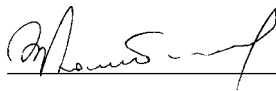


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

24 марта 2003 г.

Регистрационный № 153–1202

**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ
НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Инструкция по применению

Учреждения-разработчики: Белорусская медицинская академия последипломного образования, Белорусский государственный медицинский университет

Авторы: А.С. Чиж, М.С. Пристром, В.С. Пилотович, К.А. Чиж, С.А. Петров, А.В. Байда

Актуальность различных вопросов нефрологии и большой интерес к ним широкого круга врачей определяется значительным удельным весом заболеваний почек в общей структуре заболеваемости, тяжестью прогноза, сложностью диагноза и дифференциальной диагностики, а также недостаточной эффективностью и трудностью выбора метода лечения этого контингента больных.

За последние десятилетия как за рубежом, так и в Республике Беларусь достигнуты значительные успехи в развитии теоретической и практической нефрологии, в изучении физиологии и патологии почек. Нефрология выделилась в самостоятельный весьма важный раздел внутренней медицины, дальнейшему развитию которого уделяется большое внимание. Создана и продолжает расширяться сеть специализированных нефрологических отделений и отделений гемодиализа в лечебных учреждениях г. Минска, областных центров и крупных городов областного подчинения. В г. Минске на базе 4-й клинической больницы организован Республиканский центр нефрологии и трансплантации почки, где для оказания помощи больным с хронической почечной недостаточностью (ХПН) широко используется метод хронического гемодиализа, осуществляется трансплантация почки и хирургическое лечение почечных (вазorenальных) симптоматических гипертоний, а также применяются другие современные методы лечения этого контингента больных.

Благодаря внедрению в диагностическую практику новых клинико-лабораторных, биохимических, иммунологических, инструментальных, ультразвуковых, рентгеноурологических, радиоизотопных (ренография, сканирование почек) и специальных (пункционная биопсия почек, ангиография почечных сосудов и др.) методов исследования, существенно повысилось качество диагностики и дифференциальной диагностики почечных поражений, а применение новых так называемых патогенетических методов терапии заметно повысило эффективность лечения данного контингента больных.

Этому способствовало и улучшение подготовки врачей-нефрологов, а также повышение квалификации врачей-терапевтов в области практической нефрологии.

В Белорусской медицинской академии последипломного образования с 1975 г. проводятся циклы усовершенствования врачей-

терапевтов по специальности «клиническая нефрология». В 1969 г. создана Белорусская ассоциация нефрологов, которая входит в состав Европейской ассоциации нефрологов. Свидетельством успехов нефрологии в нашей республике является тот факт, что г. Минск стал местом проведения I Всесоюзного съезда нефрологов, который состоялся в октябре 1974 г.

Однако, несмотря на несомненные достижения и успехи современной нефрологии, многие вопросы до настоящего времени остаются окончательно нерешенными. Это касается, прежде всего, изучения распространенности заболеваний почек, выявления и учета больных нефрологического профиля, поскольку мы еще не имеем достоверных и убедительных данных о частоте почечных поражений. Между тем, по имеющимся далеко не полным суммарным сведениям разных стран (США, Англия, Скандинавские страны в др.), болезни почек составляют около 5–6% общей заболеваемости. По другим, более полным сведениям поражения почек различной природы встречаются, примерно, у 7–10% взрослого населения многих стран. Большая медико-социальная значимость болезней почек обусловлена не только их абсолютной частотой, а тем, что они поражают преимущественно людей в молодом, наиболее активном возрасте: более 60% почечных больных — люди в возрасте до 40 лет.

Кроме того, по своей природе и течению эти заболевания затяжные и пока еще трудно поддаются лечению, в большинстве случаев заканчиваются летальным исходом. По имеющимся данным, по частоте смертности в молодом возрасте они занимают 2-е место после травматизма. Весьма высок уровень и первичной инвалидности, которая составляет 3–5% общей инвалидности. Знание истинной частоты распространения этих заболеваний позволило бы более правильно рассчитать необходимое количество коечного фонда для лечения и обследования больных, организовать сеть специализированных нефрологических отделений, центров гемодиализа и трансплантации почек, а также определить потребность в специально подготовленных кадрах — врачах-нефрологах.

В изучении распространенности заболеваний почек, в налаживании учета и выявления нефрологических больных, а также в повышении качества их лечения, проведении профилактического и

противорецидивного лечения важная роль принадлежит активному наблюдению.

К сожалению, активное наблюдение больных с заболеваниями почек находится еще на недостаточном уровне, а иногда и вообще не проводится, что, несомненно, отрицательно сказывается на состоянии здоровья лиц, страдающих тем или иным заболеванием почек, состоянии их трудоспособности, течении заболевания и его исходе.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ АКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Основная и наиболее важная цель активного наблюдения больных нефрологического профиля состоит в том, чтобы добиться быстрого и полного выздоровления больных с острыми заболеваниями почек, предупредить рецидивы и дальнейшее прогрессирование хронических почечных заболеваний, восстановить и сохранить на длительное время трудоспособность лиц с упомянутыми заболеваниями.

В задачи активного наблюдения входят:

1. Активное раннее выявление, взятие на учет, тщательное обследование, своевременное и эффективное лечение больных с острыми и хроническими заболеваниями почек.

2. Организация регулярного наблюдения, клинического, лабораторного и инструментального обследования, проведение профилактического и противорецидивного лечения больных нефрологического профиля.

3. Своевременное и правильное трудоустройство лиц данного контингента с целью создания наиболее благоприятных условий для стойкого и длительного сохранения их трудоспособности.

4. Отбор и направление на санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями почек в специализированные санатории нефрологического профиля.

ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ АКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Активное наблюдение больных нефрологического профиля осуществляется участковым врачом-терапевтом поликлиники либо цеховым терапевтом здравпунктов. Организация, руководство и контроль за активным ранним выявлением больных с заболевани-

ями почек, за своевременным и тщательным их обследованием, проведением профилактического и противорецидивного лечения, направлением на стационарное и санаторно-курортное лечение, а также за трудоустройством лиц данного контингента должны осуществляться заведующими терапевтическими отделениями поликлиник и здравпунктов (санчастей).

В поликлиниках, имеющих в составе врачей-терапевтов специально подготовленного врача-нефролога, активное наблюдение больных нефрологического профиля должно поручаться ему и полностью проводиться им. При этом как врачи-терапевты, так и врач-нефролог обследование должны проводить в тесном контакте с врачом-урологом.

В крупных городах, имеющих при одном из лечебных учреждений нефрологический кабинет (центр) со специально подготовленными квалифицированными врачами-нефрологами, организация, руководство и контроль за активным наблюдением почечных больных осуществляется врачами указанного кабинета (центра).

Учитывая важность активного наблюдения больных нефрологического профиля, возросший уровень и объем клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования при заболеваниях почек, а также современные методы патогенетической терапии, требующие высокой квалификации и специальных знаний врача, необходимо добиваться того, чтобы по возможности в каждой крупной поликлинике (городской или районной) был врач-терапевт, прошедший специальную подготовку по нефрологии на курсах усовершенствования или рабочем месте в специализированном лечебном учреждении (отделении), на которого можно было бы возложить обязанности по активному наблюдению данного контингента больных.

КОНТИНГЕНТЫ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК, ПОДЛЕЖАЩИЕ АКТИВНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

Активному наблюдению подлежат больные со следующими нозологическими формами заболеваний почек:

1. Острый гломерулонефрит с затянувшимся течением или с так называемыми остаточными явлениями в виде микропротеинурии, микрогематурии после стационарного лечения.

2. Различные клинические формы хронического гломеруло-нефрита: нефротическая, гипертоническая, латентная (или изолированный мочево́й синдром), гематурическая и смешанная (сочетание нефротического и гипертонического синдромов).

3. Амилоидоз почек (вторичный и первичный).

4. Острый (после стационарного лечения) и хронический пиелонефрит.

5. Нефропатия беременных.

6. Диабетическая нефропатия (больной наблюдается терапевтом или нефрологом совместно с эндокринологом).

7. Лица, перенесшие острую почечную недостаточность (ОПН) различной этиологии.

8. Поликистоз почек с наличием или отсутствием сопутствующего воспалительного процесса (гломерулонефрита или пиелонефрита).

9. ХПН различного генеза.

10. Вторичные поражения почек при:

– системной красной волчанке;

– узелковом периартериите;

– системной склеродермии;

– дерматомиозите;

– ревматоидном артрите.

11. Лекарственные (медикаментозные) поражения почек.

Подлежат также активному наблюдению (совместно с урологом) больные с различными аномалиями почек — единственная почка, подковообразная, удвоенная почка, гипоплазия одной или двух почек, дистопия почек и др.

СРОКИ (ДЛИТЕЛЬНОСТЬ) АКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ ПОЧЕЧНЫХ БОЛЬНЫХ

Сроки активного наблюдения зависят от нозологической формы и течения заболевания.

1. Больные острым гломерулонефритом, выписавшиеся из стационара после проведенного курса лечения:

– в состоянии выздоровления, т. е. при полном отсутствии экстра-ренальных признаков заболевания (гипертония, отеки) и мочевого синдрома, должны находиться под активным наблюдением до 3 лет;

– в случае выписки из стационара с так называемыми остаточными явлениями, т. е. при отсутствии внепочечных проявлений нефрита, но с наличием микропротеинурии (от следов до 0,033–0,066 г/л), микрогематурии (единичные — 1–5 эритроцитов в поле зрения) и единичных гиалиновых цилиндров в моче, нуждаются в активном наблюдении в течение 3 лет с момента полной нормализации мочи, т. е. исчезновения микрогематурии и микропротеинурии;

– при затянувшемся течении острого нефрита (длительность заболевания — более 3–6 мес.) требуется более тщательное обследование и более длительное активное наблюдение, но не менее 3 лет с момента полного выздоровления и полной нормализации анализов мочи и крови;

– если в течение 1–1,5 лет не исчезают патологические изменения в моче, сохраняются экстраренальные симптомы заболевания, следует считать, что гломерулонефрит принял хроническое течение, и таких больных следует в дальнейшем вести как страдающих хроническим гломерулонефритом.

2. Больные, перенесшие острый пиелонефрит, после выписки из стационара должны находиться под активным наблюдением не менее одного года, если в течение этого срока отсутствуют клинические признаки заболевания, стойко сохраняются нормальные анализы мочи, в том числе при исследовании по Каковскому — Аддису, и отсутствует бактериурия. Если же сохраняется либо появляется периодически протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия, то сроки диспансерного наблюдения увеличиваются до 3 лет от начала заболевания, а затем при отсутствии полного эффекта лечения больные переводятся в группу с хроническим пиелонефритом.

3. Больные с нефропатией беременных нуждаются в активном наблюдении на протяжении 3 лет. Если в течение этого срока сохраняются патологические изменения в моче, а также внепочечные признаки заболевания, это значит, что либо беременность привела к обострению (проявлению) ранее существовавшего заболевания почек (гломерулонефрит, амилоидоз почек), либо нефропатия беременных трансформировалась в хронический гломерулонефрит, о сроках наблюдения при котором будет сказано ниже.

4. Больные хроническим гломерулонефритом, хроническим пиелонефритом, амилоидозом почек, поражением почек при системных заболеваниях, диабетической нефропатией и другими заболеваниями почек, а также с перечисленными выше аномалиями развития почек, перенесшие ОПН, с ХПН различного генеза нуждаются в постоянном многолетнем активном наблюдении с периодическим стационарным лечением в случае обострения заболевания или нарастающего падения функции почек.

5. Больные с лекарственными (медикаментозными) поражениями почек после стационарного лечения и полного исчезновения патологических изменений в моче, экстраренальных проявлений должны находиться под активным наблюдением на протяжении 3 лет. Как в течение этого срока, так и в дальнейшем необходима большая осторожность при назначении медикаментозного лечения.

Если изменения в моче (белок, эритроциты, цилиндры), а возможно также отеки и гипертония сохраняются либо периодически исчезают и появляются снова, больные должны быть переведены в группу с хроническими заболеваниями почек, так как у них возможно развитие хронического гломерулонефрита.

6. Больные хроническим гломерулонефритом, у которых под влиянием проведенного (или проведенных) в условиях стационара курса патогенетической (иммунодепрессантной, кортикостероидной или др.) терапии наступила стойкая и полная клиническая и клинико-лабораторная ремиссия, должны находиться под активным наблюдением в течение 5 лет. В случае отсутствия у них на протяжении указанного срока клинических признаков заболевания (отеков, гипертонии), а также протеинурии и гематурии они могут быть сняты с диспансерного учета по выздоровлению.

Примечание: всем больным, находившимся под активным наблюдением по поводу заболевания почек, при снятии с учета по выздоровлению все же необходимо рекомендовать и в дальнейшем избегать переохлаждения, соблюдать режим труда и отдыха, делать анализы мочи во время и после перенесенных интеркуррентных заболеваний; работа их не должна быть связана с переохлаждением, в горячих цехах, с большим физическим напряжением и контактом с токсическими веществами.

ПОЭТАПНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ОБЪЕМ НЕОБХОДИМЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД АКТИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ

Объем необходимых исследований и интервалы обследования зависят от нозологической формы заболевания почек, его клинических вариантов, течения и состояния функции почек, а также от уровня диагностических возможностей лечебного учреждения (районная, городская, областная поликлиника или больница) и, прежде всего, лабораторной службы.

Следует отметить, что при активном наблюдении помимо клинико-лабораторных и инструментальных исследований врач обязательно должен выяснить жалобы больного, их характер и динамику с момента предыдущего осмотра, провести тщательное объективное исследование органов и систем, измерить артериальное давление, при необходимости направить больного на консультацию к ЛОР-врачу, урологу, невропатологу, гинекологу и другим специалистам.

Ниже приводится перечень необходимых исследований у больных с различными заболеваниями почек, находящихся под активным наблюдением, и сроки (частота) проведения этих исследований.

I. При остром гломерулонефрите:

1. У больных, выписавшихся из стационара без патологических изменений в моче и без экстраренальных симптомов заболевания, осмотр, общий анализ мочи и крови проводятся первые 2 мес. 1 раз в 10–14 дней, а затем в течение года 1 раз в 1–2 мес. Однако в случае интеркуррентного заболевания, травм, переохлаждения анализы мочи и крови, а также врачебный осмотр должны проводиться во время и после этого заболевания, травм и т. д.

2. У больных, выписавшихся из стационара с остаточными явлениями, а также с затянувшимся течением острого нефрита, до исчезновения патологических изменений в моче и экстраренальных признаков заболевания (если они есть) осмотр, общий анализ мочи и крови проводятся 1 раз в 2 недели (но не реже 1 раза в месяц), а затем, как в пункте 1. Спустя год после полного исчезновения почечных и внепочечных признаков острого нефрита осмотр, общий анализ мочи можно проводить 1 раз в 3–6 мес. (в течение 3 лет).

Если в первые 6 мес. активного наблюдения сохраняется микропротеинурия, микрогематурия или более выраженный мочево́й синдром (а возможно, отеки или пастозность, гипертония), необходимо провести более тщательное обследование больного с участием окулиста, ЛОР-врача. Выполнить исследование мочи по Нечипоренко (лучше по Каковскому — Аддису), по Зимницкому, крови — на содержание креатинина и мочевины, белка и белковых фракций, электролитов (К, Na, Са, Cl), произвести расчет скорости клубочковой фильтрации, снять ЭКГ. Еще через 6 мес. указанный комплекс исследований повторить снова либо направить больного в стационар с целью дообследования и лечения.

II. При хроническом гломерулонефрите:

1. С изолированным мочево́м синдромом (латентная форма) — больные подлежат обследованию 2 раза в год, т. е. 1 раз в 6 мес. Выполняются следующие исследования: измерение артериального давления, исследование глазного дна, ЭКГ, общий анализ мочи и крови, определение суточной протеинурии, анализ мочи по Нечипоренко или Каковскому — Аддису, по Зимницкому, анализ крови на холестерин, общий белок и белковые фракция, мочеви́ну, креатинин, электролиты (К, Na, Са, Cl), при возможности определение величины клубочковой фильтрации по эндогенному креатинину.

2. С гематурической формой (синдромом) — выполняется тот же объем исследований и в те же сроки, что и при латентной форме. Однако в случае усиления гематурии необходимо проводить общий анализ мочи и крови 1 раз в 2–4 недели, а при появлении макрогематурии — еще чаще. Кроме того, необходима консультация уролога для проведения специальных исследований и исключения урологического заболевания, либо в таких случаях больных следует направлять в стационар (урологическое или нефрологическое отделение).

3. С гипертоническим синдромом — выполняется тот же объем исследований, что и при латентной, гематурической формах гломерулонефрита. Однако с целью более тщательного контроля уровня артериального давления и действия антигипертензивных средств диспансерное обследование больных этой группы с измерением артериального давления и проведением общего анализа мочи должно

осуществляться один раз в 1–3 мес. (в зависимости от выраженности гипертонического синдрома).

4. С нефротическим синдромом (формой) — обследование должно осуществляться ежемесячно или 1 раз в 2 мес. (в зависимости от выраженности), но не реже 1 раза в квартал. Выполняется полный объем исследований, указанный в пунктах 1, 2 и 3. Особое внимание следует обратить на выраженность отечного синдрома, величину суточного диуреза, суточной протеинурии, а также на уровень гиперхолестеринемии, гипо- и диспротеинемии. В связи с тем, что больные с нефротическим синдромом иногда длительно принимают мочегонные средства, необходим тщательный контроль за электролитным составом крови, прежде всего, за концентрацией в ней калия. Общий анализ мочи, определение суточной протеинурии проводятся не реже 1 раза в 2–4 недели.

5. При смешанной форме — сроки активного наблюдения и объем исследований те же, что и при нефротическом синдроме. Особое внимание следует обратить на уровень артериального давления, состояние глазного дна, выраженность отеков и протеинурии, а также на состояние азотовыделительной функции почек, поскольку при данной форме хронического гломерулонефрита она сравнительно быстро снижается. Поэтому важно следить не только за содержанием продуктов азотистого обмена в крови (мочевины, мочевой кислоты, креатинина), но также и за величиной клубочковой фильтрации.

Примечание: при обострении хронического гломерулонефрита или возникновении интеркуррентного заболевания, если больные по какой-либо причине не могут быть госпитализированы, врачебный осмотр и необходимые клинико-лабораторные исследования проводятся чаще, в соответствии с индивидуальными особенностями течения основного и интеркуррентного заболевания.

III. При остром пиелонефрите после проведенного курса лечения в стационаре больные должны активно наблюдаться первые 2 мес. 1 раз в 2 недели, а затем 1 раз в месяц в течение года. При этом в обязательном порядке проводятся анализы мочи — общий, по Нечипоренко, на активные лейкоциты, на микрофлору, степень бактериурии и чувствительность ее к антибактериальным средствам, а также общий анализ крови. Кроме того, 1 раз в 4–6 мес.

необходимо исследовать кровь на содержание мочевины, креатинина, электролитов, общего белка и белковых фракций, определить клубочковую фильтрацию, выполнить анализ мочи по Зимницкому; при необходимости проводится консультация уролога, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и рентгеноурологические исследования (обзорная и экскреторная урография).

IV. При хроническом пиелонефрите в неактивной фазе тот же объем исследований, что и при остром пиелонефрите, проводится 1 раз в 6 мес. При подозрении на активизацию процесса осмотр и упомянутые исследования проводятся не реже 1 раза в квартал.

V. При амилоидозе почек в случае благоприятного течения и сохранения функции почек активное наблюдение осуществляется 1–2 раза в год с выполнением того же объема исследований, что и при хроническом гломерулонефрите. При наличии нефротического синдрома — 1 раз в квартал.

VI. Активное наблюдение больных диабетической нефропатией осуществляется совместно с эндокринологом. Объем и частота (сроки) лабораторных исследований зависят от степени выраженности экстраренальных (гипертония, отеки) и ренальных (мочевой синдром) признаков заболевания и их характера (возможность присоединения пиелонефрита). Рекомендуется тот же объем исследований, что и при хроническом гломерулонефрите. Исследования проводятся 1 раз в 3–6 мес. Кроме того, больше внимания следует уделять контролю уровня артериального давления, сахара в моче и крови, исследованию глазного дна, чаще снимать ЭКГ.

VII. Больные с нефропатией беременных в первые 2–3 мес. после установления беременности нуждаются в обследовании 1 раз в 10–15 дней с обязательным измерением артериального давления, проведением общего анализа мочи, определением суточной протеинурии, исследованием периферической крови (общий анализ). В дальнейшем осмотр и обследование проводятся 1 раз в 1–2 мес., а по нормализации артериального давления и анализов мочи — 1 раз в полгода в течение 2–3 лет. Рекомендуется 1–2 раза в год исследовать мочу по Зимницкому, Нечипоренко или Каковскому — Аддису, кровь на содержание холестерина, мочевины, креатинина, общего белка и белковых фракций, а также ЭКГ, консультация окулиста.

VIII. Активное наблюдение лиц с аномалиями развития почек при отсутствии патологических изменений в моче и экстраренальных признаков поражения почек проводится 1 раз в год с выполнением следующего обязательного объема исследований: измерение артериального давления, исследование глазного дна, ЭКГ, проведение анализов мочи — общего, по Нечипоренко, по Зимницкому, общего анализа крови, рентгеноскопии органов грудной клетки.

В случае присоединения пиелонефрита или гломерулонефрита сроки и объем обследований те же, что и при соответствующих заболеваниях, протекающих без аномалии развития почек.

IX. Активное наблюдение больных с поражениями почек при системных васкулитах, системных болезнях соединительной ткани и других заболеваниях с вторичным поражением почек проводится в зависимости от течения основного заболевания, но не реже 1 раза в квартал, особенно в тех случаях, когда ведущей в клинической картине заболевания становится почечная симптоматика (гипертензия, отеки, выраженный мочево́й синдром). Объем исследований такой же, как и при хроническом гломерулонефрите.

X. Больные, находящиеся под активным наблюдением по поводу перенесенного медикаментозного поражения почек либо с остаточными явлениями после стационарного лечения, обследуются в те же сроки и с тем же объемом исследований, как и при остром гломерулонефрите. В случае сохранения патологических изменений в моче, а тем более при наличии или появлении экстраренальных признаков поражения почек осмотры и обследования проводятся в те же сроки и с тем же объемом исследований, как и при соответствующей клинической форме хронического гломерулонефрита.

XI. При появлении признаков ХПН, независимо от причины (заболевания), приведшей к ее развитию, сроки осмотров и обследований существенно сокращаются по мере прогрессирования ХПН. При этом особое внимание следует уделять контролю за уровнем артериального давления, состоянием глазного дна, динамикой удельного веса мочи в пробе по Зимницкому, скоростью клубочковой фильтрации, концентрацией азотистых шлаков и содержанием электролитов в крови. Указанные исследования проводятся ежемесячно либо 1 раз в 2–3 мес. (в зависимости от выраженности ХПН).

XII. Активное наблюдение лиц, перенесших ОПН различного генеза, в течение первого года проводится 1 раз в месяц, а затем при благоприятном течении — 1 раз в 3–6 мес.

Помимо измерения артериального давления, рекомендуется проводить общий анализ мочи, исследование мочи по Зимницкому, Нечипоренко, определять суточную протеинурию, следить по возможности за суточным диурезом, проводить общий анализ крови, определять содержание мочевины, креатинина, К, Na, хлоридов, холестерина, общего белка и белковых фракций в сыворотке крови, скорость клубочковой фильтрации.

ВЫЯВЛЕНИЕ И ОТБОР ДЛЯ АКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Выявление и отбор больных с заболеваниями почек, подлежащих активному наблюдению, осуществляется, прежде всего, врачами-терапевтами и урологами, а также врачами других профилей в поликлиниках, амбулаториях, медико-санитарных частях и врачебных здравпунктах промышленных предприятий и учреждений при:

- осмотрах на амбулаторных приемах;
- предварительных медосмотрах поступающих на работу и на учебу;
- различных массовых профилактических осмотрах;
- регистрации на промышленных предприятиях листков нетрудоспособности, полученных в территориальных поликлиниках;
- обследовании для направления на санаторно-курортное лечение;
- обследовании и лечении в стационаре.

В целях своевременного выявления больных в ранней стадии заболевания почек необходимо, чтобы при любом обращении больного в поликлинику, здравпункт в обязательном порядке, наряду с измерениями артериального давления, исследованием органов, анализом крови, был также произведен общий анализ мочи.

В случаях обнаружения патологии (по результатам анализа мочи) следует провести более тщательное обследование с использованием имеющихся в данном лечебно-профилактическом учреждении ме-

тодов и с привлечением при необходимости других специалистов (уролога, ЛОР-врача, окулиста, гинеколога и др.), а также направить больного для более полного обследования, установления диагноза и лечения в стационар (желательно специализированного профиля).

ВЕДЕНИЕ И ЗАПОЛНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД АКТИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ

Основной медицинской документацией больных нефрологического профиля, также как и других профилей, является медицинская карта (история болезни) и контрольная карта активного наблюдения (форма № 30).

Медицинская карта (история болезни) — основной документ, куда вносятся все данные первичного осмотра и динамики состояния здоровья больного, данные лабораторных и инструментальных исследований, а также сведения о лечебных и профилактических мероприятиях.

В медицинской карте нефрологического больного должны подробно отражаться жалобы больного и тщательное детальное описание истории заболевания: его начало, возможная либо точная причина, вызвавшая его, клинические проявления, течение заболевания — по возможности со слов больного, а лучше по имеющейся у больного медицинской документации (если таковая есть). Необходимо выяснить и внести в историю болезни данные лабораторных (анализ мочи — протеинурия, эритроцитурия, лейкоцитурия, цилиндрурия; общий анализ крови; сведения о содержании мочевины, креатинина, белковом и электролитном составе крови) и инструментальных (УЗИ, обзорный снимок почек, экскреторная урография, ЭКГ, др.) исследований, если они ранее проводились.

Необходимо отразить также ранее проводившееся лечение и его эффективность, особенно данные о кортикостероидной и иммунодепрессантной терапии, а также индивидуальную переносимость лекарственных препаратов.

В анамнезе жизни обратить внимание на наследственность — кто из ближайших родственников болел заболеваниями почек или гипертонией; отметить перенесенные или имеющиеся в настоящее время

хронические заболевания легких, сердца, суставов, органов пищеварения и другие (особенно при подозрении на амилоидоз почек), указать вредные привычки — злоупотребление алкоголем, курение.

Кроме того, в анамнезе заболеваний следует выяснить наличие в прошлом цистита, пиелита, уретрита, почечной колики, дизурических явлений, отеков.

При описании объективного статуса следует тщательно определить границы сердца, отметить частоту и характер сердечных тонов, наличие шумов, акцентов, уровень артериального давления.

Необходимо провести тщательную перкуссию и аускультацию легких, определить размеры печени и селезенки, наличие или отсутствие периферических отеков или пастозности, симптома Пастернацкого, а также определить состояние желез внутренней секреции (щитовидной, надпочечников, половых и др.). Результаты лабораторных и инструментальных исследований (ультразвуковые, рентгенологические и др.) должны быть вписаны в историю болезни либо подклеены к ней.

История болезни (медицинская карта) хранится в общей регистратуре, но обязательно имеет пометку (условный знак) об активном наблюдении.

Контрольные карты (форма № 30) составляют специальную картотеку, которая хранится в ящике в кабинете врача. В ней должны быть отметки о сроках активного наблюдения и указана дата очередного прибытия больного для обследования.