раза в год осматриваться у пульмонолога.

Диспансерное наблюдение пациентов после перенесенной пневмонии

Пневмония — воспалительное заболевание легочной ткани, вызываемое бактериальными или вирусными инфекционными агентами. Это серьезное заболевание, которое требует подбора адекватной антибиотикотерапии, контроля состояния. Если лечение было подобрано неверно или вовсе отсутствовало, если у больного ослаблена иммунная защита организма, то возможно развитие осложнений (эксудативного или сухого плеврита, абсцесса легкого, бронхэктомий). Чтобы выявить осложнения на начальной стадии развития, следует посещать терапевта в первые полгода 1 раз в 2 месяца, а при наличии показаний осматриваться у пульмонолога. Раз в полгода нужно сдавать общий анализ крови, при котором определяют уровень лейкоцитов, наличие или отсутствие сдвига в лейкоцитарной формуле, скорость оседания эритроцитов. Повышение перечисленных показателей свидетельствует о наличии в организме какого-то воспалительного процесса и является сигналом к продолжению обследования пациента. Кроме того, раз в полгода необходимо сдавать общий анализ мокроты с целью выявления патологических инфекционных агентов, контроля уровня лейкоцитов. Также раз в полгода нужно выполнять спирографию и флюорографию, чтобы обнаружить возможные патологические изменения в легочной ткани.

Диспансерное наблюдение больных эмфиземой легких

Эмфизема легких — это хроническое заболевание, приводящее к дыхательной недостаточности, бронхэктомиям, разрывам легочной ткани, поэтому такие пациенты должны находиться под постоянным наблюдением. Осматриваться у пульмонолога нужно 1 раз в год. При наличии патологической симптоматики со стороны дыхательной системы показаны томореспираторной пробы, выполнение бронхоскопии, исследования остаточного объема легких, проведение биохимического анализа крови для определения ее протеолитической активности.

Для санации очагов хронической инфекции раз в год нужно посещать отоларинголога и стоматолога. Для выявления воспалительного процесса раз в год следует сдавать общий анализ мочи. Также раз в год показано выполнение флюорографии. Поскольку при эмфиземе легких может развиваться гипертрофия миокарда, то 1 раз в год необходимо снимать электрокардиограмму.

Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой

Поскольку бронхиальная астма является хроническим заболеванием с периодами обострения и ремиссии, больные нуждаются в постоянном наблюдении. Медикаментозное лечение также нуждается в постоянной коррекции в зависимости от тяжести болезни. При легком и среднетяжелом течении необходимо осматриваться у пульмонолога или терапевта 2—3 раза в год, а при тяжелом — 1 раз в 1—2 месяца.

В развитии бронхиальной астмы большую роль играет аллергическая реакция на инфекционные и другие агенты, поэтому таким пациентам показаны консультации аллерголога (1 раз в год). При бронхиальной астме отмечаются нарушения со стороны нервной системы, поэтому желательно раз в год проходить осмотр у психотерапевта. Для санации очагов хронической инфекции нужно регулярно (не реже 1 раза в год) посещать отоларинголога и стоматолога.

Нужно 2—3 раза в год сдавать общий анализ крови и мокроты для выявления воспалительного процесса в бронхолегочной ткани. Для определения функционального состояния дыхательной системы 2 раза в год необходимо выполнять спирограф

Диспансерное наблюдение при заболеваниях органов пищеварения

Язвенная болезнь имеет хроническое течение с периодами обострения и ремиссии. При отсутствии необходимого лечения она может вызвать серьезные осложнения. Возможно развитие желудочно-кишечного кровотечения, стеноза привратника, кишечной непроходимости, перфорации (выхода содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в брюшную полость), пенетрации (выхода содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в близлежащий орган). Язвенный дефект также может переродиться в онкологический процесс.

Поэтому так важно находиться под постоянным наблюдением врачей. При частых рецидивах и наличии осложнений необходимо проходить осмотр у терапевта или гастроэнтеролога 4 раза в год, а в стадии стойкой ремиссии — 2 раза в год. Ежегодно и при обострениях больным должно проводиться эзофагогастродуоденальное исследование. Анализ кала на скрытую кровь (реакция Грегорсена) и анализ желудочной или дуоденальной секреции нужно выполнять 1 раз в 2 года при частых обострениях, а при стойкой ремиссии — 1 раз в 5 лет. Поскольку язвенная болезнь может приводить к анемии, рекомендуется сдавать общий анализ крови 2—3 раза в год при часто рецидивирующей форме и 1 раз в год — при стойкой ремиссии.

Диспансерное наблюдение больных гастритом

Многие очень легкомысленно считают, что гастрит — это легкая патология,

которая не приводит к серьезным последствиям. Но это абсолютно не соответствует действительности.

Атрофический гастрит (гастрит типа А с пониженной желудочной секрецией) является предраковым состоянием, а гиперсекреторный гастрит (гастрит типа В) может осложниться развитием язвенной болезни. Чтобы не допустить развития таких патологических состояний, следует 2 раза в год осматриваться терапевтом или гастроэнтерологом. Грязными симптомами перерождения гастрита типа А в раковое состояние являются нарастание общей слабости, быстрая утомляемость, длительно сохраняющаяся субфебрильная температура, анемия. У таких пациентов изменяются вкусовые пристрастия (например, многие начинают отказываться от мяса). В запущенных стадиях наблюдаются симптомы непроходимости пищи, а именно тошнота, неприятный гнилостный запах изо рта, рвота съеденной пищей.

В случае если гастрит типа В обостряется развитием язвенной болезни, то у пациента боли приобретают более выраженный характер, начинает прослеживаться четкая связь с приемом пищи, появляется характерная сезонность болей (осень — весна).

С целью обнаружения подобных осложнений на ранних стадиях следует 1 раз в год выполнять эзофагогастродуоденоскопическое исследование с прицельной биопсией и рентгеноскопией желудка. Анализ желудочной секреции проводится 1 раз в 5 лет.

Цирроз печени, как правило, проявляется симптомами печеночной недостаточности. У таких больных отмечаются желтушное окрашивание кожных покровов, кожный зуд, сосудистые звездочки. Кроме того, развивается варикозное расширение вен на передней брюшной стенке (так называемая голова медузы), что нередко приводит к развитию кровотечения из вен пищевода, геморроидальных вен. Грязным осложнением является развитие печеночной энцефалопатии. Поскольку течение печеночной недостаточности при отсутствии адекватного лечения носит прогрессирующий характер, следует регулярно проходить обследование у специалистов.

При циррозе печени осматриваться терапевтом или гастроэнтерологом нужно не менее 4 раз в год, 2—4 раза в год необходимо сдавать общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, а также проводить биохимическое исследование крови. По показаниям осуществляется сканирование печени.

Хронический гепатит при длительном течении и при отсутствии адекватного лечения приводит к циррозу печени. При гепатите персистирующего течения показано обследование у гастроэнтеролога или терапевта 1 раз в год, а при активном течении процесса — 3—4 раза в год. При хроническом гепатите возможно появление патологической неврологической симптоматики, поэтому 1 раз в 2 года нужно

консультироваться

с

невропатологом.

Раз в год необходимо сдавать биохимический анализ крови с определением уровня билирубина, холестерина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, общего белка и его фракций, проводить осадочные пробы для оценки активности процесса и подбора терапии. При активном гепатите 2—4 раза в год определяется уровень щелочной фосфатазы крови (также в рамках исследования биохимического состава крови).

Хронический холецистит может осложняться развитием перфорации органа, механической желтухой, гангреной или водянкой желчного пузыря. Чтобы вовремя выявить возможные патологические изменения, нужно 1 раз в год проходить профилактическое обследование у гастроэнтеролога и хирурга.

При обострении хронического холецистита исследуют кровь на общий анализ, уровень ферментов поджелудочной железы в крови и моче, а также проводят УЗИ желчного пузыря.

Диспансерное наблюдение за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место в структуре инвалидности и смертности населения. Далеко не всегда в этом повинны особенности течения патологического процесса и низкое качество медицинской помощи. Значительно чаще этому способствуют пренебрежительное отношение больных к своему здоровью, недоверие традиционной медицине, позднее обращение за медицинской помощью, нерегулярное лечение, игнорирование рекомендаций врача. Каждый человек должен думать о своем здоровье, но прежде всего, этим должен озабочиться больной человек. В этом контексте важное место занимает диспансеризация - систематическое врачебное наблюдение за состоянием здоровья. Это мероприятие крайне необходимо кардиологическим больным, поскольку сердечно-сосудистые заболевания носят хронический характер с тенденцией к неуклонному прогрессированию и чреваты внезапным развитием опасных для жизни осложнений.

Диспансерное наблюдение кардиологических больных осуществляется в лечебном учреждении по месту жительства участковым врачом, и лишь в отдельных случаях – кардиологом. Суть диспансеризации заключается в систематическом посещении врача и регулярном проведении определенного комплекса лабораторных и инструментальных исследований. Для ее осуществления не стоит уповать на кого-либо, ждать напоминаний от медицинских работников или апеллировать к чьим-либо обязанностям, лучше самому проявлять инициативу и понимать

важность своевременно предпринятых профилактических и лечебных мер для сохранения жизни и поддержания ее достойного качества.

Каждому больному составляется индивидуальный план динамического наблюдения, кратность обязательных осмотров, консультаций необходимых специалистов, лабораторных и инструментальных исследований исходя из характера заболевания, его стадии и тяжести, но в большинстве случаев подразумевается следующая схема наблюдения:

- посещение терапевта минимум 2 раза в год;
- при каждом визите по результатам опроса оцениваются факторы риска:
 - интенсивность курения,
 - употребление алкоголя,
 - двигательная активность,
 - психоэмоциональное состояние,
 - переносимость физических нагрузок;
- во время каждого визита производится:
 - контроль ЭКГ и АД, массы тела и окружности талии;
- ежегодно исследуются
 - общий анализ крови,
 - липиды крови,
 - глюкоза крови,
 - электролиты крови,
 - анализ мочи,
 - эхокардиография;
- при наличии показаний осуществляют суточное мониторирование ЭКГ и АД, проводят функциональные пробы, пробы с физической нагрузкой (VELOЭРГОМЕТРИЯ, ТРЕДМИЛ);
- если есть возможность, кардиологического больного ежегодно должен осмотреть кардиолог, офтальмолог, невролог и психотерапевт.

При ухудшении состояния и после перенесенных острых кардиальных событий (острый коронарный синдром, инфаркт, приступ угрожающей аритмии) — осмотр врача и контроль ЭКГ рекомендуется каждые 5-7 дней.

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия при диспансеризации:

- оценка состояния больного;
- коррекция медикаментозного лечения;
- диетические рекомендации - ограничение калорийности пищи, потребления жирных продуктов, соли и увеличение в рационе фруктов и овощей;
- совместная с пациентом разработка плана отказа от курения;
- рекомендации по индивидуальному дозированию физических нагрузок;
- рекомендации по психологической адаптации к болезни;
- рекомендации по коррекции образа жизни и избавления от вредных привычек;
- обучение больных и их родственников само и взаимопомощи;
- кардиологическим больным рекомендуется вакцинация против гриппа в осенний период;

- всем страдающим ишемической болезнью сердца рекомендуется коронарография.

Критерии эффективности диспансеризации – успешное избавление от факторов риска, повышение толерантности к физическим нагрузкам, отсутствие необходимости в госпитализации.

Показания для направления больных к кардиологу:

- уточнение диагноза и коррекция лечения в сложных случаях;
- впервые возникшая стенокардия, нарушения ритма и проводимости;
- артериальная гипертензия, резистентная к комбинированной гипотензивной терапии;
- подозрение на симптоматическую артериальную гипертензию;
- выраженная гиперлипидемия;
- решение вопросов эндоваскулярного и хирургического лечения.

При обращении к кардиологу больные должны иметь хотя бы краткую выписку от лечащего врача, отражающую динамику болезни и принимаемое лечение, результаты предварительного обследования, ЭКГ в динамике.

Показания к срочной госпитализации:

- подозрение на острый коронарный синдром,
- гипертонический криз,
- впервые возникшая стенокардия,
- жизнеугрожающие аритмии.

7