

# Разбор амбулаторной карты и некоторые правила ведения диспансерных групп

А. Л. Вёрткин

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова

**К**рупнейший русский терапевт Максим Петрович Кончаловский, 140-летие со дня рождения которого отмечает в этом году сообщество интернистов страны, говорил: «Я приучал себя выбирать ведущие, главные признаки и отбрасывать шелуху!». Мы были рады возможности организовать встречу делегатов очередной сессии образовательной школы «Амбулаторный прием» с правнуками и внуком М. П. Кончаловского. Их рассказы не могли оставить никого равнодушным, ведь все слушатели окунулись в мир истинного и беззаветного служения медицине! В следующем номере журнала мы опубликуем отчет об этой встрече.

Но вернемся к цитате, с которой мы начали статью. Каждый врач понимает важность этого высказывания. Особенно оно актуально для наших осмотров больных и тех записей, которые появляются после них в амбулаторной карте.

**Фото на память. Слева направо: в первом ряду —** Марина Евгеньевна Кончаловская (жена внука М. П. Кончаловского), студентка 6-го курса Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова С. Сименюра; **во втором ряду —** хирург общей практики Петр Вадимович Кончаловский (правнук М. П. Кончаловского), заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова профессор Аркадий Львович Вёрткин, специалист в области цифровых измерительных приборов, аналого-цифровых и цифро-аналоговых преобразователей Вадим Юрьевич Кончаловский (внук М. П. Кончаловского), терапевт-гематолог, заведующий лабораторией острой лучевой болезни Федерального медицинского биофизического центра РФ им. А. И. Бурназяна Михаил Вадимович Кончаловский (правнук М. П. Кончаловского)



**Выступает внук М. П. Кончаловского Вадим Юрьевич Кончаловский**



Не будем лукавить: во многих случаях сама форма медицинской документации, а сейчас и ее электронные варианты не позволяют быстро и грамотно отделить главное от второстепенного. «Лучший» образец этого — амбулаторная карта, основной первичный медицинский документ. Строки 1–13 амбулаторной карты заполняет медицинская сестра, последующие строки — врач. Разберем на примерах, как это обычно делается.

Итак, с. 14 — инвалидность. Инвалидность — состояние, при котором имеются препятствия или ограничения в деятельности человека с физическими, умственными, сенсорными или психическими отклонениями. Понятно, что для возникновения указанных ограничений должна быть причина, но ее, к сожалению, узнать не представляется возможным, так как в этом пункте указывают только факт наличия инвалидности и ее группу. Например: на прием к терапевту приходит пациент с хронической болью. Если известна патология сердца и сосудов, вызвавшая инвалидность, то очевидной причиной боли является остеоартроз, а при онкологическом заболевании, как правило, имеются иные причины боли, в частности нейропатическая или психогенная (рис. 1).

Далее в с. 15 производится отметка о месте работы и должности. Однако важно указать еще и характер работы, условия труда, профессиональные вредности, например: умственная работа или физическая, имеет ли место длительное пребывание перед компьютером, есть ли в помещении кондиционер и пр. (рис. 2).

А если пациент, предположим, работник угольной шахты, то у врача сразу возникает картина легочного повреждения профессионального характера (рис. 3).

В с. 17 перечисляются заболевания, подлежащие диспансерному наблюдению (согласно приказу Департамента

**Вёрткин Аркадий Львович** — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России.

Рис. 1. Пациент с хронической болью в суставах

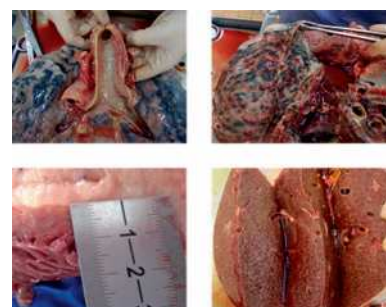
Инвалидность по сердечно-сосудистому заболеванию	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Остеoarтрит</li> <li>• Остеопороз</li> </ul>	Инвалидность по онкологическому заболеванию	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Прорывы» боли</li> <li>• Нейропатический и психогенный компонент</li> </ul>
Инвалидность после травмы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Посттравматический артрит</li> <li>• Остеопороз</li> </ul>	Инвалидность после перенесенного инсульта	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нейропатическая боль</li> <li>• Психогенная боль</li> <li>• Постинсультная боль</li> </ul>
Инвалидность по сахарному диабету	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диабетическая остеопатия</li> <li>• Нейропатия</li> </ul>	Инвалидность по общему заболеванию	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коррекция фармакотерапии соматической патологии</li> <li>• Нейропатия</li> </ul>

Рис. 2. Пациент с хронической болью в спине. В строке 15 стоит отметка о месте работы и должности

Офисный работник	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мышечные боли</li> <li>• Не нужны нестероидные противовоспалительные препараты</li> <li>• Физиотерапия</li> </ul>	Актриса	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Психогенный компонент</li> <li>• Психогенные методики лечения боли</li> </ul>
Рабочий	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В патогенезе механический стресс</li> <li>• Ортопедические приспособления</li> </ul>	Учитель, врач	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гиподинамия</li> <li>• Депрессия, хронический стресс</li> </ul>
Водитель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Алкоголизм? (нейропатии)</li> <li>• Физиотерапия</li> <li>• Перерывы в работе с упражнениями</li> </ul>	Бизнесмен	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Быстрая и адекватная анальгезия</li> <li>• Местные средства</li> <li>• Курорты</li> </ul>

Рис. 3. Легочные повреждения профессионального характера и сопутствующие заболевания (фото автора)

Основное. Хроническая обструктивная болезнь легких: хронический гнойно-обструктивный бронхит. Эмфизема. Пневмосклероз.  
Осложнения. Хроническое легочное сердце. Недостаточность кровообращения II степени. Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии. Инфарктная пневмония. Интоксикация. Отек головного мозга.  
Сопутствующие. Атеросклероз аорты и ее ветвей. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Остеосинтез по поводу перелома левой бедренной кости (1967 г.)



здравоохранения города Москвы от 31.12.2013 № 1344 «Об утверждении Регламента проведения диспансерного наблюдения при оказании первичной медико-санитарной помощи»). И тут же дается пояснение: если у больного изменяется характер заболевания (например, к гипертонической болезни присоединяется ИБС), то в таблицу на титульный лист выносится новый диагноз без даты взятия на учет, а старая запись зачеркивается (?!). Согласитесь, что понять это нереально!

С. 17 в данной трактовке не отображает стадии течения заболеваний, осложнений, тяжесть, фоновые заболевания, не дает представления о прогнозе данного больного. Она содержит только статистические сведения и в основном служит для учета заболеваемости населения. Поэтому лист записи уточненных клинических диагнозов требует новой редакции (рис. 4).

В с. 19 заносят сведения о выявленной лекарственной непереносимости согласно медицинской документации или со слов больного. При этом должна учитываться форма сообщения о нежелательных реакциях.

Далее остановимся на диспансерных группах (рис. 5), в частности на ведении больных, перенесших инфаркт миокарда.

Хорошо известно, что у таких пациентов сохраняется высокий уровень гиперкоагуляции в течение года. Поэтому они должны быть включены в диспансерную группу и наблюдаться часто: в первые 3 месяца — каждые 2 недели; в период от 3 до 6 месяцев — раз в месяц; через 6 месяцев и более — каждые 3–6 месяцев. Несмотря на существование регламентов этих наблюдений, позволим себе на рисунке 6 выделить моменты, на которые врачи должны обращать наиболее пристальное внимание.

Рис. 4. Лист записи уточненных клинических диагнозов. Приложение заполняется участковым врачом-терапевтом или врачом общей практики. Записи вносятся по мере изменения диагноза. В третий столбец выносится информация о том, что послужило причиной изменения диагноза, — это выписка, данные дополнительных методов обследования и т. п.

Дата постановки диагноза	Диагноз клинический с указанием основного, фонового, осложнений, сопутствующего	Обоснование диагноза (выписка, данные обследования и т. д.)

Рис. 5. Выявление пациентов, нуждающихся в диспансерном наблюдении

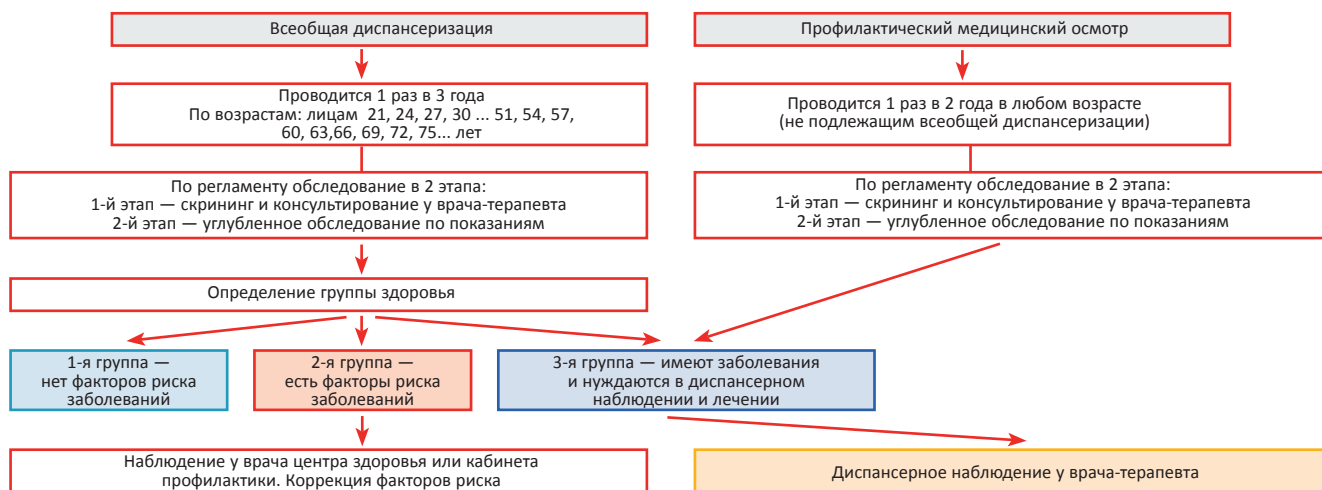
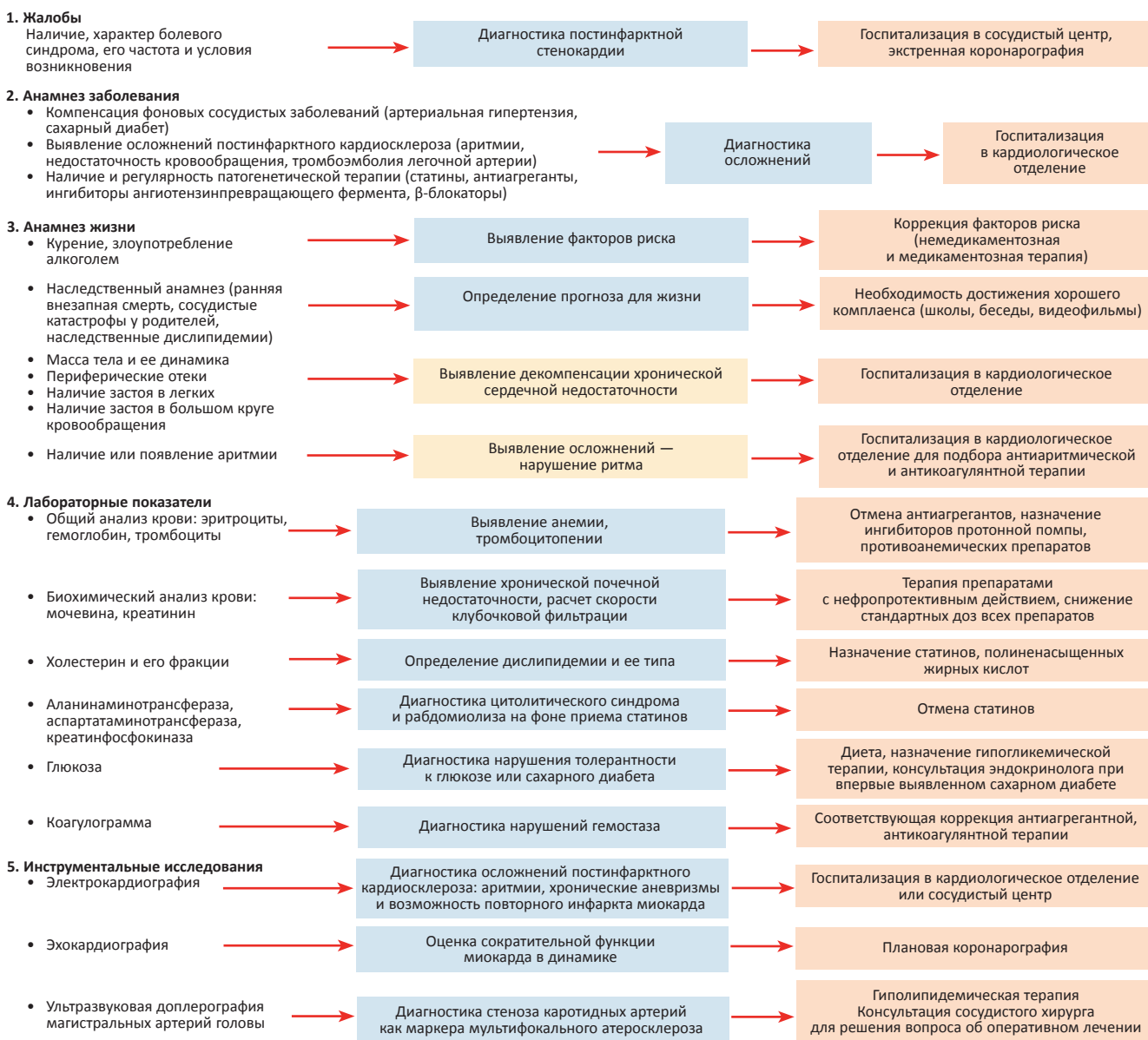


Рис. 6. Наиболее важные моменты при осмотрах больных, перенесших инфаркт миокарда



### Заключение

В дальнейшем на страницах журнала «Амбулаторный прием» мы продолжим обсуждение оформления меди-

цинской документации, ведения диспансерных групп, и, возможно, наши советы пригодятся врачам во время амбулаторного приема. ■