Государственное образовательное бюджетное учереждение

Высшего профессионального образования

Минсоцздравразвития

Астраханская государственная мадицинская академия

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор

А. Г. Сердюков

Преподаватель:

**Курсовая работа**

тема

***«Организация и содержание работы участкового врача-терапевта»***

Выполнила

Студентка 623 группы

Лечебного факультета

Э.К.Ибрагимов

Астрахань 2011 г.

**ОГЛАВЛЕНИЕ.**

Оглавление Стр. 2

1.Введение. Стр. 3

2.Характеристика района обслуживания Стр. 5

3.Характеристика поликлиники Стр. 7

4.Организация работы участкового врача-терапевта. Стр. 12

5.Содержание работы медицинской сестры на приеме

и при оказании помощи на дому. Стр. 14

6.Лечебная деятельность участкового врача-терапевта. Стр. 16

7.Профилактическая работа на участке. Стр. 20

8.Рекомендации по улучшению работы участкового

врача-терапевта Стр. 25

9.Основные показатели деятельности участкового

врача-терапевта за 2008 – 2010 гг. Стр. 25

Приложения. Стр. 29

Лекция «Профилактика неврозов». Стр. 30

**1.Введение**

Поликлинико-комплексные учреждения, располагающие кадрами специалистов, оснащением и оборудованием для оказания больным специализированной медицинской помощи, как при посещении поликлиники, так и на дому.

Работа в поликлинике организуется по участковому принципу, на 1 участкового терапевта-1700 человек взрослого населения. Преимущество участкового принципа, наблюдение в динамике, своевременная диагностика, адекватное лечение, знание социальных условий проживания населения.

Соблюдение участкового принципа повышает ответственность врача за судьбу больных и в конечном счете определяет эффективность работы поликлиники. В современных условиях ежегодной диспансеризации всего населения вопросы организации работы поликлиники по участковому принципу приобрели особую актуальность.

**Задачи поликлиники:**

1.Оказать квалифицированную медицинскую помощь населению обслуживаемого района поликлиники и на дому.

2.Добиться снижения уровня заболеваемости инфекционной и профессиональной патологии и тем самим снизить уровень инвалидности и производственного травматизма.

3.Организация диспансерного наблюдения населения-рабочие, онкобольные, больные сердечнососудистой патологией.

4.Повысить медицинскую грамотность населения и тем самым увеличить раннюю диагностику заболеваний.

5.Контроль за состоянием здоровья населения и за условиями труда и пропаганда здорового образа жизни.

**Способы реализации поставленных задач:**

* Лечение больных в поликлинике и стационаре, диспансерное наблюдение за определенным контингентом населения с хронической патологией
* Реабилитация после госпитального лечения
* Проведение специализированный информирующих мероприятий, в том числе и подготовка лекций, увеличивающий уровень медицинской просвещенности населения.
* Проведение специализированных противоэпидемических мероприятий, в том числе и массовые прививки населению, с целью снижения уровня заболеваемости
* Работа и обслуживание социально значимого населения

2.**Характеристика района обслуживания поликлиники №1 г.Дербента**

* 1. Численность населения района-15300.
  2. Радиус обслуживания лечебно профилактического учреждения 12км
  3. Состояние дорог обслуживаемой территории-удовлетворительное, асфальтное покрытие дорог 85%.
  4. Количество врачебных участков в районе обслуживания-9.
  5. Средний радиус участка 750 метров. Средняя численность населения на участке 2010-1700.
  6. Медицинские учреждения в районе:женская консультация, районная инфекционная больница.
  7. Общее число врачей-33.

Специализации врачей поликлиники:

|  |  |
| --- | --- |
| Специальность | Количество |
| Терапевты | 9 |
| Хирурги | 2 |
| Врачи общей практики | 2 |
| Дерматовенеролог | 1 |
| Эндокринолог | 1 |
| Уролог | 1 |
| Кардиолог | 1 |
| Ревматолог | 1 |
| Онколог | 1 |
| Инфекционист | 1 |
| Невролог | 1 |
| Медстатистик | 1 |
| Функциональный диагност | 2 |
| Узи | 1 |
| КДЛ | 2 |
| Рентгенолог | 2 |
| Физиотерапевт | 1 |
| Офтальмолог | 1 |
| Отоларинголог | 2 |

* 1. Обеспеченность населения койками 5,4
  2. Койки:

|  |  |
| --- | --- |
| Дневной стационар | 18 |
| Хирургические койки | 6 |
| Терапевтические | 9 |
| Неврологические | 3 |

· УПРАВЛЕНИЕ МУЗ ЦГБ г. ДЕРБЕНТА

Главный врач – Рамазанов М.Н.

Заместитель по лечебной части - Сурхаева А.Г.

Заместитель по ОМР - Караханов Д.К

Заместитель по поликлинике - Джабраилова О.Г

Заместитель по родовспоможению – Ягудаев Д.Я.

Зам. главврача по эпид. вопросам – Адилов А.А

Зам. главврача по КЭК – Качаев И.М.

Зам. главврача по кадрам - Алимурадов Э.M.

Зам. главврача по экономическим вопросам – Ризаханова Ж.Ш.

3.**Общая характеристика помещений ЛПУ**

Поликлиника имеет 3 этажа. Имеется централизованное водоснабжение, отопление и система канализации. Поликлиника располагает транспортом. Энергоснабжение осуществляется через районную сеть. Электроосвещение - лампы дневного света.

Управление поликлиникой осуществяет *главный врач*. Его обязанностями являются:

* Контрользалечебно-диагностической и профилактической деятельностью поликлиники;
* Контроль и обеспечение диспансеризации населения;
* Контроль за своевременностью проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий в прикрепленном районе;
* Контроль за соблюдением врачебным персоналом установленного порядка выдачи больничных листов;
* Контроль за повышением квалификации медицинского персонала;
* Вовлечение врачей в научно-исследовательскую работу;
* Контроль за правильностью ведения документации;
* Контроль за правильностью учета и хранения сильнодействующих средств и ядовитых веществ, рецептурных бланков на них в соответствии с действующими инструкциями;
* Регулярный анализ деятельности всех подразделений поликлиники, состояния инфекционной и общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
* Контроль за финансово-хозяйственной деятельностью поликлиники.

У главного врача есть заместители: по медицинской части, по административно-хозяйственной части.

***Заместитель главного врача*** по медицинской части отвечает за всю медицинскую деятельность поликлиники. Он организует и контролирует правильность и своевременность обследования и лечения больных в поликлинике и на дому; следит за внедрением в практику работы врачей современных методов профилактики, диагностики и лечения больных, новых организационных форм и методов работы медицинских учреждений.

Штат ЛПУ = 134.Штатные должности врачей 37 человека, из них занято 33

**Характеристика поликлиник:**

* Число посещений в день-235-240 человек.
* Оснащение поликлиники оборудованием:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Мамограф «МАММО-4МТ» | 1 |
| Флюорограф «ФЦ-01-электрон» | 1 |
| 2.Физиотерапевтический кабинет | Аппарат ультразвуковой терапии УЗТ- 1.01.Ф | 2 |
| Облучатель УФ | 1 |
| Гальванизатор Поток-1 | 2 |
| Аппарат для индуктотермии ИКВ-4 | 1 |
| Аппарат для местной дарсонвализации «искра» | 1 |
| Амплипульс-5 | 3 |
| УЗОР-2к | 1 |
| Аппарат лазерный синдикатора «Мустанг-2000» | 1 |
| Аппарат для низкочастотной магнитотерапии ПОЛЮС-2 | 2 |
| Облучатель ртутно-кварцевый ОРК-21М | 1 |
| 3.Кабинет ЛФК | Тренажер ходунки для медико-социальной реабилитации «СТЕП» | 1 |
| Тренажер беговая дорожка | 1 |
| Велотренажер | 1 |
| 4.Кабинет функциональной диагностики | Спирограф компьютерный КСП-1 | 1 |
| Электрокардиграф:1,3и 6 канальный | 3 |
| Комплекс суточного мониторирования МИОКАРД ХОЛТАР | 1 |
| 5.Кабинет УЗИ | Сканер ультразвуковой LOGIC | 1 |
| Установка УЗ CARIS | 1 |
| 6.КДЛ | Микроскоп для морфологических исследований «микмед-1» | 5 |
| Микроколориметр МКМФ-2 | 1 |
| Термостат ТПС | 1 |
| Счетчик лейкоцитарной формулы | 1 |
| Анализатор МЕК-6410К | 1 |
| Анализатор глюкозы super Grease | 1 |
| Анализатор БХ BS0005 | 1 |
| Центрифуга ЦЛ1-3 | 1 |

**Рекомендации по улучшению организации медицинской помощи населению.**

* Оптимизировать количество обращений к врачам-специалистам;
* Увеличить штат высококвалифицированных врачей, за счет привлечения и обучения молодых специалистов.
* Повысить заработную плату медицинским сотрудникам.
* Обеспечивать преемственность и этапность оказания медицинской помощи.
* Повысить профессиональный уровень медицинских работников
* Разработка стратегических подходов к развития системы здравоохранения.
* Нормативно-правовое, организационно-методическое обеспечение развития здравоохранения (амбулаторно-поликлинической, стационарной и службы скорой помощи).
* Совершенствование лекарственного обеспечения
* Информационная поддержка в частности в создании собственного сайта в интернете, с целью информации населения о расписании приема врачей и электронной консультации со штатным терапевтом.

Компьютерная систематизация всех участков поликлиники, введение электронных карточек на каждого жителя обслуживаемой те

**4.ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА.**

Общий стаж работы участкового врача-терапевта 15 лет. Из них в качестве участкового терапевта – 15 лет, на данном участке – 12 лет. За весь период работы на повышение квалификации направлялась 3 раз. Последнюю специализацию прошла в г. Махачкала 2011 г. Присвоена I квалификационнная категория.

*Характеристика участка.*

Численность населения на участке – 1700 человек старше 18 лет. Участок отдален от поликлиники. Состоит из пятиэтажных и частных домов в хорошем санитарно-техническом состоянии. Квартиры водоснабжаюются централизованно. Имеются мусоропроводы в каждом доме. Отопление централизованное. Пешеходные дорожки асфальтированны, содержатся в удовлетворительном состоянии. Зеленые насаждения составляют 65 % участка. На участке размещаются следующие предприятия: детский сад «Петушок», детский сад «№7», магазин «Центральный», библиотека, почта.

*Особенности работы участкового врача-терапевта.*

*ТАБЛИЦА 5. График работы врача-терапевта на приеме и при оказании помощи на дому.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| День недели | Количество осмотренных пациентов | |
| На приеме | На дому |
| Понедельник | 20 | 6 |
| Вторник | 22 | 10 |
| Среда | 23 | 4 |
| Четверг | 22 | 6 |
| Пятница | 20 | 6 |
|  | 105 | 32 |

Нагрузка участкового врача на один час приема составила от

20 больных =5 пациентов

4 часа приема

до 23 больной = пациентов,

4 часа приема

средняя = 20+22+23+22+20 = 5.25 пациентов.

4 часа приема×5

Эти показатели в пределах нормы норму для участкового врача терапевта (норматив 5 пациентов за час).

При оказании помощи на дому посещение больных велось как активно, так и по вызову на дом первично (табл. 6).

*ТАБЛИЦА 6. Оказание помощи на дому участковым врачом терапевтом.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| День недели | Посещение больных на дому | |
| Активное | Первичное |
| Понедельник | 6 | 0 |
| Вторник | 7 | 3 |
| Среда | 3 | 1 |
| Четверг | 1 | 5 |
| Пятница | 3 | 3 |
|  | 20 | 12 |

Таким образом, среднее число вызовов на дом составило

Общее число вызовов на дом = 6+10+4+6+6 = 6,4 пациента в день

Количество дней наблюдения 5

Посещение на дому осуществляется преимущественно активно (20 вызовов за неделю), среднее число активных посещений на дому составило

20 активных посещений на дому = 4 активных посещения за 1 день

5 рабочих дней

Согласно территориальным нормам, в день участковый врач-терапевт должен посетить 2 больных на дому. Врач делает в среднем больше посещений, чем по нормативу. Высока доля активных посещений.

*Оснащение кабинета участкового врача-терапевта.*

Кабинет участкового врача-терапевта оснащен сфигноманометром 1 шт., стетофанендоскопом 1 шт., рабочим метом для врача и для медицинской сестры. В кабинете имеются готовые бланки направлений на исследования, такие как направления на общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ крови на глюкозу, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, электрокардиографию, фиброгастродуоденоскопию, микрореакцию преципитации с кардиолипиновым антигеном, направления на консультацию во вспомогательный кабинет или к узкому специалисту, направление на рентгенографию.

**5.СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ НА ПРИЕМЕ И ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ НА ДОМУ.**

На приеме медицинская сестра:

1. По указанию и под контролем врача осуществляет подготовку амбулаторного приема, присутствовует на амбулаторном приеме, заполняет медицинскую документацию, по назначению врача оформляла и выдавала направления на дополнительные методы исследования и во вспомогательные кабинеты, объясняет больным порядок подготовки к лабораторным, инструментальным, другим исследованиям и лечебным процедурам, производит забор материала для лабораторного исследования.
2. контролирует доставку амбулаторных карт из регистратуры;
3. контролирует получение результатов анализов и своевременность явки больных;
4. Осуществляет контроль за своевременностью явки на врачебный осмотр диспансерных больных.
5. Проводит предстерилизационную обработку медицинского инструментария и контролирует качество его стерилизации.
6. Готовит растворы дезинфицирующих средств и контролирует проведение дезинфекции.
7. По назначению врача направляет пациентов на профилактические прививки
8. Следит за расходованием и своевременностью приобретения медикаментов, медицинского инструментария, перевязочных материалов.
9. Проводит среди обслуживаемого населения санитарно-просветительную работу, пропагандирует здоровый образ жизни;

При оказании помощи на дому медицинская сестра проводит:

1. Проводит назначенные участковым врачом лечебно-диагностические мероприятия на дому (сбор анализов мочи, анализов крови у лежачих больных, или у больных, передвигающихся в пределах квартиры, введение внутривенных, внутримышечных и подкожных инъекций больным, не способным по состоянию здоровья прийти в поликлинику).
2. Проводит санитарно-просветительную работу с больными на дому.
3. Проводит патронаж инвалидов 1 группы.
4. Обеспечивает своевременную явку диспансерных больных на врачебный осмотр путем беседы с больным или оставлением письменного уведомления.
5. проведение санитарных и противоэпидемических мероприятий на участке;

**6.ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА.**

Участковый врач-терапевт оказывал медицинскую помощь двумя способами: на приеме и на дому. На приеме врач проводил опрос, осмотр больных, объективное обследование: пальпацию, аускультацию. Перкуссия не проводилась. Наиболее тщательно проводилось обследование системы, со стороны которой предьявлялись жалобы. На одного больного в среднем уходило по 5-7 минут. По завершении обследования выписывались препараты на рецептурном бланке. Основной объем рабочего времени занимало оформление документации: медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/ у-04) , контрольных карт диспансерного наблюдения (форма № 30/у-04), направлений на госпитализацию, обследование, консультацию (форма № 057/у-04), паспорт врачебного участка (форма № 030/у-тер), ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому (учетная форма N 039/у-02), талон амбулаторного пациента (учетная форма N 025-12/у), карта гражданина, имеющего право на получение набора социальных услуг, по учету отпуска лекарственных средств (учетная форма N 030-Л/у).

Так же врач выписывал рецепты. При обращении за рецептом граждан, имеющих право на льготное обеспечение препаратами, врач проводил осмотр, делал запись в амбулаторной карте с данными осмотра пациента, записью о назначенных препаратах. Затем медицинская сестра относила амбулаторную карту в кабинет к поераторов ЭВМ, где производилось оформление рецепта в машинописном варианте, и рецепт заверялся печатями. Кроме больных терапевтического профиля, имеющих право на льготное обеспечение лекарственными средствами, таким образом, рецепты выписывались и больным эндокр2инологического профиля (инсулин, сахароснижающие препараты и т. п.), кардиологического профиля, больным с заболеваниями соединительной ткани, неврологическимизаболеваниями после консультации и соответствующей записи в амбулаторной карте. При обращении больного с острой патологией проводилось тщательное объективное обследование, направление на срочные необходимые лабораторные и инструментальные обследования, консультации с узкими специалистами по показаниям (хирургом, эндокринологом, неврологом, кардиологом). После этого решался вопрос о лечении больного амбулаторно или о необходимоти его госпитализации. При нежелании больного пройти стационарное лечение, после объяснений , оформлялся отказ больного от госпитализации в письменной форме. При необходимости экстренной госпитализации, врач вызывал бригаду скорой медицинской помощи «на себя», оформлял направление на госпитализацию. По прибытии кареты скорой помощи больной передавался им для дальнейшей транспортировки в соответствующее отделение. При обнаружении инекционного больного оформлялось «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (форма 058/у) в территороальное отделение Роспотребнадзора.

Участковым врачом-терапевтом проводилось также оформление санаторно-курортных карт. При этом проводился врачебный осмотр, направление на необходимые лабораторные и инструментальные исследования, назначались консультации необходимых узких специалистов.

При выявлении в ходе обследования пациентов патологии не терпевтического профиля или возникновении необходимости исключить её, участковый врач-терапевт назначал консультацию узких специалистов с последующей записью в амбулаторной карте. Участковый врач-терапевт выписывал рецепты льготным категориям граждан после консультации соответствующего узкого специалиста. Причиной выписки таких рецептов были большие очереди к узким специалистам. Например, к эндокринологу на 1 день приема давалось 9 талонов, к ревматологу запись была на 2 недели вперед.

*Участковый врач-терапевт направляет больных на врачебную комиссию для:*

* принятия решения о назначении одному больному пяти и более наименований лекарственных средств одномоментно (в течение одних суток) или свыше десяти наименований в течение одного месяца в соответствии с Инструкцией о порядке выписывания лекарственных средств и оформления рецептов и требований-накладных, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. N 110;
* принятия решения о назначении лекарственных средств в случаях нетипичного течения болезни, при наличии осложнений основного заболевания и/или сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных средств, а также при индивидуальной непереносимости в соответствии с Инструкцией о порядке выписывания лекарственных средств и оформления рецептов и требований-накладных, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. N 110;
* решения наиболее сложных и конфликтных вопросов, относящихся к компетенции врачебной комиссии поликлиники;
* осуществления медицинского отбора больных, направляемых на долечивание (реабилитацию) непосредственно после стационарного лечения, в том числе в специализированные санатории (отделения);
* взаимодействия в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии, с бюро медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, медицинскими организациями и учреждениями социальной защиты населения;
* рассмотрения обращений граждан по вопросам медико-социальной помощи, организации и качества лечебно-диагностических (профилактических, реабилитационных) мероприятий, лекарственного обеспечения.

**7.ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА НА УЧАСТКЕ.**

Участковый врач-терапевт проводит диспансеризацию. На участке состоит больных на диспансерном наблюдении. Состав больных, находящихся на диспансерном учете, по нозологическим формам представлен в таблице 7.

Таблица №7

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Нозологическая форма | Количество больных |
| 1 | Гипертоническая болезнь | 20 |
| 2 | ИБС | 21 |
| 2.1 | В том числе стенокардия | 17 |
| 3 | Атеросклероз аорты | 30 |
| 4 | Бронхиальная астма | 7 |
| 5 | ЯБЖ и двенадцатиперстной кишки | 2 |
| 6 | Гастрит, дуоденит | 2 |
| 7 | Хронический атрофический гастрит | 2 |
| 8 | Холецистит | 1 |
| 9 | ЖКБ | 2 |
| 10 | Цирроз печени | 2 |
| 11 | Хронический панкреатит | 1 |
| 12 | Хронический пиелонефрит | 1 |
| 13 | Заболевания крови | 1 |
| 13.1 | В том числе ЖДА | 1 |
| 14 | Онкологические заболевания | 23 |
|  | ВСЕГО | 115 |

Удельный вес заболеваний в диспансерной группе (%)

|  |  |
| --- | --- |
| Нозологическая форма | Удельный вес |
| Болезни сердечно-сосудистой системы | 61,7 |
| Болезни органов дыхания | 6,1 |
| Болезни органов пищеварения | 10,4 |
| Заболевания крови | 0,9 |
| Онкологические заболевания | 20 |
| Болезни мочеполовой системы | 0,9 |

**Динамика заболеваний в диспансерной группе (%)**

Т.О., анализ данных показал, что из нозологических форм лидируют заболевания сердечно-сосудистой системы, на втором месте онкологических заболевания, а на третьем – заболевания органов пищеварения. Это требует усиления профилактических работ по данной нозологии и возможно пересмотра схем лечения.

Целью диспансеризации является предупреждение заболеваний путем непрерывного врачебного наблюдения за здоровыми людьми и условиями их труда и быта, путем активного выявления самых ранних стадий болезней и своевременного их лечения. Важное место принадлежит диспансеризации и в работе врача-хирурга. Включает в себя 4 этапа:

1. Определение диспансеризуемых контингентов – по существующему положению в рабочем графике участкового врача для диспансерной работы выделяется не менее 2ч. в неделю. Охватываются как больные определенными заболеваниями, так и здоровые лица.

2. Активное выявление больных и организация их учета – для выявления лиц, страдающих заболеваниями, существуют следующие методы:

- профилактические медицинские осмотры, среди которых выделяют целевые осмотры ( они направлены на выявление определенного заболевания среди определенных групп населения), периодические осмотры ( проводятся для оценки состояния здоровья определенной группы лиц и выявление всех заболевших любой формой патологии) и общие осмотры;

- выявление подлежащих диспансеризации по текущей обращаемости в поликлинику имеет особо важное значение для диспансеризации так называемого неорганизованного населения. Случайное выявление у человека обратившегося в поликлинику или вызвавшего врача на дом позволяет участковому врачу своевременно начать диспансерное наблюдение;

- выявление заболевания в период стационарного лечения – не все лица попадающие в стационар проходят через поликлинику, кроме того, у некоторых больных правильный диагноз выясняется только при стационарном обследовании, нередко устана-вливаются начальные, клинически стертые формы заболеваний;

- анализ учетных документов регистрации больных – статистические талоны, экстренные извещения об инфекц. больном, извещение о впервые выявленных больных, листы временной нетрудоспособности.

Учет диспансеризуемых при этом оформляется следующая документация:

- список лиц, подлежащих осмотру ( форма № 278),

- медицинская карта амбулаторного больного – в правом верхнем углу такой карты принято ставить цветным карандашом букву «Д», тут же отмечают дату взятия на учет заболевание, по поводу которого больной наблюдается , по окончании диспансерного наблюдения проставляется дата снятия с учета,

- в конце каждого года врач составляет этапный эпикриз диспансерного больного в двух экземплярах: первый – в карте амбулаторного больного, второй – на отдельном листе, который передается в статистический кабинет для обработки результатов диспансеризации

- контрольная карта больного, состоящего на диспансерном учете (уч. форма № 30), врач во время осмотра делает запись в амбулаторной карте, одновременно отмечая в диспансерной карте срок следующей явки.

3. Активное врачебное и сестринское наблюдение – всех лиц на диспансерном учёте делят на 5 групп:

1 группа – практически здоровые люди;

2 группа – лица с хроническими заболеваниями или «угрожаемыми состояниями» без нарушения трудоспособности;

3 группа – больные с нестойкой компенсацией и сниженной трудоспособности;

4 группа – больные с нарушенной компенсацией заболевания и стойкой утратой трудоспособности;

5 группа – больные со стойкой декомпенсацией, нуждающиеся в систематическом лечении, а иногда и в постороннем уходе, полностью нетрудоспособны.

Диспансерное профилактическое лечение выявленных больных должно быть строго индивидуализированным и проводиться по хорошо продуманному плану, должен быть составлен индивидуальный план лечебно – профилактических мероприятий на год.

В индивидуальный план лечебно – профилактических мероприятий включают:

а) сначала должна быть сформулирована «профилактическая задача»;

б) трудовые рекомендации: рациональная организация труда и быта, вопросы, связанные с трудоустройством;

в) режим питания;

г) физическая нагрузка в условиях труда, занятие лечебной физкультуры;

д) лечение должно быть комплексным и включать в себя – назначение медикаментов, физиотерапию, санаторно–курортное лечение;

е) периодичность посещения больным врача, а также врачом и мед. сестрой больного.

4. Организация общественных профилактических мероприятий – это мероприятия, которые планируются и проводятся участковым врачом в тесном контакте с санитарными врачами и эпидемиологами СЭС, санитарным активом участка, общественными организациями по месту работы диспансеризуемых.

Диспансерная работа врача-терапевта постоянно контролируется зав. отделением. Для оценки эффективности работы диспансеризации проводят анализ, при этом узнают охват населения проф. осмотрами, диспансерным наблюдением.

Каждый месяц врач проводит санитарно-просветительскую работу среди населения своего участка. В данном месяце было прочитано 2 лекции – «Профилактика острых кишечных инфекций», «Факторы риска гипертонической болезни». В личной беседе с больными участковый врач-терапевт проводит беседы о здоровом образе жизни, о вреде курения, злоупотребления алкоголем, переедания, ожирения и т. п.

Участковый врач-терапевт по показаниям осуществляет госпитализацию больных на стацианарное лечение. Госпитализация проводилась в экстренном и плановом порядке. Перед экстренной госпитализацией проводилось необходимое лабораторное исследование (общий анализ крови, кровь на глюкозу, ЭКГ по показаниям) в срочном порядке. После получения результатов, вызывалась бригада скорой помощи на себя, выписывалось направление на госпитализацию. По прибытии кареты скорой помощи, больного вместе с направлением передавали медикам скорой помощи для транспортировки.

учет заболеваемости населения своего участка участковый врач-терапевт ведет по талонам талонам первичной обращаемости, по журнале регистрации посещений больных на дому по данным первичных посещений. Каждый год заведующему отделением сдается ведомость о заболеваемости своего участка. Учет ведется по общей заболеваемости и по заболеваемости по отдельным нозологическим формам.

1. Учитывая рекомендации по улучшению медицинской помощи населению

ЦГБ г.Дербента можно предложить следующие рекомендации по улучшению работы участкового врача-терапевта:

* 1. Улучшение оснащения кабинета участкового врача.
  2. Предоставление транспорта врачу при работе на участке.
  3. Увеличение предоставляемого времени на одного больного.
  4. Ведение документации с помощью электронных программ.

**6.Основные показатели деятельности участкового врача-терапевта**

|  |  |
| --- | --- |
| Средняя численность населения на 1 терапевтическом участке | Численность взрослого населения района обслуживания  Число территориальных терапевтических участков  =  15300/9= 1700 человек |
| Среднее число врачебных посещений на 1 жителя | Число врачебных посещений на дому и в поликлинике / среднегодовая численность населения = 175467/110000 = 1,59 посещений |
| Укомплектованность штатов | Число занятых должностей/число штатных должностей ×100 = 33/37×100 = 89,1% |
| Нагрузка на врачебную должность | Число посещений сделанных к врачам поликлиники / число занятых врачебных должностей = 175467/ 33 = 2636 человек |
| Участковость на приеме участковых врачей терапевтов | Число посещений к своему врачу, сделанных жителями участка /общее число посещений ко всем врачам, сделанных жителями участка ×100 = 2753/3852× 100 = 71,5% |
| Участковость по помощи на дому для участковых врачей терапевтов | Число посещений, сделанных на дому участковым врачом к жителям своего участка/ число посещений, сделанных на дому участковым врачом к жителям данного участка × 100 = 1415/1687 × 100 = 83,9% |
| Полнота охвата населения медицинскими осмотрами участковым врачом поликлиники | Число осмотренных лиц / число лиц подлежащих осмотру × 100 = 1736/1774 × 100 = 97,9% |
| Удельный вес профилактических посещений в поликлинику к врачу терапевту. | Число посещений в поликлинику с профилактической целью / общее число посещений в поликлинике ×100 = 435/1980×100 = 21,3% |
| Полнота охвата населения диспансерным наблюдением участковым врачом | Число лиц, состоящих на диспансерном участке / среднегодовая численность прикрепленного населения × 1000 = 98/ 1700× 1000 = 57,6 ‰ |

**Анализ основных показателей деятельности участкового терапевта**

1. Средняя численность населения на одном терапевтическом участке должна быть равна 1700-2000 человек. На исследуемом мною участке она равна1700-2000 человек. На исследуемом мною участке она равна 1700,что совпадает с нормой.
2. Среднее посещение врачей на 1 жителя составило 5,25. Это показатель превышает норму, так как он должен быть в пределах 2,5-3.
3. Укомплектованность по штатам должна стремиться к 100%, но в действительности она равна 89.1%. Отмечается недостаточная укомплектованность.
4. Участковость на приеме и на дому участковых врачей терапевтов в норме составляет 80-85%. В результате исследования мы видим, что участковость на приеме немного ниже нормы (71,5%), а участковость на дому не превышает её (83,9%).
5. Полнота охвата населения медицинскими осмотрами участковым врачом поликлиники равна 97,9%, и это отличный показатель (т.к. приближается к 100%).
6. Удельный вес профилактических посещений в поликлинику к врачу терапевту резко снижен, составляет всего 21,3% (в норме больше 70%), это объясняется тем, что лишь незначительное количество людей приходят на прием с профилактической целью.
7. Полнота охвата населения диспансерным наблюдением участковым врачом должна приближаться к 100‰, данный показатель =57, 6‰, что ниже нормы.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ** 1.Задания по общественному здоровью и здравоохранению для производственной практики. А. Г. Сердюков, В. А. Кульков, Л. В. Мартиросова, Н.Н.Курьянова,С.Н. Шапошникова,Ж.Б.Набережная,И.Б. Набережная, К.В.Волошенко, Д.А.Захаров, Н.А. Федорова,Л.А.Максимова.Астрахань 2010г.

2. В.Б.Юрьев «Здоровье населения и методы его изучения» СПб 1993.

3.Ю.П.Лисицын «Общественное здоровье и здравоохранение» М, Издательский дом ГЭОТАРТ-МЕД,2ОО2 г.

4.Медик В.А.,Токмачев М.С. «Руководство по статистике здравоохранения», М, «Медицина»,2006

5.Общественное здоровье здравоохранение: Учебник для студ./Под ред. В.А Минаева, Н.И.Вишнякова,-М.:МЕДпресс-информ,2004.

Профилактика неврозов.

Невротическая астения включает в себя те же проявления, которые наблюдаются у здоровых людей при переутомлении, но они значительно более выражены. Поставить знак равенства между астенией переутомленного человека и больного неврозом не оправдано. Эти состояния близки, но не тождественны. Поэтому некоторые исследователи (И.Д.Солодовников, 1972; Т.И.Кипиани, 1988) считают более правильным выделять так называемый «астенический синдром переутомления», или «астению переутомления», разграничивая тем самым неврозоподобные состояния («предболезнь», «предневроз») от уже состоявшегося нарушения здоровья - невроза.

Пожалуй, никогда еще так остро не стоял вопрос о невротической астении, как в наше время.

Ведущим **проявлением** астении переутомления являются снижение работоспособности, **повышенная утомляемость**, **раздражительность**, **эмоциональная неустойчивость**, **снижение внимания**, **ослабление памяти**. Как часто мы ощущаем в себе такие признаки. Они случаются тем чаще, чем больше мы работаем с физической, психической, информационной перегрузкой, не позволяя себе полноценного отдыха в конце рабочего дня и регулярного отпуска. Состояние общего упадка сил знакомо даже нашей молодежи. Достаточно сказать, что в студенческой поликлинике 35-60% всех обращающихся за медицинской помощью страдают подобным синдромом. Астениками оказываются более половины молодых людей призывного возраста.

Как ни парадоксально, но частота и распространенность неврозоподобного состояния должна убедить и даже успокоить страдающего человека в том, что у него нет какой-либо непонятной болезни, а всего лишь совершенно естественная физиологическая реакция на определенные жизненные трудности. Приобрести элементы уверенности в преходящем характере страдания и освободиться от страха наличия тяжелой болезни - это немалый успех в лечении неврозоподобного состояния и невроза. На рецептурном бланке для таких пациентов следовало бы обязательно писать одну фразу: «**Если тебе нужны лекарства, вот они: умеренная диета, покой и хорошее настроение**». Именно так мудро однажды сделал известный русский врач Ф. П. Гааз, прописывая лечение своему близкому другу невротику. Понятно, конечно, что речь идет о психотерапии. Обратиться к такому виду лечения пациентам с невротическими жалобами и симптомами очень полезно. Астеническому пациенту помощь психотерапевта особенно в сочетании с лечебной физкультурой, диетотерапией и упорядочением режима труда и отдыха может оказаться вполне достаточной для восстановления здоровья и работоспособности.

Немаловажное значение имеют также меры повышения резистентности (устойчивости, сопротивляемости) организма к действию широкого круга физических и умственных перегрузок и многих психотравмирующих факторов. Целям повышения устойчивости может служить применение ряда фармакологических препаратов, которые, по предложению видного русского фармаколога Н. В. Лазарева, выделены в класс «адаптогенов». Замечательно то обстоятельство, что адаптогены представлены исключительно препаратами растительного происхождения и только один из них (пантокрин) - животной природы. Наиболее важными из них являются препараты женьшеня, элеутерококка, аралии маньчжурской, заманихи, лимонника китайского, родиолы розовой (золотого корня), левзеи.

Больше всего научных сведений имеется по поводу клинического **применения женьшеня**. Это тонизирующее средство, издавна чрезвычайно популярное в медицине восточных стран - Китае, Японии и др., - в отечественной медицине стали применять не так давно, но зато довольно активно. Например, в больнице им. Кащенко проведено испытание экстракта корня этого растения как вспомогательного тонизирующего и общеукрепляющего средства в сочетании со специфическим лечением больных с органическими заболеваниями нервной системы и явлениями инфантилизма, гипотонии, упадка питания, депрессии, импотенции и истерическими реакциями. Положительные результаты лечения проявлялись улучшением общего состояния, уменьшением депрессии и головных болей, повышением активности, улучшением аппетита и прибавкой массы тела. Правда, многочисленные легенды о чрезвычайной эффективности женьшеня в лечении половой слабости подтвердились только отчасти. Умеренное лечебное действие настойки удалось выявить, но не при всех видах ослабления половой функции.

Клиническими испытаниями, проведенными доктором А.С.Тихомировым в хирургической клинике, было установлено, что у больных, ослабленных болезнью желудка, а затем оперативным вмешательством, постоперационный период протекал заметно благоприятнее, если они получали настойку женьшеня в количестве 20 капель 3 раза в день за 30 минут до еды в течение 22-28 дней. У таких пациентов в сравнении с группой оперированных больных, но не получавших женьшень, с первых же дней отмечались более спокойное, умеренное настроение, хороший сон и ранняя активность. Частота послеоперационных осложнений у них была меньше. Обращало на себя внимание также различие в умственной работоспособности пациентов двух сравниваемых групп и в способности к координации движений. Полученные результаты позволили клиницистам сделать вывод о том, что тонизирующее действие женьшеня проявляется в значительном повышении компенсаторных возможностей организма. На примере женьшеня и других адаптогенов природа показала свою способность тончайшей «отработки» действия целебных растений на организм человека. Стимулирующий эффект их дополняется успокаивающим влиянием, в результате чего наряду с чувством бодрости улучшается сон, что нередко позволяет отказаться от необходимости пользоваться снотворными. Ученые выяснили механизм такого, казалось бы парадоксального, действия. Дело в том, что растениям данной группы свойственно усиление корковых процессов в головном мозге и восстановление нормальной физиологической интеграции возбудительных и тормозных процессов в центральной нервной системе. Этим благодатным уравновешиванием объясняются положительные результаты, полученные в Московской медицинской академии им. Сеченова при изучении методов купирования эмоционального напряжения у студентов в предэкзамеционный и экзаменационный периоды. В исследовании участвовало 79 студентов, которые разделялись на 2 группы. Студенты I группы в течение 2,5 месяцев принимали транквилизатор, студенты II группы - препарат женьшеня. Оказалось, что прием транквилизатора не сказывался на уровне тревожных переживаний студентов в экзаменационную сессию, в то время как прием женьшеня значительно снизил состояние психофизиологического напряжения по сравнению с контрольной группой, т.е. с теми студентами, которые вообще ничего не принимали.

**При назначении женьшеня следует соблюдать осторожность**, даже большую, чем при назначении других лекарственных растений стимулирующего характера. Все адаптогены, хотя и малотоксичны, не вызывают привыкания и пристрастия, но при неправильно подобранной дозе могут дать противоположный ожидаемому эффект. Важно учитывать не только возраст и исходное состояние нервной системы пациента, но и время года. В жаркую пору особенно в южных районах препараты женьшеня способствуют повышению температуры тела и неэкономным энерготратам. Другими словами, стимулирующий эффект оплачивается дорогой ценой, поэтому в весенние и летние периоды, если препараты женьшеня и назначают, то в значительно меньших дозах. Особенно важно соблюдать эту рекомендацию при лечении астенического синдрома, сочетающегося с сердечно-сосудистым заболеванием. Противопоказанием для назначения женьшеня являются также острые инфекционные заболевания. Давать препараты женьшеня детям нежелательно, поскольку они могут стимулировать половое созревание.

Особо следует остановиться на достоинствах другого растительного адаптогена - **элеутерококка колючего**, чьи естественные запасы в нашей стране значительно превышают запасы родственного по действию, но редкого женьшеня. И.И.Брехман, в лаборатории которого впервые исследовали элеутерококк, видит" в нем универсальный стимулятор, при разумном применении не имеющий противопоказаний в широком диапазоне - от педиатрической до геронтологической практики. Корень элеутерококка высокоэффективен для восстановления работоспособности здорового человка в экстремальных условиях, например **при физической перегрузке**, стрессе или в случае длительной негативной жизненной ситуации, а также для восстановления работоспособности больных и выздоравливающих.

У пациентов стоматологической клиники предоперационная подготовка в виде сочетания препаратов элеутерококка, витамина Е и оксибутирата натрия повышала индивидуальные защитные силы, помогая преодолевать стрессовые состояния. Эффективно включение элеутерококка в комплекс предоперационной подготовки плановых хирургических больных. Оно способствует быстрому восстановлению белкового состава крови больных в постоперационном периоде и ускоряет заживление тканей. Свойство элеутерококка повышать устойчивость организма используют также в космической медицине. Помимо высококачественных продуктов питания и витаминов **космонавтов снабжают экстрактом этого замечательного лекарственного растения**.

У большинства пациентов с астено-невротическим синдромом переутомления после курса приема экстракта элеутерококка улучшаются самочувствие и сон, уменьшается утомляемость, человек становится бодрее.

Экстракт элеутерококка успешно применяли в психиатрической клинике Томского медицинского института, в частности при лечении больных с ипохондрическими состояниями различной природы. У всех больных при поступлении в клинику отмечались инертность основных нервных процессов и слабость активного торможения. Экстракт принимали по 40 капель 3 раза в день до еды в сочетании с успокаивающими средствами на ночь. Под его влиянием больные становились активными, у них уменьшались или вовсе исчезали жалобы ипохондрического характера, поведенческие реакции приобретали адекватность.

Следует, однако, знать, что большие дозы элеутерококка, как и других растений стимулирующего действия, могут вызвать ухудшение состояния и спровоцировать раздражительность и чувство тревоги.

**Настойку элеутерококка** можно приготовить в домашних условиях. Для этого 15-20 г тонко измельченных корней растения заливают 100 мл водки или спирта и настаивают примерно 2 недели. Принимают, как и аптечную форму, по 20-25 капель 2 раза в день за 30 минут до еды. Согласно мнению Л.Х.Гаркави, Е.Б.Квакиной и М.А.Усовой (авторов, за которыми числится открытие в области управления состоянием организма на основе адаптационных реакций), повышение устойчивости организма, развитие общей адаптационной реакции с помощью определенных веществ, в том числе и с помощью экстракта элеутерококка, можно ускорить, если применять эти вещества в малой дозе по принципу гомеопатии. **Экстракт элеутерококка**, в частности, рекомендуется принимать по 15 капель 1 раз в день утром натощак в одно и то же время. Учитывая тонизирующее и стимулирующее действие аралии маньчжурской, заманихи, левзеи, родиолы, их также назначают для лечения больных с астеническим состоянием. Кроме того, они могут восстанавливать работоспособность и у здорового человека, побывавшего в экстремальной ситуации, и у людей, переутомленных физической и умственной деятельностью, операторской работой и т.п. Этим вопросам посвящена изданная в 1989 году монография В.И. Иванченко и др. «Фитоэргономика», где рассматриваются тонкие биохимические и физиологические механизмы влияния лекарственных растений на работоспособность человека. Все названные тонизирующие растения прошли тщательное клиническое испытание. Большая заслуга в этом принадлежит доктору Г.П.Губиной, которая на большом числе больных неврологических и психиатрических клиник Москвы доказала целесообразность применения средств растительного происхождения в лечении изменений со стороны нервной системы.

**Настойка заманихи**, например, применялась при постинфекционой астении, посттравматической астении, реактивных астенодепрессивных состояниях, невротических синдромах, неврастении сексуальной. Настойка заманихи назначалась по 30-40 капель на прием 2-3 раза в день. Лечение оказалось весьма эффективным. Наиболее выраженный эффект наблюдался при разного рода астенических состояниях. Примерно к 6-7-му дню лечения у больных заметно уменьшались головные боли и боли в области сердца. Уменьшались утомляемость и раздражительность, улучшался сон. К концу 2-3-й недели появлялась бодрость, восстанавливалась работоспособность. Автор отмечает сравнительно большую эффективность этого растения при лечении астенических состояний различного генеза; при неврастении это менее эффективно. При подобной патологии доктор Г.П.Губина применяла **настойку аралии маньчжурской**. Больные принимали по 30-40 капель настойки на прием 2-3 раза в день в течение 1 месяца в условиях стационара. Примерно в 90% случаев состояние больных резко улучшалось, и нередко они полностью излечивались. У больных повышался аппетит, улучшался сон, увеличивалась работоспособность. Они переставали жаловаться на утомляемость, головную боль. Быстрому лечению поддавалась и постгриппозная астения.

В отношении действия аралии маньчжурской интересные результаты представили фармакологи. При сравнительном изучении листьев и корней этого растения оказалось, что сумма выделенных активных веществ по стимулирующему действию не уступает соответствующим препаратам из корней. Это тем более важно, что заготовку сырья можно производить без уничтожения растения.

Клинический опыт **применения левзеи**, **лимонника китайского** и **родиолы розовой** (золотой корень) показывает, что их действие однотипно с действием женьшеня, элеутерококка, заманихи и аралии.

Стимулирующим и адаптогенным действиями обладает лимонник китайский. Плоды (семена) этой лианы с незапамятных времен широко используются различными народностями обширных районов Дальнего Востока при физическом напряжении, физической и умственной усталости, сонливости.

Клинические исследования **экстракта из плодов** лимонника показали, что он очень полезен для больных с гипотонией и астенией. Проведены клинические наблюдения (И.Андреев, 1965) более чем на 480 больных, которым давали спиртовый экстракт плодов лимонника китайского перед едой по 25-30 капель на протяжении 20-30 дней. У 90% больных в результате лечения улучшалось самочувствие, повышался аппетит, увеличивалась работоспособность. У 80% гипотоников наблюдалась нормализация артериального давления.

Известны и другие замечательные свойства препаратов лимонника, в частности увеличение остроты зрения и адаптации к темноте.

Помимо спиртового экстракта фармацевты **из плодов лимонника готовят порошки и таблетки** (0,5).

В домашних условиях можно приготовить отвар: 10 г высушенных плодов заваривают 200 мл кипящей воды. Настаивают. Принимают по 1 столовой ложке натощак или через 4 часа после приема пищи 2-3 раза в день.

Препараты лимонника противопоказаны людям с повышенным артериальным давлением.

Целебные свойства левзеи (мараловая трава) и родиолы розовой (золотой корень) в настоящее время изучены довольно хорошо. Наиболее солидное исследование - сборник трудов теоретиков и клиницистов Томского медицинского института. Эта книга, изданная в 1966 году, называется "Стимуляторы центральной нервной системы". Наличие в ней большого количества научных сообщений, посвященных свойствам и механизмам действия названных лекарственных растений, говорит о возросшем к ним интересе. Действительно, институт Сибирского региона страны заслуженно обратился к изучению своей богатейшей зеленой сырьевой базы, причем настолько богатой, что она способна обеспечить изготовление чрезвычайно полезных лечебных препаратов.

Активные вещества левзеи и родиолы влияют подобно активным составляющим женьшеня и элеутерококка, обладают не меньшими стимулирующими и адаптогенными свойствами. Они проявляются в усилении сопротивляемости организма к неблагоприятным воздействиям, в повышении работоспособности и снятии утомления.

В старое время сибиряки, собираясь на дальнюю охоту, брали с собой настоенный на водке корень родиолы или приготовленную таким же образом настойку из плодов левзеи, потому что очень ценили эти растения за их способность повышать физическую выносливость и снижать усталость. Народной мудрости нельзя не удивляться. Экспериментальное исследование родиолы, проведенное на кафедре фармакологии Томского медицинского института, показало, что эмпирический подход народных целителей к приготовлению активного лечебного средства оказался совершенно правильным. Дело в том, что на кафедре провели сравнительное изучение стимулирующего действия целого ряда экстрактов родиолы, приготовленных на растворах спирта различной крепости, и установили разную их эффективность и ее зависимость от разведения спирта. Наиболее активным оказался экстракт на 40-градусном спирте. Это жидкость темно-бурого цвета вяжущего вкуса.

Интересны научные сообщения о влиянии препаратов родиолы и левзеи на умственную работоспособность здоровых людей, выполненные с привлечением студентов-добровольцев, находящихся в условиях одинакового трудового режима. В качестве теста использовали при этом корректурный тест по специальной таблице, позволяющий судить о качестве и объеме выполненной работы. Корректурная работа повторялась дважды: первый раз до и второй раз через 1 час после приема препаратов. По разнице в числе проверенных знаков можно судить о количественной стороне умственной работы. На ее качественную сторону указывало изменение процента ошибок, допущенных в корректуре. При сравнении результатов наблюдений, в которых испытуемые принимали экстракт родиолы в дозах 5, 10 или 20 капель, с контрольными опытами (прием в тех же количествах спирта 40, подкрашенного под цвет экстракта) , оказалось, что прием экстракта способствовал значительному уменьшению процента ошибок, причем экстракт родиолы обнаруживал несколько большую стимулирующую активность по сравнению с активностью левзеи.

В клиниках Томского медицинского института проведена также клиническая апробация действия того и другого лекарственного растения. У большого числа больнах неврозами после курсового приема экстракта левзеи (40 капель 2-3 раза в день в течение 10 дней) или экстракта родиолы (10 капель 2-3 раза в день так же на протяжении 10 дней) прошла бессоница, снизилась раздражительность, заметно уменьшились или исчезли вовсе различные расстройства со стороны внутренних органов. Например, у пациентов с гипотонией нормализовались артериальное давление и частота пульса. Авторы исследований объясняют наблюдаемый положительный клинический эффект усилением слабых нервных процессов в коре головного мозга и нормализацией их подвижности с помощью активных компонентов в составе вытяжки родиолы и левзеи.

Бесценно влияние названных стимуляторов центральной нервной системы на иммунологическую реактивность организма человека. Доказано, что благодаря им организм приобретает специфическую невосприимчивость к ряду инфекционных заболеваний.

**Прекрасный "тонизирующий бальзам"** предлагает известный специалист по питанию В. С. Михайлов (1987) на своих лекциях. Вот **рецепт этого травного чая**: Готовится сухая смесь из равных количеств мать-и-мачехи, зверобоя, душицы, мяты, кукурузных рылец, липового цвета, плодов шиповника. Одну чайную ложку смеси заварить одним стаканом кипятка. Это дневная доза для 2-3 приемов. Пить за 2-3 часа до завтрака. Очень хорошо добавлять мед.

Некоторые люди предъявляют к себе повышенные требования, устанавливают жесткие принципы, которых они должны неукоснительно придерживаться. Это часто бывает неоправданно и если человек, предрасположенный к неврозу, не может выполнить какие-то из этих требований, то у него назревает внутренний конфликт. И задача человека, желающего избежать невроза, заключается в том, чтобы предупредить возникновение этого конфликта.

Еще очень важно для предупреждения невроза вести правильный образ жизни, питания, правильно распределить свое время между отдыхом, работой и развлечениями. Неврозы, лечение неврозов не будет Вас беспокоить, если исключить из своего рациона чрезмерное употребление кофе, алкоголь и привычку курить, если она есть. Так же важно, как показала практика, находиться в хорошем расположении духа, что помогает легче переносить различные неприятности, провоцирующие возникновение невроза. А чтобы добиться хорошего душевного состояния нужно укреплять физическое здоровье.

Ко всему вышесказанному хочется добавить, что только от самого человека зависит, как на него будут оказывать воздействие внешние обстоятельства и приведут ли они его к неврозу. Сами по себе обстоятельства не имеют силы и ничего не решают за человека, человек придает им значение сам и сам выбирает, как на них реагировать.  
Так вот, если вы хотите избежать такой проблемы как невроз, пересмотрите свое отношение к ситуациям, событиям, людям, свою реакцию на них, освободитесь от тех черт характера, которые создают вам затруднения в жизни, иначе вам придется постоянно и безуспешно обращаться к врачам. Выбор и решение всегда остается за вами.