

Кафедра поликлинической терапии

- Лекция для субординаторов
- Диспансеризация, реабилитация, санаторно-курортное лечение
 - Доцент О.Н.Кобзарь

Диспансеризация

- **ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОЙ РАБОТЫ В ЛПУ**
- **Общие принципы организации диспансеризации**
- Диспансеризация — система работы лечебно-профилактических учреждений, заключающаяся в активном наблюдении за здоровьем определенных контингентов населения, в изучении условий для труда и быта, в обеспечении их правильного физического развития и сохранения здоровья, а также в предупреждении заболеваний путем проведения соответствующих лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и социальных мероприятий.

Диспансеризация

- *Основу диспансеризации* составляет диспансерный метод, который заключается в постоянном медицинском наблюдении за лицами, состоящими на учете, осуществлении по отношению к ним мер индивидуальной и общественной профилактики, а также в оздоровлении условий труда и быта. С помощью диспансерного метода осуществляется синтез лечебного и профилактического принципов в медицине.
- Успешное проведение диспансеризации во многом зависит от
- участия в ней широкой общественности. Только опираясь на помощь и содействие общественного актива, диспансеры и поликлиники могут расширять масштабы и совершенствовать формы диспансеризации.

Диспансеризация

- В отечественном здравоохранении исторически определились практически оправдали себя два основных принципа отбора
- контингентов лиц, подлежащих диспансеризации: это социальный и медицинский. В соответствии с ними в настоящее время диспансерным наблюдением в основном охвачены определенные группы здоровых людей, объединенных общими возрастными-физиологическими особенностями (дети, подростки, беременные и т. д.) или условиями труда (рабочие определенных профессий, учащиеся, спортсмены и др.) и уже заболевшие с конкретными определенными заболеваниями легких, сердечно-сосудистой, эндокринной систем и т. д.
- Новым этапом в системе деятельности практического здравоохранения является намеченная программа и начинающаяся работа по введению в стране ежегодной диспансеризации всего населения.

Диспансеризация

- *Цели, которые преследуют нынешние принципы диспансеризации* и всеобщая ежегодная диспансеризация, едины и предусматривают следующее.
- Для здоровых лиц — сохранение и дальнейшее укрепление их здоровья, обеспечение правильного физического и психического развития, создание оптимальных условий труда и быта, предупреждение возникновения и развития заболеваемости, сохранение трудоспособности.
- Для больных — выявление заболеваний в ранней стадии формирования патологического процесса, предупреждение возникновения и развития заболеваемости, сохранение трудоспособности. В конечном итоге главной целью диспансеризации должно стать снижение заболеваемости и инвалидности, повышение средней продолжительности жизни больных и активной работоспособности.

Диспансеризация

- Участковый терапевт должен понимать, что диспансеризация — непрерывный и постоянный процесс, объединяющий самые различные формы лечебно-оздоровительных, социально-гигиенических мероприятий и санитарно-просветительской работы. Врач должен знать, что непременным условием успешной диспансеризации и выполнения поставленных перед ней целей и задач может и должно быть только при динамическом наблюдении за здоровыми и больными, взятыми на диспансерный учет, проведении всего комплекса лечебных и профилактических мероприятий.
- *Динамическое наблюдение* включает в себя организацию медицинских осмотров, обследование, определение и уточнение характера, частоты наблюдения, систему активных вызовов и посещений на дому, медикаментозную терапию.

Диспансеризация

- К лечебно-оздоровительным мероприятиям, проводимым диспансерным больным, относятся следующие:
-
- противорецидивное лечение в амбулаторно-поликлинических условиях;
- лечение в дневном стационаре поликлиники;
- стационарное лечение в плановом порядке;
- оздоровление в санаториях, пансионатах, санаториях-профилакториях, домах отдыха, на курортах;
- трудоустройство;
- занятия лечебной гимнастикой;
- массаж, иглорефлексотерапия, фитотерапия;
- диетическое питание;
- психотерапия, психологическая коррекция.
- Кроме того, динамическое наблюдение включает в себя оценку эффективности диспансеризации, ведение первичной документации и анализ информации в банке данных.

Диспансеризация

- **Виды диспансеризации**
- В настоящее время выделяют следующие *виды диспансеризации*:
 - диспансеризация больных, перенесших острые терапевтические заболевания;
 - диспансеризация хронических больных;
 - диспансеризация декретированных контингентов;
 - диспансеризация здоровых людей.

Диспансеризация здоровых

- Диспансеризация здоровых имеет целью сохранение и укрепление их здоровья и физического развития, оздоровление внешней среды путем установления дифференцированного режима труда, отдыха, питания, своевременного выявления возникающих у них заболеваний или преморбидных состояний и активного лечения выявленных заболеваний. Диспансеризация больных отдельными нозологическими формами осуществляется путем их активного выявления, учета и лечения, особенно в ранней стадии заболевания. Диспансеризация больных обеспечивает сохранение их трудоспособности, предупреждение осложнений, дальнейшего развития заболевания, наступления инвалидности.

Диспансеризация

- В настоящее время в РФ обязательным сплошным диспансерным наблюдением охвачены все дети от рождения до 3-х лет, дети дошкольного возраста, находящиеся в детских яслях-садах, школьники. Наблюдение за ними осуществляют врачи детских поликлиник и школьные врачи. Стопроцентный охват диспансеризацией
- беременных проводится женскими консультациями, а на селе участковыми больницами и фельдшерско-акушерскими пунктами.

Диспансеризация декретированных контингентов

- Диспансеризация выделенных контингентов рабочих и служащих промышленных предприятий проводится в основном по месту работы медсанчастями и здравпунктами предприятий, цеховыми ординаторами. Если рабочие предприятия обслуживаются открытой сетью, диспансеризацию рабочих проводят цеховые участковые врачи городской поликлиники, на территории обслуживания которой находится предприятие.
- Обязательной диспансеризации на производстве подлежат рабочие-подростки от 14 до 18 лет, рабочие цехов и профессий, отличающихся особыми условиями труда, инвалиды Отечественной, афганской и чеченской войн, руководящие кадры учреждений и предприятий.

Диспансеризация больных

- **Диспансеризация больных туберкулезом, венерическими заболеваниями, злокачественными новообразованиями, сахарным диабетом, алкоголизмом и т. д, осуществляется соответственно диспансерами и кабинетами; диспансеризация гинекологических больных — женскими консультациями.**

Работа врача-терапевта по диспансеризации

Ведущая роль в осуществлении диспансеризации принадлежит участковому (цеховому) врачу. Участковые врачи-терапевты:

- организуют персональный учет населения, проживающего на обслуживаемой территории;
 - учитывают, обслуживается ли данный пациент учреждением по территориальному или производственному принципу в медсанчасти, в ведомственной поликлинике, диспансере или др. лечебно-профилактических учреждениях;
 - планируют последовательность и участвуют в проведении профилактических осмотров населения;
- координируют работу всех специалистов и служб по диспансеризации обслуживаемого контингента;
- проводят лечебно-оздоровительные мероприятия населению участка;
 - осуществляют динамическое наблюдение за больными, состоящими под диспансерным наблюдением;
 - проводят разъяснительную работу на участке о целях и задачах диспансеризации.

Диспансеризация

- Диспансеризацию врач-терапевт проводит в специально отведенное время (1—2 дня в месяц), в течение которого он полностью освобождается от текущего приема больных. Об этом он обязан поставить в известность заведующего терапевтическим отделением. При полной укомплектованности штата поликлиник врачу-терапевту придается бригада врачей-специалистов. Если такая возможность отсутствует, то врач-терапевт обеспечивает больных, вызванных на диспансеризацию, талонами на прием к соответствующему специалисту. Кроме того, в зависимости от показаний, врач-терапевт заранее или при обследовании направляет больного на проведение лабораторно-инструментальных исследований. Желательно, чтобы к моменту очередного осмотра пациента у врача терапевта эти данные уже были.

Диспансеризация

- На одного больного, находящегося под диспансерным наблюдением, следует планировать в среднем 3-4 активных посещения в течение года, в том числе не менее 2-х посещений врача, у которого больной непосредственно состоит на учете. Участковым терапевтам помогает осуществлять работу по диспансеризации организуемый в каждой поликлинике кабинет диспансеризации, который делает выборку тех лиц, которые должны наблюдаться у терапевта или других специалистов.
- Ответственность за организацию и постановку всей работы по диспансеризации возлагается на главного врача поликлиники, его заместителя по лечебной работе и зав. отделениями.
- В основе работы по диспансеризации лежит приказ МЗ РФ № 770 от 30 мая 1996 года «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения», предусматривающий трехгрупповую классификацию: здоровые, практически здоровые и больные.

Диспансеризация

- Полнота и качество контроля за обследованием больных определяются возможностями лечебного учреждения, наличием, оснащённостью диагностических кабинетов, укомплектованностью штатов, в том числе специалистами.

Диспансеризация

- Однако, независимо от этих возможностей, при каждом контрольном наблюдении за диспансерным больным обязательным является исследование мочи и крови. В зависимости от заболевания и по показаниям проводятся и другие лабораторно-инструментальные исследования.
- При некоторых заболеваниях возникает необходимость в консультациях специалистов (указанных в приказе № 770): отоларинголога, невропатолога, стоматолога и др., рекомендации которых и их реализация могут оказать существенное влияние на течение и прогноз заболевания диспансерного больного. Задача врача-терапевта организовать необходимую консультацию.
- Естественно, что врач-терапевт не в состоянии наблюдать всех больных своего участка, и поэтому под его наблюдением находится только часть больных (150—170 человек) с определенной патологией внутренних органов.

Диспансеризация

- Диспансеризацию другой части больных терапевтического профиля проводят врачи других специальностей (кардиолог, ревматолог и др.). Для них установлен перечень заболеваний, при которых больные подлежат диспансеризации именно у них. Это вполне оправдано и обосновано, т. к. квалификация врачей-специалистов пока остается выше, чем у терапевтов.
- В настоящее время врачи-терапевты и другие специалисты проводят диспансеризацию в основном по отношению трех групп I больных: первой — больных, перенесших острые заболевания, второй — больных, страдающих хроническими заболеваниями, и третьей — больных с врожденными (генетическими) заболеваниями и пороками развития.
- Динамическое наблюдение за лицами, перенесшими острые заболевания, необходимо с целью предотвращения перехода болезни в хроническое течение и возникновения осложнений. Частота и длительность наблюдения зависят от нозологической формы, характера течения острого процесса, возможных последствий. Оно должно проводиться с учетом характера остаточных явлений перенесенного заболевания, которые вызвали лишь кратковременную потерю трудоспособности и не привели к стойкому нарушению по трудоспособности, инвалидности.

Диспансеризация

- В зависимости от указанных обстоятельств динамическое наблюдение за больными, перенесшими острые заболевания, может быть кратковременным (от 2-х недель до 3-х месяцев) продолжительным (от 6-ти месяцев до 24-х месяцев). По исчезновении последствий или отсутствии таковых при остром заболевании эти больные могут быть переведены в группу здоровых. В случае перехода, в силу различных причин, острого заболевания в хроническую форму больные подлежат динамическому наблюдению как страдающие хроническими заболеваниями.
- При отборе больных хроническими заболеваниями врачи отдают предпочтение тем из них, кто страдает наиболее распространенной патологией внутренних органов, дающей высокие показатели заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности, приводящей к инвалидности и смертности, значительно влияющей на среднюю продолжительность жизни. Сюда относятся сердечно-сосудистые заболевания, болезни органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и др. Для облегчения работы терапевтов и врачей-специалистов и соблюдения единства принципов диспансеризации всех групп больных разработаны и используются примерные схемы динамического наблюдения за больными с каждой нозологической формой. В них указываются кратность наблюдения, перечень осмотров специалистами и их периодичность, наименование и частота лабораторных, инструментальных и других диагностических исследований, основные лечебно-оздоровительные мероприятия, критерии эффективности диспансеризации.

Диспансеризация

- У врача-терапевта подлежат диспансерному наблюдению следующие контингенты населения:
- Это больные, страдающие длительно протекающими хроническими заболеваниями, временная нетрудоспособность которых обуславливает высокий уровень заболеваемости на производстве. Из них подлежат 100%-му охвату диспансерным наблюдением больные гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, хроническим бронхитом, перенесшие пневмонию, язвенной болезнью, хроническим гастритом с секреторной недостаточностью, хроническим нефритом.
- Кроме того, под диспансерным наблюдением должны находиться лица, часто и длительно болеющие. К таковым относятся больные, имеющие в течение календарного года 3—4 и более случаев и 30—40 и более дней временной нетрудоспособности по одному и тому же заболеванию или заболеваниям, этиологически и патогенетически связанным между собой. К этой же группе относятся больные, у которых на протяжении года было 5—6 и более случаев и 50—60 и более дней временной нетрудоспособности по заболеваниям, этиологически и патогенетически между собой не связанным.

Диспансеризация

- Диспансеризация должна проводиться и среди лиц «угрожаемых» в отношении возможного развития ряда заболеваний. Возможность возникновения ревматизма имеется у лиц - носителей одного или нескольких очагов хронической инфекции, дистонии по гипертоническому типу. «Угрожаемыми» по ИБС следует считать лиц, имеющих избыточную массу тела, гиперлипидемию, артериальную гипертензию, курящих. Вероятность развития заболевания- особенно повышается при наличии у пациента нескольких факторов риска ИБС.
- Указанные контингента диспансеризуемых подлежат длительному динамическому наблюдению. По отношению же к ряду острых заболеваний, чреватых возникновением серьезных и стойких осложнений, переходом в хроническое течение, в настоящее время проводится пока кратковременная диспансеризация. Не исключено, что со временем и больные с этими заболеваниями станут объектом длительного диспансерного наблюдения у терапевтов.

Диспансеризация

- Основным медицинским документом, в котором отражается динамика диспансерного наблюдения за больными, является *«Медицинская карта амбулаторного больного»* (УФ-025/у);; Чтобы отличить эти карты от остальных, на их корешках ставится буква Д или шифр заболевания, по которому больной состоит на диспансерном учете. В «Медицинскую карту» должны регулярно заноситься результаты обследования, лечения, рекомендации по трудоустройству и другие необходимые сведения.
- При взятии на диспансерный учет пациента врач заполняет первичный эпикриз, в конце года пишется этапный эпикриз в 2-х экземплярах, один из которых остается в «Медицинской карте», а второй передается в кабинет статистики.

Диспансеризация

- В этапном эпикризе должны быть отражены обязательно следующие моменты:
- исходное состояние больного;
- проведенные лечебно-профилактические мероприятия;
- динамика течения болезни (изменение субъективного состояния, уменьшение числа обострений, снижение числа дней нетрудоспособности);
- подведение итогов оценки состояния здоровья (ухудшение, улучшение, без перемен).

- Эпикриз просматривается и подписывается заведующим терапевтическим отделением. Введение этого эпикриза необходимо для изучения эффективности диспансеризации.
- Кроме «Медицинской карты», на каждого больного, взятого под диспансерное наблюдение, заполняется еще «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (форма УФ-030/у). На больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу двух и более заболеваний, заполняются отдельные «Контрольные карты». В этих случаях на одной из них, например у невропа-толога, делается отметка «дубликат».

- На основании «Контрольной карты» участковый терапевт имеет возможность лучше осуществлять контроль за соблюдением сроков обслуживания и проведением лечебно-оздоровительных мероприятий.
- В отличие от «Медицинской карты амбулаторного больного», хранящейся в регистратуре, «Контрольная карта диспансерного наблюдения» находится в кабинете участкового терапевта в специальном ящике в виде картотеки, построенной по нозологическому принципу и срокам очередного посещения врача. Участковый терапевт периодически проверяет выполнение больным лечебно-оздоровительных, санитарно-гигиенических и других рекомендаций, данных ими другими специалистами

Диспансеризация

- **Работа участковой медицинской сестры по диспансеризации**
- Надо помнить, что ближайшим и большим помощником участкового врача в проведении диспансеризации населения остается участковая медицинская сестра.
- Диспансерная группа хронических больных в свою очередь делится в зависимости от течения заболевания (компенсированное, субкомпенсированное, декомпенсированное), и это отражается на кратности осмотра больного участковым врачом и другими специалистами.
- Компенсированное течение — 2 раза в году осмотр с контрольной явкой после профилактического лечения.
Субкомпенсированное течение — 4 раза в году осмотр участковым врачом с контрольной явкой.
- Декомпенсированное течение — постоянное наблюдение.

Санитарно-просветительская работа

- Обязательной составной частью диспансеризации является санитарно-просветительская работа среди населения. В ней участвуют врачи лечебных учреждений, средний медперсонал и общественный актив здравоохранения. Формы этой работы разнообразны: разъяснение населению целей и задач диспансеризации, ознакомление населения с ранними признаками заболеваний и мерами по предупреждению их, организация правильного режима труда, отдыха и питания, пропаганда своевременного обращения к врачу и активного лечения.
- Санитарное просвещение среди больных, находящихся на диспансерном наблюдении, проводится на дому, во врачебном кабинете, в стационаре, профилактории и санатории: врачи знакомят больных с целями и задачами диспансеризации, объясняют причины и сущность болезни, подробно обосновывают правила организации труда, отдыха, знакомят с режимом, диетой
- и т. д.

Диспансеризация

- Санитарно-просветительская работа проводится не только среди больных, но и среди членов их семей, от которых часто зависит создание благоприятных для больных бытовых условий.
- Широкое распространение в нашей стране получили автоматизированные системы медицинского обследования населения (АСМОН) — совокупность автоматизированных лабораторий и диагностических комплексов, сопряженных с электронно-вычислительными машинами, применяемых при профилактических медосмотрах населения. Задачей этих систем является обеспечение ускоренного проведения многократных моно- и многопрофильных массовых медицинских исследований с выдачей информации о состоянии здоровья обследуемых в целом или по отдельным возрастно-половым, социальным, профессиональным и другим группам с выделением контингента лиц, у которых есть факторы риска.

Диспансеризация

- Современный период развития диспансеризации можно охарактеризовать как переходный от диспансеризации отдельных групп населения ежегодному обязательному охвату всего населения. Ежегодная диспансеризация проводится в соответствии с «Инструкцией по диспансеризации больных, практически здоровых и лиц с факторами риска в амбулаторно-поликлинических учреждениях» на основании приказа № 770 от 30 мая 1996 года «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» и осуществляется в два этапа.
- На 1 этапе (1997—1999 годы) основное внимание уделялось профилактике, выявлению и лечению распространенных заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых, онкологических, хронических неспецифических заболеваний легких, эндокринных.
- В этот период совершенствовались организационные формы диспансеризации и проводилась подготовка кадров и материально-технических ресурсов, необходимых для перехода по второму этапу диспансеризации (1999—2009 годы).

Диспансеризация

- Основными задачами всеобщей ежегодно проводимой диспансеризации населения являются следующие:
- определение и оценка состояния здоровья каждого человека;
- выявление и устранение причин, вызывающих заболевание;
- обеспечение повышения уровня и качества ежегодных осмотров и диспансерного наблюдения;
- расширение участия врачей различных специальностей и среднего медицинского персонала в диспансеризации при ведущей роли участкового врача;
- постоянное расширение объема исследований;
- совершенствование технического обеспечения (использование автоматизированных систем) проведения ежегодных осмотров и динамического наблюдения за здоровьем всего населения;
- 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.

Понятие о ежегодной диспансеризации

- Ежегодная диспансеризация населения включает в себя несколько видов и разделов деятельности лечебно-профилактических учреждений, в том числе и поликлиник, — это:
- первичная диспансеризация населения, заключающаяся в ежегодных врачебных осмотрах и проведении лабораторно-инструментальных исследований установленного перечня и объема дообследования лиц с подозрением на заболевание;
- проведение необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий среди лиц с выявленными отклонениями в состоянии здоровья;
- диспансерное наблюдение за выявленными больными и лицами, имеющими факторы риска развития различных заболеваний внутренних органов.

Диспансеризация

- Ее проведение предполагает использование разнообразных форм, включающих самостоятельное обращение населения в поликлиники или другие медицинские учреждения с целью получения справки о состоянии здоровья, оформления санитарно-курортной карты, или по любому другому поводу, активный вызов лиц, обслуживаемых данной поликлиникой, для ежегодного диспансерного осмотра, посещение врачами поликлиники на дому хронических больных и лиц пожилого возраста. Сохраняет свое значение и прежние виды профилактических осмотров: предварительные, периодические и целевые. Напомним, что предварительные осмотры отдельных профессиональных групп населения проводятся перед поступлением на работу в определенных областях промышленности, сельского хозяйства, транспорта и т. д.

Диспансеризация

- ***Периодические осмотры***
- Периодические осмотры преследуют широкие цели, а именно — выявление всех видов заболеваний с любой формой патологии. Этим осмотрам подлежат те контингенты населения, которые предусмотрены приказом МЗ РФ, например школьники, юноши призывного возраста, учащиеся техникумов, студенты, работающие подростки, доноры, беременные и т. д.
- ***Целевые осмотры***
- Целевые осмотры проводятся для раннего выявления некоторых заболеваний: туберкулеза, злокачественных опухолей, сердечно-сосудистых и др.

Профилактические медицинские осмотры

- Основными формами профилактических медицинских осмотров останутся индивидуальные и массовые. Индивидуальные осмотры проводятся при обращении пациентов в поликлинику, женскую консультацию, среди больных, находящихся на лечении в стационаре.
- *Массовые комплексные профилактические* медицинские осмотры имеют целью объединить периодические и целевые осмотры. Они проводятся среди организованных групп населения рабочих и служащих промышленных предприятий, организаций и учреждений.
- Эти осмотры позволяют оценить здоровье каждого человека и выявить многие заболевания. Осуществляться они могут с использованием 3-х основных форм проведения.
- Одна из них заключается в осмотре бригадным методом с участием врачей 8—10 специальностей. Другая — это осмотры с участием терапевта, стоматолога и акушера-гинеколога, третья — осмотр терапевтом и по его направлению врачами других специальностей.

Диспансеризация

- Каждая из этих форм имеет свои преимущества и недостатки. Поэтому перед органами практического здравоохранения и организаторами здравоохранения стоят задачи совершенствования проведения профилактических осмотров и выбора наиболее оптимальных из них.
- При осуществлении ежегодной диспансеризации всего населения значительными и ответственными становятся обязанности участкового врача. Ему принадлежит ведущая роль при подготовке к осуществлению и выполнению мероприятий этого важного государственного медико-социального акта. Центральная, интегрирующая роль терапевта вполне естественна и объясняется следующими обстоятельствами.
- У него сконцентрированы сведения о состоянии здоровья обслуживаемого населения территориального участка, он имеет непосредственный контакт со всеми первично обратившимися пациентами и, что не менее важно, постоянный контакт в процессе работы со значительным числом семей участка и знание социально-бытовых и трудовых условий их жизни. Он должен быть координирующим и направляющим звеном в деятельности врачей-специалистов по диспансерному наблюдению здоровых и больных на своем участке.

Обязанности врача-терапевта при ежегодной диспансеризации

- Основные обязанности участкового врача-терапевта при проведении всеобщей ежегодной 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. п., а также обязательный контроль за их выполнением.

- Как было сказано, в обязанности участкового терапевта входит персональный учет населения своего участка с указанием тех, кто обслуживается в МСЧ, ведомственных поликлиниках, диспансерах или другом лечебном учреждении. Для этого медицинская сестра участка заполняет на каждого жителя «Карту учета диспансеризации» (форма № 131/у) независимо от того, получает ли он лечебную помощь в данной поликлинике или нет. Эта карта служит основанием для учета самого факта проведения первичного диспансерного обследования по программе ежегодной диспансеризации населения. Желательно, чтобы эта карта имела тот же номер, что и медицинская карта амбулаторного больного. Большая часть «Карты учета диспансеризации» проводится медицинской сестрой, но врач должен сам хорошо знать и уметь правильно заполнить ее.



Группы населения, выделенные при массовом комплексном профилактическом осмотре

- После проведения персонального учета следует выделить следующие группы населения:
- новорожденные;
- дети 1—2 года жизни;
- дети дошкольного возраста в организованных коллективах;
- дети дошкольного возраста, не посещающие дошкольного учреждения;
- школьники до 15 лет;
- подростки, школьники, учащиеся ПТУ, средних специальных заведений, работающие подростки 15—17 лет;
- инвалиды и участники Великой Отечественной войны, афганской и чеченской войн;
- беременные;
- работники промышленности, строительства, транспорта, связи, предприятий, организаций, учреждений;
- студенты высших и учащиеся средних специальных учреждений;
- лица, состоящие на диспансерном наблюдении;
- другие группы населения, не входящие в вышеуказанный перечень.

Порядок проведения осмотров

- Помимо непосредственного проведения учета населения, врач-терапевт должен осмотреть каждого жителя участка с целью выявления факторов риска и заболеваний внутренних органов
- в ранних стадиях, в первую очередь сердечно-сосудистых, онкологических, хронических неспецифических заболеваний легких, эндокринных и других.
- При опросе выявляются наличие жалоб, их детализация, анамнестические данные, наследственная предрасположенность к тому или иному заболеванию.
- Проводя осмотр, врач должен обратить внимание на цвет кожных покровов, слизистых, состояние зева и носоглотки, лимфатических желез, щитовидной железы, костно-мышечной системы. Необходимо провести перкуссию и аускультацию органов грудной клетки, пальпацию органов брюшной полости.

Диспансеризация

- Участковые терапевты должны проводить и большую организационную работу на своем участке, включая определение ее объема, планирование последовательности диспансерного осмотра различных групп населения, проведение разъяснительной работы о целях и задачах ежегодной диспансеризации. Уточнение количества лиц, подлежащих диспансеризации на участке, необходимо проводить систематически, не реже одного раза в год. Следует подчеркнуть, что, помимо медицинских учреждений, в организации и проведении ежегодной всеобщей диспансеризации должны принимать самое активное участие и общественные организации. Должны быть привлечены профсоюзы, руководители предприятий, учреждений и т. д. Она требует большой работы со стороны домов санитарного просвещения, местной печати; радио, телевидения, чтобы обеспечить информацией о целях и задачах диспансеризации, порядке ее проведения. Участковый терапевт должен знать и представлять, какой объем исследований необходимо проводить каждому диспансеризируемому в зависимости от возраста, состояния здоровья, выявленной патологии или предполагаемого заболевания. Он должен знать и объем дообследования при той или иной патологии для уточнения диагноза.

Этапы ежегодной диспансеризации

- На I этапе ежегодной диспансеризации всего населения объем обследований включает следующее:
- осмотр врачами: терапевтом, стоматологом, акушером-гинекологом, хирургом (лиц в возрасте 30 лет и старше);
- осуществление средним медицинским персоналом сбора анамнеза по специально разработанной анкете, антропометрии, измерения АД, гинекологического осмотра женщин

Диспансеризация

- измерения внутриглазного давления (лицам старше 40 лет)
- исследования остроты зрения, слуха, проведения туберкулиновых проб (подросткам 15—17 лет);
- • лабораторные, диагностические и инструментальные исследования: анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ
- мочи на сахар (кровь по показаниям), на белок; ЭКГ (лица
- старше 30 лет); флюорография (рентгенография) органов
- грудной клетки (ежегодно); маммография женщинам стар
- ше 30 лет (1 раз в 2 года); кольпоскопия (по показаниям
- цитологическое исследование мазка у женщин (с 18 лет)
- пальцевое исследование через прямую кишку (лицам в
- возрасте 30 лет и старше).

Диспансеризация

- *На II этапе диспансеризации* предусмотрен осмотр взрослого населения теми же специалистами, что и на I этапе, и такой же объем работы среднего медицинского персонала.
- Некоторые изменения касаются лабораторно-диагностического и инструментального исследований, которые включают клинический анализ крови, кровь на глюкозу, общий анализ мочи, запись ЭКГ лицам старше 30 лет, проведение флюорографии (рентгенографии) органов грудной клетки 1 раз в 2 года (мужчина старше 40 лет ежегодно).
- Остальные исследования те же.
- После проведения диспансерного осмотра с необходимым объемом обследования определенная часть лиц будет нуждаться в дообследовании.

Диспансеризация

- Уже на первом этапе диспансеризации дообследование б осуществляется соответствующими специалистами с проведением расширенных лабораторно-инструментальных исследований для выявления заболеваний сердечно-сосудистой системы, онкологических, неспецифических заболеваний легких, нервной системы и| т. д. Например, при выявлении сердечно-сосудистых заболеваний назначают консультации кардиолога, невропатолога, офтальмолога проводят дополнительное биохимическое исследование крови, ЭКГ, эхокардиографию в динамике. Лицам с подозрением на злокачественное новообразование органов дыхания назначают консультации пульмонолога, онколога, лучше в виде консилиума, клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи, мокроты, рентгенографию органов грудной клетки, бронхоскопию, томографию (по показаниям). Также проводится необходимое дообследование при выявленной патологии соответствующих систем и органов.

Диспансеризация

- На II этапе ежегодной диспансеризации населения планируется широкое использование ультразвуковой диагностической техники, компьютерных томографов, биохимических анализаторов и т. д.

Группы здоровья

- В результате ежегодной диспансеризации населения и последующего дообследования, в случае необходимости, выделяются три следующие диспансерные группы: здоровые, практически здоровые и больные, нуждающиеся в лечении.
- *Группа «здоровые» (Д-I)* — это лица, не предъявляющие никаких жалоб и у которых в анализах и во время осмотра не выявлены хронические заболевания или нарушения функции отдельных систем и органов. Сюда же относятся лица с так называемыми «пограничными состояниями», нуждающиеся в наблюдении, т. е. лица, у которых выявлены незначительные отклонения от установленных границ нормы в величинах АД и прочих физиологических характеристик, не влияющие на функциональную деятельность организма.
- *Группа «практически здоровые» (Д-II)* — лица, имеющие в анамнезе острые или хронические заболевания, но не имеющие обострений в течение нескольких лет и не влияющие на трудоспособность и социальную активность.

Группы здоровья

- **К третьей группе (Д-III) относятся больные, нуждающиеся в лечении. Это лица с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности; лица с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособности. К этой же группе относятся лица с декомпенсированным течением заболевания, с устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.**
- **В каждой из вышеуказанных групп следует учитывать лиц с факторами риска (производственного, бытового, генетического характера) возникновения определенных заболеваний.**
- **После определения группы диспансерного наблюдения для каждого осмотренного пациента участковый врач должен разработать индивидуальный план профилактических, лечебно-оздоровительных мероприятий, включая врачебные рекомендации по режиму труда, отдыха, питания, а по показаниям — и медицинское лечение, массаж, лечебную физкультуру, трудоустройство и т. д. Для наглядности приводим схему индивидуального плана лечебно-профилактических мероприятий на год.**

Диспансеризация

- **Здоровые и практически здоровые передаются для учета и наблюдения в отделение профилактики поликлиники, а больные подлежат обязательному динамическому наблюдению у врачей-специалистов соответствующего профиля.**
- **Лица, относящиеся к группе Д-1, подлежат обследованию реже 1 раза в год с целью выявления начальных признаков заболевания. Индивидуальное наблюдение заключается в проведении тестов, функциональных проб минимума диагностических исследований, заключительного осмотра и беседы врача.**
- **Лица второй диспансерной группы (Д-Н) подлежат обследованию не менее 2-х раз в год с проведением мероприятий оздоровительного характера. Индивидуальные мероприятия должны быть направлены на устранение факторов риска, таких, как пьянство, курение, избыточная масса тела и др. Широко должны рекомендоваться и проводиться общеукрепляющие мероприятия, занятия в группах здоровья, лечебная физкультура, коррекция условий труда и быта и т.д.**
- **На каждого больного, взятого под диспансерное наблюдение заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения».**

Контроль эффективности диспансеризации

- **Очень важным вопросом в диспансеризации населения является определение ее эффективности. Целесообразно определять **раздельно** эффективность диспансеризации здоровых лиц, имеющих факторы риска, больных острыми и хроническими заболеваниями.**
- **Критериями эффективности диспансеризации здоровых являются:**
- **отсутствие заболеваний у них;**
- **сохранение здоровья и трудоспособности;**
- **улучшение физического состояния.**
- **Эффективность диспансерных мероприятий при острых заболеваниях определяется на основании:**
- **полного выздоровления;**
- **отсутствия признаков перехода в хроническое заболевание.**

Диспансеризация

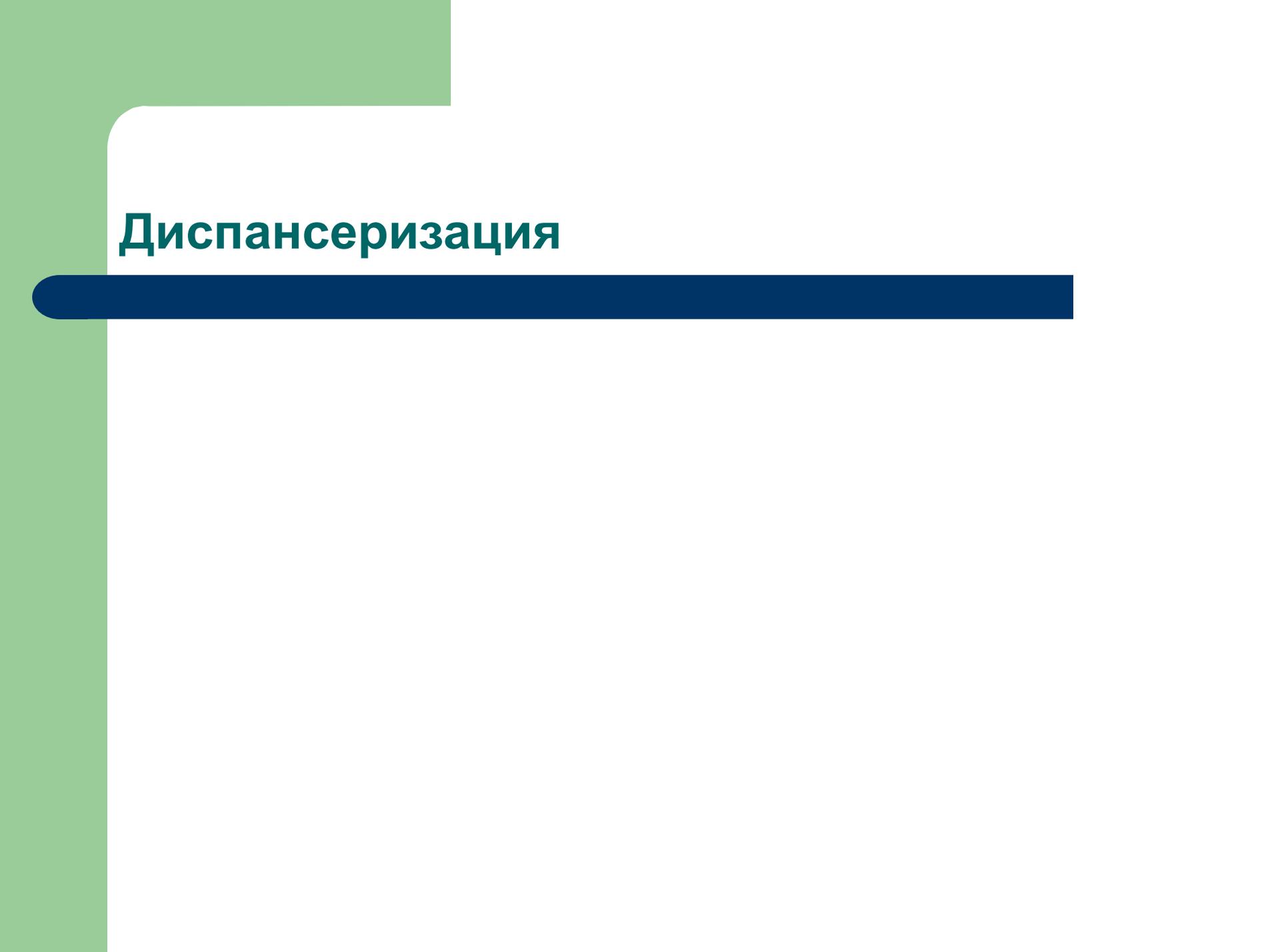
- **Переход острого заболевания в хроническую форму должен всегда настораживать участкового терапевта и послужить основанием для тщательного анализа правильности и своевременности диагностики и качества проведенных лечебно-оздоровительных мероприятий.**
- *Для определения эффективности диспансеризации больных с хроническими заболеваниями предложено несколько критериев. |*
- **Наиболее часто используются следующие:**
- **отсутствие признаков обострения заболевания;**
- **снижение сроков временной утраты трудоспособности;**
- **переход заболевания в более тяжелую клиническую стадию; первичный выход на инвалидность;.**
- **изменение группы инвалидности.**
- **Систематически оценивая на основании данных динамического наблюдения качество диспансеризации, эффективность проводимых лечебно-профилактических и социально-гигиенических мероприятий, врач при необходимости должен решить вопрос о возможности перевода диспансеризуемого из одной группы диспансерного наблюдения в другую.**

Диспансеризация

- При этом руководствоваться следующими критериями:
- Перевод больного в I группу (группа здоровых) осуществляется в том случае, если заболевание полностью излечено и на протяжении последних 2-х лет не было рецидивов болезни и жалоб по данному заболеванию, отсутствуют патологические отклонения показателей клинических, лабораторных и других исследований.
- Стойкое улучшение состояния здоровья — на протяжении последних лет не отмечаются обострения заболевания, клинические, лабораторные и другие исследования свидетельствуют о стойком улучшении состояния больного, отсутствии выраженных функциональных нарушений, трудоспособность полностью сохранена (перевод во II группу).
- .

- Временное улучшение состояния здоровья — в процессе лечения наступает улучшение, а между курсами лечения отмечаются обострения, которые, однако, протекают в более легкой форме; клинические, лабораторные и другие исследования свидетельствуют о положительной динамике заболевания.

Диспансеризация



Диспансеризация

- Данные о диспансерных осмотрах населения, результатах проводимых исследований и рекомендации заносятся в «Медицинскую амбулаторную карту больного» (УФ-025/у).
- Обязательным медицинским документом по учету населения является «Карта учета диспансеризации» (УФ-131/у).
- В начале календарного года все эти «карты» по каждому участку должны быть сосредоточены в одном отделении, а затем по мере прохождения осмотра больных перемещаться в соответствующие ячейки по группам здоровья (практически здоровые, нуждающиеся в дообследовании, группы риска, хронические больные).

- Создание таких единых карточек в кабинете централизованного учета и контроля за диспансеризацией населения (в отделении профилактики) позволяет значительно облегчить работу медицинским сестрам, избежать неоправданного дублирования, обеспечивает оперативный, полный контроль за ходом диспансеризации и эффективное руководство.
- Данные осмотра, независимо от того, проводится он в поликлинике, стационаре, санаторно-курортных учреждениях, должны учитываться и не дублироваться при ежегодной диспансеризации. Для этого обеспечивается получение всей документации из медицинских учреждений, участвующих в диспансеризации населения, обслуживаемого данной поликлиникой.

Диспансеризация

- Результаты медицинского обследования или отдельных осмотров, лабораторно-диагностических исследований, проведенных в любом медицинском учреждении, должны использоваться при ежегодной диспансеризации при условии, что давность их не превышает 6 месяцев.
- При каждом осмотре в процессе динамического амбулаторного наблюдения врач проверяет или уточняет ранее установленный! диагноз, вносит необходимые дополнения и изменения, определяет лечебные мероприятия и частоту повторных осмотров в соответствии с происшедшими изменениями в течении заболевания и социально-бытовых условий, а также определяет необходимость перевода в другую группу диспансерного наблюдения, назначает необходимые консультации и дополнительные исследования (по показаниям).
- К концу года врач-терапевт проводит анализ результатов диспансеризации населения на своем участке.

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ

- **Гипертоническая болезнь (ДIII)**
- **Частота наблюдений** — пожизненно, 2—4 раза в год в зависимости от тяжести.
- **Осмотры других специалистов:** кардиолог, офтальмолог, невропатолог — не реже 1 раза в год, эндокринолог, уролог — по показаниям.
- **Исследования:** общий анализ мочи — 2—4 раза в год, холестерин, триглицериды, глазное дно, ЭКГ, Ro-грамма сердца — не реже 1 раза в год.
- **Основные мероприятия:** обучение навыкам здорового образа жизни, коррекция факторов риска, диета, психотерапия, физиотерапия и ЛФК в отделении восстановительного лечения, трудовые рекомендации, медикаментозная профилактика и терапия, санаторно-курортное лечение, санаторий-профилакторий.

Диспансеризация

- *Пневмония (ДIII)*
- *Частота наблюдений* — 3 раза в течение 6 месяцев.
- *Осмотры специалистов:* ЛОР, стоматолог — 1 раз, пульмонолог, фтизиатр, онколог — по показаниям.
- *Исследования:* анализ крови, флюорография, спирография, общий анализ мокроты 2 раза через 1 и 6 месяцев.
- *Основные мероприятия:* режим, витаминотерапия, симптоматическая терапия, закаливающие процедуры, ЛФК, сауна, занятия в «Группе здоровья».

- ***Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (Д III)***

- *Частота наблюдений* при часто рецидивирующей форме — 3—4 раза в год, при редких обострениях — 2 раза в год.
- *Осмотры специалистов:* хирург.
- *Исследования:* ФГС, Ro-исследование, анализ крови — 2 раза в год, при редких обострениях эти исследования - по показаниям.
- Анализ желудочного сока 1 раз в 2—3 года, анализ кала на скрытую кровь — при обострениях, исследования желчевыводящей системы — по показаниям.
- *Основные мероприятия:* диета, режим питания, противорецидивное лечение 4 раза в год — при часто рецидивирующей форме, 2 раза в год — при редких обострениях, санаторно-курортное лечение, трудоустройство.

Диспансеризация

- ***Хронический гломерулонефрит***
- *Наблюдение* пожизненное, при гипертонической форме — 2 раза в год, при нефротической — 4 раза в год.
- *Осмотры специалистов:* акушера-гинеколога, стоматолога, уролога, ЛОР — 1 раз в год, офтальмолога — 1 раз в год.
- *Исследования:* клинический анализ крови, общий анализ мочи — 2 раза в год — при гипертонической форме и 4 раза в год — при нефротической, проба Зимницкого — по показаниям, общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, креатинин крови — 2 раза в год, ЭКГ — 2 раза в год.
- *Основные мероприятия:* диета, санация хронических очагов инфекции, режим, санаторно-курортное лечение.

Диспансеризация

- ***Цирроз печени (III)***
- *Наблюдение* пожизненное, 4 раза в год, без отрицательной динамики — 2 раза в год.
- *Исследования:* клинический анализ крови с подсчетом тромбо- цитов, билирубин, холестерин, протеинограмма — 2—4 раза в год, скеннирование печени — по показаниям.
- *Основные мероприятия:* диета, режим питания, лечение сопутствующих заболеваний, гормонотерапия — по показаниям, диуретики при асците.

