

МИНИСТЕРСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ДЕЛАМ
ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ, ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ
И ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
имени А.М. Никифорова»

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач МЧС России
Заслуженный врач РФ
д.м.н. профессор



С.С. Алексанин

«09» июня 2016 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ОКАЗАНИЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АДРЕСНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ЛИКВИДАЦИИ
ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Санкт-Петербург-2016

Методические рекомендации по оказанию специализированной адресной медицинской помощи участникам ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС / под редакцией С.С. Алексанина // Методические рекомендации. – СПб.: ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова, 2016. – 60 с.

ISBN 978-5-906931-44-3

Разработчики: доктор медицинских наук Рогалев К.К., профессор Рыбников В.Ю., кандидат медицинских наук Гудзь Ю.В., кандидат медицинских наук Лобанова Ю.В.

Методические рекомендации подготовлены в рамках государственного контракта № 0372100035716000019 от 06.04.2016 по оказанию медицинских услуг «Мероприятия по обеспечению оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи гражданам, проживающим (проживавшим) на радиоактивно загрязненных территориях России и участникам ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС на основе консолидированного российско-белорусского опыта минимизации медицинских последствий радиационного воздействия» по «Программе совместной деятельности по преодолению последствий чернобыльской катастрофы в рамках Союзного государства на период до 2016 года».

Настоящие рекомендации предназначены для медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь участникам ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

ISBN 978-5-906931-44-3

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	ВВЕДЕНИЕ	4
2.	ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС	5
3.	ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС	7
3.1.	В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	7
3.2.	В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	9
3.3.	В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	23
3.4.	В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИ ОКАЗАНИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	23
3.5.	В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	24
4.	ПОРЯДОК ОТБОРА И НАПРАВЛЕНИЯ	25
5.	ПРИЛОЖЕНИЕ. СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	28
6.	ЛИТЕРАТУРА	58

1. ВВЕДЕНИЕ

Сегодня на территории Российской Федерации проживает около 2 млн. граждан, чье здоровье в той или иной степени пострадало от последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС. В их число входят участники и инвалиды Чернобыля, дети 1-го и последующих поколений, граждане, постоянно проживающие на зараженных территориях и эвакуированные, другие категории граждан (всего 14 категорий). В Национальном радиационно-эпидемиологическом регистре (НРЭР, г. Обнинск) состоит на учете 710 696 человек, из числа подвергшихся радиационному воздействию в результате чернобыльской катастрофы. Наиболее пострадавшей категорией граждан в результате аварии на ЧАЭС являются участники ликвидации ее последствий.

В Российской Федерации проживает 197 123 участника ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (далее – ЛПА на ЧАЭС) (Иванов В.К., Каприн А.Д., 2015). Состояние здоровья данного контингента характеризуется клинической полиморбидностью при повышенном риске и более высоком уровне общей заболеваемости, а также сохраняющейся социальной дезадаптацией вследствие психологической травматизации в связи с фактором лучевого воздействия три десятилетия назад (Алексанин С.С. и др., 2016).

Сложные социально-экономические условия и ограниченность ресурсов здравоохранения определяет целесообразность внедрения адресного подхода в оказании специализированной медицинской помощи участникам ЛПА на ЧАЭС.

Решение формирования адресного подхода при оказании специализированной медицинской помощи заключается в разработке и внедрении комплекса инновационных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации в соответствии с патогенетическими и клиническими особенностями заболеваний, связанных с последствиями чернобыльской катастрофы.

С этой целью, на основе 25-летнего опыта участия ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России в оказании специализированной медицинской помощи участникам ЛПА на ЧАЭС в рамках целевых программ Союзного государства, возникла необходимость разработки настоящих методических рекомендаций по оказанию специализированной адресной медицинской помощи участникам ЛПА на ЧАЭС, включающих амбулаторно-поликлинический и стационарный этапы.

2. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Медицинские последствия радиационного воздействия на участников ЛПА на ЧАЭС, возможность их проявления через десятки лет после облучения определяют необходимость постоянного медицинского мониторинга за их состоянием здоровья.

Право участников ЛПА на ЧАЭС на обязательное медицинское наблюдение (диспансеризацию) в течение всей жизни закреплено в ст.24 Закона РФ от 22.08.2004 № 122-ФЗ «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации на Чернобыльской АЭС».

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 мая 2003 № 216 «О диспансеризации граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» программа ежегодной диспансеризации участников ЛПА на ЧАЭС предусматривает осмотр всего лишь двух врачей-специалистов (терапевт и хирург-онколог), из лабораторных исследований – общий анализ крови и мочи.

Результаты медико-социальных исследований свидетельствуют о постоянном снижении доли практически здоровых лиц, увеличении показателей инвалидизации и смертности среди участников ЛПА на ЧАЭС, превышающих аналогичные показатели в целом по Российской Федерации.

В результате научно-практических работ по оценке медицинских последствий чернобыльской катастрофы в рамках национальных программ были определены основные классы болезней и нозологические формы болезней, рост заболеваемости которыми может быть связан с радиационными воздействиями вследствие чернобыльской катастрофы и при которых необходимо оказание специализированной медицинской помощи. К числу таких классов заболеваний относятся злокачественные новообразования, болезни эндокринной системы, сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания, болезни желудочно-кишечного тракта, легких, глаза и его придаточного аппарата и др.

Среди участников ЛПА на ЧАЭС, как наиболее пострадавшей категории граждан, по сравнению с контрольной группой отмечается опережающий рост заболеваемости злокачественными новообразованиями легкого, желудка, кожи, мочевого пузыря, щитовидной железы. Риск возникновения злокачественных

новообразований различных локализаций среди участников ЛПА на ЧАЭС на 23% выше, чем среди населения.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями трахеи, бронхов и легких участников ЛПА на ЧАЭС в период с 1992 г. по 2006 г. превысила контрольный уровень мужского населения России на 30% (Кащеев В.В., 2009), а в период с 1992 г. по 2009 г. – на 35% (Иванов В.К. и др., 2015).

Выявлен рост заболеваемости сердечно-сосудистой патологией, особенно среди мужчин. В среднем на одного участника ЛПА на ЧАЭС приходится 2,3 случая зарегистрированных заболеваний системы кровообращения. Доминируют по распространенности гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярная болезнь (Хирманов В.Н., 2016).

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в отдаленном периоде среди участников ЛПА на ЧАЭС наблюдается значительный рост цереброваскулярными болезнями, ежегодное увеличение которыми в среднем составляет 6% (Шантырь И.И. и др., 2000; Суворов И.М. и др., 2002; Иванов В.К., Каприн А.Д., 2015).

Опыт длительного динамического наблюдения за состоянием здоровья участников ЛПА на ЧАЭС в отдаленном периоде свидетельствует о том, что болезни органов пищеварения в структуре заболеваемости занимают третье место и составляют 11 %, превышая общероссийские показатели почти в 2 раза (Алексанин С.С. и др., 2011). Среди ликвидаторов ежегодно в среднем на 6 % растет заболеваемость катарактой.

Накопленный за 30 лет опыт реализации мероприятий по минимизации медицинских последствий аварии на Чернобыльской АЭС показывает, что основным принципом в реализации мер медицинской защиты участников ЛПА на ЧАЭС является адресность и комплексность методов диагностики, лечения и реабилитации при оказании специализированной медицинской помощи.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

3.1. В амбулаторно-поликлинических условиях

30-летний этап преодоления последствий аварии на Чернобыльской АЭС убедительно показал, что проблема сохранения здоровья участников ЛПА на ЧАЭС является крайне актуальной. Динамика заболеваемости и первичной инвалидности преимущественно связана с болезнями системы кровообращения, нервной и костно-мышечной систем, органов пищеварения и дыхания. В последние годы в структуре смертности участников ЛПА на ЧАЭС растет удельный вес болезней системы кровообращения и новообразований.

Это определяет необходимость комплексного мониторинга состояния здоровья участников ЛПА на ЧАЭС посредством проведения скринингов с целью выявления на ранних стадиях наиболее часто встречаемой патологии с последующим проведением мероприятий первичной и вторичной профилактики, направленных на предупреждение возникновения, прогрессирования, инвалидизации и смертности от хронических соматических заболеваний.

По сути речь идет о реализации права участников ЛПА на ЧАЭС на обязательное медицинское наблюдение (диспансеризацию) в течение всей жизни с целью своевременного выявления основных болезней, заболеваемость которыми может быть связана с радиационным воздействием вследствие чернобыльской катастрофы и при которых необходимо оказание специализированной медицинской помощи для предупреждения инвалидизации и смертности от них.

Скрининги, направленные на выявление онкологической и соматической патологии у участников ЛПА на ЧАЭС должны проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях. По сути своей – это диагностические программы по выявлению онкологической патологии желудочно-кишечного тракта, рака щитовидной железы, урологической онкологической патологии, цереброваскулярных, сердечно-сосудистых и генетических нарушений.

Опыт проведения целевых скринингов в амбулаторно-поликлинических условиях в ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России позволяет сделать вывод об их целесообразности для ранней диагностики, прежде всего, онкологической патологии, формирования «групп риска», дальнейшего диспансерного наблюдения, оказания адресной специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

С целью раннего выявления онкологической патологии желудочно-кишечного тракта целесообразно проведение клинического анализа крови, мочи, свободного и связанного гемоглобина в кале, оценки иммунологического статуса: альфафетопротеин, раковоэмбриональный антиген, СА 19-9, СА 242, простатический специфический антиген общий, серологический мониторинг функциональной активности слизистой оболочки желудка (Biohit Gastro Panel), проведение ультразвуковой диагностики органов брюшной полости, почек, рентгенографии органов грудной клетки с последующим проведением консультации гастроэнтеролога и по показаниям онколога. По показаниям проводятся эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия с гистологическим исследованием биоптатов желудка и кишечника.

Отдельно необходимо отметить наличие у участников ЛПА на ЧАЭС патологии щитовидной железы (ЩЖ). Увеличение заболеваемости раком ЩЖ, по мнению большинства исследователей, связано с внутренним облучением вследствие избирательного накопления ею радиоактивного йода.

У лиц с подозрением на наличие рака щитовидной железы рекомендуется проведение УЗИ исследования ЩЖ, исследования показателей в крови тироксина, тиреотропного гормона и антител к тиреопероксидазе, оценка электролитов в крови и жизненно необходимых химических элементов в моче с последующим проведением консультации врача-эндокринолога и врача по радиационной гигиене с исследованием содержания общего калия в организме. При этом, диагностика, основанная на ультразвуковом методе, обеспечивает выявляемость рака ЩЖ в 14–26 раз больше, чем при обращаемости (В.С. Паршин, 2015).

С целью ранней диагностики рака предстательной железы целесообразно проведение клинического анализа крови, мочи, исследование креатинина, простатического специфического антигена общего, проведение урофлоуметрии, УЗИ органов малого таза, консультации уролога. По показаниям необходимо проведение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным усилением, гибкой цистоскопии и биопсии предстательной железы с гистологическим исследованием биоптатов.

Длительное наблюдение за участниками ЛПА на ЧАЭС выявило у них нарушение обмена липидов, апобелков липопротеидов, тромбоцитарной активности и феномен воспаления, которые индуцируют атерогенез посредством влияния на эндотелий сосудов, являясь патогенетическим механизмом развития атеросклероза и болезней сердечно-сосудистой системы.

С целью раннего выявления сердечно-сосудистых заболеваний, предотвращения развития осложнений, приводящих к инвалидизации, определения тактики дальнейшего лечения пациентов рекомендуется проведение углубленной диагностики заболеваний сердца и сосудов: клинический анализ крови, исследование в сыворотке крови глюкозы, липидов, АЛТ, АСТ, электролитов, креатинина, мочевой кислоты, креатинфосфокиназы, исследование мочи на клинический анализ и микроальбуминурию; рекомендуется проведение электрокардиографии, эхокардиографии, стресс-эхокардиографии, триплексного исследования брахиоцефальных артерий на экстракраниальном уровне, комбинированное суточное мониторирование ЭКГ в 12-ти отведениях, АД и реопульмограммы, консультации кардиолога и офтальмолога.

Атеросклеротическое поражение сосудов является одной из существенных причин развития дисциркуляторной энцефалопатии.

С целью раннего выявления цереброваскулярных нарушений или определения стадии цереброваскулярной болезни рекомендуется проведение исследования в сыворотке крови глюкозы, липидов, количества активированных тромбоцитов, С-реактивного белка высокочувствительного, скорости клубочковой фильтрации, проведение МРТ головного мозга, триплексного исследования брахиоцефальных артерий на экстракраниальном уровне и консультации невролога.

С целью углубленной диагностики, развития и прогноза онкологической патологии рекомендуется проведение генетических исследований по анализу генетических маркеров радиационного воздействия, генетической оценки полученной дозы облучения с применением технологии "FISH-диагностика стабильных хромосомных нарушений", оценки радиационно-индуцированной генетической нестабильности соматических клеток с применением анализа хромосомных aberrаций в клетках, анализа генетического полиморфизма. Использование данных исследований позволяет выявлять специфические генетические маркеры на самых ранних этапах опухолевого роста и диагностировать заболевание за 6 месяцев до его клинических проявлений.

3.2. В стационарных условиях при соматической патологии

Федеральный закон от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в части 1, статьи 37) устанавливает, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основании стандартов медицинской помощи. Вместе с тем, отмечается, что при применении стандартов следу-

ет учитывать виды, условия и формы оказания медицинской помощи в медицинской организации соответствующего типа и уровня.

Применительно к участникам ЛПА на ЧАЭС дополнительными условиями оказания медицинской помощи являются особенности клинического течения, диагностики и лечения наиболее часто встречающихся хронических неинфекционных заболеваний у данного контингента.

По результатам ранее проведенных исследований специалистами ФГБУ ВЦЭРМ им.А.М. Никифорова МЧС России были выявлены особенности течения, диагностики и лечения наиболее часто встречающихся хронических форм неинфекционных заболеваний (хронической обструктивной болезни легких, хронических форм ишемической болезни сердца, дисциркуляторной энцефалопатии, хронического атрофического гастрита) у участников ЛПА на ЧАЭС.

Выявленные особенности позволили обосновать необходимость разработки лечебно-диагностических стандартов для участников ЛПА на ЧАЭС при наличии у них данных форм хронических неинфекционных заболеваний.

На основании выявленных особенностей течения и обоснованности необходимости проведения лечебно-диагностических мероприятий при наличии у участников ЛПА на ЧАЭС хронических неинфекционных заболеваний были разработаны лечебно-диагностические стандарты для данной категории пациентов.

На основе указанных лечебно-диагностические стандарты осуществлялось оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара участникам ЛПА на ЧАЭС в ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России.

Опыт применения лечебно-диагностические стандарты для участников ЛПА на ЧАЭС при наличии у них данных форм хронических неинфекционных заболеваний подтвердил целесообразность и необходимость их применения у данной категории пациентов. Итоги применения лечебно-диагностические стандарты для участников ЛПА на ЧАЭС обсуждены в рамках международных научно-образовательных семинаров, которые проведены в г. Гомеле (Республика Беларусь, 2014, 2016), г. Витебске (Республика Беларусь, 2014), Минске (2015г.), в Санкт-Петербурге (2015, 2016г.), Обнинске (2016) с участием ведущих специалистов медицинских учреждений Республики Беларусь, ФМБА, Минздрава России и МЧС России, оказывающих медицинскую помощь данной категории пациентов.

3.2.1. Лечебно-диагностический стандарт для участников ЛПА на ЧАЭС с хронической обструктивной болезнью легких

В настоящее время приказами Минздрава России от 11.05.2007 № 327 и от 20.12.2012 № 1214н утверждены стандарты оказания специализированной медицинской помощи пациентам с хронической обструктивной болезнью легких (далее – ХОБЛ).

По результатам проведенных исследований специалистами ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России были выявлены особенности течения ХОБЛ у участников ЛПА на ЧАЭС и жителей радиоактивно загрязненных территорий, которые потребовали разработки новых подходов к диагностике и лечению ХОБЛ и лечебно-диагностического стандарта ХОБЛ для участников ЛПА на ЧАЭС.

Выявлены макроанатомические особенности проявления ХОБЛ у данной категории пациентов, манифестирующиеся значительной распространенностью диффузного пневмофиброза при частом его сочетании с эмфиземой легких, что обуславливает преобладание в клинической картине заболевания выраженных нарушений диффузионной способности легких.

На основании выявленных особенностей в качестве обязательного обследования предложено исследование диффузионной способности легких.

Выраженное снижение диффузионной способности легких, снижение насыщения крови кислородом и развитие легочной гипертензии приводят к снижению у пациентов толерантности к физической нагрузке.

С целью оценки динамики дыхательной недостаточности и толерантности к физической нагрузке на фоне проводимой терапии предлагается проведение 6 минутной шаговой пробы в динамике.

С целью оценки эффективности проводимой терапии, выявления частоты обострений ХОБЛ предлагается проводить у пациентов оценку качества жизни с помощью анкеты САТ, которая позволяет оценить влияние болезни на повседневную жизнь и здоровье пациента.

Наибольший, положительный эффект, направленный на замедление прогрессирования ХОБЛ и снижение частоты обострений, дает непрерывная базисная терапия, при этом в перечне патогенетических методов воздействия ведущее место занимают М-холинолитики пролонгированного действия, из которых в настоящее время наиболее перспективным считается tiotropium bromide (Спирива), обладающий не только бронхолитическим, но и противовоспалительным действием.

Проведенные исследования показали, что длительное применение tiotropium bromide (Спирива) в качестве базисной терапии у участников ЛПА на ЧАЭС, страдающих ХОБЛ приводит к:

- торможению, а, возможно, и подавлению прогрессирования обструктивного синдрома, следовательно, и степени тяжести заболевания вследствие улучшения общей механики дыхания;

- достоверному улучшению диффузионной способности легких у пациентов, что уменьшает проявления хронической дыхательной недостаточности;

- к улучшению качества жизни пациентов, что, прежде всего, проявляется в повышении общего физического здоровья и толерантности к физической нагрузке;

- к значительному уменьшению количества обострений заболевания в течение года и снижению необходимости в стационарном лечении.

Выявленные положительные тенденции применения tiotropium bromide (Спирива) позволили обосновать обязательное включение препарата в качестве базисной терапии.

Рекомендуемый лечебно-диагностический стандарт для участников ЛПА на ЧАЭС с хронической обструктивной болезнью легких приведен в приложении.

3.2.2. Лечебно-диагностический стандарт для участников ЛПА на ЧАЭС с хроническими формами ишемической болезни сердца

Важной тенденцией современной медицины является её насыщение высокотехнологичными методами диагностики и лечения – не всегда эффективными, но почти всегда дорогостоящими. Во всем мире остро стоит вопрос об эффективности затрат. Названные организационные, медицинские и экономические факторы, а также аккумулированные к настоящему времени экспертные выводы обосновали необходимость создания единого лечебно-диагностического стандарта для участников ЛПА на ЧАЭС, страдающих хроническими формами ИБС. В основу его создания были положены как действующий Стандарт (изданный в 2007 году), так и проект Стандарта в редакции 2012 года (Официальный сайт Минздравсоцразвития РФ). Так же, как и прототип, новый стандарт состоит из двух частей: стандарта оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (в нем выделен диспансерный этап) и стандарта оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

нара. Жирным в тексте выделены вносимые изменения в стандарт Минздрава России.

Динамическое наблюдение и ведение данной категории пациентов с неосложненными хроническими формами ИБС рекомендуется проводить врачами-терапевтами в условиях диспансерного наблюдения. Наблюдение осложненных форм ИБС, коррекция лечения при изменении состояния, решение вопроса о коронарографии и других методах визуализирующих исследований требуют консультации специалиста-кардиолога.

При диспансерном наблюдении рекомендуется оказание психологической помощи.

При амбулаторном обращении пациента в стабильном состоянии с болями в груди, в первую очередь следует иметь в виду ИБС. Вместе с тем, целесообразен пошаговый подход к принятию решения. Этот процесс начинается с клинической оценки вероятности ИБС (предтестовой вероятности заболевания). На основании первичных данных и априорной вероятности диагноза хронической ИБС вырабатывается дальнейшая тактика.

Поскольку симптомы и клинические признаки сердечной недостаточности неспецифичны, а у многих больных с клиническим подозрением на сердечную недостаточность при ЭхоКГ не удается выявить значимых нарушений со стороны сердца, для объективной диагностики миокардиального поражения целесообразно проведение биохимического тестирования содержания в крови натрийуретического пептида и его концевого фрагмента (NT-pro-BNP). Нормальное содержание натрийуретических гормонов при отсутствии предшествующего лечения фактически исключает значимое поражение сердца. В таких случаях целесообразно сосредоточиться на поиске внесердечных причин имеющихся у больного симптомов и клинических признаков.

Поскольку высокий уровень натрийуретических гормонов ассоциируется с неблагоприятным прогнозом, а снижение этого уровня приводит к улучшению прогноза, целесообразен контроль эффективности лечения с помощью серийного определения уровня натрийуретических гормонов.

В дополнение к стандартным биохимическому и гематологическому анализам крови большое значение для участников ЛПА на ЧАЭС имеет измерение концентрации тиреотропного гормона, поскольку клинические проявления заболеваний щитовидной железы и сердечно-сосудистой системы могут быть похожими. Кроме того, заболевания щитовидной железы у участников ЛПА на ЧАЭС встречаются часто.

Анализ мочи на микроальбумин должен выполняться большинству пациентов с сердечно-сосудистой патологией, так как увеличенная экскреция альбумина является чувствительным маркером повреждения почек при артериальной гипертензии и сахарном диабете.

Всем пациентам с ИБС даже при отсутствии симптомов поражения желудочно-кишечного тракта не реже одного раза в год должна выполняться фиброгастродуоденоскопия, поскольку они постоянно принимают дезагреганты (аспирин), обладающие повреждающим действием на стенку желудка.

Среди возможных причин несоответствия доказанной высокой эффективности современных препаратов и сохраняющегося в популяции высокого уровня смертности больных ИБС особая роль отводится низкой приверженности пациентов предписанному терапевтическому режиму и отсутствию строгого выполнения врачебных рекомендаций. Решать эту проблему помогает грамотно организованная диспансеризация и организация школ для больных.

В задачи обучающих циклов лекций школ для больных ИБС входят формирование приверженности медикаментозному лечению, приобретение умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, по оказанию первой доврачебной само- и взаимопомощи при приступах стенокардии и гипертонических кризах, формирование мотивации к здоровому образу жизни с целью снижения влияния модифицируемых поведенческих факторов риска. Пациенты должны получать обучающие материалы (брошюры, дневники самоконтроля пациента с ИБС). Школы для больных ИБС могут быть организованы в районных поликлиниках.

Дополнения к стандарту медицинской помощи в условиях стационара касаются в основном тех же позиций, что и амбулаторного этапа.

Были исключены мало информативные для пациентов с хронической ИБС исследования: уровня лактатдегидрогеназы, креатинкиназы, ревматоидного фактора, циркулирующих иммунных комплексов, уровня буферных веществ, рентгенографическое исследование сердца с контрастированием пищевода. Много правок по частоте использования исследования. В частности, рекомендовано реже по строгим показаниям применять инвазивную коронарографию.

Несмотря на все достижения медицины, значимая часть пациентов, страдающих ИБС, продолжает испытывать симптомы стенокардии, что в значительной степени ограничивает их активность и снижает качество повседневной жизни. Известно, что базисная терапия лишь на 50% способна уменьшить симптоматику.

В силу этих причин, одной из основных задач в лечении пациентов со стабильной стенокардией по-прежнему остается уменьшение частоты и интенсивности приступов стенокардии с целью повышения качества жизни. Это диктует необходимость дальнейшего поиска и совершенствования антиангинальной терапии. В этой связи значительный интерес представляют новые препараты с доказанной антиангинальной эффективностью: никорандил, ранолазин.

Ривароксабан представляет собой новый пероральный антикоагулянт, обладающий наиболее широким спектром показаний, в том числе для вторичной профилактики атеротромботических событий после острого коронарного синдрома.

Прием Ксарелто в дозе 2,5 мг 2 раза в сутки в комбинации с антиагрегантной терапией способствует профилактике атеротромботических явлений, обеспечивая более полную защиту по сравнению с использованием только антиагрегантов (рекомендации Европейского общества кардиологов от 2012 года, основанные на результатах клинического исследования ATLASACS 2-TIMI). Это утверждение позволило нам включить препарат в стандарты для пациентов с хронической ИБС в раздел лечение.

Целесообразно внести в стандарты разувастатин, современный препарат, обладающий благоприятным профилем переносимости и улучшающий прогноз у больных с ИБС. Инеджи (симвастатин + эзетимиб) – комбинированный препарат, удобный в применении. Омакор – препарат доказал снижение общей смертности (на 30%) и уменьшение выраженности желудочковых аритмий и смертности от нарушений ритма (на 45%) у пациентов с ИБС и хронической сердечной недостаточностью.

Рекомендуемый лечебно-диагностический стандарт для участников ЛПА на ЧАЭС с хроническими формами ишемической болезнью сердца приведен в приложении.

3.2.3. Лечебно-диагностический стандарт для участников ЛПА на ЧАЭС с дисциркуляторной энцефалопатией

Приказами Минздрава России от 29.12.2012 года утверждены стандарты оказания специализированной медицинской помощи только при острых нарушениях мозгового кровообращения: № 1692н – при внутримозговом кровоизлиянии, № 1749н – при субарахноидальном кровоизлиянии, № 1740н – при инфаркте мозга. Федеральные стандарты по диагностике и лечению хронических

форм нарушений мозгового кровообращения до настоящего времени не разработаны.

Оказание медицинской помощи пациентам с дисциркуляторной энцефалопатией (далее – ДЭ) в стационарных условиях в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга, госпитализированных по Территориальной программе обязательного медицинского страхования, осуществляется в соответствии клиническим стандартом № 261230.

По результатам проведенных исследований специалистами ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России были выявлены особенности течения ДЭ у участников ЛПА на ЧАЭС и жителей радиоактивно загрязненных территорий, которые потребовали разработки новых подходов к диагностике и лечению ДЭ и обусловили необходимость разработки лечебно-диагностического стандарта для данных контингентов при наличии у них ДЭ.

Учитывая преобладание в клинической картине ДЭ когнитивных и психоэмоциональных нарушений, в качестве обязательного обследования введено комплексное нейропсихологическое тестирование, позволяющее детально оценивать когнитивные функции и выраженность тревожно-депрессивных расстройств.

Одним из основных показателей, составляющих триаду метаболического синдрома, является абдоминальное ожирение. Для определения наличия и степени выраженности этого показателя обосновано определение индекса ИМТ и окружности талии.

Одним из ключевых звеньев в патогенезе ДЭ является снижение фракции сердечного выброса. С целью оценки данной патологической составляющей обоснована необходимость проведения эхокардиографии.

Доказана необходимость оценки суточной динамики артериального давления (далее – АД) и проведения с этой целью суточного мониторирования АД, так как обычное измерение АД не позволяет в полной мере оценить адекватность подобранной терапии, выявлять недостаточное ночное снижение АД, которое является наиболее значимым для развития ДЭ.

Оценка выраженности и распространенности атеросклеротического поражения лежит в основе выбора антиагрегантной терапии или хирургического лечения. В подавляющем большинстве случаев для такой диагностики достаточно проведение дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий и транскраниальной доплерографии с оценкой цереброваскулярной реактивности. Уточняющее проведение МР-ангиографии требуется не более чем 10% пациентов.

Обязательными для верификации диагноза ДЭ следует считать использование методов нейровизуализации с предпочтением проведения МРТ головного мозга, так как характерное для ДЭ мелкоочаговое поражение подкорковых структур и лейкоареоз практически не выявляются при проведении КТ головного мозга.

При подозрении на синдром обструктивного апноэ во сне необходимо проведение комплексной полисомнографии с дальнейшими рекомендациями хирургического лечения или подбора СИПАП терапии.

В разделе лабораторной диагностики добавлены исследования, позволяющие детализировать нарушения углеводного обмена (гликозилированный гемоглобин); липидного обмена (определение уровня Апо А и Апо В белков), введены показатели, определяющие выраженность окислительного стресса (оценка процессов свободно-радикального окисления).

Зачастую у пациентов с метаболическим синдромом, наряду с общепризнанными его компонентами, выявляется такой симптом, как гиперурикемия. Повышение концентрации мочевой кислоты является, с одной стороны, фактором риска развития подагры и/или нефролитиаза, с другой стороны – результаты проведенных в последние годы многочисленных эпидемиологических исследований указывают на значимую роль гиперурикемии как фактора риска в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний.

Для оценки функционального состояния мочевыделительной системы необходимо определение уровня креатинина и скорости клубочковой фильтрации.

При метаболическом синдроме наблюдается увеличение синтеза в печени провоспалительных белков (С-реактивного белка), которые участвуют в развитии хронического субклинического воспаления, играющего важную роль в процессах атерогенеза.

Повышение уровня серосодержащей кислоты – гомоцистеина оказывает токсическое действие на эндотелий сосудов; неблагоприятное воздействие на факторы свертывания крови; вызывает усиление адгезии тромбоцитов, что определяет необходимость оценки этого показателя.

Значительно расширены показатели оценки гемостаза, позволяющие оценивать состояние тромбоцитарного (оценка функции тромбоцитов) и плазменного гемостаза (протромбин, фибриноген, Д-димер количественно), а также оценивать эффективность проводимой антиагрегантной терапии.

По показаниям необходимо:

- проведение лабораторной диагностики анемии с определением уровня железа и ферретина;

- проведение диагностики антифосфолипидного синдрома (антитела к кардиолипину, антитела к В2 гликопротеину, волчаночный антикоагулянт).

Идентификация дополнительно введенных в стандарт лабораторных показателей позволяет не только улучшить надежность диагностики ДЭ, но и обеспечить лабораторный мониторинг прогрессирования заболевания. Коррекция уровня выявленных лабораторных маркеров сосудистого поражения будет способствовать замедлению прогрессирования ишемических нарушений и в ряде случаев даже вызывать их регресс.

Рекомендуемый лечебно-диагностический стандарт для участников ЛПА на ЧАЭС с дисциркуляторной энцефалопатией приведен в приложении.

3.2.4. Лечебно-диагностический стандарт для участников ЛПА на ЧАЭС с хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией

В последние годы наблюдается определенная динамика роста болезней органов пищеварения в общей структуре заболеваемости у участников ЛПА на ЧАЭС. В определенной степени это связано с улучшением диагностики данных заболеваний. Они уступают по распространенности лишь сердечно-сосудистым, эндокринным и нервным болезням. Доля болезней органов пищеварения колеблется от 10 до 30%. По данным ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, частота болезней органов пищеварения превышает аналогичный показатель для населения России в 3,7 раза. При этом важно, что в 4–8% случаев гастроэнтерологические заболевания являются причиной инвалидизации.

Одним из наиболее распространенных заболеваний у участников ЛПА на ЧАЭС является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и ее осложнения. Еще сравнительно недавно ГЭРБ у практических врачей ассоциировалась лишь с рефлюкс-эзофагитом и на первый взгляд представлялась безобидным заболеванием с наиболее часто представленным симптомом – изжогой. В настоящее время достоверно установлено, что данное заболевание является триггером каскада сложных патогенетических механизмов, приводящих к развитию тяжелых осложнений и значительно отягчающих течение сопутствующих заболеваний. Пищевод Барретта, обнаруживаемый у 5% больных рефлюкс-эзофагитом относится к числу наиболее опасных осложнений данного заболевания, поскольку при этом в 30–40 раз повышается риск развития аденокарци-

номы пищевода. Именно с широкой распространенностью ГЭРБ и её осложнений (в частности пищевода Барретта) некоторые авторы связывают рост заболеваемости аденокарциномой дистального отдела пищевода (до 97% среди всех случаев заболевания). В Санкт-Петербурге в 2013 году, по данным комитета по здравоохранению администрации города, на 100 000 человек приходилось 6 больных раком пищевода.

Другой не менее актуальной проблемой для участников ЛПА на ЧАЭС, а также всей популяции в целом является рак желудка. Заболеваемость раком желудка в России в настоящее время одна из самых высоких в мире и составляет более 30 человек на 100 000 населения. В Санкт-Петербурге в 2009 году, по данным комитета по здравоохранению администрации города, на 100 000 человек приходилось 32 больных раком желудка.

В этой связи ранняя диагностика пренеопластических изменений слизистой оболочки пищевода и желудка является чрезвычайно важной проблемой современного здравоохранения. Особенно актуальна данная проблема у участников ЛПА на ЧАЭС, ввиду их высокого «онкогенного» потенциала.

Исследования, проведенные в 2009-2012 гг. показали, что у участников ЛПА на ЧАЭС в 44% случаев выявляется пищевод Барретта, в 28% – метаплазия слизистой пищевода по кардиальному типу, в 28% – воспалительные заболевания (эрозия, эзофагит). Дисрегенераторные изменения (нарушения клеточного обновления) эпителия слизистой желудка, проявляющиеся различными типами кишечной метаплазии и атрофии слизистой были диагностированы в 64% от всех биопсий желудка. Атрофические изменения слизистой от очаговых, выявленных в поверхностных отделах слизистой, до диффузных были обнаружены в 27% случаев.

Преднеопластические изменения – кишечные метаплазии слизистой желудка были диагностированы в 37% случаев, с преимущественной локализацией в антральном отделе желудка (52,5%). Из них самым частым типом кишечной метаплазии была тонкокишечная метаплазия (или метаплазия 1 типа), которая выявлялась в 81,5% случаев.

Общая частота инфицированности *Helicobacter pylori* (НР) у участников ЛПА на ЧАЭС по данным ПЦР анализа составила 87 %, при этом в 77% случаев инфекция выявлена в теле желудка, в 86% – в антральном отделе и в 77% – в обеих локализациях. Иммуноцитохимическим методом у 71% больных были выявлены бактериальные клетки НР. При этом НР в 86% случаев обнаруживался в антральном отделе и теле желудка, в 65% случаев только в антральном отделе желудка и в 28% случаев только в теле желудка. Иммуноцитохимическим

методом спиралевидные (бациллярные) формы НР выявлялись в 96% случаев, а кокковые формы в 15% случаев (Саблин О.А., 2010).

Действующие на сегодняшний день стандарты оказания медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией, утвержденные Минздравом России в 2004 году (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 N 248, Приложение 1 к настоящему приказу) не учитывают некоторые новые положения о диагностике и лечении данной нозологии, признанные мировым экспертным сообществом. Кроме того, для их применения к участникам ЛПА на ЧАЭС необходимы дополнения по ранней диагностике и профилактике неоплазий слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Данные дополнения обусловлены высоким канцерогенным потенциалом радиоактивного излучения на организм участников ЛПА на ЧАЭС.

Для ранней диагностики онкологической патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта в стандарт предлагается дополнительно ввести:

- иммуноцитохимическое исследование с моноклональными антителами материала из различных тканей и органов для выявления метастазов опухоли (онкомаркер- РЭА, СА 19-9, СА-242), которое позволяет выявлять наличие ранних стадий заболевания, не определяемых инструментальными (сонографическими, рентгенологическими, магнитнорезонансными методами);

- исследование крови на Пепсиноген I, которое позволяет комплексно оценить степень атрофии слизистой тела желудка и оценить риски развития дистального рака желудка;

- исследование крови на Пепсиноген II, которое позволяет интегрально оценить выраженность воспаления слизистой оболочки желудка, а по соотношению Пепсиноген I / Пепсиноген II оценить степень атрофии слизистой тела желудка и риск развития дистального рака желудка. При атрофическом гастрите тела желудка отношение Пепсиноген I / Пепсиноген II снижается ниже 3;

- исследование крови на Гастрин 17 (базальный и стимулированный), позволяющее косвенно определять интенсивность желудочной кислотопroduкции, наличие нейроэндокринной опухоли – гастриномы;

- исследование крови на антитела к *Helicobacter pylori* IgG – маркер инфекции, являющейся канцерогеном I степени по рекомендациям международного агентства по изучению рака;

- исследование крови на антитела к париетальным клеткам, для определения аутоиммунного гастрита, который обладает высоким канцерогенным потенциалом;

- исследование крови на хромогранин А, ранний маркер нейроэндокринных опухолей всего желудочно-кишечного тракта;

- фиброгастродуоденоскопия в режиме NBI с увеличением, которая позволяет в процессе исследования локализовать преднеопластические и неопластические изменения слизистой пищевода и желудка. Метод позволяет наблюдать биологическую ткань в узкоспектральном свете, который полностью поглощается кровью и не распространяется вокруг, в отличие от обычного света широкого диапазона. Так, оптимальная длина волны для выявления капилляров, находящихся поверхностно в слизистой составляет 415 нм, а для вен, располагающихся глубже относительно поверхности слизистой оболочки – 540 нм. Капиллярные кровеносные сосуды на поверхности при наблюдении в NBI воспринимаются в коричневатом цвете, а сосуды в более глубокой части воспринимаются в голубом оттенке (Singh R. et al., 2008).

Применение режима NBI при исследованиях верхних отделов желудочно-кишечного тракта помогает обнаружить очаги кишечной метаплазии, а также идентифицировать рисунок, характерный для пищеводно-желудочного перехода, что является неоценимым диагностическим методом при пищеводе Барретта. Оценка структуры микрососудистого рисунка дает возможность определять зоны с дисплазией высокой степени и выявлять злокачественные поражения на ранней стадии, в том числе carcinoma in situ (Lambert R. et al., 2007).

Во многих опухолях плотность кровеносных сосудов в поверхностном слое слизистой оболочки становится высокой. Так, например, в случае карциномы в многослойном плоском эпителии пищевода расширение, извилистость и изменение формы внутриэпителиальных папиллярных капиллярных петель intrapapillary capillary loop (IPCL) являются характерной особенностью данной патологии, и при NBI воспринимаются как коричневатые пятна.

Наряду с контрастированием мелких кровеносных сосудов, при NBI улучшается изображение структуры слизистой оболочки, обеспечивая отличную визуализацию поверхностных деталей слизистой оболочки. Так, узкоспектральная эндоскопия обеспечивает детальное исследование микроархитектоники слизистой оболочки в зоне сегмента цилиндроклеточной метаплазии, и с помощью этой методики определены 5 типов рисунка слизистой оболочки, соответствующие типу эпителия в сегменте цилиндроклеточной метаплазии, что актуально для диагностики пищевода Барретта.

МСРКТ брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием – наиболее специфический и чувствительный метод ранней диагностики опухолей ЖКТ.

Необходимость включения в стандарт лекарственных препаратов эзомепразола, пантопразола, метронидазола и висмута трикалия дицитрата обусловлена их высокой антихеликобактерной активностью в современных схемах эрадикационной терапии.

Одним из важнейших критериев эффективности ингибитора протонной помпы является быстрая активизация основного вещества, быстрое начало действия. Эзомепразол в дозе 20 мг обеспечивает лучшее снижение желудочной секреции в первые 6 часов 1 дня применения по сравнению с рабепразолом в дозе 20 мг, а также обладает более длительным по сравнению с рабепразолом действием в течение суток после прекращения приема препарата (Морозов С.В. и соавт., 2003). Пантопразол – препарат наиболее безопасный у полиморбидных больных. Препарат сукральфат обладает высокой цитопротективной активностью в плане заживления язв и эрозий слизистой желудка.

Согласно современным рекомендациям Европейской группы по изучению НР (Malfertheiner P. et al., 2005), схема первой линии предусматривает назначение ингибитора протонной помпы и двух антибиотиков до 14 дней, в связи с чем увеличены курсовые дозы применяемых препаратов.

Рекомендуемый лечебно-диагностический стандарт для участников ЛПА на ЧАЭС с хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией приведен в приложении.

3.3. В стационарных условиях при оказании специализированной хирургической помощи

Особенностью организации оказания специализированной хирургической помощи участникам ЛПА на ЧАЭС в стационарных условиях в плановом порядке является необходимость оценки и стабилизации их общесоматического состояния с проведением соответствующих дополнительных лечебно-диагностических мероприятий в предоперационном периоде.

При наличии медицинских показаний не исключается проведение предоперационной подготовки в условиях круглосуточного терапевтического стационара.

3.4. В стационарных условиях при оказании высокотехнологичной медицинской помощи

Особенностью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи участникам ЛПА на ЧАЭС является необходимость оценки и стабилизации их общесоматического состояния с проведением соответствующих дополнительных лечебно-диагностических мероприятий в предоперационном периоде, которые обусловлены не только сопутствующей соматической терапевтической патологией, но и различными нарушениями обменных процессов. В частности, наличие остеопороза и нарушений микроэлементного состава осложняют оказание высокотехнологичной медицинской помощи пациентам травматолого-ортопедического и нейрохирургического профилей.

В предоперационном периоде по медицинским показаниям рекомендуется осуществлять консультации специалистов узкого профиля и проводить дополнительные диагностические исследования, включая компьютерную рентгеномногографию, магниторезонансную томографию, эндоскопические и ультразвуковые методы исследования.

При наличии показаний не исключается проведение предоперационной подготовки в условиях круглосуточного терапевтического стационара.

При оказании высокотехнологичной медицинской помощи (пересадка костного мозга, проведение сеансов химиотерапии в связи онкологической и онкогематологической патологиями) нарушения иммунной системы требуют проведения пролонгированной и дорогостоящей терапии участникам ЛПА на ЧАЭС в условиях круглосуточного стационара.

3.5. В стационарных условиях при проведении медицинской реабилитации

Проведение медицинской реабилитации пациентов из числа участников ЛПА на ЧАЭС рекомендуется проводить в специализированном отделении медицинской (клинической) реабилитации с применением передовых методик и технологий медицинской реабилитации:

- в раннем послеоперационном периоде после проведенных оперативных вмешательств в рамках высокотехнологичной медицинской помощи;

- в раннем периоде после острого нарушения мозгового кровообращения или острого инфаркта миокарда;

- в позднем периоде после острого нарушения мозгового кровообращения при наличии осложнений в виде гемипарезов, нарушений речи и др.

В период проведения реабилитационных мероприятий, при наличии медицинских показаний, рекомендуется осуществлять консультации специалистов узкого профиля с проведение дополнительных диагностических исследований, включая компьютерную рентгеномногографию, магниторезонансную томографию, ультразвуковые методы.

4. ПОРЯДОК ОТБОРА И НАПРАВЛЕНИЯ УЧАСТНИКОВ ЛПА НА ЧАЭС НА ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Настоящий порядок регулирует вопросы организации отбора и направления участников ЛПА на ЧАЭС для оказания специализированной медицинской помощи, в рамках целевых программ в многопрофильных медицинских центрах, специализирующихся на лечении указанных категорий граждан (далее – Центры).

2. Отбор и направление участников ЛПА на ЧАЭС проводится при наличии удостоверения, подтверждающего статус участия в ликвидации последствий этой катастрофы, выданного органом исполнительной власти Российской Федерации в соответствии с приказами МЧС России, Минздравсоцразвития России и Минфина России от 8 декабря 2006 г. № 727/831/165н «Об утверждении порядка и условий оформления и выдачи гражданам удостоверения участника ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС», № 728/832/166н «Об утверждении порядка и условий оформления и выдачи удостоверения гражданам, получившим или перенесшим лучевую болезнь и другие заболевания, связанные с радиационным воздействием вследствие чернобыльской катастрофы или с работами по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС; инвалидам вследствие чернобыльской катастрофы», от 11 апреля 2006 г. № 228/271/63н «Об утверждении порядка и условий оформления и выдачи специальных удостоверений единого образца гражданам, подвергшимся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС», или справки, выданной территориальным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

3. Специализированная медицинская помощь может включать: углубленное медицинское обследование и обследование перед проведением оперативного вмешательства в амбулаторно-поликлинических условиях, лечение в условиях дневного и круглосуточного стационара, в том числе высокотехнологичную, послеоперационную и (или) позднюю реабилитацию.

4. Центры направляют письма в органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации с информацией о возможности оказания специализированной медицинской помощи участникам ЛПА на ЧАЭС, в рамках целевых программ, в том числе о профилях оказываемой Центрами специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

5. Участники ЛПА на ЧАЭС отбираются на оказание соответствующей медицинской помощи в рамках целевых программ медицинской организацией, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи (далее – направляющая медицинская организация).

6. При оказании медицинской помощи в рамках целевых программ медицинские показания к оказанию медицинской помощи определяет лечащий врач направляющей медицинской организации.

7. Медицинская помощь в рамках целевых программ оказывается стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

8. При наличии показаний к оказанию медицинской помощи в рамках целевых программ лечащий врач направляющей медицинской организации оформляет направление на госпитализацию для оказания медицинской помощи на бланке учреждения, которое должно быть написано разборчиво от руки или в печатном виде, заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя медицинской организации (уполномоченного лица), печатью медицинской организации и содержать следующие сведения:

- Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дата его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания).

- Код основного диагноза по МКБ-10.

- Профиль специализированной или наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи, показанной пациенту.

- Наименование Центра, в который направляется пациент для оказания комплексной медицинской помощи.

- Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии).

9. К направлению на госпитализацию для оказания медицинской помощи прилагаются следующие документы пациента:

- Выписка из медицинской документации, заверенная личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя (уполномоченного лица) направляющей медицинской организации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания медицинской помощи.

- Копии следующих документов пациента:
- Документ, удостоверяющий личность пациента.
- Удостоверение участника ЛПА на ЧАЭС.
- Согласие на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.

10. Направляющая медицинская организация представляет комплект документов, предусмотренных пунктами 8 и 9 настоящего порядка, в течение трех рабочих дней, в том числе посредством почтовой и (или) электронной связи в Центр, в который направляется пациент для оказания медицинской помощи.

11. Основанием для госпитализации пациента в Центр является решение врачебной комиссии Центра (далее – ВК).

12. Срок подготовки решения ВК о подтверждении наличия (об отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в принимающий Центр для оказания медицинской помощи не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления в Центр комплекта документов, предусмотренных пунктами 8 и 9 настоящего порядка.

13. Решение ВК оформляется протоколом. Выписка из протокола решения ВК направляется в направляющую медицинскую организацию посредством почтовой и (или) электронной связи.

14. По результатам оказания медицинской помощи Центр дает рекомендации с оформлением записи в медицинской документации пациента по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации.

5. СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛПА НА ЧАЭС ПРИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

5.1. СТАНДАРТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

В основу проекта лечебного и диагностического стандарта для участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС с хронической обструктивной болезнью легких были положены стандарты медицинской помощи больным хронической обструктивной болезнью легких (при оказании специализированной помощи) (утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 мая 2007 г. № 327) и стандарт первичной медико-санитарной помощи при обострении хронической обструктивной болезни легких (приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 № 1214н).

Модель пациента.

Категория возрастная: взрослые.

Пол: любой.

Фаза: обострение.

Стадия: любая.

Осложнения: вне зависимости от осложнений.

Вид медицинской помощи: специализированная.

Условия оказания медицинской помощи: стационарно.

Форма оказания медицинской помощи: неотложная.

Средние сроки лечения (количество дней): 14.

Код по МКБ X*

44.0	Хроническая обструктивная легочная болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей
44.1	Хроническая обструктивная легочная болезнь с обострением неуточненная
44.9	Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная

Нозологические единицы

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления ¹	Усредненный показатель кратности применения
В01.037.001	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога	1	2
В01.037.001	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога зав. отделением	1	2
¹ Вероятность предоставления медицинских услуг или назначения лекарственных препаратов для медицинского применения (медицинских изделий), включенных в стандарт медицинской помощи, которая может принимать значения от 0 до 1, где 1 означает, что данное мероприятие проводится 100% пациентов, соответствующих данной модели, а цифры менее 1 – указанному в стандарте медицинской помощи проценту пациентов, имеющих соответствующие медицинские показания			
Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.09.007	Исследование физических свойств мокроты	1	2
A26.09.001	Микроскопическое исследование мазков мокроты на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	1	1
A26.09.010	Бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,5	1
A26.30.004	Определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	0,5	1
A26.06.016	Определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии пневмонии (<i>Chlamidia pneumoniae</i>) в крови	0,05	1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	0,1	1
A26.06.041	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	0,1	1
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека	0,1	1

	ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови		
A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	0,1	1
A26.06.057	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) в крови	0,05	1
A26.09.006	Микробиологическое исследование мокроты на микоплазму (Mycoplasma pneumoniae)	0,01	1
	Цитологическое исследование мокроты	0,3	1
	Определение газового состава артериальной крови	0,3	2
Инструментальные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	2
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	1	2
	Исследование диффузионной способности легких	1	2
A03.09.001	Бронхоскопия	0,3	2
A11.09.006	Бронхоскопический лаваж	0,1	2
A06.09.007	Рентгенография легких в двух проекциях	1	1
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков – бодиплетизмография	1	1
A12.09.002.001	Исследование дыхательных объемов – бодиплетизмография с применением лекарственных препаратов	1	2
A12.09.005	Пульсоксиметрия	1	10

2. Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
V01.020.001	Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	0,7	1
A13.29.001	Консультация психолога	0,1	1
	6–минутная шаговая проба	1,0	2
	Анкета качества жизни – опросник SF-36	1,0	2
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	0,3	1
V01.055.001	Прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный	0,05	1
Наблюдение и уход за пациентом медицинскими работниками со средним (начальным) профессиональным образованием			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных препаратов	0,2	7
A11.09.007.001	Ингаляционное введение лекарственных препаратов через небулайзер	0,6	10
A12.26.002	Очаговая проба с туберкулином	0,05	1
Инструментальные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.10.002	Эхокардиография	1	2
A06.09.005	Компьютерная томография органов грудной полости	0,5	1
A07.09.003	Сцинтиграфия легких	0,01	1
A12.09.001.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков с помощью пикфлоуметра	1	10

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A13.29.003	Психологическая адаптация	0,1	1

3. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД* **	СКД* ***
J01CA	Пенициллины широкого спектра действия		0,3			
		Амоксициллин		мг	1500	15000
J01CR	Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз		0,2			
		Амоксициллин+ [Клавулановая кислота]		мг	1000+ 250	10 000+ 2500
		Амоксициллин+ [Сульбактам]		мг	2000+ 1000	20 000+ 10 000
J01DC	Цефалоспорины- 2-го поколения		0,1			
		Цефуроксим		мг	4500	45 000
J01DD	Цефалоспорины 3-го поколения		0,15			
		Цефиксим		мг	400	4000
		Цефтазидим		мг	4000	40 000
		Цефтриаксон		мг	2000	20 000
J01FA	Макролиды		0,15			
		Азитромицин		мг	500	3500
		Кларитромицин		мг	1000	7000

J01M	Фторхинолоны		0,3			
		Гемифлоксацин		мг	320	3200
		Левифлоксацин		мг	500	5000
		Моксифлоксацин		мг	400	4000
J02AC	Производные триазола		0,05			
		Флуконазол		мг	100	700
N07B	Препараты, применяемые при никотиновой зависимости		0,8			
		Варениклин		мг	1,5	15
		Никотин		мг	21	210
R03A	Селективные бета2-адреномиметики		0,7			
		Сальбутамол		мг	12	168
		Сальбутамол		мг	0,8	112
		Фенотерол		мг	0,2	2,8
		Фенотерол		мл	1,5	21
		Формотерол		мг	0,024	0,336
R03A	Симпатомиметики в комбинации с другими препаратами		0,3			
		Ипратропия бромид+ Фенотерол		мл	4	56
		Ипратропия бромид+ Фенотерол		мг	0,25+0,5	3,5+7
		Ипратропия бромид+ Сальбутамол		доза	3	42
R03B	Антихолинергические средства		1			
		Ипратропия бромид		мг	0,16	2,24
		Ипратропия бромид		мл	6	84
		Тиотропия бромид		мг	0,018	0,252
R03D	Прочие средства системного действия для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей		0,1			
		Фенспирид		мг	240	3360

R05C	Муколитические препараты		0,5			
		Амброксол		мг	90	900
		Ацетилцистеин		мг	600	6000
		Карбоцистеин		мг	1125	11250
V05A	Растворители и разбавители, включая ирригационные растворы		0,6			
		Натрия хлорид		мл	20	200

*Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. **Международное непатентованное или химическое наименование лекарственного препарата, а в случаях их отсутствия – торговое наименование лекарственного препарата. ***Средняя суточная доза. ****Средняя курсовая доза.

1. Лекарственные препараты для медицинского применения, зарегистрированные на территории Российской Федерации, назначаются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, а также с учетом способа введения и применения лекарственного препарата.

2. Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (часть 5 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

3. Граждане, имеющие в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 29, ст. 3699; 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 48, ст. 4945; 2007, № 43, ст. 5084; 2008, № 9, ст. 817; 2008, № 29, ст. 3410; № 52, ст. 6224; 2009, № 18, ст. 2152; № 30, ст. 3739; № 52, ст. 6417; 2010, № 50, ст. 6603; 2011, № 27, ст. 3880; 2012, № 31, ст. 4322) право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях обеспечиваются лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в Перечень лекарственных препаратов, в том числе перечень лекарственных препаратов, назначаемых по решению врачебной комиссии лечебно-профилактических учреждений, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18.09.2006 г. № 665 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27.09.2006 г., регистрационный № 8322), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.10.2007 г. № 651 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19.10.2007 г., регистрационный № 10367), от 27.08.2008 г. № 451н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10.09.2008 г., регистрационный № 12254), от 01.12.2008 г. № 690н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22.12.2008 г., регистрационный № 12917), от 23.12.2008 г. № 760н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28.01.2009 г., регистрационный № 13195) и от 10.11.2011 г. № 1340н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23.11.2011 г., регистрационный № 22368).

Жирным выделены добавления в стандарт Министерства здравоохранения Российской Федерации.

5.2. СТАНДАРТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (ХРОНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ) ДЛЯ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

Лечебно-диагностический стандарт для участников
ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС
с хроническими формами ишемической болезни сердца
в амбулаторно-поликлинических условиях

Диагнозы
(МКБ 10):

- I20.8 Другие формы стенокардии
- I20.9 Стенокардия неуточненная
- I25 Хроническая ишемическая болезнь сердца
- I25.0 Атеросклеротическая сердечно – сосудистая
болезнь
- I25.1 Атеросклеротическая болезнь сердца
- I25.2 Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда
- I25.3 Аневризма сердца
- I25.4 Аневризма коронарной артерии
- I25.5 Ишемическая кардиомиопатия
- I25.6 Бессимптомная ишемия миокарда
- I25.8 Другие формы хронической ишемической
болезни сердца
- I25.9 Хроническая ишемическая болезнь серд-
ца неуточненная

Наименование	Место проведения (поликлини- ка/ диспансер)	Частота предостав- ления	Среднее количе- ство
Расшифровка, описание и интерпретация электро- кардиографических данных	П	1,0	1
Описание и интерпретация рентгенографических изображений	П	1,0	1
Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный	П	0,2	1
Прием (осмотр, консультация) врача- невролога первичный	П	0,1	1

Прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный	П	0,1	1
Прием (осмотр, консультация) врача-эндоскописта первичный	П	1,0	0,1
Претестовое определение вероятности ИБС	П, Д	1,0	1
Прием (осмотр, консультация) диспансерного врача общей практики первичный	Д	1,0	1
Введение медицинского заключения по данному пациенту в Чернобыльский регистр	Д	1,0	1
Прием (осмотр, консультация) врача-психолога	Д	0,5	1
Общий (клинический) анализ крови развернутый	П	1,0	1
Анализ крови: глюкоза, липидограмма, креатинин, калий, мочевая кислота, ТТГ	П	1,0	1
Анализ на NT-pro-BNP	П	0,2	1,5
Анализ мочи общий	П	1,0	1
Анализ мочи на микроальбумин	П	0,8	1
Глюкозотолерантный тест	П	0,2	1
Электрокардиография с физическими упражнениями	П	0,7	1
Рентгенография легких	П	1,0	1
Холтеровское мониторирование АД	П	0,2	1
Эхокардиография	П	1,0	1
Регистрация электрокардиограммы и интерпретация электрокардиографических данных	П	1,0	1
Регистрация электрокардиограммы (повторно)	П	0,5	2
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (повторно)	П	0,5	2
Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога повторный	П	0,5	1
Общий (клинический) анализ крови повторный	П	0,5	1
Анализ мочи общий повторный	П	0,2	1
Оценка нарушений липидного обмена биохимическая повторная	П	0,7	2
Холтеровское мониторирование АД повторное	П	0,2	1
Эхокардиография	П	0,1	1
Школа для больных ИБС	П	1,0	1

3. Перечень используемых лекарственных средств
с указанием разовых и курсовых доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ)	МНН + форма выпуска	Частота назначения	Единицы измерения	ОДД**	ЭКД** *
Ингибины агрегации тромбоцитов		1,0			
	Клопидогрел, таблетки, покрытые оболочкой	0,2	мг	75	27375
	Ацетилсалициловая кислота, таблетки, покрытые кишечнорастворимой пленочной оболочкой	1,0	мг	100	36500
Антикоагулянты	Ривароксабан	0,01	мг	2,5	
Органические нитраты		0,8			
	Изосорбида мононитрат, капсулы пролонгированного действия	0,8	мг	80	29200
Бета-адреноблокаторы селективные		0,9			
	Метопролол, таблетки	0,2	мг	100	36500
	Бисопролол, таблетки, покрытые оболочкой	0,7	мг	10	3650
Дигидропиридиновые производные					
	Амлодипин, таблетки	0,65	мг	5	1825
Производные фенилалкиламина		0,1			
	Верапамил, таблетки, покрытые оболочкой	0,1	мг	160	58400
АКФ-ингибиторы		0,9			
	Эналаприл, таблетки	0,15	мг	10	3650
	Периндоприл, таблетки	0,15	мг	5	1825
Ангиотензина II антагонисты		0,1			
	Лозартан, таблетки, покрытые оболочкой	0,100	мг	80	29200
ГМГ-КоА редуктазы ингибиторы		0,9			
	Симвастатин, таблетки, покрытые оболочкой	0,1	мг	20	7300

	Аторвастатин, таблетки, покрытые оболочкой	0,45	мг	20	3650
	Розувастатин, таблетки, покрытые оболочкой	0,45	мг	10	3650
Фибраты		0,1			
	Фенофибрат, капсулы	0,1	мг	200	73000
Другие гиполипидемические средства					
	Инеджи	0.01	мг	10/10	
	Омакор	0,25	г	1	

* анестезиологическое и реаниматологическое пособия по требованию (или при необходимости) могут входить в этот или в другие разделы стандарта.

** ориентировочная дневная доза.

*** эквивалентная курсовая доза.

4. Перечень изделий медицинского назначения (включая имплантаты, эндопротезы и т.д.), не входящих в состав и стоимость предоставляемых работ и услуг

Код НВМИ	Название НВМИ	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
5760	Шприц медицинский инъекционный однократного применения	Шприц медицинский инъекционный однократного применения	1,0	4
6865	Салфетка стерильная	Салфетка стерильная	1,0	2
6890	Перчатки хирургические однократного применения	Перчатки хирургические однократного применения	1,0	2

Лечебно-диагностический стандарт для участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС с хроническими формами ишемической болезни сердца в условиях стационара

Диагнозы:

I25.8	Другие формы хронической ишемической болезни сердца
I25.9	Хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная
I20.8	Другие формы стенокардии
I20.9	Стенокардия неуточненная
I25	Хроническая ишемическая болезнь сердца

I25.0	Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь
I25.1	Атеросклеротическая болезнь сердца
I25.2	Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда
I25.3	Аневризма сердца
I25.4	Аневризма коронарной артерии
I25.5	Ишемическая кардиомиопатия
I25.6	Бессимптомная ишемия миокарда

Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1,00	2
Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный	1,0	1
Претестовое определение вероятности ИБС	1,0	1
Описание и интерпретация компьютерных томограмм	0,2	1
Описание и интерпретация магнитно-резонансных томограмм	0,1	1
Общий (клинический) анализ крови развернутый	1,0	1
Анализ крови биохимический общетерапевтический	1,0	1
Оценка нарушений липидного обмена биохимическая	1,0	1
Анализ мочи общий	1,0	1
Электрокардиография с физическими упражнениями	0,80	1
Электрокардиография с применением медикаментов	0,05	1
Рентгенография легких	0,5	1
Магнитно-резонансная томография сердца	0,01	1
Коронарография	0,2	1
Вентрикулография сердца	0,1	1
Эхокардиография	1,0	1
Регистрация электрокардиограммы	1,0	1
Холтеровское мониторирование АД	0,3	1
Эхокардиография чрезпищеводная	0,2	1
Эхокардиография с фармакологической нагрузкой	0,1	1
Эхокардиография с физической нагрузкой	0,1	1
Магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием	0,01	1
Спиральная компьютерная томография сердца	0,1	1
Описание и интерпретация магнитно-резонансных томограмм	0,01	1
Ежедневный осмотр врача-кардиолога с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1,0	9

Описание и интерпретация компьютерных томограмм	0,03	1
Осмотр (консультация) врача-анестезиолога-реаниматолога первичный	0,6	1
Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный	0,01	1
Прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный	0,2	1
Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	0,2	1
Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный	0,1	1
Прием (осмотр, консультация) врача-эндоскописта первичный	0,3	1
Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	1,0	1
Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	0,1	1
Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный	0,01	1
Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный	0,01	1
Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	0,01	1
Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный	0,01	1
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1,0	3
Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,11	1
Суточное прикроватное мониторирование жизненных функций и параметров	0,1	5
Катетеризация кубитальной и других периферических вен	0,5	1
Бритье кожи предоперационное или поврежденного участка	0,6	1
Пособие при трахеостоме	0,01	6
Процедуры сестринского ухода за реанимационным больным	0,1	2
Процедуры сестринского ухода за фиксированным больным	0,01	2
Процедуры сестринского ухода у больного в критическом состоянии	0,01	4
Процедуры сестринского ухода у больного в коматозном состоянии	0,01	4
Процедуры сестринского ухода у больных старческого возраста	0,1	11

Процедуры сестринского ухода у больного с сердечно-сосудистым заболеванием	0,9	9
Процедуры сестринского ухода при подготовке пациента к операции	0,6	1
Определение антигена HBsAg Hepatitis B virus	0,2	1
Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к Hepatitis C virus	0,2	1
Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к Human immunodeficiency virus HIV 1	0,2	1
Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к Human immunodeficiency virus HIV 2	0,2	1
Лабораторный контроль за терапией прямыми антикоагулянтами	0,1	8
Лабораторный контроль за терапией непрямые антикоагулянтами	0,1	8
Общий (клинический) анализ крови развернутый	1,0	2
Анализ мочи общий	1,0	3
Анализ мочи на микроальбумин	0,5	1
Комплекс исследований функции почек	0,1	1
Анализ крови биохимический общетерапевтический	1,0	3
Оценка нарушений липидного обмена биохимическая	1,0	2
Экспресс-исследование уровня тропонина в крови	0,02	1
Исследование уровня гамма-глутамилтранспетидазы крови	1,0	1
Исследование уровня глюкозы в крови с помощью анализатора	0,3	5
Определение основных групп крови (A, B, 0)	1,0	1
Определение резус-принадлежности	1,0	1
Исследование уровня кислорода крови	0,1	10
Реакция Вассермана (RW)	1,0	1
Исследование антител к гормонам щитовидной железы		1
Исследование уровня фибриногена в крови	0,50	1
Исследование уровня свободного тироксина сыворотки (Т-4) крови	0,1	1
Исследование уровня тиреотропина плазмы крови	1,0	1
Исследование уровня креатинина в моче (проба Реберга)	1,0	4
Исследование уровня мочевой кислоты в крови	1,0	1
Исследование уровня калия и натрия в крови	1,0	3
Рентгенография легких	0,10	5
Эзофагогастродуоденоскопия	0,5	1
Холтеровское мониторирование АД	0,2	1
Регистрация электрокардиограммы	1,0	5

Эхокардиография	1,0	1
Дуплексное сканирование сосудов (артерий и вен) верхних конечностей	0,1	1
Дуплексное сканирование сосудов (артерий и вен) нижних конечностей	0,1	1
Ультразвуковое исследование печени	0,1	1
Ультразвуковое исследование почек и надпочечников	0,1	1
Спиральная компьютерная томография грудной полости	0,01	1
Дуплексное сканирование артерий почек	0,3	1
Баллонная вазодилатация	0,2	2
Установка стента в сосуд	0,2	2
Аневризмэктомия	0,01	1
Электроимпульсная терапия при патологии сердца и перикарда	0,02	1
Психотерапия	0,1	4
Аутогенная тренировка	0,1	4
Лечебная физкультура при заболеваниях сердца и перикарда	1,0	5
Оксигенотерапия (гипер- и нормобарическая) при болезнях сердца	0,1	4
Школа для больных с ИБС	1,0	1

3. Перечень используемых лекарственных средств с указанием разовых и курсовых доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ)	МНН + форма выпуска	Частота назначения	Единицы измерения	ОДД* *	ЭКД*
Компоненты крови		0,21			
	Эритромаасса с удаленным лейкоцитарным слоем	0,10	мл	300	900
	Тромбоконцентрат аферезный	0,01	мл	200	400
	Свежезамороженная плазма	0,10	мл	600	1800
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний полости рта		0,60			
	Хлоргексидин, раствор для наружного применения	0,60	мл	300	300

Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов		0,12			
	Ранитидин, таблетки, покрытые оболочкой	0,02	г	0,3	30
	Фамотидин лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения	0,10	мг	400	120
Ингибиторы протонного насоса		0,10			
	Омепразол, капсулы	0,10	г	0,04	0,4
Алкалоиды белладонны, третичные амины		0,11			
	Атропин, раствор для инъекций	0,11	мг	1	2
Стимуляторы моторики ЖКТ		0,02			
	Метоклопрамид, раствор для внутривенного и внутримышечного введения	0,02	г	0,01	0,05
Осмотические слабительные		0,002			
	Магния сульфат, раствор для внутривенного и внутримышечного введения	0,002	мл	20	60
Анидиаррейные микроорганизмы		0,02			
	Бифидобактерии бифидум, порошок для приема внутрь	0,02	г	3,4	34
Пищеварительные ферментные препараты		0,02			
	Панкреатин, таблетки, покрытые оболочкой	0,02	г	4	40
Инсулины и аналоги, быстрого действия		0,03			
	Инсулин растворимый (человеческий генно-инженерный), раствор для инъекций	0,03	МЕ	50	500
Бигуаниды		0,03			
	Метформин, таблетки, покрытые оболочкой	0,1	г	2	20
Производные сульфонилмочевины					
	Глибенкламид, таблетки	0,1	мг	7,5	82,5
Препараты калия		0,1			
	Калия хлорид, концентрат для приготовления раствора для инфузий	0,1	г	8	80

Прочие минеральные вещества		0,8			
	Калия и магния аспарагинат, раствор для внутривенного введения	0,7	мг	452/400	904/800
	Калия и магния аспарагинат, таблетки, покрытые пленочной оболочкой	0,1	г	0,175	5,255
Препараты натрия		0,3			
	Натрия хлорид, раствор для инфузий	0,800	мл	200	1000
Антикоагулянты непрямые (витамина К антагонисты)		0,05			
	Ривароксабан	0,1	мг	5	50
Антикоагулянты прямые (гепарин и его производные)		0,5			
	Эноксапарин натрия, раствор для инъекций	0,25	мг	160	1760
Ингибиторы агрегации тромбоцитов		1,4			
	Клопидогрел, таблетки, покрытые оболочкой	0,4	мг	75	825
	Ацетилсалициловая кислота, таблетки, покрытые кишечнорастворимой пленочной оболочкой	1,0	мг	100	1100
Ингибиторы протеинолиза		0,1			
Препараты Fe ⁺⁺⁺ для перорального приема		0,04			
	Железа гидроксида сахарозный комплекс, раствор для внутривенного введения	0,02	мг	200	2000
	Железа [III] гидроксид полимальтозат, таблетки жевательные	0,02	мг	200	2000
Прочие стимуляторы гемопозеза		0,02			
Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты		0,31			
Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс		0,1			
Дигиталисные гликозиды		0,02			
	Дигоксин, таблетки	0,02	мг	0,25	2,5
Антиаритмические препараты Ib класса		0,01			
	Лидокаин, раствор для инъекций	0,01	г	0,5	0,5

Органические нитраты		2,03			
	Нитроглицерин, раствор для внутривенного введения	0,03	мл	20	20
	Нитроглицерин, аэрозоль подъязычный дозированный	1,0	мг	0,4	20
	Изосорбида динитрат, таблетки	0,8	мг	40	440
	Изосорбида мононитрат, капсулы пролонгированного действия	0,2	мг	80	880
Тиазиды		0,025			
	Гидрохлоротиазид, таблетки	0,025	г	0,025	0,25
Сульфонамиды		0,02			
	Индапамид, таблетки с контролируемым высвобождением, покрытые оболочкой	0,02	г	0,002	0,027
Сульфаниламидные диуретики		0,1			
	Фуросемид, раствор для внутривенного и внутримышечного введения	0,1	мг	80	240
Альдостерона антагонисты		0,1			
	Спиронолактон, капсулы	0,1	мг	75	750
Бета-адреноблокаторы неселективные		0,075			
	Пропранолол, таблетки	0,05	г	0,16	0,36
	Соталол, таблетки	0,025	г	0,16	1,6
Бета-адреноблокаторы селективные		1,0			
	Метопролол, таблетки	0,3	мг	100	1100
	Атенолол, таблетки	0,1	мг	100	1100
	Бисопролол, таблетки, покрытые оболочкой	0,6	мг	10	100
Альфа-бета адреноблокаторы		0,05			
	Карведилол, таблетки	0,05	мг	37,5	412,5
Дигидропиридиновые производные		0,75			
	Амлодипин, таблетки	0,6	мг	10	110
	Нифедипин, таблетки	0,15	мг	40	440
Производные фенилалкиламина		0,15			
	Верапамил таблетки, покрытые оболочкой	0,15	мг	160	1760

Другие антиангинальные средства	Никорандил	0,01	мг	40	440
	Ранолазин	0,01	г	1	11
АКФ ингибиторы		0,96			
	Каптоприл, таблетки	0,06	мг	100	1100
	Эналаприл, таблетки	0,2	мг	20	220
	Периндоприл, таблетки	0,7	мг	10	110
Ангиотензина II антагонисты		0,1			
	Лозартан, таблетки, покрытые оболочкой	0,1	мг	50	550
ГМГ-КоА редуктазы ингибиторы		1,0			
	Симвастатин, таблетки, покрытые оболочкой	0,1	мг	20	220
	Аторвастатин, таблетки, покрытые оболочкой	0,45	мг	10	110
	Розувастатин, таблетки, покрытые оболочкой	0,45	мг	10	110
Фибраты	Фенофибрат, капсулы	0,01	мг	0,01	200
Другие гиполипидемические средства					
	Инеджи	10/10	мг	110/110	
	Омакор	1	г	11	2200
Антигистаминные препараты для местного применения		0,1			
	Дифенгидрамин, раствор для внутривенного и внутримышечного введения	0,100	г	0,01	0,0
Препараты йода		0,6			
	Повидон-йод, раствор для местного и наружного применения	0,6	мл	300	300
Антисептики и дезинфицирующие препараты прочие		1,6			
	Водорода пероксид, раствор для местного и наружного применения	0,6	мл	200	400
	Этанол, раствор для наружного применения	1,0	мл	20	200
Глюкокортикостероиды		0,01			
Тетрациклины		0,02			
	Доксициклин, капсулы	0,02	г	0,2	1,4
Мочевой кислоты образования ингибиторы		0,01			
	Аллопуринол, таблетки	0,01	г	0,1	1

Бензодиазепинов производные		0,045			
	Клоназепам, таблетки	0,045	мг	2	14
Бутирофенонов производные		0,01			
	Галоперидол, раствор для внутривенного и внутримышечного введения	0,01	мг	2	10
Бензодиазепина производные		0,65			
	Диазепам, раствор для внутривенного и внутримышечного введения	0,6	мл	2	10
	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, раствор для внутривенного и внутримышечного введения	0,05	г	0,001	0,01
Другие нелечебные средства		0,4			
	Вода для инъекций растворитель для приготовления лекарственных форм для инъекций	0,4	мл	200	200
Рентропные рентгеноконтрастные водорастворимые низкоосмолярные вещества		0,2			
	Йогексол, раствор для инъекций	0,2	г	70	700

* анестезиологическое и реаниматологическое пособия по требованию (или при необходимости) могут входить в этот или в другие разделы стандарта.

** ориентировочная дневная доза.

*** эквивалентная курсовая доза.

4. Перечень изделий медицинского назначения (включая импланты, эндопротезы и т.д.), не входящих в состав и стоимость предоставляемых работ и услуг

Название НВМИ	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
Диализатор	Диализатор	0,01	1
Катетер для внутривенных вливаний	Катетер для внутривенных вливаний	0,2	1
Катетер для вливания в малые вены (игла-бабочка)	Катетер для вливания в малые вены (игла-бабочка)	0,2	1
Система (устройство) для внутривенных вливаний	Система (устройство) для внутривенных вливаний	0,1	10
Шприц медицинский инъекционный однократного применения	Шприц медицинский инъекционный однократного применения	1,0	60

Шприц инсулиновый однократного применения	Шприц инсулиновый однократного применения	0,15	40
Перчатки хирургические кольчужные	Перчатки хирургические кольчужные	0,05	5
Канюля внутривенная, однократного применения	Канюля внутривенная, однократного применения	0,1	1
Стент коронарный	Стент коронарный	0,4	2
Бинт марлевый	Бинт марлевый	1,0	6
Салфетка стерильная	Салфетка стерильная	1,0	60
Бинт эластичный иммобилизирующий	Бинт эластичный иммобилизирующий	0,6	4
Пеленка однократного применения	Пеленка однократного применения	1,0	5
Перчатки хирургические однократного применения	Перчатки хирургические однократного применения	0,05	5
Катетер для внутривенных вливаний однократного применения	Катетер для внутривенных вливаний однократного применения	0,7	2
Фетр медицинский для заплат	Фетр медицинский для заплат	0,1	2
Набор пункционный	Набор пункционный	0,8	1
Салфетки гигиенические	Салфетки гигиенические	1,0	4

5. Перечень диетического (лечебного и профилактического) питания

Наименование	Частота предоставления	Количество
Основной вариант стандартной диеты	0,7	10
Вариант диеты с пониженной калорийностью (низкокалорийная диета)	0,3	10

Жирным шрифтом выделены добавления в стандарт Министерства здравоохранения Российской Федерации.

5.3. СТАНДАРТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

В основу проекта единого лечебного и диагностического стандарта для участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС с дисциркуляторной энцефалопатией положен стандарт оказания медицинской помощи больным с ДЭ в условиях стационара по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга № 261230.

1. Модель пациента

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: дисциркуляторная энцефалопатия

Код по МКБ

167.	Другие цереброваскулярные болезни
167.0	Расслоение мозговых артерий без разрыва
167.1	Аневризма мозга без разрыва
167.2	Церебральный атеросклероз
167.3	Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия
167.4	Гипертензивная энцефалопатия
167.5	Болезнь Мойамойа
167.6	Негнойный тромбоз внутричерепной венозной системы
167.7	Церебральный артериит, не классифицированный в других рубриках
167.8	Другие уточненные поражения сосудов мозга
167.9	Цереброваскулярная болезнь неуточненная
168.	Поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках
168.0	Церебральная амилоидная ангиопатия (E85.-+)
168.1	Церебральный артериит при инфекциях и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках
168.2	Церебральный артериит при других болезнях, классифицированных в других рубриках
168.8	Другие поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках
169.	Последствия цереброваскулярных болезней

1.1. Диагностика

Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
Общеврачебный осмотр врача-невролога	1	10
Консультация зав. отделением (отделом)	1	3
Консультация окулиста	0,5	1
Нейропсихологическое тестирование	1,0	1,5
Консультация врача ЛФК	0,2	1
Консультация кардиолога	1,0	2
<u>Инструментальное обследование</u>		
Электрокардиограмма	1	1
Дуплекс БЦА	1	1
Транскраниальная доплерографии или дуплекс	1	1
Эхокардиография	0,5	1
Суточное мониторирование ЭКГ+АД	1,0	1
Электроэнцефалография	0,1	1
Кардиоритмография	0,1	1
КТ головного мозга	0,1	1
МРТ головного мозга	1,0	1
МРТ головного мозга с в/в контрастированием	0,1	1
МР-ангиография	0,1	1
ФЛГ легких	1	1
Полисомнография	0,5	1
<u>Лабораторная диагностика</u>		
Клинический анализ крови и тромбоциты	1	1
Клинический анализ мочи	1	1
6-сульфатоксимелатонин в моче	0,3	1
Анализ крови на сифилис	1	1
HbsAg	1	1
АТ к вирусу гепатита С	1	1
Anti-HBcAg (IgM)	1	1
Билирубин общий	1	1
АЛТ	1	1
АСТ	1	1
ГГТП	1	1
Глюкоза	1	1
Гликозилированный гемоглобин	0,2	1

Глюкозотолерантный тест	0,3	1
Липидограмма (холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, коэффициент атерогенности)	1	1
АпоА	1	1
АпоВ	1	1
Липопротеин-ассоциированная фосфолипидаза А2	0,3	1
Лептин	0,3	1
Адипонектин	0,3	1
Общий белок	0,3	1
Мочевая кислота	0,5	1
Мочевина	0,3	1
К+	0,5	1
Na+	0,5	1
Cl-	0,5	1
КОС и газы крови	0,5	1
Протромбин	1	1
Фибриноген	1	1
СРБ ультрачувствительный	1	1
Гомоцистеин	1	1
D-димер количественно	0,8	1
Агрегация тромбоцитов	1	1,5
P-селектин	0,3	1
Антитромбин III	0,1	1
Малоновый диальдегид	0,3	1
Определение эндогенных антиоксидантов	0,3	1
Железо	0,1	1
Ферретин	0,1	1
Антитела к кардиолипину	0,1	1
Антитела к В2-гликопротеину	0,1	1
Волчаночный антикоагулянт	0,1	1

1.2. Лечение из расчета 17 дней

Фармако-терапевтическая группа	Международное непатентованное название	Частота назначения	Ориентировочная дневная доза	Курсовая доза
Антиагреганты				
	Ацетилсалициловая кислота (тромбо Асс 100)	0,5	100 мг	1000 мг
	Дипиридамол (курантил) 75	0,2	225 мг	2250 мг
	Ацетилсалициловая кислота + дипиридамол (агренокс)	0,1	25/200	500/4000 мг
	Клопидогрель (плавикс) 75	0,1	75 мг	750 мг
Антикоагулянты				
	Сулодексид (весел ДУЭ Ф)	0,1	500 ЛЕ	5000 ЛЕ
	Варфарин	0,1	2,5 мг	25 мг
	Ксарелто	0,3	20 мг	200 мг
Гипотензивные средства				
	Эналаприл (энап)	0,3	10 мг	100 мг
	Периндоприл (престариум)	0,3	5 мг	50 мг
	Амлодипин	0,5	5 мг	50 мг
	Метопролол (эгилок)	0,1	50 мг	500 мг
	Индапамид (арифон)	0,5	2,5мг	250 мг
	Валсартан (диован)	0,2	160 мг	1600 мг
	Лозартан (лориста)	0,2	50 мг	500 мг
Гиполипидемические				
	Аторвастатин	0,4	20мг	200мг
	Симвастатин	0,1	20мг	200мг
Антиоксиданты, антигипоксанты				
	Этилметилгидроксипиридина сукцинт (мексидол)	0,1	200мг	2000мг
	Янтарная кислота + цитофлавин	0,7	10,0мл	70,0мл
Антидепрессанты				
	Сертралин (стимулотон)	0,1	50 мг	500 мг
	Циталопрам (ципрамил)	0,05	20 мг	200 мг
	Велафаксин (велаксин)	0,05	75 мг	7500 мг
	Тразадон (триттико)	0.1	150 мг	1500 мг
	Агомелатин (вальдоксан)	0,1	25 мг	250 мг
Нейрометаболические препараты				
	Цитиколин (цераксон)	0,3	1000 мг	10000 мг
	Холинальфоцерат (глиатинлин)	0,3	1000 мг	10000 мг

	Галантамин (реминил)	0,1	8 мг	800 мг
	Донепезил (алзепил)	0,1	10 мг	100 мг
	Мемантин	0,1	10 мг	100 мг
	Фенибут	0,2	750 мг	7500 мг
	Депротеинизированный дегидрат (актовегин)	0,2	320 мг	3200 мг
	Церебролизин	0,2	5 мл	50 мл
Снотворные				
	Мелатонин (мелаксен, циркадин)	0,1	2–3 мг	30 мг
	Зопиклон (Сомнол)	0,1	7,5 мг	75 мг
Гистаминергические				
	Бетагистин (бетасерк)	0,4	48мг	480 мг
Анксиолитики				
	Гидроксизин (атаракс)	0,3	50 мг	500 мг
	Афобазол	0,3	30 мг	300 мг
Противосудорожные				
	Прегабалин (лирика)	0,1	300 мг	3000 мг
	Карбамазепин (тегретол)	0,05	400 мг	40000 мг
	Левитирцетам (кепра)	0,05	1000 мг	10000 мг
Растворы				
	Натрия хлорид 0,9%	1	250,0 мл	2500 мл
	Декстроза 5%	0,5	250,0 мл	2500 мл
	Магния сульфат 25%	0,5	10,0 мл	100 мл
	Калия хлорид 4%	0,5	10,0 мл	100 мл
Нейролептики				
	Тиоридазин (сонапакс)	0,1	25 мг	250 мг
	Кветиапин (сероквель)	0,1	25 мг	250 мг
	Сульпирид (эглонил)	0,1	200 мг	2000 мг
Вазоактивные				
	Диосмин + гесперидин (детралекс)	0,7	300 мг	6000 мг
	Бенциклана фумарат (Галидор)	0,1	4,0 мл (100 мг)	40,0 мл 1000 мг
	Пентоксифиллин (Трентал)	0,1	5,0мл (100 мг)	50,0 мл (1000 мг)
Физиотерапевтическое лечение		0,1		7
Психокоррекция		0,1		7
Занятия ЛФК		0,2		7

Занятия с логопедом		0,05		20
Постановка трахеостомы		0,05		1
Санационная бронхоскопия		0,05		5
Постановка гастростомы		0,05		1
ГБО		0,1		5

Жирным шрифтом выделены добавления в стандарт оказания медицинской помощи больным с ДЭ в условиях стационара по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга № 261230.

5.4. СТАНДАРТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ДЛЯ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

В основу проекта лечебного и диагностического стандарта для участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС с хроническим атрофическим гастритом положен стандарт оказания медицинской помощи больным с хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 248.

1. Модель пациента

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: хронический гастрит, дуоденит, диспепсия

Код по МКБ-10: К 29.4, К29.5, К30

Фаза: обострение

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: **стационарная** и амбулаторно-поликлиническая помощь

1.1. Диагностика

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.16.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.002	Визуальное исследование при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.003	Пальпация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.004	Перкуссия при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.005	Аускультация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A02.12.001	Измерение частоты пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления	1	1
A03.16.001	Эзофагогастроуденоскопия	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A08.05.009	Определение цветового показателя	1	1
A08.16.004	Исследование материала желудка на наличие хеликобактериоза	1	1
A08.16.002	Морфологическое исследование препаратов тканей желудка	0,1	1
A08.16.003	Морфологическое исследование препаратов тканей двенадцатиперстной кишки	0,1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.19.002	Исследование кала на скрытую кровь	0,05	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,01	1
A06.16.002	Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки	0,4	1
A09.16.004	Внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов в желудочном содержимом (рН)	0,5	1
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	0,8	1
A04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	0,8	1
A11.16.002	Биопсия желудка с помощью эндоскопии	0,1	1
A11.16.003	Биопсия 12-перстной кишки с помощью эндоскопии	0,1	1

A08.30.002	Иммуноцитохимическое исследование с моноклональными антителами материала из различных тканей и органов для выявления метастазов опухоли (онкомаркер- РЭА)	1	0,5
	Исследование крови на онкомаркер СА 19-9	1	0,5
	Исследование крови на онкомаркер СА-242	1	0,5
	Исследование крови на пепсиноген I	1	1
	Исследование крови на гастрин-17 (базальный и стимулированный)	1	1
	Исследование крови на антитела к Helicobacter pylori IgG	1	1
	Исследование крови на антитела к париетальным клеткам	1	1
	Исследование крови на хромогранин А	1	1
	Фиброгастродуоденоскопия в режиме NBI с увеличением	0,3	1
	МСРКТ брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием	0,05	1

1.2. Лечение из расчета 14 дней

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.16.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.002	Визуальное исследование при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.003	Пальпация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A25.16.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A25.16.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A25.16.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			0,8		
	Антациды		0,3		
		Алгелдрат + гидроксид магния	1	40 мл	560 мл
	Прокинетики		0,7		
		Домперидон	1	30 мг	420 мг
	Блокаторы H ₂ -гистаминовых рецепторов		0,1		
		Ранитидин	0,5	300 мг	4,2 г
		Фамотидин	0,5	40 мг	560 мг
	Блокаторы протонного насоса		0,7		
		Омепразол	0,8	40 мг	560 мг
		Пантопразол	0,8	40 мг	560 мг
		Рабепразол	0,8	20 мг	280 мг
		Эзомепразол	0,8	40 мг	560 мг
Антибактериальные средства			0,3		
		Амоксициллин	0,5	2 г	20 г
		Кларитромицин	0,5	1 г	10 г
Противопаразитарные средства					
		Метронидазол	1	1,5 г	15 г
Другие препараты для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и гастроэзофагальной рефлюксной болезни					
		Висмута трикалия дигидрат	0,6	480 мг	6720 мг
		Сукральфат	0,6	2 г	28 г
Антибактериальные средства			0,3		
		Амоксициллин	0,5	2 г	14 г
		Кларитромицин	0,5	1 г	7 г
Противопаразитарные средства			0,3		
		Метронидазол	1	1 г	7 г

* анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** ориентировочная дневная доза.

*** эквивалентная курсовая доза.

Жирным шрифтом выделены добавления в стандарт Министерства здравоохранения Российской Федерации.

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Алексанин С.С. и др. / 25 лет после Чернобыля: состояние здоровья, патогенетические механизмы. Опыт медицинского сопровождения ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции (Руководство для врачей). – СПб.: Медкнига «ЭЛБИ-СПб», 2011. – 736 с.

2. Алексанин С.С. и др. / 30 лет после Чернобыля: патогенетические механизмы формирования соматической патологии, медицинского сопровождения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: монография / под ред. профессора С.С. Алексанина. – СПб.: Политехника-принт, 2016. – 506 с.

3. Алексанин С.С., Рыбников В.Ю., Гудзь Ю.В. и др. Опыт работы ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России по диагностике, лечению и реабилитации участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции и граждан, проживающих (проживавших) на радиоактивно загрязненных территориях // 30 лет после Чернобыля: патогенетические механизмы формирования соматической патологии, медицинского сопровождения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: монография / под ред. профессора С.С. Алексанина. – СПб.: Политехника-принт, 2016. – С. 375 – 382.

4. Иванов В.К., Максютлов М.А., Горский А.И. и др. Заболеваемость участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС: оценка радиационных рисков, период наблюдения 1992 – 2009 гг. // Медицинские радиологические последствия Чернобыля: прогноз и фактические данные спустя 30 лет / Под общей ред. ред. чл.-корр. РАН В.К. Иванова, чл.-корр. РАН А.Д. Каприна. М.: ГЕОС, 2015. – С. 321-328.

5. Иванов В.К., Максютлов М.А., Горский А.И. и др. Радиационные риски цереброваскулярных болезней среди ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // Медицинские радиологические последствия Чернобыля: прогноз и фактические данные спустя 30 лет / Под общей ред. ред. чл.-корр. РАН В.К. Иванова, чл.-корр. РАН А.Д. Каприна. М.: ГЕОС, 2015. – С. 336-338.

6. Кашеев В.В. Радиационные риски онкологической заболеваемости и онкологической смертности среди участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС: дис. ... биол. Наук. – Обнинск, 2009. – 121 с.

7. Паршин В.С. Эффективность ультразвукового скрининга в диагностике рака щитовидной железы // Медицинские радиологические последствия Чернобыля: прогноз и фактические данные спустя 30 лет / Под общей ред. ред. чл.-

корр. РАН В.К. Иванова, чл.-корр. РАН А.Д. Каприна. М.: ГЕОС, 2015. – С. 208-219.

8. Саблин О.А., Дрыгина Л.Б., Ильчишина Т.А., Листопадов Ю.И. Онко-превенция при заболеваниях желудка (учебно-методическое пособие) / Онко-превенция при заболеваниях желудка / Учебно-методическое пособие. – СПб., 2010. – 64 с.

9. Суворов И.М., Ржеуская Г.В., Посохин В.В. Цереброваскулярная патология. Патогенез отдаленного периода у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Патология отдаленного периода у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС / Под ред. А.М. Никифорова. – М.: БИНОМ, 2002. – 141 с.

10. Хирманов В.Н. Клинические особенности патологии сосудов и сердца: патогенез, проявления, диагностика и лечение // 30 лет после Чернобыля: патогенетические механизмы формирования соматической патологии, медицинского сопровождения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: монография / под ред. профессора С.С. Алексанина. – СПб.: Политехника-принт, 2016. – С. 39 – 138.

11. Шантырь И.И., Астафьев О.М., Макарова Н.В. и др. Инвалидность и смертность ликвидаторов аварии на ЧАЭС: Информ. письмо.-СПб., 2000.- 35с.

12. Lambert R., Kuznetsov K.7, Rey J. Narrow-band imaging in digestive endoscopy // *Scient. W. J.* – 2007. – Vol. 7. – P. 449–465.

13. Malfertheiner P., Meagraud F., O'Morain C. Guidelines for the Management of Helicobacter Pylori Infection Berenson // *Business briefing: European gastroenterology review.* – 2005. – Vol. 59–60. – P. 998-999.

14. Sung H., Chung H., Kim M., Lee G. Clinical Usefulness of Antimicrobial Susceptibility Test for Helicobacter pylori // *Korean. J. Lab. Med.* – 2006. – Vol. 3. – P. 179–184.

**Методические рекомендации
по оказанию специализированной адресной медицинской помощи
участникам ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС**

Методические рекомендации

Отпечатано в типографии
«Политехника-принт» с оригинал-макета заказчика
(195005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д)

Тираж 100 экз. Формат 60×90 ¹/₁₆