

Принципы динамического наблюдения в амбулаторных условиях

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ - вид медицинской помощи, оказываемой больным на приеме в поликлинике (амбулатории) и при посещении больных медицинским работником на дому.

Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается самостоятельными и объединенными с больницами поликлиниками, медико-санитарными частями, диспансерами, детскими поликлиниками, женскими консультациями, поликлиническими отделениями центральных районных больниц, амбулаториями сельских участковых больниц, врачебными амбулаториями.

Кроме врачебных учреждений амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают под руководством врачей фельдшерско-акушерские пункты (сельскому населению) и фельдшерские здравпункты (работающим на небольших предприятиях промышленности, транспорте, строительстве, предприятиях связи).

Основными лечебно-профилактич. учреждениями, оказывающими населению внебольничную помощь, являются многопрофильные поликлиники, в которых осуществляются приемы больных по 20-25 врачебным специальностям и более. В состав таких поликлиник входят различные специализированные отделения и кабинеты.

Особенностями амбулаторно-поликлинической помощи являются ее массовость и общедоступность, широкая взаимосвязь лечебной и профилактической медицины, возможность активного выявления ранних форм заболеваний, внедрение профилактики и специализированных видов внебольничной помощи, участковый принцип работы

В связи с переходом советского здравоохранения от диспансеризации отдельных групп населения к всеобщей диспансеризации значительно возросла роль и значение амбулаторно-поликлинических учреждений в реализации комплексной программы работ по усилению профилактики заболеваний и укреплению здоровья населения.

Под систематическим наблюдением поликлиник, диспансеров, женских консультаций и амбулаторий состоит значительное число практически здоровых лиц (дети, подростки, рабочие ряда профессий и производств, механизаторы с.-х. производства и животноводства, беременные женщины, инвалиды, ветераны войны и др.).

В основе всей деятельности территориальных амбулаторий и поликлиник лежит участковый принцип. Принцип участковости распространяется также и на врачей других специальностей - акушеров, психиатров и др. Участковость позволяет установить систематическое мед. наблюдение за прикрепленным населением, обеспечивать мероприятия по формированию здорового образа жизни и предупреждению заболеваний.

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.

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.

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: 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,

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.

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.

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.

Заключение темы

Диспансеризация — активное динамическое наблюдение на состоянием здоровья населения, включающее комплекс профилактических, диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

Первоначально принципы и методы Д. использовались для борьбы с социально опасными болезнями — туберкулезом, сифилисом, трахомой и др.

В последующем диспансерный метод нашел применение для наблюдения за беременными, детьми, трудящимися ведущих отраслей промышленности и с.-х. производства, больными, страдающими хроническими заболеваниями.

Целью Д. является формирование, сохранение и укрепление здоровья населения, профилактика заболеваний, снижение заболеваемости, инвалидности, смертности, достижение активного долголетия.

Д. входит в качестве составной части в широкую систему мер по профилактике заболеваний, осуществляемых государством, обществом, здравоохранением.

Общегосударственные усилия направлены на улучшение условий труда, быта и отдыха, обеспечение рационального сбалансированного питания, борьбу с гиподинамией, курением, употреблением алкоголя, т.е. на формирование здорового образа жизни.

В этом комплексе мер важная роль отводится системе здравоохранения, которая использует диспансерный метод, синтезирующий профилактику и лечение, направленный на выявление заболеваний в наиболее ранних стадиях и их предупреждение путем систематического медицинского наблюдения за здоровьем населения.

Диспансеризация включает:

- ежегодный медицинский осмотр с проведением лабораторно-инструментальных исследований для выявления заболеваний в ранних стадиях, а также обследование лиц, имеющих факторы риска развития заболеваний;
- дообследование нуждающихся с использованием современных методов диагностики;
- определение состояния здоровья каждого человека;
- осуществление комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий больным и лицам с факторами риска и последующее систематическое наблюдение за состоянием их здоровья.

Участковый педиатр осматривает всех детей своего участка ежегодно: периодичность осмотров детей первых 3 лет жизни зависит главным образом от возраста и состояния здоровья ребенка при рождении.

Хирург (ортопед), оториноларинголог, офтальмолог осматривает детей на первом году жизни, в 3 и 5 лет, перед поступлением в школу, в 3-м, 6-м, 8-м классах, невропатолог — на первом году жизни, перед поступлением в школу и в 8-м классе, другие специалисты — по показаниям.

Ежегодно проводится осмотр зубов и полости рта средним медперсоналом с последующей санацией стоматологом. Антропометрия, определение остроты слуха и зрения, постановка туберкулиновых проб, предварительная оценка нервно-психического развития также осуществляется средним медперсоналом.

К числу обязательных для детей и подростков ежегодных инструментально-лабораторных исследований относятся: анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов, измерение АД (с 7 лет), флюорография органов грудной клетки (с 13 лет). У школьников 8-го класса определяют группу крови и резус-принадлежность.

Участковый терапевт (как территориального, так и цехового участка) ежегодно осматривает все взрослое прикрепленное население. Предварительно проводится доврачебное обследование, которое включает измерение роста и массы тела, АД, определение остроты слуха и зрения, пневмотахометрию.

Гинекологический осмотр женщин с обязательным цитологическим исследованием проводится с 18 лет; электрокардиография — с 15 до 40 лет 1 раз в 3 года, после 40 лет — ежегодно; измерение внутриглазного давления — ежегодно после 40 лет; женщинам — маммография 1 раз в 2 года после 40 лет.

Флюорография грудной клетки осуществляется дифференцирование, но не реже чем 1 раз в 3 года, при высоком уровне заболеваемости туберкулезом на соответствующей территории — ежегодно.

Приведенный перечень исследований является обязательным. Разработка простых и достаточно надежных биохимических, функциональных и иммунологических методов, оснащение учреждений здравоохранения ультразвуковой, эндоскопической и другой современной техникой приведет к пересмотру установленного на настоящий момент минимума, разгрузит медперсонал от необходимости выполнять большой объем рутинной работы.

Участковый врач, располагая данными доврачебного обследования пациента, результатами лабораторно-инструментальных исследований и дополнительных консультаций (при наличии показаний) с другими специалистами, осуществляет планирование дальнейших мероприятий индивидуально для каждого пациента, выделяя следующие группы диспансерного наблюдения:

- Д-I — здоровые, в т.ч. лица с так называемыми пограничными состояниями, у которых выявлены незначительные отклонения от установленных норм в величине АД и других характеристиках;
- Д-II — практически здоровые лица, имеющие в анамнезе заболевание, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность;
- Д-III — больные, нуждающиеся в лечении.

После проведения диспансерного осмотра лиц, отнесенных к первым двум группам, ставят на учет в отделение (кабинет) профилактики. Выявленным больным проводят соответствующее лечение, намечают и реализуют план оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

Ведущая роль в осуществлении Д. отводится участковому врачу, который координирует работу всех других специалистов, проводит и контролирует выполнение намеченных лечебно-оздоровительных мероприятий, осуществляет пропаганду здорового образа жизни.

Организация работы амбулаторно-поликлинического учреждения должна быть направлена на успешное выполнение участковым врачом этих задач. Принципиально важным является, с одной стороны, наиболее полный охват населения диспансерным наблюдением, с другой — исключение дублирования при проведении этой работы.

В связи с этим участковая медсестра ежегодно уточняет списки лиц, прикрепленных к врачу, исключает повторное профилактическое диспансерное обследование лиц, прошедших Д. в период лечения в стационаре, в ведомственных и других учреждениях здравоохранения в течение предшествующих 6 мес.

В целях более организованного проведения Д. в территориальных поликлиниках и медико-санитарных частях созданы отделения профилактики в составе следующих кабинетов: анамнестического, функциональных исследований, смотрового женского, пропаганды здорового образа жизни, централизованного учета диспансеризации.

Возглавляет отделение врач, под руководством которого доврачебное обследование проводит средний медперсонал. Отделение профилактики обеспечивает также учет всего прикрепленного к поликлинике населения, приглашение пациентов на Д., централизованный учет диспансерных мероприятий.

Главная роль в проведении Д. населения принадлежит амбулаторно-поликлиническим учреждениям, однако в ней участвуют и многие другие учреждения.

Центры специализированной медпомощи и диспансеры (кардиологические, эндокринологические, онкологические и др.) осуществляют дообследование пациентов, проводят лечение, а в ряде случаев и последующее наблюдение больных и реконвалесцентов.

Значительно расширяются возможности ранней диагностики заболеваний и выявления отклонений в состоянии здоровья пациентов по мере организации [диагностических центров](#).

Высококвалифицированную лечебно-консультативную и методическую помощь в условиях проведения Д. оказывают поликлиники (поликлинические отделения) вузов и НИИ медицинской профиля. Эти учреждения формируют выездные бригады для диспансерных осмотров и консультативной работы в сельской местности, на предприятиях промышленности, строительства, транспорта и связи.

Роль больничных учреждений не сводится только к лечению вновь выявленных больных и состоящих под диспансерным наблюдением, в них можно организовать диспансерные осмотры пациентов в период нахождения их в стационаре. С целью исключения дублирования исследований их результаты заносят в выписку из медицинской карты стационарного больного, которую передают в амбулаторно-поликлиническое учреждение. Диспансерные больные и лица, имеющие факторы риска развития заболеваний, должны в первую очередь обеспечиваться путевками в [санатории профилактории](#) предприятий, санатории и дома отдыха профсоюзов и ведомств.

Важное значение имеет оценка эффективности Д., которая должна осуществляться как в отношении каждого пациента на основе изучения динамики его состояния, результатов исследований, сведений о частоте обострений, наличии случаев утраты трудоспособности и других, так и в отношении диспансерных контингентов в целом, прежде всего с учетом изменения группы диспансерного наблюдения, а также по показателям заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидизации, смертности.

ИТАК,

Профилактическое направление в работе поликлиник наиболее полно выражено в диспансерном методе работы.

Под диспансерным методом понимается активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных), взятие этих групп населения на учет с целью раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, комплексного лечения заболевших, проведение мероприятий по оздоровлению их условий труда и быта, предупреждение развития и распространения болезней, восстановление трудоспособности и продление периода активной жизнедеятельности.

Главным лицом в организации диспансерного обслуживания в поликлинике является участковый врач-терапевт.

Но диспансерным наблюдением занимаются врачи всех специальностей.

Существует большое количество **методик проведения** диспансеризации:

- 1) введение единых диспансерных дней для всей поликлиники;
- 2) введение единых диспансерных дней для отделений;
- 3) ежедневный вызов диспансерных больных по 2-3 человека на прием.

Более организованно диспансеризация проходит в специально выделенные для этого дни.

Цели диспансеризации:

- сохранение и укрепление здоровья населения;
- повышение работоспособности и производительности труда работающих;
- увеличение активного долголетия людей.

Задачи диспансеризации:

- изучение и устранение причин, способствующих возникновению и распространению заболеваний;
- формирование у человека стремление к здоровому образу жизни;
- активное выявление преморбидных состояний, начальных форм заболеваний и активное лечение больных;
- предупреждение рецидивов, обострений и осложнений имеющихся заболеваний.

Алгоритм диспансеризации

Первый этап — перепись населения с целью изучения социально-демографического состава населения обслуживаемой территории.

Второй этап — проведение профилактических осмотров, выявление больных и распределение населения по группам диспансерного наблюдения.

Различают:

- периодические осмотры, которые проводятся по плану (например, работающих на предприятии) и при текущей обращаемости населения за амбулаторной помощью;
- предварительные осмотры лиц, поступающих на работу, в школьно-дошкольные учреждения, в средние и в высшие учебные заведения;
- целевой осмотр — с целью выявления определенных заболеваний (туберкулеза, злокачественных новообразований, венерических, профессиональных и других заболеваний).

По результатам профилактических осмотров население делится на три группы

I. Здоровая

II. Практически здоровые, т.е. имеющие:

- факторы риска (производственного, генетического, социально-бытового характера);
- хронические заболевания в анамнезе, длительное время вне обострения;
- данные лабораторных и функциональных исследований на границе нормы;
- начальные проявления заболеваний (преморбидные состояния);
- часто или длительно болеющие острыми заболеваниями;
- реконвалесценты после острых заболеваний.

III. Больные хроническими заболеваниями:

- а) в стадии компенсации;
- б) в стадии субкомпенсации;
- в) в стадии декомпенсации.

Третий этап - взятие на диспансерный учет и заполнение соответствующих документов (медицинской карты амбулаторного пациента, в которой оформляется лист уточненных диагнозов и эпикриз взятия на учет; контрольная карта диспансерного наблюдения; талон амбулаторного пациента).

Четвертый этап включает динамическое наблюдение с периодическими явками пациента к врачу и проведение лечебно-профилактических мероприятий в т.ч. противорецидивного лечения, санацию очагов инфекции, направление на санаторно-курортное лечение и стационарное лечение (при наличии показаний), диетпитание и рациональное трудоустройство.

Большое внимание уделяется профилактике. Первичная профилактика предусматривает профилактику у здоровых и новых заболеваний у лиц, уже имеющих хронические заболевания.

Вторичная профилактика направлена на профилактику рецидивов и осложнений заболеваний.

В некоторых ЛПУ (детских поликлиниках, женских консультациях, наркологических и психоневрологических диспансерах) проводится патронаж, т.е. посещение пациентов на дому с целью ознакомления с их социально-бытовыми условиями.

И, наконец, пятый этап включает определение эффективности диспансеризации с помощью трех групп показателей.