

№ОРД-СМП-19
№РД-ТЕР-20



ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

**Пособие для самоподготовки
клинических ординаторов и слушателей
системы послевузовского образования,
обучающихся по специальности
«Терапия» «Скорая медицинская
помощь» «Общая врачебная практика»
на тему:**

**"Диспансеризация
терапевтических больных"**

Утверждено ЦКУМС СОГМА (протокол №1 от 28.08.2020 г.)

ТЕМА ЗАНЯТИЯ: «Диспансеризация терапевтических больных».

Продолжительность занятия: 135 мин.

Место проведения занятия: поликлиника, учебная комната.

Мотивация.

Диспансеризация является органической сущностью профилактического направления нашего здравоохранения.

Диспансеризация включает активное наблюдение за состоянием здоровья диспансеризуемого контингента и позволяет не только осуществлять соответствующее комплексное лечение, но и одновременно изучать виды и условия труда и быта в целях сохранения здоровья, профилактики заболеваемости, повышения производительности труда, предупреждения наступления инвалидности и обеспечения продолжительной активной творческой жизни людей.

В диспансеризации участвуют все лечебно-профилактические, санитарно-эпидемиологические учреждения и врачи всех специальностей. При этом ведущая роль принадлежит территориальным поликлиникам и медико-санитарным частям на промышленных мероприятиях. Центральной фигурой, главным лицом в организации диспансерного обслуживания является в территориальной поликлинике - участковый врач терапевт, в МСЧ - цеховой врач, они координируют всю деятельность по диспансеризации и сосредоточивают у себя информацию об обслуживаемом населении.

Хорошая постановка профилактической работы в поликлинике положительно влияет на здоровье населения, способствует снижению заболеваемости. Врач - интерн при знакомстве с теоретическими основами диспансеризации населения должен усвоить весь комплекс мер первичной профилактики важнейших неэпидемиологических заболеваний. Необходимо, чтобы врачи - интерны, работая в поликлинике, не только познакомились с выявлением различных неблагоприятных факторов внешней среды, с которыми связано

заболевание, но и с тем, как активно добиваться устранения условий, порождающих и поддерживающих болезнь.

Порядок самостоятельной работы интерна (клинического ординатора, слушателя) по самоподготовке к практическому занятию:

1. Ознакомление с целью, содержанием практического занятия и целевыми знаниями и умениями, необходимыми для усвоения по данной теме.
2. Проверка и восстановление исходного уровня знаний.
3. Теоретическое освоение ООД (ориентировочной основы деятельности).
4. Проверка усвоения знаний и умений для решения клинических задач.
5. Подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на практическом занятии.

Задание 1.

ОЗНАКОМЛЕНИЕ С ЦЕЛЯМИ И СОДЕРЖАНИЕМ ЗАНЯТИЯ

Цель занятия: ознакомить интернов с диспансерным методом амбулаторно-поликлинической работы.

В соответствии с государственным стандартом послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности

<u>обучающийся должен знать:</u> ✓ цели и задачи, виды работ I и II этапов диспансеризации; ✓ особенности организации диспансерного наблюдения населения в условиях городской и районной поликлиники; ✓ контингенты, подлежащие диспансеризации; ✓ роль специализированных кабинетов в диспансеризации.	<u>Литература:</u> 1. Миняев С.Н. Поликлиническое дело. - М., 1987. 2. Нейко Е.М. Амбулаторный прием терапевта. - Киев, 1986г. 3. Самсон Е.И. Поликлиническая терапия. - Киев, 1986. 4. Справочник терапевта под ред. Комарова Ф.И., 1979. - С. 584-598. 5. Правила выписывания рецептов и отпуска лекарственных средств амбулаторным больным: в книге
--	--

	<p>"Практические навыки терапевта". Под ред. Г.П. Матвейкова. - Минск. - 1993. - С. 549-555.</p> <p>6. Ерш И.Р. Медико-социальная экспертиза. - Гродно, 2000.</p> <p>7. Справочник терапевта // Под ред. Матвейкова Г.П. - Мн., 2000.</p>
<p><u>обучающийся должен уметь:</u></p> <p>✓ анализировать основные показатели качества I этапа и эффективность II этапа диспансеризации.</p>	<p><u>Литература:</u></p> <p>1. Поликлиническая терапия: Учебник / В.А. Галкин, Б.Я. Барт, Н.А. Мухин и др.; Под ред. В.А. Галкина. – М.: Медицина, 2000. – 256 с.</p> <p>2. Вахитов Ш.М. и др. Деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений в современных условиях // Российский медицинский журнал.- 2005.- № 1.- с. 10-12</p> <p>3. Грошева Р.Л. Опыт анализа затрат рабочего времени медсестер // Медицинская сестра.- 2004.- № 4.- с. 9-10</p> <p>4. Новые документы о профилактической деятельности ЛПУ // Главный врач.- 2004.- № 3.- с. 55-74.</p> <p>5. Матвейков Г.П. Справочник по</p>

	организации терапевтической помощи. - Мн., 1987.
--	--

Задание 2.

Для того чтобы овладеть умениями и навыками, приведенными выше, Вы должны воспроизвести и при необходимости восстановить Ваши знания, касающиеся данной темы.

**В процессе самоподготовки обратите внимание
на следующие контрольные вопросы:**

<ol style="list-style-type: none"> 1. В чем заключается работа участкового врача по диспансеризации? 2. Как и когда участковый врач проводит диспансеризацию? 3. Какие обследования включает первый этап ежегодной диспансеризации? 4. Какие обследования проводятся на втором этапе диспансеризации? 5. Критерии эффективности диспансеризации здоровых? 6. Критерии эффективности диспансеризации с хроническими заболеваниями? 7. Какие показатели используются при анализе диспансерной работы? 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Поликлиническая терапия: Учебник / В.А. Галкин, Б.Я. Барт, Н.А. Мухин и др.; Под ред. В.А. Галкина. – М.: Медицина, 2000. – 256 с. 9. Вахитов Ш.М. и др. Деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений в современных условиях // Российский медицинский журнал.- 2005.- № 1.- с. 10-12 10. Грошева Р.Л. Опыт анализа затрат рабочего времени медсестер // Медицинская сестра.- 2004.- № 4.- с. 9-10 11. Новые документы о профилактической деятельности ЛПУ // Главный врач.- 2004.- № 3.- с. 55-74.
--	--

	<p>12. Матвейков Г.П. Справочник по организации терапевтической помощи. - Мн., 1987.</p> <p>13. Миняев С.Н. Поликлиническое дело. - М., 1987.</p> <p>14. Нейко Е.М. Амбулаторный прием терапевта. - Киев, 1986г.</p> <p>15. Самсон Е.И. Поликлиническая терапия. - Киев, 1986.</p> <p>16. Справочник терапевта под ред. Комарова Ф.И., 1979. - С. 584-598.</p> <p>17. Правила выписывания рецептов и отпуска лекарственных средств амбулаторным больным: в книге "Практические навыки терапевта". Под ред. Г.П. Матвейкова. - Минск. - 1993. - С. 549-555.</p> <p>18. Ерш И.Р. Медико-социальная экспертиза. - Гродно, 2000.</p> <p>19. Справочник терапевта // Под ред. Матвейкова Г.П. - Мн., 2000.</p>
--	---

Соответствуют ли Ваши знания необходимым требованиям,

Вы можете проверить по следующим контрольным тестовым вопросам:

1. Из перечисленных видов медицинских осмотров, необходимых для рабочих, подлежащих диспансерному наблюдению

не являются обязательными следующие виды медицинских осмотров

- а) предварительные (при поступлении на работу)
- б) периодические (в период работы)
- в) целевые (на выявление заболеваний определенной нозологии)
- г) после снятия с соответствующей группы инвалидности

2. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся

- а) среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН)
- б) показатель систематичности наблюдения
- в) показатель частоты рецидивов
- г) полнота охвата ДН
- д) заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на ДН
- е) верно б) и в)

3. Дайте определение «диспансеризации»?

- 1. Дайте характеристику диспансерной группы «здоровые»
- 2. Дайте характеристику диспансерной группы «практически здоровые»?
- 3. Какая документация заполняется при ежегодной диспансеризации?
- 4. Какие лечебно-оздоровительные мероприятия проводят диспансерным больным?
- 5. Где хранятся основные медицинские документы, отражающие динамику диспансерного наблюдения за больными?
- 6. Перечислите виды диспансеризации.
- 7. Какую цель преследуют периодические осмотры при диспансеризации?
- 8. Какие основные медицинские документы отражают динамику диспансерного наблюдения за больными?
- 9. Как делится диспансерная группа хронических больных в зависимости от течения заболевания и как это отражается на кратности осмотра больного участковым врачом и другими специалистами?
- 10. Какие диспансерные группы выявляются в результате ежегодной диспансеризации населения и последующего дообследования?
- 11. Для чего необходимы целевые осмотры при диспансеризации?

Ответы на вопросы.

- 1. Г.
- 2. Е.

3. 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.
4. Группа «здоровые» (Д-I) - это лица, не предъявляющие никаких жалоб и у которых в анализе 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.
5. Группа «практически здоровые» (Д-II) - лица, имеющие в анализе острые или хронические заболевания, но не имеющие обострений в течение нескольких лет и не влияющие на трудоспособность и социальную активность.
6. «Карта учета диспансеризации» (форма № 131/у).
7. 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;
 - занятие лечебной гимнастикой;
 - массаж, иглорефлексотерапия, фитотерапия;
 - диетическое питание;
 - психотерапия, психологическая коррекция
8. Медицинская карта амбулаторного больного» хранится в регистратуре, «Контрольная карта диспансерного наблюдения» находится в кабинете участкового терапевта в специальном ящике в виде картотеки.
9. В настоящее время выделяют следующие виды диспансеризации:
 - диспансеризация больных, перенесших острые терапевтические заболевания;
 - диспансеризация хронических больных;
 - диспансеризация декретированных контингентов;

- диспансеризация здоровых людей.
10. Периодические осмотры преследуют цель - 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.

 11. Основным медицинским документом, в котором отражается динамика диспансерного наблюдения за больными, является «Медицинская карта амбулаторного больного» (УФ-025/у) и «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (форма УФ-030/у).

 12. Диспансерная группа хронических больных 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 (ежемесячное).

 13. В результате ежегодной диспансеризации населения и последующего дообследования, выделяются три диспансерные группы: здоровые, практически здоровые и больные, нуждающиеся в лечении.

Целевые осмотры проводятся для раннего выявления некоторых заболеваний: туберкулеза, злокачественных опухолей, сердечно-сосудистых и др.

Задание 3.

Разберите основные положения по теме:

«Диспансеризация терапевтических больных».

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.

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.

В отечественном здравоохранении исторически определились и 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.

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.

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.

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;
- занятие 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. 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.

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

Таким образом, 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.

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 поликлиники 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 все эти данные уже были.

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 из 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 СССР № 770 от 30 мая 1986 года «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения», предусматривающий трехгрупповую классификацию: здоровые, практически здоровые и больные.

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

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.

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 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.

В зависимости от указанных обстоятельств динамическое наблюдение за больными, перенесшими острые заболевания, может быть кратковременным (от 2-х недель до 3-х месяцев) и 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.

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 должна проводиться и среди лиц «угрожаемых» в отношении возможного развития ряда заболеваний. Возможность возникновения ревматизма имеется у лиц - носителей одного или нескольких очагов хронической 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 контингенты 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.

Документация по диспансеризации

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.

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 невропатолога, 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 им и другими специалистами.

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 (ежемесячное).

Для каждого выявленного больного при диспансеризации составляется план проведения лечебно-профилактических мероприятий, устанавливается периодичность лабораторных и других исследований, консультаций специалистами.

В этот план включается обследование условий труда и быта, специализированное поликлиническое и стационарное лечение, санаторно-курортная помощь, трудоустройство по медицинским показаниям, направление для реабилитации в санаторий-профилакторий, назначение диетического питания, в необходимых случаях - предоставление дополнительных отпусков, улучшение жилищных условий и другие виды социальной помощи.

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.

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 возрастнo-половым, социальным, профессиональным и другим группам с выделением контингента лиц, у которых есть факторы риска или симптомы сердечно-сосудистых, онкологических и других заболеваний. Потребность в таких системах возникла в связи с проведением массовых медосмотров населения.

Начало разработки автоматизированных систем медицинского обследования относится к 60-м годам. Для этой цели в ряде стран созданы и создаются центры автоматизированных многопрофильных медосмотров в виде самостоятельных учреждений или в составе больниц и других лечебных учреждений. Автоматизация сбора, передачи, обработки, хранения и поиска полученной информации, осуществляемой на базе ЭВМ, является необходимым условием организации системы. Использование ЭВМ позволяет организовать банк данных, их хранение и накопление. Возможность быстрого выбора большого количества тестов создает условия для получения статистически достоверных выводов. Количество контролируемых параметров определяется задачами исследования.

В автоматизированной системе массовых медицинских обследований населения заключение ЭВМ расценивается как предварительное.

Окончательное решение принимается врачом, который на основании поступивших на пульт управления системы данных делает заключение о состоянии здоровья и при необходимости дает пациенту соответствующие рекомендации. При выявлении признаков заболевания врач направляет больного в лечебное учреждение для углубленного обследования и лечения.

В Москве использовался анкетный метод для изучения состояния здоровья населения на дому. Анкеты методом случайной выборки разносились по квартирам за 2-3 дня до их сбора и медицинского осмотра. Анализ полученного материала позволил выявить артериальную гипертонию у 33% впервые. Ишемическую болезнь сердца можно было предположить у 6% опрошенных в возрасте 30-39 лет, у 10% в возрасте 40-49 лет, у 38% - 50-59 лет.

Клинические признаки язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки выявлены в различных возрастных группах в 2-4% случаев, а хронический холецистит, согласно клиническим данным и анализу, можно было предложить у 8% опрошенных.

Проявление хронического гастрита зарегистрированы у 10% опрошенных.

Курящие составили 29% опрошенных. Наибольшее их число страдало хроническим гастритом и язвенной болезнью, хроническим бронхитом. ИБС предполагалась у 21%, АТ установлена у 25% курящих. Данный метод одномоментного обследования населения на дому с помощью стандартного опросника удобен, практичен, доступен, хорошо воспринимается основной частью населения, помогает раннему выявлению наиболее распространенных болезней. Программа второго этапа включает детальное обследование в поликлинике или стационаре лиц с предполагаемыми диагнозами для его уточнения, осуществления рациональной терапии, диспансеризации и проведения профилактических мероприятий.

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 1986 года «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» и осуществляется в два этапа.

На 1 этапе (1987-1995 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 (1995-2000 годы).

Он предусматривает, наряду с использованием имеющихся ресурсов здравоохранения, дальнейшее совершенствование организационных форм и методов диспансеризации, широкое внедрение средств, повышающих производительность труда врачей и среднемедицинского персонала. На этом этапе и должен использоваться скрининговый метод, а также расширен диапазон лабораторно-инструментальных исследований, увеличено количество специалистов, участвующих в диспансеризации. Все проводимые мероприятия в конечном итоге должны привести к значительному улучшению и повышению качества диспансеризации населения.

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;

- дообследование 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.

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.

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.

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.

Медицинская документация ежегодной диспансеризации

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.

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 со взятием мазка для цитологического исследования, 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 (лицам старше 30 лет); флюорография (рентгенография) органов грудной клетки (ежегодно); маммография женщинам старше 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).

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 (мужчинам старше 40 лет ежегодно).

Остальные исследования те же.

После проведения диспансерного осмотра с необходимым объемом обследования определенная часть лиц будет нуждаться в дообследовании.

Уже на первом этапе диспансеризации дообследование будет осуществляться 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.

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 анализе 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 анализе острые или хронические заболевания, но не имеющие обострений в течение нескольких лет и не влияющие на трудоспособность и социальную активность.

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.

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-I, подлежат обследованию не 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-II) 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 отдельно 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.

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.

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.

- Состояние здоровья больного остается без изменений, в клинической картине заболевания почти отсутствуют изменения. Лечение дает кратковременное улучшение, лабораторные и другие показатели свидетельствуют об активном течении болезненного процесса.

Группа диспансерного наблюдения та же.

- Ухудшение состояния здоровья - болезненный процесс постоянно прогрессирует, несмотря на проводимое лечение.

- Временная утрата трудоспособности - состояние здоровья ухудшается, больной временно не может выполнять свои служебные обязанности и освобождается от работы; однако есть уверенность в том, что в короткий срок (не более 3 месяцев) наступит улучшение или выздоровление.

- Первичная инвалидность - в связи с ухудшением состояния здоровья больной теряет работоспособность на длительное время (более 6 месяцев) и нуждается в переводе на инвалидность III, II или I групп.

- Снятие с учета по причине смерти.

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 центрального 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.

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

Схемы динамического наблюдения за больными при некоторых терапевтических заболеваниях

Гипертоническая болезнь (ДШ)

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.

Пневмония (ДШ)

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 «Здоровье», санаторий-профилакторий, отказ от курения.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДП)

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.

Задание №4.

Подготовьте неясные вопросы и положения для выяснения их на практическом занятии!