***Диспансеризация в оторинолярингологии.***

*(руководство для студентов)*

 Диспансеризация является основным методом лечебно-профилактического обслуживания трудящихся РФ. Вопросам диспансеризации стали придавать значение с первых лет существования нашего государства. За последние годы этот метод получил большую популярность.

 Оторинолярингология относится к медицинским специальностям с наиболее выраженным профилактическим направлением и диспансеризация в ней играет большую роль. Заболевания уха, горла и носа являются одним из ведущих и частых в патологии различных групп населения. Среди этих заболеваний около 60% составляют хронические тонзиллиты, 15% - хронические заболевания ушей, 25% - заболевания носа и придаточных пазух.

 Основными задачами диспансерного обслуживания являются: комплексное изучение состояния здоровья населения, выявление ранних форм заболевания, динамическое наблюдение с индивидуальным лечением, выяснением условий труда и жизни, вопросы трудоустройства и др.

 Целью диспансеризации являются: укрепление здоровья различных слоев населения, предупреждение и уменьшение заболеваемости, сохранение трудоспособности, предупреждение инвалидности и др.

 Какие же пути для взятия и отбора для диспансеризации?

Таких путей несколько:

1) Путем массовых периодических профилактических осмотров детей детских учреждений, школ, ПТУ, рабочих ведущих профессий.

2) Hа амбулаторном приеме.

3) При выписке из стационара.

4) При проведении консультативной работы.

5) При проведении медицинских комиссий при райвоенкоматах и др.

***Диспансеризации подлежат:***

1) Дети до 15 лет - в детских поликлиниках, школах.

2) С 15 до 18 лет - подростки, в соответствующих кабинетах в поликлиниках.

3) Все взрослое население в МСЧ предприятий, здравпунктах, поликлиниках.

 Основным принципом, которым руководствуются врачи при взятии на диспансеризацию являются следующие заболевания:

I группа - представляющие непосредственную угрозу жизни - злокачественные новообразования, хронические гнойные мезо- и эпитимпаниты.

II группа - склонные к прогрессированию и частым обострениям и которые могут становиться опасными - доброкачественные новообразования, основные и часто встречающиеся ЛОР-заболевания - хронические тонзиллиты, риниты, синуиты, ларингиты.

III группа - которые требуют проведения мероприятий - протезирования, повторных курсов лечения, трудоустройства - тугоухость различной этиологии, кохлеарный неврит, отосклероз, болезнь Меньера, аллергические заболевания.

IV группа - профессиональные заболевания с учетом производства. В первую очередь вредных профессий. При этом берутся и здоровые люди.

 При благоприятных условиях работы врача на диспансерный учет берутся все выявленные больные с ЛОР-патологией. Другим важным моментом при взятии на диспансерный учет является возможность врача качественно работать с диспансерной группой ( в зависимости от занятости, приема больных и т.д.).

 В настоящее время стоит вопрос о 100% охвате выявленных больных диспансеризацией. Ориентировочно на одного врача поликлиники может быть взято 150-200 человек.

 При наличии большой заболеваемости обязательному диспансерному наблюдению подлежат больные с заболеваниями I группы - 100% охватывают злокачественные новообразования, эпитимпаниты, осложненные мезотимпаниты.

 Из второй группы заболеваний - с хроническим тонзиллитом - компенсированная и субкомпенсированная формы - рекомендуется преимущественно консервативное лечение, при декомпенсированной форме показано оперативное вмешательство. Группа больных с последней формой наблюдается совместно с другими специалистами - педиатром, терапевтом, невропатологом и т.д.

 Взятые на диспансерный учет больные периодически осматриваются оториноларингологом. Частота осмотра может быть различной.

 Больные со злокачественными новообразованиями ЛОР-органов, как правило, после проведенного хирургического или лучевого лечения осматриваются через 1-1,5 месяца.

 С хроническим эпитимпанитом и осложненными мезотимпанитами - 4 раза в год и чаще, мезотимпанитами - 2-4 раза в год, хроническими назофарингитами, аденоидами, синуитами, ларингитами, хроническими тонзиллитами - 2 раза в год.

 Длительность диспансерного наблюдения со злокачественными заболеваниями не менее 5 лет, т.к. именно в этот срок часто наступают рецидивы. С доброкачественными заболеваниями - не менее 5 лет. Хронические гнойные мезотимпаниты ( в том числе и после радикальной операции с нагноением, после тимпанопластики ) требуют систематического наблюдения. Хронические тонзиллиты исчезают, ангины не повторяются на протяжении 3 лет, после произведенной операции тонзиллэктомии, граждане снимаются с диспансерного учета через 6 месяцев.

 При некоторых заболеваниях, как например, при хронических риносинуитах, аллергических заболеваниях, кохлеарных невритов, адгезивных отитов, отосклерозе и др. сроки наблюдения устанавливаются индивидуально.

 Основным документом диспансерного больного является амбулаторная карта с указанием на первом листе "диспансерный". Дополнительно заводят контрольную карту (форма N 30) - смотри приложение, которое хранится в кабинете у оториноларинголога.

 Для отражения динамики заболевания в амбулаторных историях следует писать этапные эпикризы ( не реже одного раза в год ), где отражают особенности течения заболевания, эффективность лечебно-оздоровительных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению.

 Качество и эффективность диспансеризации учитывают по следующим основным показателям:

1) % охвата выявленных больных диспансерным наблюдением.

2) Плановость охвата.

3) Данные об уменьшении обострений заболеваний, осложнений.

4) По числу дней временной нетрудоспособности (или дней пропуска занятий).

5) % выздоровления.