

**Методична розробка для лікарів – інтернів  
«Дитяча отоларингологія»**

**ТЕМА:** Диспансеризація дитячого населення з ЛОР захворюваннями.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ:** навчальна кімната кафедри №8

**КІЛЬКІСТЬ ГОДИН:** 7 годин

**Актуальність теми:**

Диспансеризація — метод медичного обслуговування населення, який передбачає активне виявлення захворювань на ранніх стадіях, нагляд за певними групами хворих з метою забезпечення їх життєдіяльності та працездатності, проведення оздоровчих заходів, обов'язкові медичні огляди деяких категорій населення тощо.

Основною метою диспансеризації населення є в першу чергу запобігання розвитку захворювань, проведення заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я, зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення, збільшення активного довголіття.

## **Навчальні цілі заняття:**

### **ЗНАТИ:**

- значення диспансерного методу спостереження в дитячій отоларингології
- порівняв проведення диспансеризації
- показники оцінки якості та ефективності проведення диспансеризації
- особливості проведення санаторно курортного лікування дітей з ЛОР захворюваннями

### **ВМІТИ:**

- проводити диспансерне спостереження
- оцінювати показники якості проведення диспансеризації
- оцінювати показники ефективності проведення диспансеризації

## **Диспансеризація як метод діяльності лікувально-профілактичних установ**

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** вивчити організаційні основи диспансеризації населення. Вміти формулювати завдання диспансеризації, зміст роботи всіх підрозділів лікувального закладу з організації диспансеризації дорослого населення, дітей, вагітних жінок і гінекологічних хворих. Оволодіти методикою обчислення та аналізу показників диспансеризації, умінням зробити висновки і розробити рекомендації щодо поліпшення організації, якості і ефективності диспансеризації.

### **КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ:**

1. Що являє собою диспансерний метод і яке його значення?
2. Які мета і завдання диспансеризації населення?
3. На яких рівнях може проводитися диспансеризація населення?
4. Як організована диспансеризація дорослого населення?
5. На які групи поділяють осіб минулих профілактичні огляди?
6. Як організована диспансеризація в умовах жіночої консультації?
7. У чому виявляються особливості диспансерного спостереження за дітьми?
8. Які показники використовують для оцінки якості та ефективності проведення диспансеризації?

### **КОРОТКИЙ ЗМІСТ ТЕМИ:**

Диспансеризація - метод активного динамічного спостереження за здоровими особами, об'єднаними загальними фізіологічними особливостями або умовами праці; хворими, що страждають хронічними захворюваннями, найбільш часто приводять до тимчасової непрацездатності, інвалідності, смертності, або перенесли деякі гострі захворювання; особами, що мають фактори ризику. Цей метод направлений на попередження захворювань, активне їх виявлення в ранніх стадіях і своєчасне проведення лікувально-оздоровчих заходів.

Диспансеризація населення в даний час з методу роботи окремих установ перетворилася на систему роботи всіх лікувально-профілактичних установ

країни. Кожне з них у відповідності з профілем своєї роботи здійснює диспансеризацію різних груп населення і певних контингентів хворих.

Основна мета диспансеризації полягає в збереженні і зміцненні здоров'я населення, збільшення тривалості життя людей і підвищенні продуктивності праці працюючих шляхом систематичного спостереження за станом їх здоров'я, вивчення та оздоровлення умов праці та побуту, широкого проведення комплексу соціально- економічних, санітарно-гігієнічних, профілактичних і лікувальних заходів.

Методи проведення диспансеризації здорових і хворих в основному єдині. Диспансеризація здорових повинна забезпечувати правильний фізичний розвиток, зміцнювати здоров'я, виявляти і усувати фактори ризику виникнення різних захворювань шляхом широкого проведення громадських та індивідуальних соціальних і медичних заходів. Диспансеризація хворих повинна активно виявляти і лікувати початкові форми захворювань, вивчати і усувати причини, що сприяють їх виникненню, запобігати загостренню процесу і його прогресування на основі постійного динамічного спостереження та проведення лікувально-оздоровчих та реабілітаційних заходів.

**Основними завданнями диспансеризації населення є:**

1. визначення стану здоров'я кожного індивіда щорічним оглядом і оцінка здоров'я з урахуванням вікових, статевих і професійних особливостей;
2. диференційоване активне динамічне спостереження за здоровими; особами, що мають фактори ризику, та хворими; поступовий перехід від спостереження за окремими особами до родинного спостереження;
3. виявлення та усунення причин, що викликають захворювання; сприяння усуненню шкідливих звичок і забезпечення здорового способу життя;
4. своєчасне проведення лікувально-оздоровчих заходів;
5. підвищення якості та ефективності медичної допомоги населенню шляхом взаємозв'язку і наступності в роботі всіх типів закладів, широкого участі лікарів різних спеціальностей, впровадження нових організаційних форм, подальшого технічного забезпечення та використання ЕОМ.

Диспансеризація зайняла провідне місце в роботі поліклінік, амбулаторій, МСЧ, жіночих консультацій та лікарів різних спеціальностей, в першу чергу лікарів загальної практики, територіальних і цехових лікарських дільниць. Для ефективного та якісного проведення диспансеризації необхідно:

- активне виявлення хворих у ранніх стадіях захворювання;
- систематичне спостереження за їх станом здоров'я;
- своєчасне проведення лікувальних і профілактичних заходів для якнайшвидшого відновлення здоров'я і працездатності;
- вивчення зовнішнього середовища, виробничих і побутових умов і проведення заходів щодо їх поліпшення;
- систематичне підвищення кваліфікації лікарів, як за основним фахом, так і з питань гігієни праці, профзахворювань, експертизи тимчасової непрацездатності;
- участь у диспансеризації адміністрації підприємств, профспілкових та інших громадських організацій.

Серед всього населення, що підлягає диспансерному спостереженню, в першу чергу під спостереження повинні бути взяті робочі провідних галузей промисловості і професій із шкідливими і важкими умовами праці; учні (професійно-технічних училищ, технікумів і вузів), працюючі підлітки незалежно від характеру виробництва і галузей промисловості; інваліди та ветерани Вітчизняної війни; жінки дітородного віку; хворі по основних групах захворювань, що визначають рівень тимчасової непрацездатності, інвалідності та смертності населення; особи з підвищеним ризиком захворювання: з підвищеним артеріальним тиском, з передпухлинними захворюваннями, преддіабетом та іншими станами, крім того, що зловживають алкоголем, з надмірним харчуванням, ведуть малорухливий спосіб життя і т. д.

У диспансеризації всього населення повинна брати участь вся мережа амбулаторно-поліклінічних закладів з широким залученням медичних працівників лікарень, висококваліфікованих фахівців медичних вузів, НДІ та ін. Особливу увагу при цьому повинна приділятися розширенню медичних програм раннього виявлення різних захворювань. Завдання органів охорони здоров'я в

питаннях диспансеризації полягають в упорядкуванні роботи лікарів зі здоровими людьми. Кожна людина повинна перебувати під диспансерним наглядом одного лікувально-профілактичного закладу, в одного лікаря при повному задоволенні потреби в діагностичній, консультативній та лікувальній допомоги лікарів інших спеціальностей. При множинній хронічній патології пріоритет визначається відповідно до міжнародної класифікації хвороб і групою диспансерного спостереження. Це забезпечує індивідуальний підхід, підвищує відповідальність лікаря за якість і ефективність проведених заходів, усуває дублювання в обстеженні, спостереженні, зменшує число необґрунтованих і неефективних відвідувань лікувально-профілактичних установі.

**Установи за ступенем участі їх у диспансеризації населення різняться за такими рівнями:**

**I рівень** - амбулаторно-поліклінічні заклади, які обслуговують населення за виробничим або територіальним принципом: ФАП, лікарські амбулаторії, здоровпункти, МСЧ, територіальні поліклініки, жіночі консультації. Технологія орієнтована на наявні кадрові та матеріально-технічні можливості, використання мобільних систем, сучасної обчислювальної техніки. На цьому рівні необхідні автоматизація діагностичного процесу; збір даних анамнезу, аналіз ЕКГ і ФКГ, лабораторно-діагностичних досліджень, проведення функціональних і психофізіологічних тестів; рішення адміністративно - організаційних завдань.

**II рівень** - спеціалізовані диспансери, стаціонари лікарень, консультативно-діагностичні центри. Технологія орієнтована на використання наявних матеріально-технічних засобів, додаткового апаратурного парку, що відрізняється від I рівня. На даному рівні поряд із завданнями загального скринінгу передбачено поглиблене обстеження кардіологічного, онкологічного, пульмонологічного офтальмологічного, психоневрологічного та інших профілів.

**III рівень** - обласні та республіканські лікарні, спеціалізовані центри клініки медичних і науково-дослідних інститутів. Технологія орієнтована на використання всіх сучасних і перспективних методів діагностики та лікування, створення проблемно орієнтованих баз і банків даних для хворих відповідного профілю, а також окремих регіонів країни.

## **Етапи диспансеризації:**

**Перший етап.** Планування роботи з диспансеризації населення: проведення перепису населення на ділянці, виділення списку осіб підлягають активному динамічному спостереженню в умовах лікувального закладу, визначення черговості запрошення на медичні огляди та індивідуальної програми обстеження.

**Другий етап.** Обстеження за зверненнями і під час профілактичних оглядів. Проведення лікувально-діагностичних заходів, оцінка стану здоров'я, визначення групи здоров'я. **Третій етап.** Активне запрошення на прийом хворих, які перебувають під диспансерним наглядом, проведення лікувально-оздоровчих та реабілітаційних заходів. Оцінка якості проведення диспансеризації.

**За станом здоров'я все оглянуті жителі поділяються на три групи диспансерного спостереження.**

**I група** - здорові - особи, що не мають хронічних захворювань або порушення функцій окремих органів і систем, у яких при обстеженні не знайдено відхилень від встановлених меж норми і повністю працездатні.

**II група** - практично здорові-особи, часто і тривало хворіють гострими захворюваннями, що мають хронічне захворювання, не позначається на функції життєво важливих органів і не впливає на працездатність

**III група** - хворі хронічними захворюваннями. Поділяються на осіб з компенсованим перебігом захворювання, рідкими і нетривалими втратами працездатності; з субкомпенсованим перебігом захворювання, частими загостреннями і тривалими втратами працездатності; з декомпенсованим перебігом, стійкими патологічними змінами, що ведуть до стійкої втрати працездатності.

У кожній з груп виділяють осіб з факторами ризику виробничого, побутового і генетичного характеру.

У групі здорових обстеження має бути спрямоване на визначення функціонального стану окремих систем і органів, в першу чергу серцево-судинної, дихальної, ендокринної, травлення, центральної і периферичної нервової системи, ступеня адаптації організму, виявлення резервів .

При обстеженні осіб, практично здорових і мають фактори ризику, поряд з перерахованими вище методами повинні визначатися відхилення окремих органів і систем, реакції функціональних систем організму на динамічне навантаження, а також оцінюватися працездатність.

У групі хворих повинно проводитися цілеспрямоване обстеження, що включає всі сучасні методи лабораторних, функціонально-діагностичних, рентгенологічних, радіоізотопних, ендоскопічних та інших досліджень. Частота і тривалість спостереження за пацієнтами, що мають хронічні захворювання, залежить від перебігу захворювання, його форми і стадії. Так, тривалість диспансерного спостереження за хворими на ревматизм, ішемічну хворобу серця, виразкову хворобу шлунку і дванадцятипалої кишки становить понад 5 -6 років. Планування активних оглядів хворих підлягають диспансеризації має будуватися так, щоб провести проти рецидивне лікування перед сезонним загостренням (серпень - вересень, лютий - квітень).

### **Організація диспансеризації в умовах жіночої консультації.**

Акушер-гінеколог робить висновок про стан репродуктивної функції жінки. Інтегральна оцінка стану здоров'я кожної жінки проводиться, виходячи з анамнезу, скарг і даних об'єктивного обстеження. Висновок здорова - дається, якщо в анамнезі відсутні порушення у становленні і подальшому перебігу менструальної функції, гінекологічні захворювання, скарги; при об'єктивному обстеженні (лабораторному, клінічному) зміни в будові і функції органів репродуктивної системи. Група ризику. В анамнезі є вказівки на гінекологічні захворювання, функціональні відхилення або аборти; відсутні скарги; при об'єктивному обстеженні можуть бути анатомічні зміни, що не викликають порушень репродуктивної системи і працездатності жінок. Наявні пренатальні фактори не перевищують 4 балів при їх сумарній оцінці. Функціональні порушення окремих органів і систем не викликають ускладнень протягом вагітності, і кожне з них не оцінюється вище 2 балів за шкалою пренатального ризику. Хвора. Можуть бути вказівки на наявність гінекологічних захворювань



в анамнезі, скарги можуть бути або відсутнім; при об'єктивному обстеженні виявлено гінекологічне захворювання. Вагітна з екстрагенітальною або акушерською патологією.

Популяція вагітних, будучи особливою групою населення в певний часовий інтервал, потребує також в оцінці стану здоров'я. Здоров'я вагітної можна розглядати як стан оптимального фізіологічного, психічного і соціального функціонування, при якому всі системи материнського організму забезпечують повноцінність здоров'я і розвиток плоду.

Важливим є питання про диспансеризацію жінок поза вагітністю. Диспансеризація здорових жінок забезпечує збереження здоров'я, створення у них стійкості до несприятливих факторів зовнішнього середовища (на виробництві, в побуті) адекватного формування здорового способу життя стосовно окремих віковими періодами. Здорові жінки можуть проходити диспансерний огляд акушера-гінеколога 1 раз на рік.

Диспансеризація жінок з групи ризику має своєю метою розробку профілактичних заходів проти факторів ризику, збільшення резервів організму, спрямованих на попередження гінекологічних захворювань. Ця група повинна проходити диспансерний огляд не менше 2 разів на рік.

Диспансеризація хворих жінок ставить своїм завданням вивчення і вибір можливостей усунення причин, що викликали захворювання, раннє виявлення, ефективне їх лікування і подальшу реабілітацію.

Для основних форм гінекологічних захворювань в даний час відпрацьовані конкретні схеми диспансерного спостереження.

### **Організація диспансеризації дітей.**

**Перший етап диспансеризації дітей включає кілька взаємозалежних періодів:**

**Перший період** - антенатальна охорона плода, здійснюється дільничної педіатричної службою в контакті з акушером-гінекологом жіночої консультації. У цьому періоді основним завданням є організація наступності в діяльності жіночої консультації та дитячої поліклініки, яка повинна здійснюватися у вигляді постійної інформації, що надходить в дитячу поліклініку, про кожній

вагітній жінці, взятої під спостереження. Для цього застосовують такі форми роботи, як школа молодій матері і дородові патронаж (у 28 і 32-36 тижні вагітності). Дородовий патронаж, як правило, виконує дільнична медична сестра. Педіатр проводить патронаж вагітних з нормально протікає вагітністю на прийомі в поліклініці, а при несприятливо протікає вагітності і обтяженому анамнезі на дому. Слід зазначити, що при другому патронажі, що проводиться в 32-36 тижнів вагітності, майбутня мати повинна отримувати необхідні відомості з догляду та організації умов життя дитини. Народження здорової дитини є до певної міри показником ефективності і якості антенатальної профілактики.

**Другий період** - динамічне спостереження за новонародженим, яке проводить дільничний педіатр спільно з медичною сестрою. Якісно важливим моментом при цьому повинна стати оцінка особливостей перебігу вагітності та пологів у матері, раннього постнатального онтогенезу, тобто виявлення можливої ??приналежності дитини до групи ризику. Вже при першому патронажі новонародженого можна певною мірою прогнозувати стан здоров'я дитини і призначити відповідні коригуючі і оздоровлюючі заходи, відповідно до стану здоров'я дитини і групою ризику. При першому патронажі доцільно також збирати генеалогічний анамнез для того, щоб проводити за показаннями своєчасні лабораторні методи дослідження. Завдання і цілі динамічного спостереження за новонародженим полягають в тому, щоб дати матері певну систему знань з урахуванням конкретних умов сім'ї, її санітарної грамотності в питаннях виховання здорової дитини та профілактики захворювань.

**Третій період** - щомісячне динамічне спостереження за дитиною протягом 1-го року життя. Слід пам'ятати, що фізичний і нервово-психічний розвиток, а також рівень стану здоров'я дитини в перші 3 місяці життя можуть бути показником ефективності і якості спостереження ним у періоді новонародженості. При оцінці якості спостереження протягом 1-го року життя необхідно велике значення надавати комплексній оцінці рівня розвитку і стану здоров'я в декретованих для дитини цього періоду життя віки: 3, 6, 9 і 12 місяців. Лікар, роблячи висновок про стан здоров'я дитини в ці вікові періоди, пише етапний епікриз, в якому відображає розвиток і здоров'я дитини за минулий

період, оцінює рівень його фізичного розвитку, для чого користується місцевими стандартами визначення гармонійності розвитку, важливо оцінити рівень нервово-психічного розвитку. Вирішальне значення для оцінки стану здоров'я має факт наявності або відсутності захворювань в момент обстеження, а також частота і тривалість гострих захворювань, перенесених дитиною, в попередній квартал. Кратність і тривалість захворювань побічно відображають стан реактивності організму дитини.

**Четвертий період** - динамічне спостереження за дитиною віком від 1 року до 7 років. Таке спостереження, як відомо, проводить дільничний педіатр в тому випадку, якщо дитина не відвідує дитячий дошкільний заклад, а виховується в сім'ї. У віці 5-7 років це обстеження суміщають з комплексним оглядом перед вступом до школи. Результати наукових досліджень останніх років свідчать про необхідність проведення огляду дітей у віці 3 і 5 років з метою профілактики хронічних захворювань всіма лікарями-спеціалістами: ЛОР, окулістом, хірургом-ортопедом, невропатологом, стоматологом, логопедом.

**Для всіх дітей дошкільного віку велике значення мають комплексна оцінка стану здоров'я.** У дітей 2-го і 3-го року життя обов'язково оцінюють нервово-психічний розвиток. Оскільки дільничний лікар зважаючи на обмеженість часу займатися оцінкою нервово-психічного розвитку дитини на прийомі і поліклініці не може, ця функція покладена на медичну сестру кабінету здорової дитини. Дані зазначеної оцінки слід заносити в «Історію розвитку дитини» з тим, щоб лікар на прийомі, складаючи своє комплексний висновок, міг би врахувати показники нервово-психічного розвитку дитини. Таким чином, протягом перших 7 років життя дитина перебуває під наглядом дільничної педіатричної служби і фахівців дитячої поліклініки.

Слід зазначити, що стан здоров'я дитини при вступі до школи є показником якості та ефективності такого спостереження.

Дітей, у яких виявляються відхилення у стані здоров'я або захворювання в будь-якому періоді, беруть під диференційоване спостереження дільничного лікаря або лікаря-спеціаліста. Для цього дитині призначається необхідний

комплекс лікувально-оздоровчих заходів, тобто здійснюється третій етап диспансеризації.

Отримавши необхідні дані, дільничний педіатр проводить комплексну оцінку стану здоров'я дитини з визначенням групи здоров'я, яка дає більш широке уявлення про стан здоров'я кожної дитини і контингенту спостережуваних дітей в цілому, чим тільки діагноз. Крім того, вона дозволяє виділити «загрозливий» контингент дітей. При комплексній оцінці стану здоров'я дитини враховують:

- наявність або відсутність хронічної (і тому числі вродженої патології);
- функціональний стан органів та систем;
- резистентність і реактивність організму;
- рівень і гармонійність фізичного і нервово-психічного розвитку.

У результаті наукових досліджень, проведених в дитячих лікувально-профілактичних установах ряду територій країни, запропоновано 5 груп здоров'я. До I групи відносять здорових дітей; до II групи - здорових, але з наявністю ризику виникнення патології; до III, IV і V групах - хронічно хворих дітей у стані компенсації, субкомпенсації та декомпенсації патологічного процесу.

**Діти I групи** здоров'я повинні спостерігатися у звичайні терміни, встановлені для профілактичних оглядів здорових дітей. Лікарські призначення дітям цієї групи включають в профілактичні, загальнооздоровчі та виховні заходи.

**Діти II групи** здоров'я з наявністю ризику виникнення патології потребують особливої уваги педіатра, так як профілактичні та лікувально-оздоровчі заходи, проведені своєчасно і цілеспрямовано, дають найбільший ефект з попередження формування у них хронічної патології. Терміни спостереження за даною групою дітей встановлює лікар індивідуально для кожної дитини відповідно до ступеня ризику щодо формування хронічної патології, вираженості функціональних відхилень і ступеня резистентності. Часто хворіють діти, а також діти, що перенесли гостру пневмонію, хвороба Боткіна тощо, відносяться до II групи здоров'я, в період реконвалесценції їх

беруть під особливий контроль. Лікарські призначення дітям цієї групи включають не тільки профілактичні, виховні та загальнооздоровчі, а й спеціальні лікувально-оздоровчі заходи. Лікувально-оздоровчі заходи дітям II групи здоров'я призначає не тільки педіатр, а й лікарі-фахівці.

Діти III, IV, V груп здоров'я перебувають під диспансерним наглядом у педіатра і відповідних фахівців і повинні отримувати необхідне лікування залежно від наявної у них патології. Об'єднання дітей в однорідні групи здоров'я дозволяє забезпечувати диференційоване обслуговування контингентів дітей і більш раціонально планувати медичну допомогу.

Організація медичного контролю за станом здоров'я школярів передбачає щорічне проведення профілактичних оглядів, які проводяться поетапно: перший етап - скринінгові дослідження, другий етап - обстеження дітей, відібраних за допомогою тестів; третій етап - обстеження фахівцями школярів, спрямованих лікарем школи на консультацію. Ці принципи організації масових медичних оглядів забезпечують не тільки підвищення ефективності самих оглядів, а й вдосконалення організаційних підходів медичного обслуговування учнів. Зокрема, вони сприяють підвищенню ролі середнього медичного персоналу в контролі за станом здоров'я дітей; раціонального використання робочого часу лікаря школи і лікарів-спеціалістів для диференційованого контролю за станом здоров'я школярів; більш широкому проведенню лікувально-профілактичних заходів серед дітей з початковими формами відхилень.

Всіх дітей, що мають відхилення в розвитку та стані здоров'я, беруть на диспансерний облік, і на кожного з них заводиться «Контрольна карта диспансерного спостереження». Крім лікаря дитячої установи, ці діти спостерігаються лікарями-спеціалістами поліклініки та дільничними педіатрами. Терміни їх оглядів залежать від тяжкості та перебігу патологічного процесу.

У дошкільних установах і школах силами медичних працівників цих установ та дитячої поліклініки повинні бути забезпечені консервативне лікування хронічних захворювань ЛОР - органів, санація зубів, заняття коригуючої гімнастикою і лікувальною фізкультурою.

Лікар школи спільно з адміністрацією та педагогами становить комплексний план профілактичних та лікувально-оздоровчих заходів, який передбачає організацію раціонального навчального та трудового режиму, харчування, фізичного виховання, проведення гартують, виконання санітарно-гігієнічних вимог. План обговорюється на педагогічній раді і затверджується директором школи, а також завідувачем дитячою поліклінікою, в районі діяльності якої знаходиться школа.

Великі завдання стоять перед персоналом дошкільних установ і шкіл по широкій пропаганді медичних та педагогічних знань серед батьків, організації практичної допомоги сім'ям у вирішенні завдань фізичного виховання дітей, зниження захворюваності. У цьому плані особливу важливість має залучення дітей у регулярні заняття фізичною культурою, спортом, туризмом.

Успішне проведення диспансеризації в чому залежить від чіткого оформлення та ведення медичної документації. Основним документом, що містить всі відомості по диспансеризації, є «Медична карта амбулаторного хворого» (ф.025 / у), «Історія розвитку дитини» (ф.112 / у), «Карта обліку диспансеризації» (ф.131 / у) і «Контрольна карта диспансерного спостереження» (ф.030 / у).

### **Показники ефективності диспансеризації**

1. Питома вага хворих знятих з диспансерного обліку у зв'язку з одужанням.
2. Питома вага хворих знятих з диспансерного обліку у зв'язку зі смертю.
3. Питома вага хворих поліпшили стан здоров'я (перейшли з третьої в другу групу спостереження).
4. Зниження частоти і тривалості рецидивів захворювань (на 1000 диспансерізуємих).
5. Частота виходу диспансерізуємих на первинну інвалідність (на 1000 диспансерізуємих).
6. Зниження загальної захворюваності серед контингенту диспансерізуємих (на 1000 хворих).

7. Зниження захворюваності з тимчасовою втратою працездатності (число випадків, днів на 100 диспансерних хворих, середня тривалість одного випадку).

### **Показники якості диспансеризації**

1. Регулярність диспансерного спостереження хворих (у%).
2. Середньорічна кількість активних відвідувань припадають на одного хворого, що складається під диспансерним спостереженням.
3. Повнота обстеження хворих, що перебували під диспансерним наглядом (у%).
4. Повнота проведення лікувально-оздоровчих заходів за рік спостереження (в%).
5. Відсоток пізнього виявлення злоякісних новоутворень (IV стадія).
6. Частка диспансеризованих не спостерігається лікарем протягом року.

**Тестові завдання:**

**1. Згідно з «Основами законодавства України про охорону здоров'я» (1992р.) виділяють первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу. Що відноситься до первинної лікувально-профілактичної допомоги?**

**А)консультація лікаря загальної практики (сімейного), діагностика та лікування основних найбільш поширених захворювань, направлення пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних заходів, охорона дітей та жінок**

**В)кваліфіковане консультування, діагностика, профілактика та лікування у лікаря спеціаліста**

**С)допомога, яка надається лікарями (або їх групами), які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики та лікування захворювань, а також захворювань, що рідко зустрічаються**

**Д)допомога, яка надається в поліклініці**

**Е)все вищезгадане**

**2. Однією з особливостей організації медичної допомоги сільському населенню є етапність її надання. Скільки етапів вона нараховує?**

**А) 1**

**В) 2**

**С) 3**

**Д) 4**

**Е) 5**

**3. На другому етапі сільському населенню надається кваліфікована лікарська допомога як мінімум з 12 – 16 спеціальностей. Який заклад охорони здоров'я надає її на цьому етапі?**

**А)центральна районна лікарня**

**В)сільська дільнична лікарня**

**С)сільська лікарська амбулаторія**

**Д)обласна лікарня**

**Е)обласний диспансер**

**4. В поліклініку обласної лікарні направили пацієнта з центральної районної міської лікарні. Яка основна мета направлення?**



- А) надання високоспеціалізованої консультативної допомоги
- В) медико-соціальна експертиза тимчасової втрати працездатності
- С) медико-соціальна експертиза стійкої втрати працездатності
- Д) здійснення диспансерного спостереження
- Е) надання медичної допомоги

**5. Поліклініка міської лікарні проводить лікування і діагностику найбільш поширених видів патологій лікарями загальної практики, надає діагностичну і консультативну допомогу лікарями-спеціалістами. Які рівні лікувально - профілактичної діяльності реалізуються в даній поліклініці?**

- А) тільки первинна
- В) первинна і вторинна
- С) тільки вторинна
- Д) третинна
- Е) вторинна і третинна

**6. В якому документі вперше була визначена концепція ПМСД ?**

- А) Алма-Атинська декларація (1978 рік)
- В) хартія по загальній практиці (сімейній медицині) 1995р.
- С) люблінська хартія – 1996 рік
- Д) доповідь ВООЗ: «інтеграція служб медико-санітарної допомоги» - 1996 рік.

### Список використаної літератури:

1. Рудень В. В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу / В. В. Рудень, Г. Г. Яхно, В. І. Дячишин та ін. // За ред. Заслуженого лікаря України, док. мед. наук, проф. Рудень В. В. – Львів. Видавничий дім Наутілус. – 2010. – 629с.
2. Черешнюк Г. С. Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини / Г. С. Черешнюк, Л. В. Черешнюк // Донецьк: Видавець Заславський О. Ю., 2014. – 144с.
3. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»
4. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під за. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680с.
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я.
6. Проект наказу МОЗ «Про удосконалення отоларингологічної допомоги дітям в Україні»
7. Наказ МОЗ України №242 від 12.05.2008 року «Про затвердження стандартів санаторно-курортного лікування дітей з соматичною патологією»

Автор: ас. Ахмедова А. А.

Затверджено на засіданні кафедри

Протокол № 2

«30» 08 2018 р.