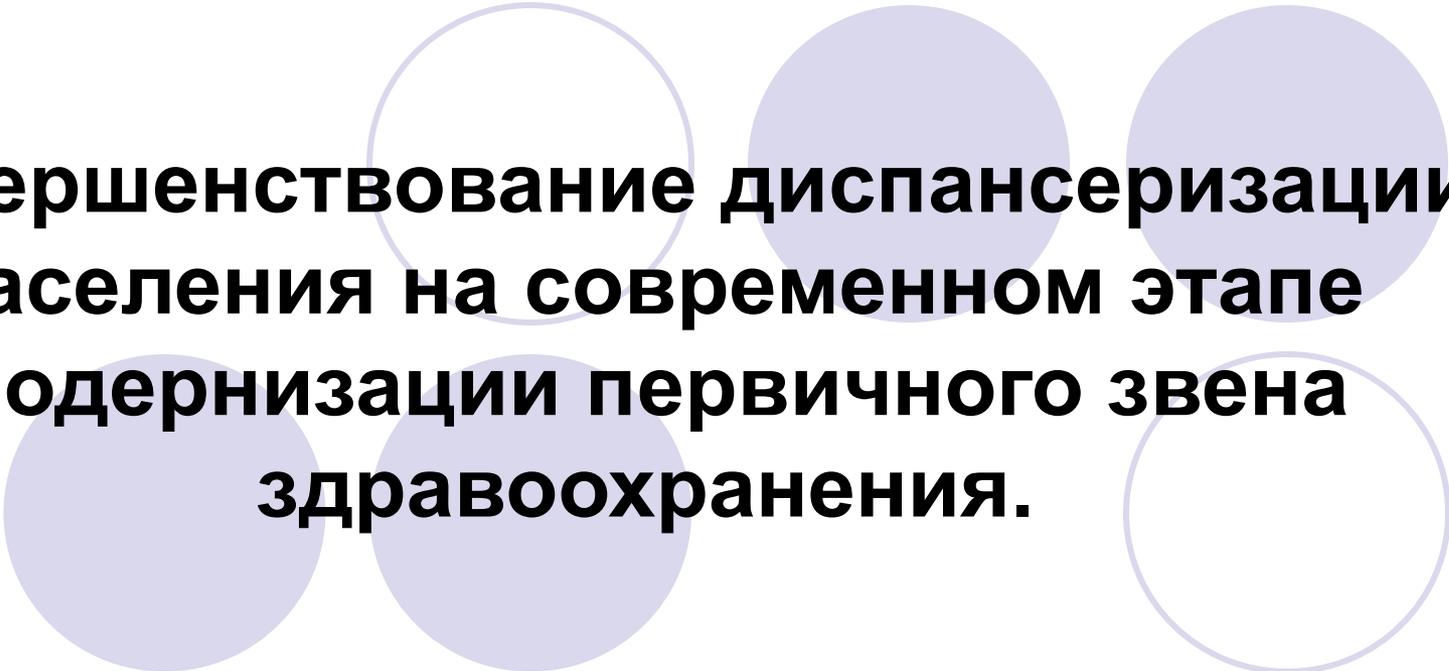


**Первый Московский государственный медицинский университет  
имени И.М.Сеченова  
Кафедра поликлинической терапии.**

**Совершенствование диспансеризации  
населения на современном этапе  
модернизации первичного звена  
здравоохранения.**



# Формы и методы диспансерной работы участкового врача.

**Диспансеризация** – система мероприятий профилактического и лечебного характера, активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов населения с целью раннего выявления заболеваний, взятие их на учет динамического наблюдения и комплексного лечения больных, анализ эффективности проводимых мероприятий, разработка рекомендаций по предупреждению развития и распространения болезни, сохранению трудоспособности, оздоровлению труда и быта.

*Диспансеризация* – синтез лечебно-профилактических и санитарно-оздоровительных мероприятий.

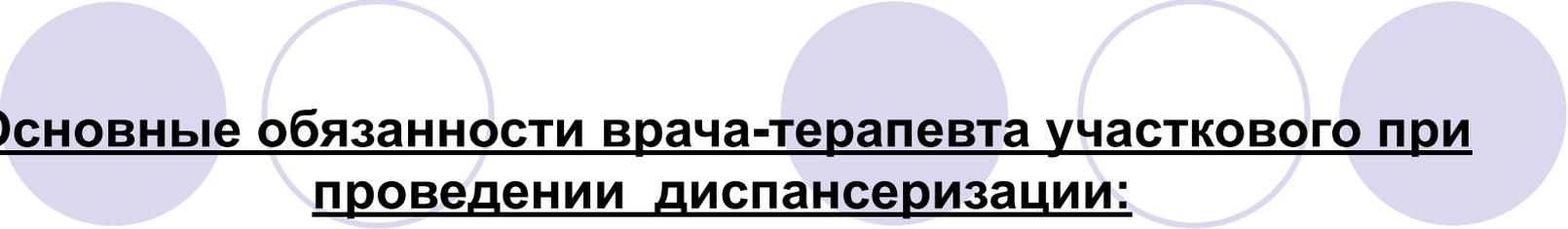
- Роль профилактики в здравоохранении отражена в Конституции РФ. Основным методом профилактики является диспансерный метод.

## Принципы диспансерной работы участкового врача:

- комплексность
- гибкость
- объективность контроля
- сотрудничество врача и пациента
- социально-профилактическая направленность

## Основные задачи участкового врача по диспансеризации.

1. Определение и оценка качества состояния здоровья.
2. Выявление и устранение причин, вызывающих заболевание.
3. Обеспечение повышения уровня и качества ежегодных осмотров и диспансерного наблюдения.
4. Расширение участия врачей различных специальностей и среднего медицинского персонала в диспансеризации при ведущей роли участкового врача.
5. Постоянное расширение объемов исследования.
6. Совершенствование технологического обеспечения проведения ежегодных осмотров и динамическое наблюдение за здоровым населением.
7. Обеспечение необходимого статистического учета и отчетности передачи информации проведенных обследований и оздоровительных мероприятий на каждого человека по месту его наблюдения, преемственности в работе различных типов учреждений.



## Основные обязанности врача-терапевта участкового при проведении диспансеризации:

- Учет и осмотр населения участка.
- Обеспечение взаимосвязи и преемственности в работе с врачами других специальностей.
- Разделение населения на группы диспансерного наблюдения.
- Отбор больных, подлежащих диспансерному наблюдению.
- Обеспечение необходимыми диагностическими и лечебно-оздоровительными мероприятиями.
- Направление на санаторно-курортное лечение и на госпитализацию.
- Дача рекомендаций по режиму труда, отдыха, питания и т.д., обязательный контроль за их исполнением.

## Цель диспансеризации:

- Сохранение здоровья здоровых
- Восстановление здоровья больных

## Этапы диспансеризации:

- Отбор
- Диспансерное наблюдение
- Анализ качества

## Отбор на диспансеризацию:

- Социальный
- Медицинский

## Диспансеризация =

### клинико-эпидемиологическое исследование.

- Клиническая эпидемиология
- Медицина доказательств
- Клинические рекомендации
- Формулярная система
- Стандарты

## Группы диспансеризуемых. Их характеристика.

- Группа здоровые ( $D_1$ )
- Группа практически здоровые ( $D_2$ )
- Группа больные ( $D_3$ )

А – компенсированные

Б – субкомпенсированные

В – декомпенсированные

- Постановление Правительства РФ №868 от 31.12.2005 г. Порядок предоставления субсидий на диспансеризацию участковому врачу по дополнительной диспансеризации.
- Приказ МЗ РФ №188 от 22.03.06г. «О порядке и объеме проведения дополнительной диспансеризации гражданам, работающим в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях».

I группа – практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, с которыми проводится профилактическая беседа о ЗОЖ.

II группа – граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении проф. мероприятий.

III группа – граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании для уточнения диагноза.

IV группа – граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении.

V группа – граждане с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

## Объект исследования при ежегодной диспансеризации

Обследования	Консультации
<p>Анализ крови (г, э, СОЭ) Анализ мочи ( на сахар, на белок) ЭКГ (старше 40 лет) ФЛГ Маммография (1 раз в 2 года) ХС Исследование мазка Исследование прямой кишки Клинический анализ крови Кровь на глюкозу Общий анализ мочи ЭКГ (старше 30 лет) ФЛГ (1 раз в 2 года, старше 40 лет – ежегодно).</p>	<p>Участковый терапевт Гинеколог Нефролог Кардиолог Окулист Эндокринолог</p>

**По какому подходу формируется диспансеризация больных?**  
**Назовите основные элементы диспансерного метода.**



# **Основные факторы, способствующие повышению эффективности диспансеризации:**

- Толчок преобразования.
- Личностно ориентированный подход к здоровью.

## **Формы и средства пропаганды диспансерного метода:**

центры здоровья, клубы здоровья, аппараты, кинофильмы, кассеты, литературные персонажи (доктор Айболит).

## **Методы:**

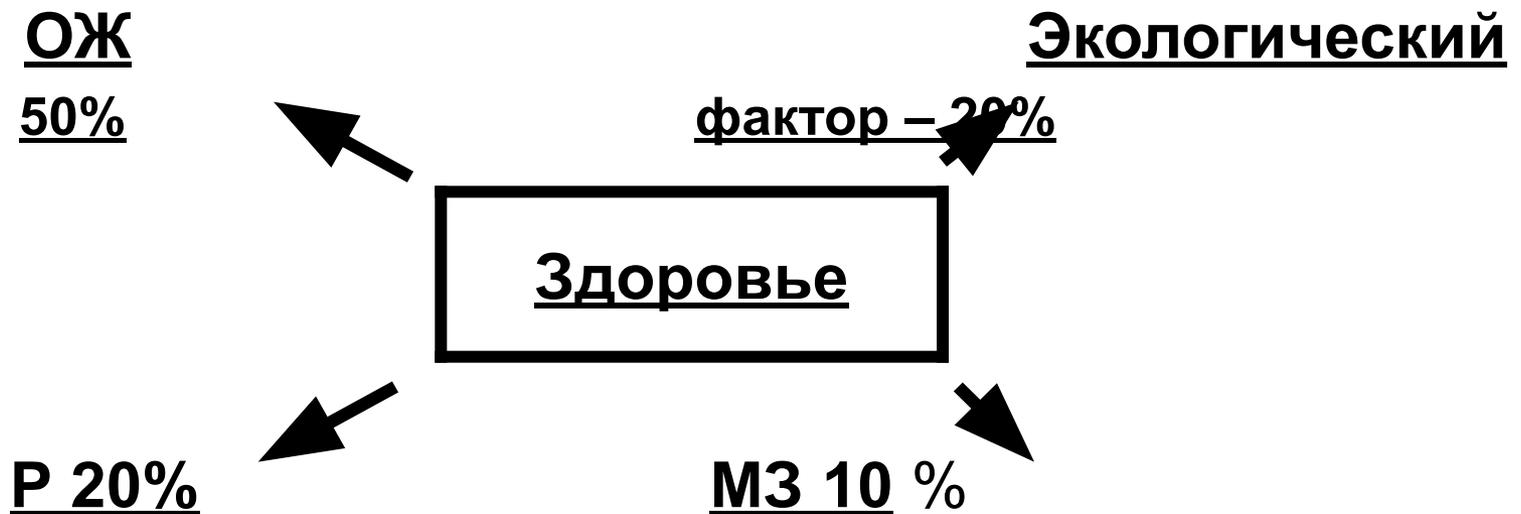
лекции, беседы, дискуссии, клубы по интересам, беседы за круглым столом.

# Как мотивировать больного к оздоровлению образа жизни в процессе диспансеризации?

- 1. Этап - от незнания к знанию - требует разъяснительных, подробных советов, с уточнением деталей и максимально индивидуального подхода (интенсивный этап).  
Цель: обучения пациентов основным знаниям и поведенческим навыкам оздоровления образа жизни.
- 2. Этап - от знания к пониманию и действиям - требует расширенных, повторных собеседований (расширение обучения).  
Цель: поддержка пациента в его начинаниях, дальнейшая коррекция изменений привычек в сторону оздоровления, профилактика возврата к старому.
- 3. Этап - от начала действий к здоровому образу жизни - требует собеседований в подбадривающем и одобрительном стиле (поддержка).  
Цель: не только поддержка изменений, но и акцентирование достижений положительной динамики в состоянии здоровья и самочувствии.

## Здоровье

- **Здоровье** – это состояние полного физического, социального и психического благополучия.
- **Здоровье** – это нормальное психосоматическое состояние и способность человека максимально удовлетворять систему материальных и духовных потребностей. (Петренко В.В.)



# Искусство сохранения здоровья «Авиценна»

- **Уравновешенность натуры.**
- **Выбор пищи и питья.**
- **Очистка тела от излишков.**
- **Сохранение правильного телосложения.**
- **Улучшение того, что вдыхается.**
- **Одежда.**
- **Уравновешенность физического и психологического движения.**



## Психологические черты здоровой личности

- Более адекватное восприятие реальности.
- Высокая степень восприятия себя и других.
- Быстрое реагирование.
- Высокая степень автономии.
- Постоянная способность по новому видеть обычные вещи.
- Чувство принадлежности ко всему человечеству.
- Способность устанавливать тесные контакты с родственниками, друзьями.
- Этика.
- Юмор.
- Изобретательность в своей отрасли.

# Характеристика основных факторов риска

<b>Профессиональные</b>	<b>Социально-бытовые</b>	<b>Санитарно-гигиенические</b>
<b>Физические</b>	<b>Курение</b>	<b>Медицинская грамотность</b>
<b>Химические</b>	<b>Употребление алкоголя</b>	<b>Период обращаемости</b>
<b>Метеорологические</b>	<b>Психологический климат</b>	<b>Установка на ЗОЖ тип личности</b>
<b>Смешанные</b>	<b>Жилищно-бытовые условия</b>	<b>Первичная профилактика</b>
<b>Тяжесть труда</b>	<b>Отдых в свободное время</b>	<b>Вторичная профилактика</b>
<b>Напряженность</b>	<b>Доход на одного</b>	<b>Наследственность</b>
<b>Стресс</b>	<b>Физические нагрузки</b>	
<b>Сменная работа</b>		

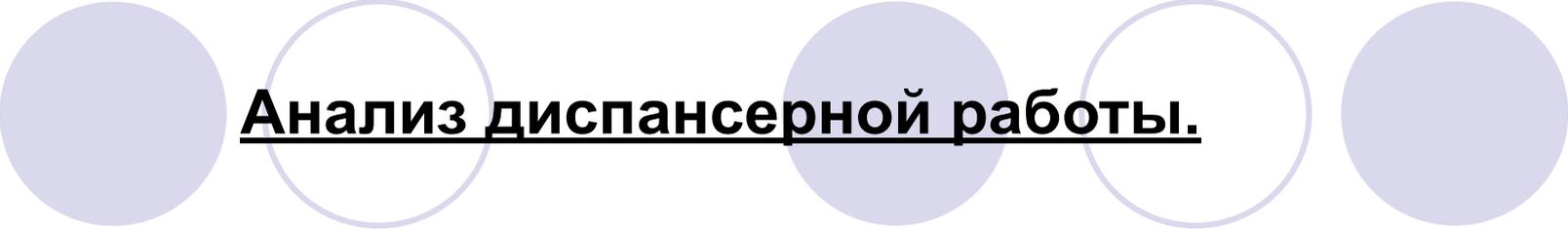
Под факторами риска понимают те условия, которые известным или неизвестным образом способствуют возникновению и прогрессированию патологического процесса.

## Виды профилактики:

- первичная
- вторичная
- третичная
- текущая
- индивидуальная
- Общественная

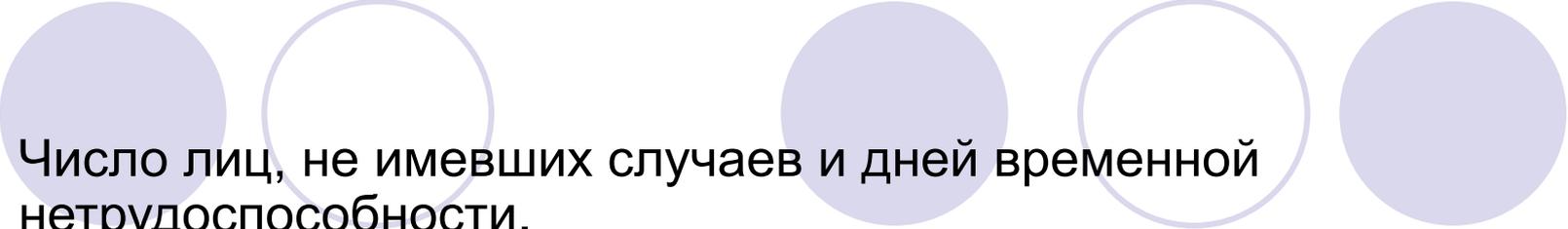
## Виды профилактических осмотров:

- целевой
- комплексный
- профессиональный перед поступлением на работу
- периодический



## Анализ диспансерной работы.

1. Число больных, состоящих под «Д» наблюдением врача-терапевта участкового.
2. Основные нозологические формы заболеваний, состоящих под «Д» наблюдением врача-терапевта участкового.
3. Число больных терапевтического участка, состоящих под «Д» наблюдением у врачей специалистов.
4. Полнота охвата диспансерным наблюдением.
5. Своевременность выявления заболеваний в ранних стадиях.
6. Своевременность взятия на «Д» учет.
7. Соблюдение сроков осмотров «Д» наблюдения.
8. Полнота проведения лечебно-оздоровительных мероприятий в диспансерных группах больных.
9. Число взятых на «Д» учет.
10. Число больных, имеющих обострение хронических заболеваний.

- 
11. Число лиц, не имевших случаев и дней временной нетрудоспособности.
  12. Динамика первичного выхода на инвалидность больных «Д» группы.
  13. Процент улучшений в состояний здоровья.
  14. Процент ухудшений в состояний здоровья.
  15. Процент снятых с «Д» учета в связи со смертью или переездом в другой район.
  16. Число случаев и дней временной нетрудоспособности больных.
  17. Показатель госпитализации больных «Д» группы.
  18. Смертность на дому больных «Д» группы.
  19. Число лиц, взятых на «Д» наблюдение, из числа осмотренных при проведении массовых профилактических осмотров.

## Схема динамического наблюдения за диспансеризируемыми больными.

- **Сахарный диабет инсулинозависимый (I тип) легко и среднетяжелого течения.** Наблюдением эндокринологом 6-12 раз в год. Осмотр окулиста 2 раза в год, невропатолог 1 раз в год. АК, ОАМ 2 раза в год, сахар в крови и моче 12 раз в год, холестерин 1 раз в год, ацетон в моче 12 раз в год. ЭКГ 2 раза в год. Лечение: сахароснижающие препараты, диета, лекарственная терапия, санаторно-курортное лечение.
- **Сахарный диабет инсулинозависимый (I тип) тяжелого течения.** Эндокринологом 12 раз в год. Осмотр окулиста, уролога, невропатолог 4 раза в год. АК, ОАМ, холестерин ЭКГ 2 раза в год, сахар в крови и моче, ацетон в моче 12 раз в год. Препараты инсулина
- **Сахарный диабет инсулиннезависимого типа (тип II).** Эндокринологом 6-12 раз в год, терапевт, окулист, ЛОР, уролог, невропатолог 1 раз в год. ОАК, ОАМ 2 раза в год, сахар в крови, липиды, липопротеиды 2-4 раз в год, тест толерантности к углеводам 1 раз в год. Прием сахароснижающих препаратов, ЛФК, ФТ, санаторно-курортное лечение.

## Схема динамического наблюдения за диспансеризируемыми больными.

***Состояние после перенесенного острого гломерулонефрита.***

Наблюдается терапевтом 4 раз в год в течение 2 лет, в дальнейшем – 1-2 раза в год. Консультируют ЛОР, стоматолог, офтальмолог, уролог, акушер-гинеколог – 1 раз в год, по показаниям. Клинический АК, ОАМ (4 раза в год, на третий – 1-2 раза), анализ мочи по Зимницкому – по показаниям, при снижении плотности в моче до 1,015. Биохимический АК– общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, креатинин (2 раза в год). Назначения: санация очагов инфекции хирургическим методом. Режим, диета, ФТ, лекарственная терапия, сан-кур. лечение.

***Состояние после перенесенного острого пиелонефрита.*** Наблюдается участковым терапевтом и хирургом 2 раза в год в течение 2 лет, затем 1 раз в год. Консультации: стоматолог, офтальмолог, акушер-гинеколог, отоларинголог – 1 раз в год. Клинический АК, АМ – 2 раза в год, анализ мочи по Зимницкому по показаниям, определение скрытой гематурии, лейкоцитурии, цилиндрурии – 2 раза в год. Биохимический анализ крови – 2 раза в год. Бактериологическое исследование мочи. Санация хирургических очагов инфекции, диета, режим, ФТ, сан-кур. лечение.

***Пиелонефрит хронический.*** Наблюдается 4 раза в год. Осматривают акушер-гинеколог, окулист, отоларинголог, уролог – 1 раз в год. Клинический АК, ОАМ – 4 раза в год, анализ мочи по Зимницкому по показаниям, определение скрытой гематурии, лейкоцитурии, цилиндрурии – 4 раза в год; биохимический анализ крови – общий белок и его фракции, холестерин, мочевины, креатинин – 2 раза в год. Бактериологическое исследование мочи. Назначения: санации хронических очагов инфекции, режим, диета, ФТ, санаторно-курортное лечение, лекарственная терапия.

## Схема динамического наблюдения за диспансеризируемыми больными.

- ***Острая ревматическая лихорадка в активной фазе.*** Наблюдает ревматолог или участковым врачом 6-8 раз в год, ЛОР, стоматолог 2 раза в год, невропатолог – 1 раз, окулист по показаниям. АК 4-6 раз в год, АМ 2 раза в год, рентгенологическое исследование сердца, ФКГ 1 раз, ЭКГ 4 раза, пробы на ревматическую активность по показаниям. Этапное лечение: стационар, санаторий, поликлиника. Противорецидивное лечение. Санация хронических очагов, медикаментозное лечение, ЛФК.
- ***Острая ревматическая лихорадка с пороком сердца или без порока.*** Наблюдает ревматолог 2-4 раз в год, ЛОР, стоматолог 2 раза в год, невропатолог – 1 раз, окулист по показаниям. АК, ОАМ, пробы на активность ревматического процесса 2 раза в год, Санация хронических очагов, противорецидивное лечение, трудоустройство, санаторно-курортное лечение по показаниям.

# Схема динамического наблюдения за диспансеризируемыми больными.

- **Ревматоидный артрит: а) с преимущественным поражением суставов.** Наблюдает 2 раза в год, ЛОР, травматолог, ортопед, уролог, стоматолог 2 раза в год, невропатолог, окулист – 1 раз. АК, ОАМ, 2-4 раза в год, ревматоидный фактор – 2 раза, волчаночные клетки по показаниям, ЭКГ 1-2 раза, мочевины в крови по показаниям, рентгенография пораженных суставов 1-2 раза в год, рентгенография грудной клетки 1 раз. Медикаментозная терапия, ФТ, массаж, трудотерапия, санаторно-курортное лечение, трудоустройство.
- **б) с висцеритами.** Наблюдает ревматолог 4 раза в год, ЛОР, травматолог, уролог, стоматолог 1 раза в год, невропатолог, окулист – 2 раз, частота лаб. исследований, как в предыдущей группе.

## Схема динамического наблюдения за диспансеризируемыми больными.

- ***Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма.***  
Наблюдается 4 раза в год. Осматривают акушер-гинеколог, стоматолог, отоларинголог, окулист – 1 раз в год. Анализ крови, мочи – 4 раза в год, биохимический анализ крови – 2 раза в год. ЭКГ – 1-2 раза в год. Анализ мочи по Зимницкому по показаниям, при снижении плотности мочи до 1,015. Назначения: диета, режим, трудоустройство, санация хронических очагов инфекции, ФТ, лекарственная терапия, санаторно-курортное лечение.
- ***Хронический гломерулонефрит, гематурическая форма.***  
Наблюдается 2 раза в год. Осматривают акушер-гинеколог, стоматолог, отоларинголог, окулист уролог – 1 раз в год. Клинический анализ крови, анализ мочи – 2 раза в год, анализ по Зимницкому по показаниям. Назначения: диета, режим, трудоустройство, ФТ, лекарственная терапия, санаторно-курортное лечение.

## Схема динамического наблюдения за диспансеризируемыми больными.

- **Гипертоническая болезнь I ст.** Осмотр терапевта 1-2 раза в год, окулист – 1 раз, невропатолога, уролога, психотерапевта – по показаниям. Клинический анализ крови – 1 раз в год. ОАМ – 2 р в год, холестерин и липиды крови – лицам, старше 40 лет – 1 р в год. ЭКГ и рентгеноскопия грудной клетки – 1 р в год. Рекомендации: режим, диета, медикаментозная терапия – по показаниям. Физиотерапия, санаторно-курортное лечение.

- **Гипертоническая болезнь II ст.** Осмотр терапевта 2-4 раза в год. Консультации офтальмолога, невропатолога, психоневролога, уролога – 1 раз в год. Клинический анализ мочи, крови, анализ мочи по Земницкому, содержание липидов и мочевины в крови – 1-2 раза в год. Контроль за свертывающей системой крови – по показаниям. Рентгеноскопия грудной клетки – 1 раз в год, ЭКГ – по показаниям. Применяют методы психотерапии, физиотерапии и медикаментозные методы, периодически осуществляется санаторно-курортное лечение. Дают рекомендации по трудовому режиму и трудоустройства. ЛФК.

- **Гипертоническая болезнь III ст.** Наблюдается терапевтами почти каждый месяц, осматривается неврологом, невропатологом, окулистом, кардиологом, урологом и психотерапевтом – 1 р в год. Клинические анализы крови, мочи, исследование на содержание липидов, мочевины, протромбина, коагулограммы в моче – 2 и более раза в год. Рентгеноскопия грудной клетки – 1 р в год, ЭКГ – по показаниям. Рекомендации по диетическому лечению, ЛФК, некоторым больным – физиотерапия. Лекарственная терапия осуществляется под постоянным контролем терапевта. Некоторым больным – рекомендации по трудоустройству.

## Тактика лечения и диспансеризации (пример).

- **Диагноз:** DS. ГБ II стадии, ст. 3. Гипертрофия левого желудочка. Риск 3 (высокий).
- **Стратегия диспансеризации:** 1. стратегия уровня АД; 2. стратегия риска; 3. стратегия препаратов первого выбора; 4. стратегия индивидуального выбора.
- **Доказательные исследования** ASCOT, POCA и др.

## Схема динамического наблюдения за диспансеризируемыми больными.

- **Инфаркт миокарда.** В течение первого полугодия после ИМ участковый врач посещает больного 1 – 2 раза в месяц, во втором полугодии – 1 раз, на второй и последующие годы – 1 р в квартал и полугодие. Врачи др. специальностей осматривают больного по показаниям. Необходима консультация психоневролога. Клинический АК, ОАМ – 2-3 р в год, рентгенологическое исследование гр. клетки – 1 раз. ЭКГ в первое полугодие – 1 р в месяц, затем – 1 р в квартал и по показаниям. Содержание в крови липидов и липопротеидов, сахара, протромбина – 2 р в год. При применении антикоагулянтов – протромбиновый индекс исследуется по показаниям, 1-2 р в неделю. Рекомендации: по диете, ЛФК, применению  $\beta$ -блокаторов, антидепрессантов, коронаролитических средств, по трудоустройству. Сан-кур лечение в местных санаториях.
- **ИБС. (стенокардия).** В зависимости от особенностей течения болезни больной наблюдается терапевтом или кардиологом 1-4 раза в год. Анализ крови и мочи, содержание липидов и липопротеидов в крови, сахара – 1-2 р в год. ЭКГ – 1-4 р в год и чаще. При подозрении на острые некротические изменения в миокарде – исследования ферментов в крови. Рекомендации: по диете, гигиене труда, трудоустройству. Санаторно-курортное лечение по показаниям.

# Тактика диспансеризации при ИБС (пример).

- **Диагноз:** ИБС. Стенокардия напряжения III ФК.
- **Лечение амбулаторное:** Коррекция факторов риска и ассоциированных заболеваний.
- Аспирин (1 мг на кг веса),  $\beta$ -блокаторы, статины, ИАПФ, нитраты - по показаниям, физиотерапевтическая профилактика и лечение, физические тренировки, ЛФК.
- **Хирургическое лечение** – плановая реваскуляризация.
- **Показания:** тяжелая стенокардия III-IV ФК при стабильном течении, признаках выраженной ишемии по стресс-тестам.
- **После оперативного лечения:** препараты, влияющие на продолжительность жизни: антикоагулянты,  $\beta$ -блокаторы, статины, И-АПФ. Препараты, улучшающие качество жизни: антагонисты кальция, нитраты, миокардиопротекторы, антидепрессанты.
- Коррекция образа жизни, ФТ, санаторно-курортное лечение, физиотерапевтическая профилактика

## Сроки динамического наблюдения и показания к снятию с учета больных врачами-терапевтами.

<b>Нозологическая форма</b>	<b>Сроки динамического наблюдения</b>	<b>Показания к снятию учета</b>
<b>Состояние после перенесенной острой пневмонии</b>	<b>1 год</b>	<b>Отсутствие обострений</b>
<b>Хронический бронхит</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>
<b>Бронхиальная астма (астматический бронхит)</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>
<b>Бронхоэктотическая болезнь</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>
<b>Хронический абсцесс легкого</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>

## Сроки динамического наблюдения и показания к снятию с учета больных врачами-терапевтами.

<b>Нозологическая форма</b>	<b>Сроки динамического наблюдения</b>	<b>Показания к снятию учета</b>
<b>Хронический диффузный гломерулонефрит</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>
<b>Состояние после перенесенного острого гломерулонефрита</b>	<b>2 года</b>	<b>Отсутствие рецидивов</b>
<b>Состояние после перенесенного острого пиелонефрита</b>	<b>2 года</b>	<b>Отсутствие рецидивов</b>
<b>Хронический пиелонефрит</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>
<b>Хроническая почечная недостаточность в стадии компенсации</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>

## Сроки динамического наблюдения и показания к снятию с учета больных врачами-терапевтами.

<b>Нозологическая форма</b>	<b>Сроки динамического наблюдения</b>	<b>Показания к снятию учета</b>
<b>Гипертоническая болезнь</b>	<b>3 года с момента последнего обострения</b>	<b>Отсутствие жалоб, повышение АД, патологических изменений ЭКГ и глазного дна</b>
<b>I стадия II и III стадия</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>
<b>Инфаркт миокарда</b>	<b>2 года</b>	<b>Далее наблюдается как больной хронической ИБС</b>
<b>Хроническая ИБС</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>

## Сроки динамического наблюдения и показания к снятию с учета больных врачами-терапевтами.

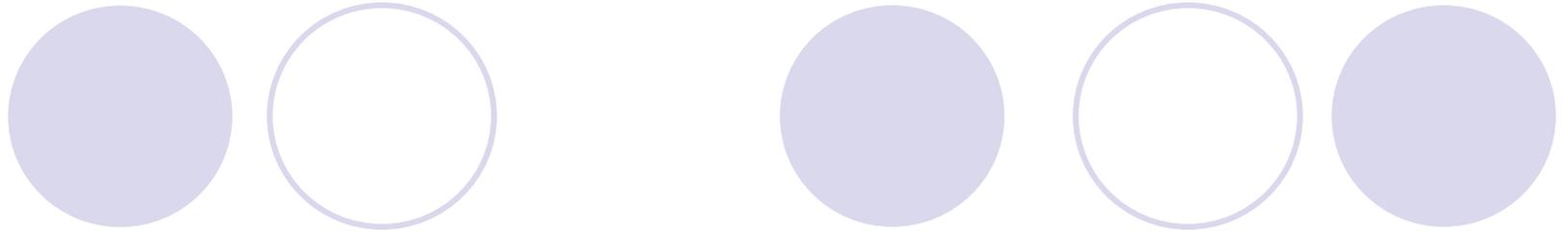
<b>Нозологическая форма</b>	<b>Сроки динамического наблюдения</b>	<b>Показания к снятию учета</b>
<b>Ревматическая лихорадка</b>	<b>В течение 5 лет после последней атаки</b>	<b>Отсутствие активности процесса и сформировавшегося порока сердца</b>
<b>Хронические ревматические болезни сердца</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>
<b>Ревматоидный артрит</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>
<b>Болезнь Бехтерева</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>
<b>Системная красная волчанка</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>
<b>Системная склеродермия</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>
<b>Деформирующий остеоартроз (тазобедренного и коленного суставов)</b>	<b>Пожизненно</b>	<b>Нет</b>

## Схема динамического наблюдения за диспансеризируемыми больными.

- **Состояние после перенесенной острой пневмонии.** Реконвалесцент осматривается в первые полугодия 2-3 раза, затем 2 раза в год. Консультации ЛОР, стоматолога, фтизиатра, онколога (последние два – по показаниям). Общий анализ мокроты (2 раза в год), общий анализ мочи 1 раз. Спирография или пневмотахометрия – не реже 2 раза в год. Бронхоскопия, бронхография, томография выполняются по показаниям. Назначаются индивидуальные лечебные и оздоровительные мероприятия, ФТ, ЛФК, рекомендуются режимы питания и труда. Санаторно-курортное лечение – по показаниям.
- **Бронхит хронический простой.** Осматривается не менее 2 раз в год. Консультируют ЛОР, стоматолог 1 раз в год, фтизиатр по показаниям. ОАК, ОА мокроты – 2 раза в год, АМ – 1 раз. Флюорография или рентгеноскопия грудной клетки – 1 раз; спирография или пневмотахометрия – 1-2 раза в год; бронхоскопия или бронхография – по показаниям. Индивидуальные лечебные и оздоровительные мероприятия, противорецидивная терапия, режим, ЛФК, физиотерапия зависят от особенностей течения болезни. Санаторно-курортное лечение, лечение в профилактории. Рекомендации по профориентации.

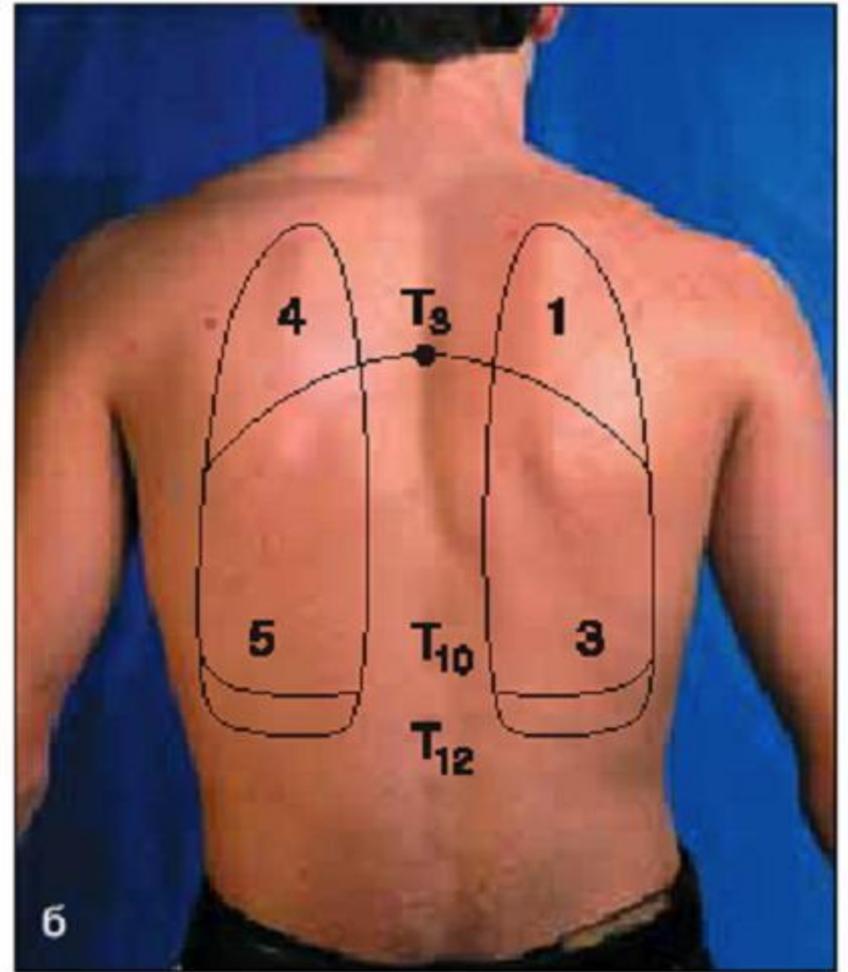
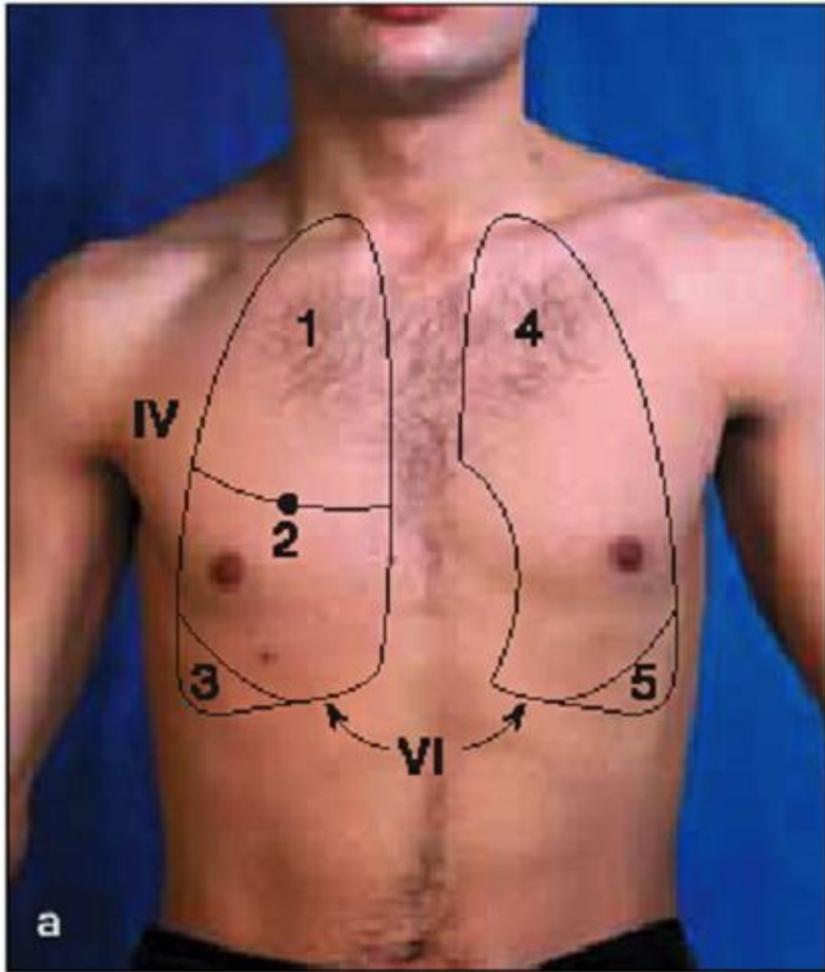
## Схема динамического наблюдения за диспансеризируемыми больными.

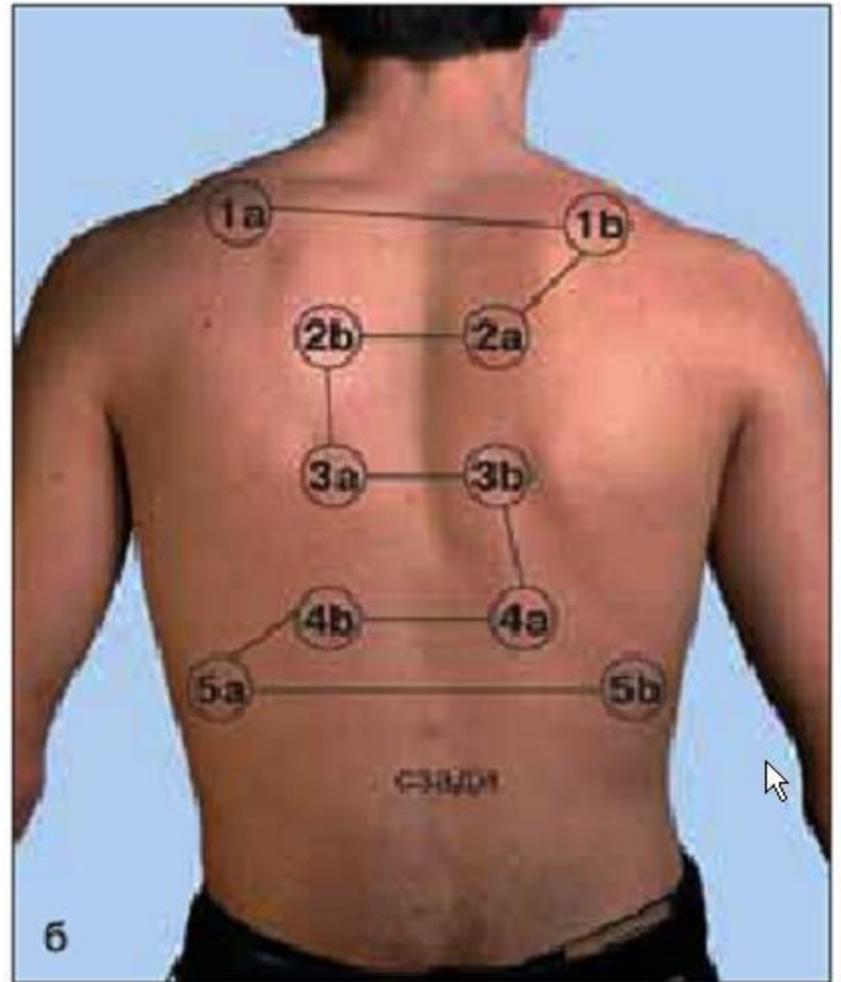
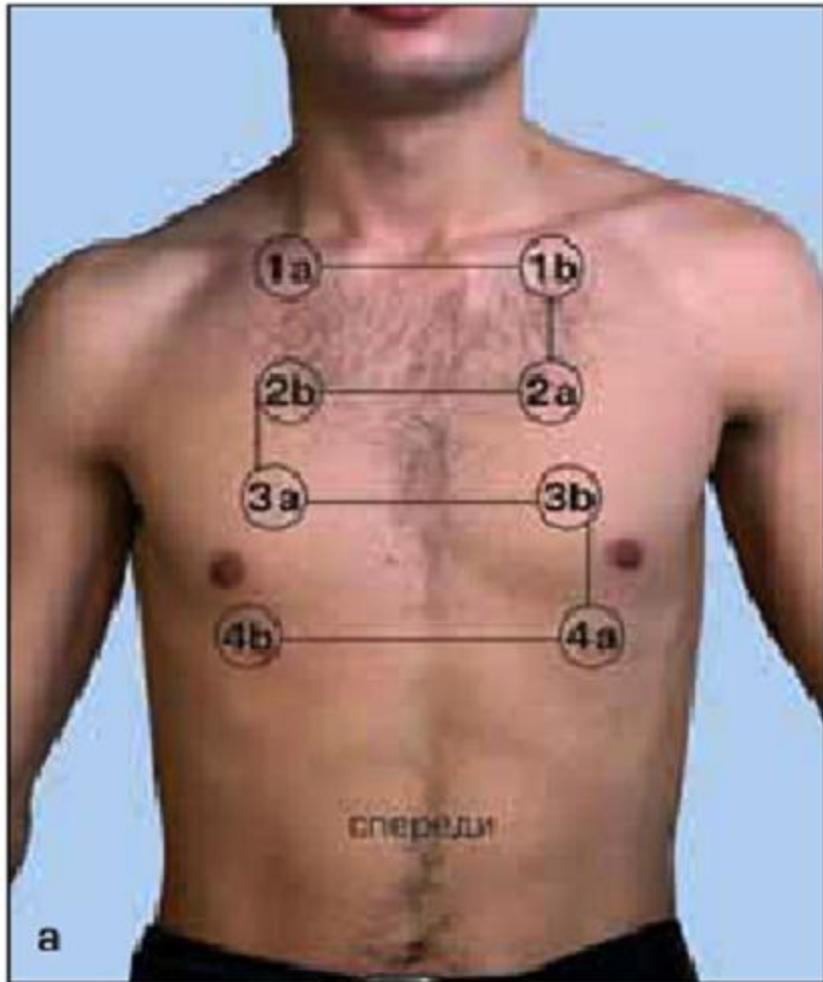
- ***Бронхит хронический обструктивный.*** Больной наблюдается не менее 3 раз в год. Осматривают ЛОР, стоматолог – 1 раз в год, фтизиатр, онколог по показаниям. ОАК, анализ мокроты не менее 2 раз в год, АМ, флюорография или рентгенография – 1 раз, Бронхоскопия или бронхография по показаниям, спирография или пневмотахометрия не реже 2 раз в год, ЭКГ – 1 раз, определение газового состава крови – 1 раз в год. Начинаются индивидуальные лечебные и оздоровительные мероприятия, периодически противорецидивная терапия, даются рекомендации по режиму питания и труда, ЛФК. Санаторно-курортное лечение, лечение в профилактории. Профорентация лиц, поступающих на работу.
- ***Бронхиальная астма.*** Наблюдается - 3 раз в год, стоматолог, ЛОР – 2 раза в год, фтизиатр по показаниям. ОАК, ОА мокроты – 3 раза в год, ОАМ – 2 раза, кожные пробы с аллергенами по показаниям, ЭКГ – 1 раз, ФЛГ – 1 раз, спирография - 1 раз в год. Специфическая десенсибилизирующая терапия, обще укрепляющие мероприятия, ФТ, ЛФК, профорентация.



**Наиболее частые ошибки,  
возникающие при обследовании  
больных с заболеваниями  
бронхолегочной системы в  
процессе диспансерной работы  
врача-терапевта участкового.**



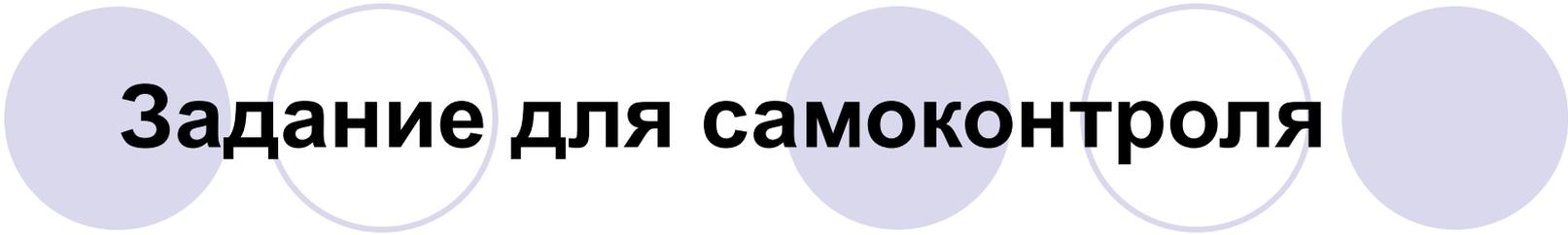






**Первичная  
медико-санитарная помощь  
(ПМСП),  
являясь центральным звеном  
системы здравоохранения,  
должна осуществлять  
главную функцию –  
качественного улучшения  
показателей здоровья населения**





# Задание для самоконтроля

Укажите группу диспансерного учета у больного, часто болеющего респираторными инфекциями:

а) 1 группа

б) 2 группа

в) 3 группа