


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-р. мед. наук профессор



С.С. Алексанин

«25» июня 2015 г.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ ФЕДЕРАЛЬНОЙ
ПРОТИВОПОЖАРНОЙ СЛУЖБЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
ПРОТИВОПОЖАРНОЙ СЛУЖБЫ, ВОЕННОСЛУЖАЩИХ
СПАСАТЕЛЬНЫХ ВОИНСКИХ ФОРМИРОВАНИЙ, ФЕДЕРАЛЬНЫХ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГРАЖДАНСКИХ СЛУЖАЩИХ, СПАСАТЕЛЕЙ
АВАРИЙНО-СПАСАТЕЛЬНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ И АВАРИЙНО-
СПАСАТЕЛЬНЫХ СЛУЖБ МЧС РОССИИ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2015

Организация диспансерного динамического наблюдения за состоянием здоровья сотрудников Федеральной противопожарной службы Государственной противопожарной службы, военнослужащих спасательных воинских формирований, федеральных государственных гражданских служащих, спасателей аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб МЧС России: методические рекомендации / под ред. проф. С.С. Алексанина. – СПб.: Политехника-сервис, 2015. – 39 с.

Авторы: канд. мед. наук доц. О.М. Астафьев, канд. мед. наук М.В. Санников, канд. мед. наук доц. Н.А. Мухина, канд. физ.-мат. наук доц. Н.В. Макарова, д-р. мед. наук проф. Рыбников В.Ю., канд. психол. наук Т.И. Шевченко, д-р. мед. наук проф. П.К. Котенко, канд. мед. наук доц. А.О. Пятибрат.

В методических рекомендациях представлен современный порядок организации и проведения диспансерного динамического наблюдения за состоянием здоровья спасателей, сотрудников Федеральной противопожарной службы, военнослужащих спасательных воинских формирований и государственных служащих МЧС России. Особое внимание уделено принципу распределения по группам здоровья сотрудников, подлежащих диспансерному динамическому наблюдению. Представлены критерии оценки качества проводимого диспансерного динамического наблюдения за состоянием здоровья сотрудников МЧС России.

Настоящие методические рекомендации подготовлены в рамках НИР «Оценка состояния здоровья лиц опасных профессий МЧС России по результатам диспансерного наблюдения» (п. 6.2- 56/Б плана научно-технической деятельности МЧС России на 2011 – 2013 гг.).

Методические рекомендации предназначены для медицинского персонала МЧС России, осуществляющего диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья сотрудников МЧС России. Они также могут быть использованы в системе повышения квалификации и профессиональной переподготовки медицинского персонала МЧС России.

Рецензенты:

Бацков С.С. – главный гастроэнтеролог МЧС России, заведующий клиническим отделом гастроэнтерологии и гепатологии Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, заслуженный врач РФ, д-р. мед. наук профессор;

Кульнев С.В. – заместитель заведующего кафедрой организации и тактики медицинской службы Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова МО РФ, канд. мед. наук доцент.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ.....	4
2. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ.....	6
3. КРИТЕРИИ ПОСТАНОВКИ НА ДИСПАНСЕРНОЕ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....	10
4. ПОРЯДОК ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СВЕДЕНИЙ О РЕЗУЛЬТАТАХ ДИСПАНСЕРНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ.....	35
5. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ.....	36
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	38
СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	39

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Диспансеризация – это научно обоснованная система профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленная на сохранение, укрепление и восстановление здоровья. Диспансеризация проводится как в отношении здоровых лиц, так и страдающих хроническими заболеваниями, а также перенесших острые заболевания.

Диспансеризация представляет собой непрерывный процесс при проведении следующих мероприятий:

- медицинское наблюдение за состоянием здоровья;
- активное раннее выявление заболеваний;
- изучение условий труда, выявление факторов, отрицательно влияющих на здоровье;
- проведение профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий;
- систематический анализ состояния здоровья наблюдаемых лиц, изучение их психологического и психического статуса, заболеваемости, качества и эффективности диспансеризации.

Диспансеризация является составной частью вторичной профилактики, которая представляет собой комплекс социально-экономических, гигиенических, эпидемиологических, организационно-технических, психологических и лечебно-оздоровительных мероприятий по устранению этиопатогенетических факторов, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания.

Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация, как комплексный метод, применяемый с целью раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления, гигиенического обучения.

В настоящее время организация и проведение диспансерного динамического наблюдения сотрудников МЧС России возложены на медицинскую службу МЧС России.

Медицинскую службу МЧС России возглавляет главный врач МЧС России. Служба имеет следующую структуру:

1. Отдел медицинской защиты (центральный аппарат).
2. Медицинские учреждения центрального подчинения:

- ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России (Санкт-Петербург),

- ФГБУЗ «72 Центральная поликлиника МЧС России» (Москва),
- ФГБУ «Северо-Кавказский специализированный санаторно-реабилитационный центр» (Кисловодск),
- ФГБУ «Всероссийский специализированный клинический центр экстремальной медицины» (Москва).

3. Специализированные медицинские подразделения:

- аэромобильный госпиталь отряда «Центроспас»,
- медико-санитарное управление отряда «Лидер» и др.

4. Медицинские подразделения вузов и учебных центров (поликлиники, медицинские службы, отделы, группы).

5. Медицинские подразделения (отделы, группы) и специалисты региональных центров и главных управлений.

6. Медицинские подразделения и специалисты организаций и учреждений.

2. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Формы медицинского наблюдения за состоянием здоровья:

- ежедневное медицинское наблюдение (при наличии в подразделении медицинского работника). Осуществляют путем сбора жалоб на состояние здоровья и осмотра. Лиц с признаками заболеваний направляют для обследования в медицинские учреждения. Цель: раннее выявление начальных признаков заболеваний, установление вредных факторов профессиональной деятельности;

- профилактические (углубленные) медицинские осмотры проводятся по плану, составленному начальником медицинского отдела (медицинской службы) и утвержденному руководителем Главного управления МЧС России по субъекту Российской Федерации, учреждения, формирования МЧС России.

Руководители подразделений (медицинские работники) МЧС России представляют поименные списки лиц, подлежащих профилактическому (углубленному) медицинскому осмотру, в лечебно-профилактическое учреждение, к которому прикреплено данное подразделение. В списках должна быть указана категория сотрудника: сотрудник ФПС ГПС МЧС России, спасатель, горноспасатель, военнослужащий спасательных воинских формирований, государственный служащий, служащий МЧС России, с указанием профессиональных вредностей, которые имеются у сотрудника при выполнении им профессиональных обязанностей.

Медицинский работник (при наличии) изучает медицинскую документацию на сотрудника, оценивает эффективность профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий за прошедший год, учитывает и анализирует все случаи острых и обострения хронических заболеваний и вписывает в медицинскую документацию эпикриз о течении основного и сопутствующих заболеваний, выполнении лечебно-профилактических мероприятий и их эффективности за прошедший год.

Объем и содержание углубленных медицинских обследований определяются согласно принадлежности: спасатели, горноспасатели, сотрудники Федеральной противопожарной службы ГПС МЧС России, военнослужащие спасательных воинских формирований, государственные служащие.

Объем лабораторных и инструментальных методов, а также перечень специалистов, участвующих в углубленном медицинском обследовании, приведены в табл. 1-4.

Таблица 1

Объем обследования спасателей, горноспасателей
(приказ МЗ и СР от 12.04.2011 г. № 302н)

<u>Периодичность осмотров</u>	<u>Участие врачей-специалистов</u>	<u>Инструментальные методы исследования</u>	<u>Лабораторные методы исследования</u>
1 раз в год	Терапевт Отоларинголог Невролог Офтальмолог Хирург Психиатр Стоматолог Нарколог Акушер - гинеколог (для женщин)	Цифровая флюорография или рентгенография легких в 2 проекциях Электрокардиография Исследование вестибулярного анализатора Спирометрия Аудиометрия Острота зрения Поля зрения Маммография или УЗИ молочных желез (для женщин старше 40 лет)	Общий анализ крови Общий анализ мочи Глюкоза крови Холестерин крови Бактериологическое (на флору) исследование (для женщин) Цитологическое (на атипичные клетки) исследование (для женщин)

Таблица 2

Объем обследования сотрудников ФПС МЧС России
(приказ МЧС России от 16.04.2007 г. №142 и МВД от 08.11. 2006 г. № 895)

<u>Периодичность осмотров</u>	<u>Участие врачей-специалистов</u>	<u>Инструментальные методы исследования</u>	<u>Лабораторные методы исследования</u>
1 раз в год	Терапевт Оториноларинголог Невролог Офтальмолог Хирург Психиатр Стоматолог Акушер-гинеколог (для женщин)	Цифровая флюорография или рентгенография легких в 2 проекциях: Электрокардиография Велоэргометрия (для лиц старше 40 лет) Исследование вестибулярного анализатора Спирометрия Аудиометрия Поля зрения Острота зрения Внутриглазное давление (для лиц старше 40 лет) Маммография или УЗИ молочных желез (для женщин старше 40 лет)	Общий анализ крови Общий анализ мочи Глюкоза крови (для лиц старше 40 лет) Холестерин крови (для лиц старше 40 лет) Триглицериды крови (для лиц старше 40 лет) Бактериологическое (на флору) исследование (для женщин) Цитологическое (на атипичные клетки) исследование (для женщин)

Объем обследования военнослужащих по контракту воинских спасательных формирований (приказ МО от 18.06.2011 г. № 800)

<u>Периодичность осмотров</u>	<u>Участие врачей-специалистов</u>	<u>Инструментальные методы исследования</u>	<u>Лабораторные методы исследования</u>
1 раз в год	Терапевт Оториноларинголог Невролог Офтальмолог Хирург Психиатр Стоматолог Уролог (для лиц старше 40 лет) Ортопед (для лиц старше 40 лет) Дерматовенеролог (для лиц старше 45 лет) Акушер-гинеколог (для женщин)	Цифровая флюорография или рентгенография легких в 2 проекциях Ортопантомография (для лиц старше 40 лет) Электрокардиография Велоэргометрия (для лиц старше 40 лет раз в 2 года, после 45 лет ежегодно) Исследование вестибулярного анализатора Спирометрия Аудиометрия (для лиц старше 45 лет) Острота зрения (указать) Поля зрения Внутриглазное давление (для лиц старше 40 лет) Маммография или УЗИ молочных желез (для женщин старше 40 лет) Эндовидеоскопия гортани или непрямая ларингоскопия (для лиц старше 40 лет) УЗИ почек и печени (после 40 лет 1 раз в 2 года, после 45 лет ежегодно) ФГДС и ФКС по показаниям (после 45 лет ежегодно)	Общий анализ крови Общий анализ мочи Глюкоза крови (для лиц старше 40 лет) Холестерин крови (для лиц старше 40 лет) Альфа-холестерин (ЛПВП) (для лиц старше 40 лет) Триглицериды крови (для лиц старше 40 лет) Коэффициент атерогенности (для лиц старше 40 лет) Креатинин крови (для лиц старше 40 лет) Билирубин крови (для лиц старше 40 лет) Мочевая кислота крови (для лиц старше 40 лет) ПСА для мужчин (старше 40 лет) Бактериологическое (на флору) исследование (для женщин) Цитологическое (на атипичные клетки) исследование (для женщин)

Объем обследования государственных служащих
(приказ МЗ и СР от 14.12.2009 г. № 984н)

<u>Периодичность осмотров</u>	<u>Участие врачей-специалистов</u>	<u>Инструментальные методы исследования</u>	<u>Лабораторные методы исследования</u>
1 раз в год	Терапевт Оториноларинголог Невролог Офтальмолог Хирург Психиатр Стоматолог Уролог Эндокринолог Нарколог Акушер - гинеколог (для женщин)	Цифровая флюорография или рентгенография легких в 2 проекциях Электрокардиография Маммография или УЗИ молочных желез (для женщин старше 40 лет)	Общий анализ крови Общий анализ мочи Глюкоза крови Холестерин крови Холестерин ЛПНП Триглицериды крови Общий белок Креатинин крови Амилаза крови Билирубин крови Мочевая кислота крови Онкомаркер ПСА для мужчин (старше 40 лет) Онкомаркер СА-125 для женщин (старше 40 лет) Бактериологическое (на флору) исследование (для женщин)

Врачи-специалисты, принимающие участие в проведении диспансеризации, заносят результаты в Карту амбулаторного больного.

Заключения специалистов, результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований передают врачу-терапевту (профпатологу), ответственному за проведение диспансеризации.

В случае выявления заболевания врач-терапевт направляет пациента на дополнительные консультации к врачам-специалистам и обследования.

Углубленное медицинское обследование проводят только в рабочее время.

3. КРИТЕРИИ ПОСТАНОВКИ НА ДИСПАНСЕРНОЕ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Диспансерному динамическому наблюдению подлежат спасатели, горноспасатели, сотрудники Федеральной противопожарной службы ГПС МЧС России, военнослужащие спасательных воинских формирований, федеральные государственные гражданские служащие МЧС России с хроническими заболеваниями; перенесшие острые заболевания, тяжелые травмы, операции; имеющие повышенный риск возникновения различных заболеваний, в том числе ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, сахарного диабета; подвергающиеся воздействию вредных профессиональных факторов и т.д.

По результатам углубленного медицинского обследования необходимо провести разделение на группы состояния здоровья.

Первая группа – лица, не имеющие заболеваний или имеющие некоторые проявления перенесенных заболеваний, травм, оперативных вмешательств без расстройства функций органов и систем и без влияния на способность выполнять должностные обязанности. Не нуждаются в дальнейшем диспансерном наблюдении.

Во вторую группу состояния здоровья «практически здоровые» включают лиц с хроническим течением заболеваний без нарушения функций органов и систем, имеющих проявления их последствий, периодические обострения, не ограничивающие способность выполнять должностные обязанности. К этой группе относят лиц с риском возникновения различных заболеваний, а также подвергающихся воздействию вредных профессиональных факторов.

Данная группа лиц нуждается в проведении профилактических мероприятий.

Во вторую группу состояния здоровья «практически здоровые» также включают лиц со следующими состояниями:

последствия перенесенных заболеваний и травм нервной системы в виде отдельных неврологических симптомов без нарушения или с незначительным нарушением функций без обострения и без тенденции к прогрессированию;

умеренно выраженная вегето-сосудистая дистония;

начальные формы атеросклероза аорты;

хронический необструктивный бронхит без дыхательной недостаточности при отсутствии обострений в течение последних 2 лет;

последствия адгезивных плевритов без нарушений функции легких;

состояния после оперативного лечения ЛОР-органов без нарушения или с незначительным нарушением их функций;

хронические заболевания ЛОР-органов с редкими обострениями, не ограничивающими способность выполнять должностные обязанности;

хронический адгезивный отит без обострений с незначительными нарушениями слуховой функции;

функциональные расстройства желудка;

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эндоскопически негативная форма;

хронический гастрит с нормальной и повышенной секреторной функцией;

хронический атрофический гастрит;

функциональное билиарное расстройство сфинктера Одди;

язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки при отсутствии обострений в течение последних 5 лет;

начальные формы геморроя без кровотечений и ущемлений;

сахарный диабет легкой степени;

диффузный нетоксический зоб I – II степени;

узловой, диффузно-узловой нетоксический зоб I – II степени;

аутоиммунный тиреоидит со стойким эутериоидным состоянием;

гонококковые и другие инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, после окончания лечения;

дерматофития после окончания лечения;

доброкачественные новообразования кожи, подлежащих тканей, кровеносных или лимфатических сосудов или последствия их радикального лечения, не сопровождающиеся нарушениями функций органов и систем, не затрудняющие ношение специальной формы одежды, обуви или снаряжения.

В третью группу состояния здоровья «имеющие хронические заболевания» включают тех, у кого есть хронические заболевания с умеренными нарушениями функций органов и систем, периодическими обострениями, снижением способности выполнять должностные обязанности, требующие периодического амбулаторного и стационарного лечения, а также диспансерного динамического наблюдения.

Данные лица нуждаются в дополнительных консультациях, обследовании в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения.

К третьей группе состояния здоровья относят лиц со следующими заболеваниями:

атеросклероз мозговых артерий, сопровождающийся неврастеническим синдромом или явлениями хронической недостаточности мозгового кровообращения;

остаточные явления после нарушения мозгового кровообращения;
остаточные явления после перенесенных черепно-мозговых травм и нейроинфекций;

хронические заболевания периферической нервной системы (радикулит, плексит, неврит, полиневрит, невралгия тройничного нерва и др.) при наличии обострений в течение последних 2 лет;

гипертоническая болезнь;

хроническая ишемическая болезнь сердца;

заболевания периферических сосудов (облитерирующий атеросклероз, тромбангиит, тромбофлебит);

ревматизм, ревматические пороки сердца, остаточные явления после ревматических миокардитов;

полиартриты (инфекционно-неспецифические и обменно-дистрофические);

хроническая обструктивная болезнь легких при наличии обострений в течение последних 2 лет с дыхательной недостаточностью I степени;

бронхоэктатическая болезнь;

бронхиальная астма;

диссеминированные заболевания легких без признаков дыхательной недостаточности;

излеченный туберкулез органов дыхания, других органов и систем после успешно проведенного стационарного лечения при достижении клинкорентгенологического благополучия;

хронический атрофический гастрит;

язвенная болезнь с редкими обострениями (1 раз в год и реже);

неспецифический язвенный колит и болезнь Крона с редкими обострениями (1 раз в год и реже);

болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция);

тканевые гельминтозы (токсокароз, эхинококкоз), лейшманиозы, трипаносомозы, амебиаз, другие протозоозы;

хронический холецистит, холангит при наличии обострений в течение последних 5 лет;

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с рефлюкс-эзофагитом;

желчнокаменная болезнь.

Дополнительно для федеральных государственных гражданских служащих МЧС России (приказ МЗ и СР от 14.12.2009 г. № 984н) вводится:

четвертая группа состояния здоровья – эта лица с состояниями, перечисленными выше, но нуждающиеся в стационарном лечении;

пятая группа состояния здоровья – лица с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Диспансерное динамическое наблюдение должно включать медицинские обследования и осмотры врачей-специалистов медицинского учреждения, а также проведение лабораторных, рентгенологических и других специальных исследований.

Периодичность медицинских обследований лиц, находящихся под диспансерным динамическим наблюдением, врач-специалист медицинского учреждения определяет индивидуально в соответствии с характером и тяжестью заболевания.

Лицам, находящимся под диспансерным динамическим наблюдением, назначают следующие профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия:

направление на врачебно-квалификационную комиссию лиц, имеющих хронические заболевания, для решения вопроса о возможности работать в условиях воздействия профессиональных вредностей;

амбулаторная медикаментозная терапия общеукрепляющими, адаптогенными и витаминными препаратами;

плановое стационарное лечение;

санация очагов хронических инфекций (амбулаторно или стационарно);

противорецидивное лечение, антибиотико-медикаментозная профилактика, дегельминтизация;

физиотерапия;

медико-психологическая коррекция;

контрольные диагностические исследования, в том числе лабораторные, функциональные, рентгенологические;

направление на обследование к врачу-психиатру лиц с признаками нервно-психической неустойчивости;

использование специальной одежды, защитных средств при работе с ядовитыми техническими жидкостями, горючими и смазочными материалами, средствами противозумовой защиты;

рекомендации по исключению вредных привычек, в том числе употребление алкоголя, табакокурение.

По показаниям назначают:

лабораторные, функциональные, рентгенологические и другие исследования в сроки, установленные врачом (фельдшером) подразделения или врачом-специалистом;

санация очагов хронической инфекции;

амбулаторное лечение (медикаментозное, физиотерапевтическое, противорецидивное, антибиотикопрофилактика);

стационарное плановое обследование и лечение в медицинском учреждении;

санаторно-курортное лечение (СКЛ);

консультации и контрольные осмотры специалистов.

Далее приведены наиболее часто встречающиеся у спасателей, военнослужащих, сотрудников ФПС ГПС, служащих МЧС России заболевания, при которых необходимо проводить диспансерное динамическое наблюдение, а также порядок, периодичность и объём проводимых мероприятий (табл. 5).

Таблица 5

Порядок, периодичность и объём мероприятий при наиболее частых заболеваниях, требующих диспансерного динамического наблюдения, у спасателей, военнослужащих, сотрудников ФПС ГПС, служащих МЧС России

Нозологические формы заболеваний	Длительность наблюдения	Периодичность консультаций специалистов	Перечень и периодичность лабораторных, рентгенологических и других специальных исследований (все исследования выполняются в максимально возможном объеме)	Основные лечебно-профилактические мероприятия	Клинические критерии эффективности диспансеризации в течение календарного года
1	2	3	4	5	6
<p>Вегето-сосудистая дистония кардиального, гипертензивного, гипотензивного и смешанного типов</p>	<p>В течение 2 лет при отсутствии жалоб и нормализации артериального давления</p>	<p>Терапевт, невролог, офтальмолог - 1 раз в год</p>	<p>Динамическое измерение артериального давления (АД) Клинические анализы крови и мочи, электрокардиография (ЭКГ) – 1 раз в год. По показаниям: ЭКГ с физической нагрузкой, ортостатические пробы</p>	<p>1. Индивидуальная регламентация труда, отдыха, сна, устранение predisposing факторов (если таковы выявлены) 2. Систематические занятия физической культурой 3. Коррекция питания при избыточной массе тела и малоподвижном образе жизни. 4. Ограничение курения 5. Медикаментозные препараты: седативные, транквилизаторы; по показаниям - тонизирующие и гипотензивные. Исключение приема средств, возбуждающих центральную нервную систему 6. Физиотерапия: гидро- и гальвано-процедуры, электрофорез 7. Санация хронических очагов инфекции 8. Организованный отдых, туризм, СКЛ, профилакторий - по показаниям</p>	<p>1. Выздоровление (отсутствие жалоб, нормализация АД без применения медикаментов в течение 2 лет). 2. Улучшение (улучшение самочувствия и объективных показателей, уменьшение количества обострений и дней нетрудоспособности). 3. Без изменений (жалобы и объективные показатели прежние). 4. Ухудшение (ухудшение самочувствия и объективных показателей, увеличение количества обострений и дней нетрудоспособности)</p>

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
<p>Предрасположение к ишемической болезни сердца (ИБС) – наличие сочетания нескольких основных факторов риска: артериальной гипертонии, гиперлипидемии, избыточной массы тела, малой физической активности, снижения толерантности к углеводам, отягощенной наследственности и др. факторов</p>	<p>Постоянно</p>	<p>Терапевт – 2 раза в год</p>	<p>ЭКГ с физической нагрузкой – 1 раз в год. Клинические анализы крови и мочи – 1 раз в год. Длительное мониторирование, исследование центральной гемодинамики, эхокардиография – 1 раз в 2 года; исследование холестерина, триглицеридов, липопротеидов – 2 раза в год</p>	<p>Определяются общим состоянием диспансеризуемого, степенью выраженности факторов риска, их сочетанием и другими факторами согласно соответствующим нозологическим формам заболеваний</p>	<p>Улучшение (устранение или уменьшение выраженности) отдельных факторов риска – курение, снижение массы тела, снижение уровня холестерина в крови и другие факторы) Без изменений (результат неопределенный (сомнительный). Ухудшение (развились ИБС)</p>

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
ИБС	Постоянно	Терапевт – 1 раз в 3 мес.	<p>Измерение АД, ЭКГ – при каждом посещении. ЭКГ с физической нагрузкой - не реже 1 раза в год.</p> <p>Ежегодно – клинические анализы крови и мочи; исследование холестерина, липопротеидов, триглицеридов сыворотки крови,</p> <p>при избыточной массе тела – тест толерантности к глюкозе, контроль за массой тела.</p> <p>При взятии на диспансерный учет - рентгенография шейного и грудного отделов позвоночника, эхокардиография.</p> <p>По показаниям – исследование гемодинамики.</p> <p>При наличии артериальной гипертензии и сахарного диабета - соответствующие исследования</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Исключение чрезмерных физических и психических нагрузок. 2. Коррекция питания (не допускать излишеств) в зависимости от массы тела и показателей липидного и углеводного обмена, физической активности (ограничение продуктов, содержащих жиры, углеводы и др.) 3. Ограничение курения 4. Медикаментозная терапия: по показаниям – липотропные, седативные, антиангинальные средства, антикоагулянты 5. Физические занятия, лечебная физическая культура (ЛФК) 6. Физиотерапия - гальвано-, гидротерапии 7. СКЛ (по показаниям - организованный отдых) 8. Стационарное лечение - по показаниям 	<p>Улучшение (уменьшение частоты приступов стенокардии или их исчезновение; количества обострений и дней нетрудоспособности)</p> <p>Без изменений (жалобы, объективные данные и ЭКГ-показатели – без изменений; частота и тяжесть приступов, объективные показатели без динамики)</p> <p>Ухудшение – приступы стенокардии учащаются, становятся более продолжительными и интенсивными, ухудшаются объективные показатели, в том числе ЭКГ-показатели; снижается толерантность к физическим нагрузкам, возникают осложнения (нарушения сердечного ритма и проводимости, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность), увеличивается число обострений и дней нетрудоспособности)</p>

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Гипертоническая болезнь	Постоянно	Терапевт, кардиолог, офтальмолог, невролог - 1 раз в 6 мес., а также по показаниям	Клинический анализ крови, ЭКГ - 1 раз в год. Общий анализ мочи - 2 раза в год. Измерение АД - при каждом осмотре. Биохимические исследования те же, что и при гипертонической болезни I стадии. Мониторирование АД, эхокардиография. Специальные исследования - для исключения симптоматической гипертонии	1. Те же мероприятия, что и при вегето-сосудистой дистонии. Кроме того, медикаментозная терапия: гипотензивные, липотропные, седативные препараты, транквилизаторы, в том числе - в комбинациях. По показаниям - мочегонные, антиангинальные препараты 2. ЛФК 3. СКЛ – при отсутствии противопоказаний	Улучшение (те же критерии, что и при гипертонической болезни I стадии) Без изменений (те же критерии, что и при гипертонической болезни I стадии) Ухудшение – повышение АД, развитие осложнений (гипертонический криз, нарушение коронарного и церебрального кровообращения, поражения почек); увеличение количества обострений и дней нетрудоспособности
Остеоартрозы	Постоянно	Терапевт, ревматолог, хирург - каждые 3–6 мес.	Клинический анализ крови, общий анализ мочи - 1 раз в год Определение уровня мочевой кислоты: в начале лечения - каждые 2–4 нед., в последующем - каждые 6 мес. Биохимическое исследование на фоне антигиперурикемической терапии: в начале лечения - каждые 3 нед., затем каждые 6 мес. По показаниям - рентгенография суставов и лабораторные исследования (мочевая кислота, дерматоловая проба и др.)	1. Коррекция питания при нарушениях обмена веществ 2. Курсовой или постоянный прием хондропротекторов, антигиперурикемических средств 3. Физиотерапия 4. Физическая активность, ЛФК. 5. СКЛ – по показаниям	Улучшение (отсутствие жалоб, улучшение функции суставов и показателей лабораторных исследований) Без изменений (жалобы, рентгенологические, лабораторные и другие исследования - без изменений) Ухудшение –ухудшение функции суставов, осложнений (артрозов), увеличение количества обострений и дней нетрудоспособности

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Хронический необструктивный бронхит	Постоянно	Терапевт - 1–2 раза в год. Оториноларинголог, фтизиатр - 1 раз в год	Термометрия - при каждом посещении. Спирометрия - 2 раза в год. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ – 1 раз в 6 мес. Анализ мокроты на микобактерии туберкулеза - 1 раз в год При взятии на учет - рентгенография придаточных пазух носа По показаниям - бронхоскопия, рентгенография легких, иммунологическое исследование	1. Исключить факторы, способствующие переохлаждению и возникновению простудных заболеваний, профессиональные вредности 2. Санация очагов хронической инфекции. 3. Исключить курение 4. Закаливание организма 5. Витаминотерапия (С и комплекс В) 6. При частых обострениях - вакцинация в осенний период 7. Физиотерапия (эндотермия и другие методы). 8. ЛФК (дыхательная гимнастика) 9. СКЛ – по показаниям 10. Онкологическая настороженность 11. При обострениях - госпитализация	Стойкая ремиссия (отсутствие в течение 1 года кашля, повышенной температуры тела, обусловленной заболеваниями легких; нормальные показатели рентгенологических, функциональных и лабораторных исследований) Улучшение (уменьшение кашля, одышки, улучшение показателей функциональных проб, отсутствие рентгенологических признаков прогрессирования процесса в легких, уменьшение количества обострений и дней нетрудоспособности). Без изменений (жалобы, показатели физикальных, рентгенологических, функциональных и лабораторных исследований без изменений) Ухудшение (усиление кашля, одышки, увеличение количества выделяемой мокроты, ухудшение функциональных, рентгенологических и лабораторных показателей; появление или усиление легочно-сердечной недостаточности, развитие осложнений, увеличение количества обострений и дней нетрудоспособности)

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
<p>Гастроэзофаге- альная рефлюксная болезнь</p>	<p>Постоянно</p>	<p>Терапевт - 1 раз в 6 мес. Гастроэнтеролог - 1 раз в год Хирург (при развитии ослож- нений)</p>	<p>Клинический анализ крови, мочи, копроцитограмма – 1 раз в год Биохимический анализ, кро- ви: глюкоза, холестерин, АЛТ, АСТ, общий билирубин и его фракции, общий белок – 1 раз в год Фиброгастродуоденоскопия с биопсией и хромоскопией, определение H.pylori – 1 раз в год Ультразвуковое исследование гепатобилиарной области – 1 раз в год Рентгенологическое исследо- вание пищевода – 1 раз в год При отсутствии эффекта от лечения и развитии местных осложнений – пищеводная манометрия, билиметрия, эн- досонография</p>	<p>1. Лечебное питание 2. Индивидуальная регламентация ре- жима труда и отдыха 3. Отказ от вредных привычек 4. Санация полости рта и протезирова- ние 5. Профилактическая терапия «по тре- бованию» (предусматривается при по- явлении симптомов, характерных для гастроэзофагеальной рефлюксной бо- лезни) приемом одного из препаратов: секретолитического (фамотидин, омеп- разол), антацидного (альмагель, фос- фалюгель, маалокс), или прокинетиче- ского (реглан, мотилиум, итоприд) 6. Эрадикационная терапия при поло- жительных тестах на пилорический хеликобактериоз. 7. СКЛ 8. При выраженном обострении - ста- ционарное лечение 9. При отсутствии эффекта от прово- димого консервативного лечения - вы- полнение оперативного вмешательства (устранение грыжи пищеводного от- верстия диафрагмы). При появлении осложнений и наруше- нии функции пищевода – направление на врачебную комиссию (ВВК)</p>	<p>Улучшение (отсутствие симптомов, эндоскопических и гистологических признаков воспаления; удаление H.pylori при обнаружении; уменьше- ние количества обострений и, дней нетрудоспособности) Без изменений (жалобы и объектив- ные данные – без изменений). Ухудшение (ухудшение самочувст- вия, усиление диспепсических явле- ний, развитие пищевода Барретта, увеличение количества обострений и дней нетрудоспособности)</p>

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Хронический гастрит	Постоянно	Терапевт – 1 раз в 6 мес. Гастроэнтеролог – 1 раз в год	Клинический анализ крови, мочи, копроцитограмма - 1 раз в год Биохимический анализ крови: глюкоза, холестерин, АЛТ, АСТ, общий билирубин и его фракции, общий белок - 1 раз в год Кровь на онкомаркеры (РЭА, СА72-4) - 1 раз в год Фиброгастродуоденоскопия с биопсией, определение Н.pylori - 1 раз в год Ультразвуковое исследование органов брюшной полости - 1 раз в год Рентгеноскопия желудка при часто рецидивирующем течении	1. Лечебное питание 2. Индивидуальная регламентация режима труда и отдыха 3. Отказ от вредных привычек 4. Санация полости рта и протезирование 5. Проведение противорецидивной терапии весной-осенью одним из препаратов: антацидов (альмагель, маалокс, фосфалюгель), блокаторов H2-гистаминовых рецепторов (фамотидин, квамател), блокаторов протонной помпы (омепразол, лансопразол, рабепразол, эзомепразол). 6. Профилактическая терапия «по требованию» (при появлении симптомов хронического гастрита) приемом одного из препаратов: секретолитического или антацидного, или прокинетического, или М-холинолитического, или полиферментного 7. Эрадикационная терапия при положительных тестах на пилорический хеликобактериоз 8. Физиотерапия. 9. СКЛ. 10. При выраженном обострении - стационарное лечение. 11. При умеренном нарушении секреторной функции и кислотопродукции, частых рецидивах – направление на врачебную комиссию (ВВК)	Улучшение (купирование болевого и диспепсического синдромов; удаление пилорического хеликобактериоза; уменьшение количества обострений и дней нетрудоспособности) Без изменений (жалобы и объективные данные - без изменений) Ухудшение (ухудшение самочувствия, усиление диспептических явлений, потеря массы тела, развитие новообразований в желудке, увеличение количества обострений и дней нетрудоспособности; развитие язвенной болезни)

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Язвенная болезнь	В течение 3 лет при отсутствии субъективных и объективных признаков болезни	Терапевт — 1 раз в 6 мес. Гастроэнтеролог — 1 раз в год Хирург — при подозрении на стеноз	Клинический анализ крови, мочи, копроцитограмма — 1 раз в 6 мес Биохимический анализ крови: железо сыворотки, глюкоза, холестерин, альбумин — 1 раз в год Кровь на онкомаркеры: СЕА (РЭА), СА 19-9, СА 72-4 — 1 раз в год. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости — 1 раз в год. Фиброгастродуоденоскопия — через 1 мес. после стационарного лечения и 1 раз в год при динамическом наблюдении с гистологическим исследованием биоптата и уреазным тестом на пилорический хеликобактериоз	1. Индивидуальная регламентация труда и отдыха 2. Диетическое питание в осенне-весенний период сроком на 2 мес. 3. Отказ от вредных привычек 4. Санация полости рта и протезирование зубов 5. Противорецидивное лечение весной и осенью одним из секретолитических препаратов: омепразол, фамотидин, антациды — в течение 2 мес. 6. Эрадикационная терапия при положительных тестах на пилорический хеликобактериоз. 7. Профилактическая терапия «по требованию», предусматривающая при появлении симптомов обострения прием одного из антисекреторных препаратов (омепразол, фамотидин) в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе - в течение 2 нед. 8. Физиотерапия 9. СКЛ 10. При рецидиве заболевания - стационарное лечение 11. При частых рецидивах и развитии осложнений (стеноз, пенетрация, перфорация, кровотечение, малигнизация) показаны госпитализация, оперативное вмешательство (по показаниям) с последующим направлением на врачебную комиссию (ВВК)	Улучшение (полная клинико-эндоскопическая ремиссия в течение 3 лет) Без изменений (жалобы и объективные данные без изменений) Ухудшение — часто рецидивирующее течение (2 и более в год); развитие осложнений (перфорация, пенетрация, кровотечение, стенозирование, малигнизация и другие осложнения)

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Хронический колит	Постоянно	Терапевт – 1 раз в год. Хирург, инфекционист – по показаниям	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца гельминтов и простейшие, копрограмма – 1 раз в год. Фиброколоноскопия, бактериологические исследования, исследование желудочного сока, исследование кала на дисбактериоз, рентгенологическое исследование толстой кишки (ирригоскопия) – по показаниям	1. Лечебное питание 2. Медикаментозная терапия (спазмолитики, препараты, содержащие ферменты, противовоспалительные средства и другие лекарственные препараты). Минеральные воды 3. Физиотерапия 4. СКЛ – по показаниям	Улучшение (отсутствие жалоб и уменьшение количества обострений) Без изменений (субъективные и объективные данные без изменений) Ухудшение (ухудшение общего состояния и объективных данных; развитие осложнений - анемии, сопутствующих заболеваний поджелудочной железы, желчевыводящих путей; увеличение количества обострений и числа дней нетрудоспособности)

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
<p>Хронический гепатит (невирусной этиологии)</p>	<p>Постоянно</p>	<p>Терапевт – 1 раз в 6 мес. Гастроэнтеролог – 1 раз в год</p>	<p>Клинический анализ крови, мочи, копроцитограмма, исследование кала на скрытую кровь – 1 раз в 6 мес. Ретикулоциты, тромбоциты – 1 раз в год. Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, ГГТП, щелочная фосфатаза, билирубин, липидограмма, глюкоза, амилаза, общий белок, белковые фракции крови, иммуноглобулины крови, протромбин - 1 раз в год Кровь на RW и ВИЧ - однократно при взятии под наблюдение, в дальнейшем - по назначению гастроэнтеролога УЗИ брюшной полости - 1 раз в год Фиброгастроуденоскопия, радиоизотопное исследование печени - 1 раз в 2 года Альфа-фетопроtein, чрескожная биопсия печени с гистологическим исследованием биоптата, компьютерная (магнитно-резонансная) томография гепатобилиарной области - 1 раз в 5 лет</p>	<p>1. Индивидуальный регламент труда и отдыха 2. Лечебное питание 3. Отказ от вредных привычек 4. Санация полости рта и протезирование зубов 5. Медикаментозное лечение: аутоиммунный гепатит - преднизолон 60 мг/сут – 1-я неделя, 40 мг/сут – 2-я неделя, 30 мг/сут – 3-я и 4-я недели, 20 мг/сут - поддерживающая доза; урсодезоксихолиевая кислота - 10-15 мг/кг длительно; алкогольный (токсический) и неалкогольный стеатогепатит - липоевая кислота 600 ЕД/сут. –1 мес. или эссенциальные фосфолипиды - по 2 капсулы 3 раза в день в течение 3 мес. или урсодезоксихолиевая кислота - 10-15 мг/кг в течение 3 мес. 6. СКЛ 7. При ухудшении состояния, трансформации в цирроз печени - стационарное обследование и лечение с последующим направлением на врачебную комиссию (ВВК)</p>	<p>Улучшение (улучшение общего состояния, лабораторных и других объективных показателей в течение 1 года; уменьшение количества обострений и дней нетрудоспособности) Без изменений (субъективные и объективные данные без изменений) Ухудшение (ухудшение общего состояния, лабораторных и других показателей, переход гепатита в цирроз; увеличение количества обострений и числа дней нетрудоспособности)</p>

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Синдром раздраженного кишечника	В течение 2 лет при отсутствии признаков болезни	Терапевт — 1 раз в 6 мес. Гастроэнтеролог — 1 раз в год Психотерапевт — при 2 и более рецидивах в год	Клинический анализ крови, мочи, копроцитограмма, исследование кала на яйца гельминтов и простейшие — 2 раза в год Биохимический анализ крови: глюкоза, холестерин, общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ - 1 раз в год Бактериологическое исследование кала на дисбиоз — 1 раз в год Ирригоскопия с досмотром дистальных отделов подвздошной кишки - по показаниям	1. Режим с ограничением стрессовых ситуаций 2. Лечебное питание с исключением грубой волокнистой пищи, сырых овощей, фруктов, экстрактивных веществ, пряностей 3. Отказ от вредных привычек 4. Санация полости рта с протезированием зубов 5. Профилактика «по требованию» 6-8 дней, включающая: при болевом синдроме - миотропные спазмолитики и М-холинолитики (дицетел, бускопан); при запорах - слабительные и пищевые волокна (лактолоза, эубикор); при поносах - обволакивающие и вяжущие (смекта, протаб) 6. Семидневный курс кишечных антисептиков (фуразолидон, интетрикс) при синдроме избыточного бактериального роста 7. Малые транквилизаторы, нейрорептилки, антидепрессанты - при неэффективности базисного лечения, а также при количестве рецидивов более 2 в год 8. Физиотерапия. 9. СКЛ. 10. При выраженном обострении - стационарное лечение. 11. При 2 обострениях в год и более — освидетельствование на предмет годности к работе по специальности (военной службе)	Улучшение (отсутствие жалоб и состояние клинической ремиссии) Без изменений (субъективные и объективные данные без изменений) Ухудшение (ухудшение общего состояния, увеличение количества обострений и числа дней нетрудоспособности)

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Хронический панкреатит	При отсутствии обострений – в течение 5 лет	Терапевт – 1 раз в 6 мес. Хирург – по показаниям	Клинический анализ крови, общий анализ мочи - 1 раз в год Исследование крови на липазу, амилазу и глюкозу; амилаза мочи, копрограмма, дуоденальное зондирование, гастродуоденоскопия, УЗИ поджелудочной железы и гепатобилиарной области, компьютерная томография органов брюшной полости - по показаниям	1. Индивидуальный режим питания 2. Медикаментозная терапия (спазмолитики, ферментные препараты и др.) – по показаниям 3. Физиотерапия 4. СКЛ – по показаниям 5. При обострениях - стационарное лечение 6. ЛФК	Улучшение (отсутствие жалоб, уменьшение количества обострений и дней нетрудоспособности при нормальных лабораторных показателях) Без изменений (жалобы, данные объективных, инструментальных и лабораторных исследований - без динамики) Ухудшение – ухудшение самочувствия и лабораторных показателей, увеличение количества обострений и дней нетрудоспособности; развитие осложнений (сахарный диабет, малигнизация и др.)
Нарушенная гликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе	Постоянно	Терапевт, эндокринолог – 2 раза в год (чаще – по показаниям). Офтальмолог, невролог – 1 раз в год (чаще – по показаниям)	Определение глюкозы крови натощак и через 2 часа после еды – 1 раз в 3 мес. Глюкозотолерантный тест, гликозилированный гемоглобин - 1 раз в 2 года. Клинические анализы крови и мочи - 1 раз в год Липидограмма, микроальбумин мочи - 1 раз в год ЭКГ - 1 раз в год Исследование глазного дна - 1 раз в год	1. Лечебное питание 2. Индивидуальная регламентация труда и отдыха 3. Медикаментозная терапия: ингибиторы АПФ при микроальбуминурии и липотропные препараты 4. ЛФК 5. СКЛ – по показаниям	Улучшение (снижение массы тела при ожирении, нормогликемия натощак и после еды, нормализация результатов глюкозотолерантного теста, нормальные показатели АД и липидограммы) Без изменений (объективные данные и характер лечения прежние). Ухудшение –ухудшение показателей гликемии, развитие сахарного диабета, увеличение числа дней нетрудоспособности; развитие хронических осложнений (нейропатии и энцефалопатии, ретинопатии, нефропатии и др.)

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Диффузный, диффузно-узловой нетоксический зоб	Постоянно. После операции струмэктомии – в течение 2 лет при нормальной функции щитовидной железы	Терапевт, эндокринолог – 1 раз в год	Клинический анализ крови, анализ крови на тиреотропный гормон и гормоны щитовидной железы, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование щитовидной железы, ЭКГ – 1 раз в год Сцинтиграфия щитовидной железы – по показаниям Тонкоигольная биопсия щитовидной железы – по показаниям	1. Режим труда и отдыха 2. Медикаментозная терапия – по рекомендациям специалистов. 3. СКЛ 4. ЛФК	Без изменений (жалобы и объективные данные без изменений) Ухудшение (увеличение размеров узлов и объема щитовидной железы, развитие синдрома тиреотоксикоза)
Ожирение	Постоянно При нормализации ростовесовых показателей – 2 года	Терапевт, эндокринолог 1 раз в год	Клинический анализ крови, мочи, глюкоза крови, липидный обмен, ЭКГ – 1 раз в год Тест толерантности к глюкозе – по показаниям. Контроль за массой тела (взвешивание) – каждые 3 мес.	1. Рациональное питание (применительно к диете № 8) 2. Медикаментозная терапия по рекомендации эндокринолога 3. Физические занятия по индивидуальному плану или ЛФК, массаж, гидротерапия 4. СКЛ – по показаниям	Выздоровление (стойкое снижение массы тела и сохранение нормальных ростовесовых показателей в течение 2 лет) Улучшение (снижение массы тела и поддержание достигнутых показателей при строгом соблюдении режима питания и физической активности) Без изменений (сохранение прежней массы тела) Ухудшение (тенденция к увеличению массы тела; развитие осложнений (гипертония, сахарный диабет)

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Анемии	Индивидуальная	Терапевт — 1 раз в 6 мес. Гематолог, хирург, гинеколог (для женщин) — при первичном обращении, затем — не реже 1 раза в год	Клинический анализ крови с исследованием ретикулоцитов, тромбоцитов — 2 раза в год Общий анализ мочи — при первичном обращении Фиброгастродуоденоскопия, рентгеноскопия желудка, ирригоскопия, ректоскопия, фиброколоноскопия Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, органов малого таза, щитовидной железы; при гемолитической анемии — осмотическая резистентность и диаметр эритроцитов; проба Кумбса, определение аутоантител — по показаниям	1. Лечебное питание (полноценный животный белок, витамины) 2. Устранение профессиональных вредностей 3. Курсовое лечение препаратами железа и витаминов Поддерживающая гормональная терапия — по показаниям 4. При неблагоприятном течении — госпитализация	Выздоровление (нормализация показателей периферической крови и сывороточного железа при устранении причин заболевания) Улучшение (улучшение вышеуказанных показателей) Ухудшение (прогрессирование заболевания)

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения и дисциркуляторная энцефалопатия 1 стадии	В течение 2 лет при отсутствии клинических признаков заболевания	Невролог, терапевт – 1 раз в 6 мес. Офтальмолог - 1 раз в год – по показаниям	Клинический анализ крови, исследование свертывающей системы крови, липидограмма и глюкоза крови, анализ крови на гомоцистеин и С-реактивный белок, ЭКГ, ультразвуковое исследование церебральных сосудов и дуплексное сканирование сосудов шеи - 1 раз в год, чаще – при ухудшении состояния. МРТ головного мозга Краткое нейропсихологическое тестирование	1. Ограничение курения, употребления алкоголя. 2. Курсовое лечение гиполипидемическими препаратами (с учетом липидного обмена), седативными средствами, препаратами, нормализующими артериальное давление – при артериальной гипертензии. 3. ЛФК 4. СКЛ	Стойкая ремиссия (исчезновение клинических признаков и отсутствие жалоб в течение года) Улучшение (улучшение субъективных и объективных данных) Ухудшение (нарастание объективных и субъективных проявлений болезни, развитие осложнений, увеличение количества обострений и дней нетрудоспособности)
Последствия черепно-мозговых травм	В течение 2 лет после травмы	Невролог – 1 раз в 6 мес. Офтальмолог, терапевт – 1 раз в год и по показаниям Нейрохирург, психиатр – по показаниям	Клинический анализ крови, анализ мочи – 1 раз в год Электроэнцефалография (ЭЭГ) - 1 раз в год Магнитно-резонансная томография, компьютерная томография при жалобах на головную боль, наличии очаговой неврологической симптоматики	1. Соблюдение режима труда и отдыха (освобождение от ночных дежурств, длительных командировок на срок 3 мес.) 2. Ограничение курения, исключение употребления алкоголя 3. Медикаментозная терапия при наличии признаков внутричерепной гипертензии (гипотензии), астенизации (дегидратационные, тонизирующие, седативные средства) 4. СКЛ – по показаниям 5. ЛФК – в течение 3 мес.	Выздоровление (отсутствие признаков заболевания в течение 2 лет) Улучшение (уменьшение жалоб, улучшение объективных показателей, уменьшение количества обострений и дней нетрудоспособности) Без изменений (жалобы и объективные данные прежние). Ухудшение (развитие осложнений, увеличение числа дней нетрудоспособности)

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Заболевания периферической нервной системы (пояснично-крестцовый и шейно-грудной радикулиты с рецидивирующим течением, плекситы, невриты, полиневриты, невралгия тройничного нерва и другие заболевания)	В течение 2 лет при отсутствии обострений заболевания	Невролог – 1 раз в 6 мес. Ортопед, нейрохирург, уролог – при наличии секвестрированной грыжи межпозвоночного диска или статических нарушений позвоночника	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на сахар – 1 раз в год Рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография позвоночника; электронейромиография – при прогрессировании симптомов болезни	1. Избегать переохлаждений, поднятия тяжестей, резких движений 2. Санация очагов хронической инфекции 3. Физиотерапия 4. ЛФК, массаж 5. СКЛ – по показаниям	Выздоровление (отсутствие объективных и субъективных признаков заболевания в течение 2 лет) Улучшение (уменьшение количества обострений и дней нетрудоспособности) Без изменений (субъективные и объективные данные прежние) Ухудшение (увеличение количества обострений и дней нетрудоспособности)
Геморрой	В течение 2 лет после оперативного лечения при отсутствии рецидива или осложнений, в остальных случаях - постоянно	Хирург – 1 раз в 6 мес.	Клинический анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год Ректороманоскопия или фиброколоноскопия	1. Лечебное питание с ограничением острых блюд 2. Ограничение употребления алкоголя, курения 3. Хирургическое лечение - по показаниям 4. Личная гигиена 5. Физиотерапия 6. ЛФК	Выздоровление (отсутствие кровотечения в течение 2 лет, полное восстановление трудоспособности). Улучшение (небольшие, не чаще одного раза в полгода кровотечения, быстро прекращающиеся после консервативных мероприятий; уменьшение количества обострений и числа дней нетрудоспособности). Без изменений (продолжающиеся кровотечения) Ухудшение (усиление кровотечений, появление гипохромной анемии, увеличение количества обострений и числа дней нетрудоспособности)

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Выраженное варикозное расширение вен нижних конечностей	В течение 2 лет при отсутствии рецидива или осложнений после оперативного лечения	Хирург – 1 раз в 6 мес.	Клинический анализ крови, ультразвуковое исследование вен конечностей с доплерографией - 1 раз в 6 мес. Венография - по показаниям	1. Лечебное питание. 2. Ограничение курения, употребления алкоголя. 3. Лечение грибковых и воспалительных поражений кожи ног. 4. Профилактическое ношение эластичных бинтов или чулок. 5. Прием внутрь антикоагулянтов кумаринового ряда - по показаниям. 6. Физиотерапия. 7. Лечебная гимнастика. 8. СКЛ - по показаниям. 9. Хирургическое лечение - по показаниям	Выздоровление (отсутствие жалоб, полное восстановление трудоспособности в течение 2 лет после оперативного лечения). Улучшение (сохраняются лишь небольшие жалобы на тяжесть в ногах к концу рабочего дня или после длительной ходьбы). Без изменений (продолжают беспокоить боли и чувство тяжести в ногах. Сохраняются и увеличиваются к концу рабочего дня отеки на нижних конечностях). Ухудшение (возникновение новых варикозно-расширенных узлов, усиление болей, нарастание отеков, появление трофических изменений кожи, увеличение количества обострений и числа дней нетрудоспособности)
Мочекаменная болезнь	В течение 3 лет после отхождения или хирургического удаления конкремента при отсутствии приступов почечной колики	Уролог или хирург, терапевт - 1 раз в год	Клинический анализ крови, общий анализ мочи - 1 раз в 6 мес. При наличии камня - исследование мочи не реже 1 раза в месяц Ультразвуковое исследование почек и мочевыделительной системы Урография, цистоскопия, исследование мочи по Нечипоренко, остаточный азот крови - по показаниям	1. Лечебное питание с учетом обменных нарушений. 2. Корректирующая терапия уроантисептиками. 3. СКЛ - по показаниям	Улучшение (уменьшение частоты обострений и числа дней нетрудоспособности, улучшение функции почек и других объективных показателей) Без изменений (жалобы и объективные показатели без динамики) Ухудшение – учащение приступов почечной колики, увеличение числа дней нетрудоспособности, ухудшение функции почек, развитие осложнений (пиелонефрит, блокада почки, почечная недостаточность)

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Хронический пиелонефрит	Постоянно	Уролог или хирург - 1 раз в 6 мес.	Измерение АД и общий анализ мочи — при каждом осмотре. Клинический анализ крови, исследование мочи по Нечипоренко, исследование крови на остаточный азот, белковые фракции - 1 раз в 6 мес. Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, экскреторная урография, радиоизотопная ренография - по показаниям	1. Лечебное питание 2. Растительные диуретики и уроантисептики 3. Санация очагов хронической инфекции 4. СКЛ - по показаниям	Улучшение (уменьшение количества обострений заболевания и числа дней нетрудоспособности, улучшение функции почек и других объективных показателей) Без изменений (субъективные и объективные данные прежние) Ухудшение — увеличение количества обострений и числа дней нетрудоспособности, ухудшение функции почек, развитие осложнений (пиелонефрит, блокада почки, почечная недостаточность)
Хронические простатиты, циститы, эпидидимиты и неспецифические уретриты	В течение 1 года при отсутствии признаков заболевания	Уролог - 1 раз в 6 мес.	Клинический анализ крови, общий анализ мочи исследование секрета предстательной железы — не реже 1 раза в 6 мес.	1. Лечебное питание с ограничением острых блюд. 2. Медикаментозная терапия - по показаниям. 3. Физиотерапия. 4. СКЛ - по показаниям	Выздоровление — отсутствие жалоб, улучшение объективных (в том числе и лабораторных) показателей Улучшение — уменьшение жалоб, улучшение объективных (в том числе лабораторных) показателей. Без изменений — субъективные и объективные данные без динамики. Ухудшение — увеличение частоты обострений и числа дней нетрудоспособности

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Хронический тонзиллит, хронический фарингит и другие очаговые инфекции ЛОР-органов	В течение 1 года после санации очагов инфекции при отсутствии субфебрилитета, нормальных объективных показателях	Терапевт, оториноларинголог – 1 раз в 6 мес.	Клинический анализ крови, общий анализ мочи - 2 раза в год С-реактивный белок, ревматоидный фактор, антистрептолизин О, ЭКГ – 1 раз в год. При обострениях более 2 раз в год – исследование мазка из глотки на микрофлору	1. Общеукрепляющая терапия, закаливание организма 2. Санация очагов хронической инфекции: при компенсированной форме тонзиллита - промывание лакун небных миндалин, физиотерапия, при декомпенсированной форме – оперативное лечение	Выздоровление – восстановление функциональной активности небных миндалин (при компенсированной форме хронического тонзиллита) Без изменений -субъективные и объективные показатели прежние. Ухудшение – частота обострений более 2 раз в год; развитие пара- и метатонзиллярных осложнений
Пародонтит, пародонтоз	Постоянно	Стоматолог - 1 раз в 3 мес. Терапевт - 1 раз в 6 мес.	Общие анализы крови, мочи - 1 раз в 6 мес. Ортопантомография - 1 раз в год	1. Санация полости рта 2. Гигиена полости рта 3. Рациональное питание 4. Закаливание организма 5. Лечение, направленное на нормализацию и улучшение обменных процессов, ликвидацию гипоксии, улучшение микроциркуляции и транскапиллярного обмена костной ткани и десны, лечение заболеваний внутренних органов и систем 6. Хирургическое лечение: при пародонтите легкой степени тяжести- кюретаж зубодесневых карманов, при средней и тяжелой степени - лоскутные операции 7. Ортопедическое лечение - при частичной вторичной адентии и подвижности зубов	Стадия ремиссии (форма и контуры десны соответствуют функции; глубина зубодесневого кармана и атрофия кости челюсти остаются на прежнем уровне; на рентгенограммах отсутствуют признаки активного процесса; восстановлены функция зубов и дикция) Ухудшение (прогрессирование заболевания)

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Множественный кариес, в том числе осложненный	Постоянно	Стоматолог – 1 раз в 3 мес.	Общие анализы крови, мочи – 1 раз в 6 мес. Ортопантомография – 1 раз в 6 мес.	1. Санация полости рта 2. Гигиена полости рта 3. Рациональное питание 4. Закаливание организма 5. Лечение заболеваний внутренних органов и систем 6. Хирургическое лечение – при деструктивных формах периодонтита (в том числе удаление зубов) 7. Ортопедическое лечение – при вторичной адентии	Стадия ремиссии (сохранность поставленных пломб, отсутствие «свежих» кариозных полостей; рентгенологически – отсутствие очагов хронической одонтогенной инфекции) Ухудшение (появление новых кариозных полостей, выпадение или деструкция ранее наложенных пломб, вторичный кариес ранее леченых зубов); осложненный кариес (пульпит, периодонтит; развитие острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области)
Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства	В течение 2 лет при отсутствии признаков заболевания	Психиатр – 1 раз в 6 мес. Невролог, терапевт – по показаниям	Клинический анализ крови, общий анализ мочи - 1 раз в год. Другие исследования – по показаниям	1. Индивидуальная регламентация труда, отдыха, сна, физической активности 2. Нормализация взаимоотношений на службе и в быту 3. Медикаментозная терапия (антидепрессанты, седативные средства) 4. Психокоррекционные мероприятия. 5. Физиотерапия. 6. Физическая подготовка или ЛФК. 7. Различные формы организованного отдыха, СКЛ – по показаниям	Выздоровление (отсутствие жалоб и клинических симптомов заболевания в течение 2 лет) Улучшение (уменьшение жалоб и клинических симптомов заболевания, количества обострений и дней нетрудоспособности) Без изменений (жалобы и объективные данные прежние) Ухудшение (прогрессирование заболевания, развитие осложнений)

4. ПОРЯДОК ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СВЕДЕНИЙ О РЕЗУЛЬТАТАХ ДИСПАНСЕРНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Результаты углубленного медицинского обследования с указанием основного диагноза и сопутствующих заболеваний, группы состояния здоровья, заключением о необходимости диспансерного динамического наблюдения и проведения конкретных профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий заносит врач в соответствующие разделы медицинской карты, заверяет подписью и личной печатью и выдаёт каждому сотруднику индивидуально или через представителей учреждения.

После окончания углубленного медицинского обследования сотрудников МЧС России медицинский работник организации (подразделения) анализирует динамику состояния здоровья сотрудников, полноту и эффективность проведенных за последний год профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий и результаты докладывает руководителю организации (начальнику подразделения).

Медицинский работник разрабатывает и представляет руководителю организации (начальнику подразделения) на утверждение план профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, в котором отражает сроки и объем профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий каждого конкретного сотрудника МЧС России, находящегося под диспансерным динамическим наблюдением.

5. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Медико-статистические показатели (индикаторы), характеризующие качество и эффективность организации диспансерного динамического наблюдения за состоянием здоровья сотрудников МЧС России.

Показатель	Методика вычисления	Эталонное значение; показатели для сравнения
1. Полнота охвата углубленным медицинским обследованием, %	Число прошедших углубленное медицинское обследование \times 100 / число сотрудников, прикрепленных на медицинское обеспечение	100% охват; среднее значение по аналогичным формированиям и учреждениям
2. Показатель качества проведения углубленного медицинского обследования, %	Число сотрудников, у которых углубленное медицинское обследование выполнено в полном объеме (частично, не проведено) \times 100 / общее число сотрудников	Чем больше значение показателя, тем выше качество
3. Выявляемость первичных хронических заболеваний при углубленном медицинском обследовании, %	Число сотрудников, у которых при углубленном медицинском обследовании выявлены первичные хронические заболевания \times 100 / общее число сотрудников, прошедших углубленное медицинское обследование	Чем больше значение показателя, тем лучше; среднее значение по аналогичным спасательным формированиям и учреждениям
4. Показатель качества проведения углубленного медицинского обследования, %	Число сотрудников, у которых в процессе углубленного медицинского обследования впервые выявлены хронические заболевания \times 100 / число сотрудников, у которых выявлены впервые хронические заболевания в течение года	Чем больше значение показателя, тем лучше; среднее значение по аналогичным спасательным формированиям и учреждениям

Медико-статистические показатели (продолжение)

Показатель	Методика вычисления	Эталонное значение; показатели для сравнения
5. Полнота проведения лечебно-профилактических мероприятий (контрольные медицинские обследования, курсы противорецидивного, профилактического лечения, санация очагов хронической инфекции), %	Число сотрудников, которым были проведены соответствующие лечебно-профилактические мероприятия (контрольные медицинские обследования, курсы противорецидивного, профилактического лечения, санация очагов хронической инфекции) \times 100 / число сотрудников, которым соответствующие лечебно-профилактические мероприятия были назначены	Чем больше значение показателя, тем лучше; среднее значение по аналогичным спасательным формированиям и учреждениям
6. Доля сотрудников, имевших обострения хронических заболеваний с трудопотерями	Число сотрудников, имевших в истекшем году обострение хронических заболеваний с трудопотерями \times 100 / общее число сотрудников, имеющих хронические заболевания	Чем меньше значение показателя, тем лучше; среднее значение по аналогичным формированиям и учреждениям
7. Частота случаев трудопотерь (случаев госпитализации) вследствие обострения хронических заболеваний, %	Число случаев трудопотерь (случаев госпитализации) состоящих под диспансерным динамическим наблюдением \times 100 / число состоящих под диспансерным динамическим наблюдением	Чем меньше значение показателя, тем лучше; среднее значение по аналогичным формированиям и учреждениям

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходимость разработки настоящих методических рекомендаций обусловлена рядом обстоятельств:

1. В системе МЧС России работают (проходят воинскую службу) категории специалистов, подвергающиеся при выполнении профессиональных обязанностей воздействию разных неблагоприятных производственных факторов (военнослужащие спасательных воинских формирований, сотрудники Федеральной противопожарной службы Государственной противопожарной службы, федеральные государственные гражданские служащие, спасатели аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб МЧС России).

2. Медицинское обеспечение вышеуказанных категорий лиц осуществляется в медицинских учреждениях разных ведомств (военнослужащие – в медицинских учреждениях Министерства обороны; сотрудники Федеральной противопожарной службы ГПС – в медицинских учреждениях Министерства внутренних дел; спасатели, горноспасатели, гражданские служащие – в учреждениях Министерства здравоохранения) в соответствии с разными руководящими документами. В этой ситуации медицинские работники, осуществляющие контроль за медицинским обеспечением специалистов МЧС России, нуждаются в едином методическом документе по организации диспансерного наблюдения за всеми категориями лиц, работающими в системе МЧС России, который позволит унифицировать организационные аспекты медицинских осмотров и проведения диспансерного наблюдения.

3. Распространение опыта диспансерного динамического наблюдения и содержание основных лечебно-профилактических мероприятий, накопленных в Министерстве обороны, для других категорий специалистов МЧС России (спасатели, горноспасатели, сотрудники Федеральной противопожарной службы ГПС, федеральные государственные гражданские служащие), позволят повысить эффективность профилактических и реабилитационных мероприятий у этих категорий лиц, что обеспечит сохранение их профессионального здоровья и долголетия, а за счет этого повысится и эффективность мероприятий по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 12.04.2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

2. Приказ Минобороны РФ от 18 июня 2011 г. № 800 «Об утверждении Руководства по диспансеризации военнослужащих в Вооруженных силах Российской Федерации».

3. Приказ МЧС России от 03.05.2005 г. № 372 «О медицинском обеспечении военнослужащих войск гражданской обороны, военнослужащих и сотрудников государственной противопожарной службы МЧС России».

4. Директива начальника ГВМУ Минобороны России 2002 г. № ДМ-1. «Методика диспансерно-динамического наблюдения при основных заболеваниях военнослужащих Вооружённых сил Российской Федерации».

5. Организация диспансеризации в Вооружённых силах Российской Федерации: Метод. указания. - М.: Воениздат, 2005. - 125 с.

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.12.2009 г. № 984н «Об утверждении Порядка прохождения диспансеризации государственными служащими Российской Федерации».

7. Приказ Министерства Внутренних дел Российской Федерации от 08.11.2006 г. № 895 «Об утверждении Положения об организации медицинского обслуживания и санаторно-курортного лечения в медицинских учреждениях системы МВД России».

Организация диспансерного динамического наблюдения за состоянием здоровья сотрудников Федеральной противопожарной службы Государственной противопожарной службы, военнослужащих спасательных воинских формирований, федеральных государственных гражданских служащих, спасателей аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб МЧС России

Методические рекомендации

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

Подписано в печать 17.08.2015 г. Тираж 500 экз.
Формат 60×90¹/₁₆. Объем 2,5 п.л.