Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Сеченовский университет

Кафедра поликлинической терапии
Института клинической медицины

Профилактика первичная и вторичная в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения. Диспансерный метод в работе врача-терапевта поликлиники.

Основные понятия

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
«ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
от 01.11.2011 г. №323-ФЗ

Здоровье - состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма

Охрана здоровья граждан - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи

Профилактика - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

323-ФЗ устанавливает приоритет профилактики в сфере охраны здоровья (глава 2, ст.4, п.8)

Перечень социально значимых заболеваний

Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 г. № 715

"Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих"

1.	*туберкулез*
2.	*инфекции, передающиеся преимущественно половым путем*
3.	*гепатит В*
4.	*гепатит С*
5.	*болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)*
6.	*злокачественные новообразования*
7.	*сахарный диабет*
8.	*психические расстройства и расстройства поведения*
9.	*болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением*

Заболевания, представляющие опасность для окружающих

Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 г. № 715

"Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих"

1.	*болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)*
2.	*вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки*
3.	*гельминтозы*
4.	*гепатит В*
5.	*гепатит С*
6.	*дифтерия*
7.	*инфекции, передающиеся преимущественно половым путем*
8.	*лепра*
9.	*малярия*
10.	*педикулез, акариаз и другие инфестации*
11.	*сап и мелиоидоз*
12.	*сибирская язва*
13.	*туберкулез*
14.	*холера*
15.	*чума*

Виды профилактики

Первичная профилактика — система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды, вакцинация, и т. д.).
Большая часть мероприятий первичной профилактики требует решений в области межведомственного взаимодействия, в том числе в масштабах государства.

Вторичная профилактика — комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, чрезмерные нагрузки на функциональные системы организма, ослабление иммунитета и др.) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания.
Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Третичная профилактика — комплекс мероприятий, направленный на реабилитацию больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию.

Виды профилактики

Популяционная - система мероприятий больших групп людей (населения в целом, отдельных территорий, профессиональных коллективов, учащихся и т.д.)

Групповая – система мероприятий по охране здоровья и профилактике заболеваний групп людей, сформированных по определенному признаку (возрастному, профессиональному, по наличию сходных факторов риска развития заболеваний и т.д)

Индивидуальная – система мероприятий по охране здоровья конкретного человека. Включает меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек, те. соблюдение норм здорового образа жизни:

- ✓ личная гигиена,
- ✓ рациональное питание и питьевой режим,
- ✓ рациональный режим труда и отдыха,
- ✓ активные занятия физической культурой,
- ✓ гигиена семейных отношений и др

Эффективность мер популяционной профилактики зависит:

- ✓ от сознательного отношения граждан к охране своего здоровья и здоровья окружающих,
- ✓ от активного участия населения в осуществлении профилактических мероприятий,
- ✓ от того, насколько полно каждый гражданин использует предоставляемые ему обществом возможности для укрепления и сохранения здоровья

Виды профилактики

Популяционная профилактика включает систему социальных, экономических , законодательных, воспитательных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и лечебных мероприятий, планомерно проводимых государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения.

Меры популяционной профилактики направлены на:

- ✓ обеспечение высокого уровня общественного здоровья,
- ✓ устранение причин, порождающих болезни,
- ✓ создание оптимальных условий коллективной жизни, включая условия труда, отдыха, материальное обеспечение, жилищно-бытовые условия,
- ✓ расширение ассортимента продуктов здорового питания,
- ✓ развитие культуры, физической культуры, спорта, туризма и т.д.,
- ✓ развитие здравоохранения.

Практическое осуществление популяционной профилактики требует законодательных мер, постоянных и значительных материальных затрат, а также совместных действий всех звеньев государственного аппарата, медицинских учреждений, работодателей, транспорта, агропромышленного комплекса, общественных организаций.

Медицинская профилактика

Медицинская профилактика включает систему медицинских мероприятий по охране здоровья и профилактике заболеваний у населения, в том числе работу по выявлению и коррекции факторов риска развития заболеваний, проводимых при непосредственном участии медицинских работников

Медицинские организации (как амбулаторно-поликлинические, так и стационарные) осуществляют медицинскую профилактику, включая меры популяционной групповой, индивидуальной профилактики

Стратегии профилактики

- ✓ Популяционная
- ✓ Факторов риска
- ✓ Вторичной профилактики заболеваний

ФАКТОРЫ РИСКА
развития хронических неинфекционных заболеваний

НЕМОДИФИЦИРУЕМЫЕ:

- пол
- возраст
- наследственность

МОДИФИЦИРУЕМЫЕ:

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ

- нерациональное питание
- недостаточная физическая активность
- избыточная масса тела
- курение
- чрезмерное употребление алкоголя
- потребление наркотических/ психотропных веществ без назначения врача
- высокий уровень стресса

БИОЛОГИЧЕСКИЕ

- повышенное артериальное давление
- гипергликемия
- гиперхолестеринемия

Нормативная база

Приказ Минздрава России от 03.12.2012 г. №1006н

«Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»

Приказ Минздрава России от 06.12.2012 г. №1011н

«Об утверждении порядка проведения профилактических медицинских осмотров»

Приказ Минздрава России от 18.06.2013 г. №382н

«О формах медицинской документации и статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров»

Методические рекомендации Минздрава России (2013 год)

«Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения» (с 01.09.2013 г. – издание 2-е, в соответствии с информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.08.2013 г. №14-2/10/2-6432)

Приказ Минздрава России от 30.09.2013 г. N 677

«Об утверждении Информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года»

Приказ Минздрава России от 03.02.2015 г. N 36ан

«Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»

Приказ Минздрава России от 06.03.2015 г. №87н

«Об унифицированной форме медицинсмкой документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению»

Приказ Минздрава России от 30.09.2015 г. №683н

«Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Диспансеризация – комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в целях раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения России и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов

Современная диспансеризация в Российской Федерации проводится в 2 этапа.
Первый – скрининг – направлен на выявление признаков заболеваний и/или факторов риска их развития.

При проведении диспансеризации определение факторов риска развития заболеваний проходит на 1 этапе!

Второй – уточняющий – направлен на уточнение признаков наличия заболевания и/или факторов риска.

Первый этап проходят все граждане, подлежащие диспансеризации в текущем году.
Второй этап проходят только те граждане, у которых выявлены отклонения показания к дополнительному обследованию по результатам первого этапа.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ГРАЖДАНИНУ 1 РАЗ В 3 ГОДА
В ТЕ ГОДА, КОГДА ЕМУ ИСПОЛНЯЕТСЯ:
21, 24, 27, 30, 33, 36, 39, 42, 45, 48, 51, 54, 57, 60, 63, 66, 69, 72, 75, 78, 82, 85, 88, 91, 94, 96, 99 лет

граждане проходят диспансеризацию в соответствии с годом рождения :

в 2013 году:
1992, 1989, 1986, 1983, 1980, 1977, 1974, 1971, 1968, 1965, 1962, 1959, 1956, 1953, 1950, 1947, 1944, 1941, 1938, 1935, 1932, 1929, 1926, 1923, 1920, 1917, 1914

в 2014 году:
1993, 1990, 1987, 1984, 1981, 1978, 1975, 1972, 1969, 1966, 1963, 1960, 1957, 1954, 1951, 1948, 1945, 1942, 1939, 1936, 1933, 1930, 1927, 1924, 1921, 1918, 1915

в 2015 году:
1994, 1991, 1988, 1985, 1982, 1979, 1976, 1973, 1970, 1967, 1964, 1961, 1958, 1955, 1952, 1949, 1946, 1943, 1940, 1937, 1934, 1931, 1928, 1925, 1922, 1919, 1916

Следующий трехлетний цикл: **2016-2016-2018 г.г.**

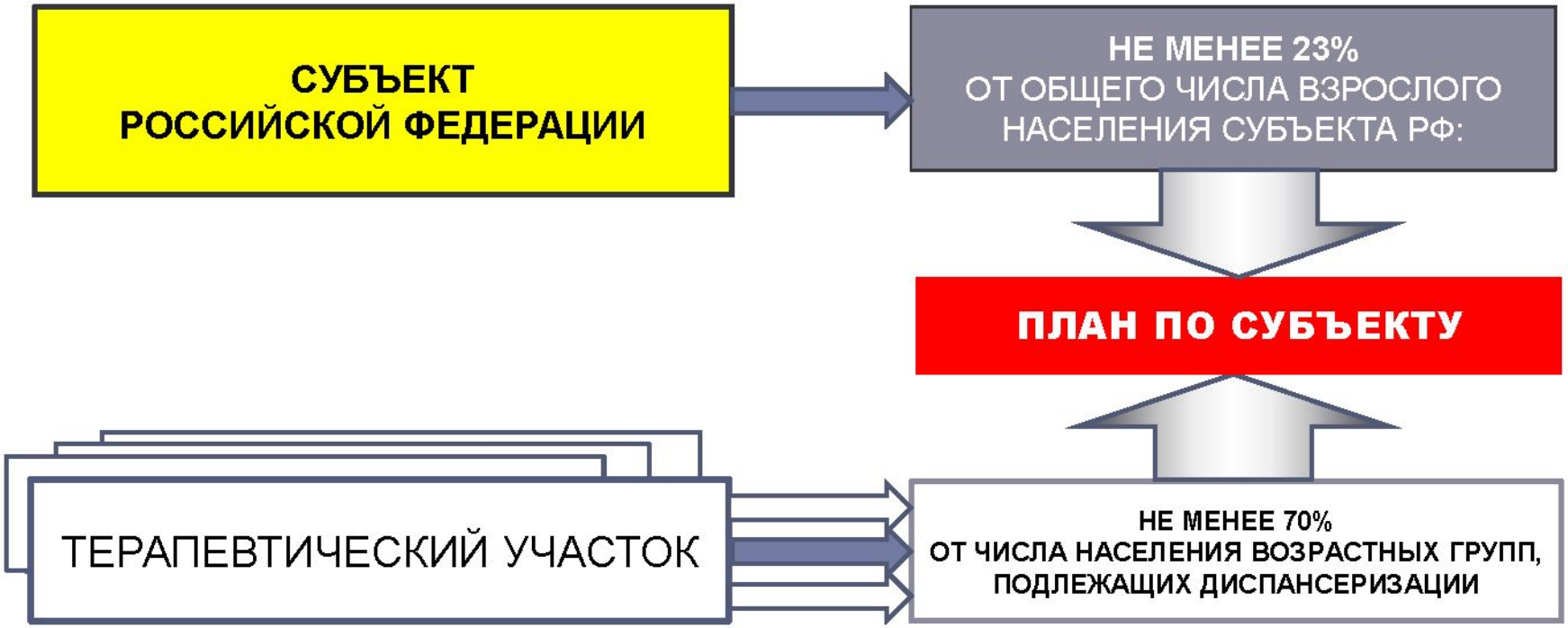
В года, когда гражданин не подлежит диспансеризации, он может пройти профилактический медицинский осмотр 1 раз в 2 года (проводится в 1 этап)

ПЛАНИРОВАНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Государственная программа «Развитие здравоохранения»:

ежегодно - 23% от количества взрослого населения

КАК ФОРМИРУЮТСЯ ЭТИ 23 ПРОЦЕНТА:
ИНСТРУКТИВНОЕ ПИСЬМО МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 23.01.2013 Г. №17-9/10/2-409



ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ по приказу МЗ РФ от 03.12.2012 г. №1006н

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В 2 ЭТАПА

1. Скрининг → проводится с целью раннего выявления хронических заболеваний и факторов риска их развития → проводится всем → Программа обследования зависит от пола и возраста

2. Специали-зированный → проводится при необходимости дополнительного обследования для уточнения диагноза → проводится по показаниям → Программа обследования определяется по результатам 1 этапа

ЗАКЛЮЧЕНИЕ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

ФОРМИРУЕТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ
ПОСЛЕ 1 ИЛИ (ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ К 2 ЭТАПУ) ПОСЛЕ 2 ЭТАПА

ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ
ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ НАПРАВЛЕН НА ДООБСЛЕДОВАНИЕ ВНЕ РАМОК ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

ПРОГРАММА ДООБСЛЕДОВАНИЯ ВНЕ РАМОК ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ

ПРОГРАММА 1 ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

	ИССЛЕДОВАНИЕ	Кто проходит исследования		
		21-36	39-60	Старше 60
1	Анкетирование (ответы на 43 вопроса, ниже – п.п.анкеты)	М, Ж 21-99		
2	ИМТ/ объем талии	М, Ж 21-99		
3	АД	М, Ж 21-99		
4	Флюорография легких	М, Ж 21-99		
5	Уровень общего холестерина крови	М, Ж 21-36, 42, 48, 54, 60, 66, 72, 78, 84, 90, 96		
6	Уровень глюкозы крови	М, Ж 21-36, 42, 48, 54, 60, 66, 72, 78, 84, 90, 96		
7	Определение ВГД	-	М, Ж 39-99	
8	ЭКГ в покое	-	М 39-99, Ж 45-99 (до указ.возраста - при перв. прохождении)	
9	Осмотр акушеркой смотр.кабинета, взятие мазка, цитология	Ж 21-99		
10	Маммография	-	Ж 39-99	
11	Клинический ан. крови	М, Ж 21-36, 42, 48, 54, 60, 66, 72, 78, 84, 90, 96		
	Клинический ан. крови развернутый	-	М, Ж 39, 45, 51, 57, 63, 69	
12	Биохимический ан. крови	-	М, Ж 39, 45, 51, 57, 63, 69	
13	Общий анализ мочи	М, Ж 21-99		
14	Кал на скрытую кровь	-	М, Ж 45-99	
16	УЗИ органов брюшной полости	-	М, Ж 39, 45, 51, 57, 63, 69, 75, 81, 87, 93, 99	
	Прием врача-терапевта, кратк. проф. консультир.	М, Ж 21-99		

1 этап диспансеризации обязательно заканчивается приемом врача-терапевта участкового!

ПРОГРАММА 2 ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ 1 ЭТАПА

	ИССЛЕДОВАНИЕ	ПОКАЗАНИЯ
1	Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий	ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ НА ОСНОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ 1 ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (СМ.ПРИКАЗ №36ан)
2	Эзофагогастродуоденоскопия	
3	Осмотр врача-невролога	
4	Осмотр врача-хирурга (врача-уролога)	
5	Осмотр врача-хирурга (врача-проктолога)	
6	Колоноскопия (ректороманоскопия)	
7	Определение липидного спектра крови	
8	Осмотр врача акушера-гинеколога	
9	Определение концентрации гликированного гемоглобина в крови	
10	Осмотр врача-оториноларинголога	
11	Анализ крови на содержание простатспецифического антигена	
12	Осмотр врача-офтальмолога	
13	Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование	ВСЕМ ПРОШЕДШИМ 2 ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ
	Прием врача-терапевта после 2 этапа	ВСЕМ ПОСЛЕ 2 ЭТАПА

2 этап диспансеризации обязательно заканчивается приемом врача-терапевта участкового!

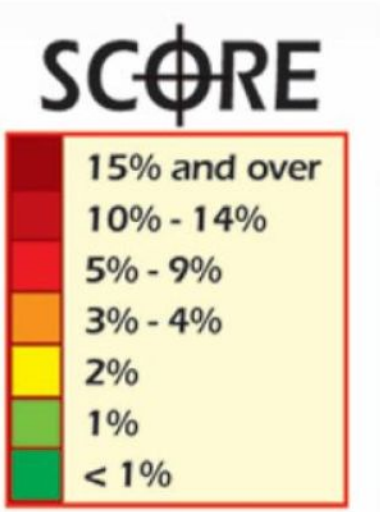
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ХНИЗ)

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХНИЗ	КРИТЕРИИ	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЗНАЧЕНИЯ
ПОВЫШЕННОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ	СИСТОЛИЧЕСКОЕ АД	**≥ 140 мм рт ст**
	ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ АД	**≥ 90 мм рт ст**
	ИЛИ НАЛИЧИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	
ОЖИРЕНИЕ	ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА	**≥ 30**
ДИСЛИПИДЕМИЯ	УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА КРОВИ	**≥ 5,0 ММОЛЬ/Л**
	УРОВЕНЬ ЛПВП КРОВИ	**МУЖ < 1,0 ММОЛЬ/Л** **ЖЕН < 1,2 ММОЛЬ/Л**
	УРОВЕНЬ ЛПНП КРОВИ	**≥ 3 ММОЛЬ/Л**
	УРОВЕНЬ ТГ КРОВИ	**≥ 1,7 ММОЛЬ/Л**
	ИЛИ НАЛИЧИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	
ГИПЕРГЛИКЕМИЯ	УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ НАТОЩАК	**› 6,1 ммоль/л**
	ИЛИ НАЛИЧИЕ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	
ОТЯГОЩЕННАЯ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ ПО ХНИЗ	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ (ИЛИ ОТВЕТ «НЕ ЗНАЮ») НА ВОПРОСЫ О НАЛИЧИИ ХНИЗ У БЛИЖАЙШИХ РОДСТВЕННИКОВ	
НИЗКАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ	ХОДЬБА В УМЕРЕННОМ ИЛИ БЫСТРОМ ТЕМПЕ МЕНЕЕ 30 МИН В ДЕНЬ	
НЕРАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ	1) НЕДОСТАТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ И ОВОЩЕЙ (МЕНЕЕ 400 ГРАММОВ ИЛИ МЕНЕЕ 4-6 ПОРЦИЙ В СУТКИ); 2) УПОТРЕБЛЕНИЕ В ПИЩУ СОЛИ БОЛЕЕ 5 ГРАММОВ В СУТКИ, ДОСАЛИВАНИЕ ПРИГОТОВЛЕННОЙ ПИЩИ, ПРЕДВАРИТЕЛЬНО НЕ ПРОБУЯ, ЧАСТОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СОЛЕНОСТЕЙ, КОНСЕРВОВ, КОЛБАСНЫХ ИЗДЕЛИЙ); 3) УПОТРЕБЛЕНИЕ В ПИЩУ 6 И БОЛЕЕ КУСКОВ (ИЛИ ЧАЙНЫХ ЛОЖЕК) САХАРА, МЁДА, ВАРЕНЬЯ, ДРУГИХ СЛАДОСТЕЙ В ДЕНЬ; 4) ОТСУТСТВИЕ КОНТРОЛЯ СОДЕРЖАНИЯ ЖИРОВ В УПОРЕБЛЯЕМЫХ ПРОДУКТАХ	
ТАБАКОКУРЕНИЕ	ЕЖЕДНЕВНОЕ ВЫКУРИВАНИЕ 1 И БОЛЕЕ СИГАРЕТЫ В ДЕНЬ	
ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ И ПСИХОТР.ВЕЩЕСТВ БЕЗ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА	АНКЕТИРОВАНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ВЫЯВЛЕНИЕ УКАЗАННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА,	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ ХОТЯ БЫ НА ОДИН ВОПРОС ИЗ УКАЗАННЫХ

Индекс массы тела
ИМТ(кг/м^2) = масса тела(кг)/рост^2(м^2)

ИМТ (кг/м 2)	Заключение
<16	Истощение
< 18,5	Дефицит массы тела
18,5 – 24,9	Нормальная масса тела
25 – 29,9	Избыточная масса тела
30,0 – 34,9	Ожирение 1 степени
35,0 – 39,9	Ожирение II степени
≥ 40	Ожирение III степени

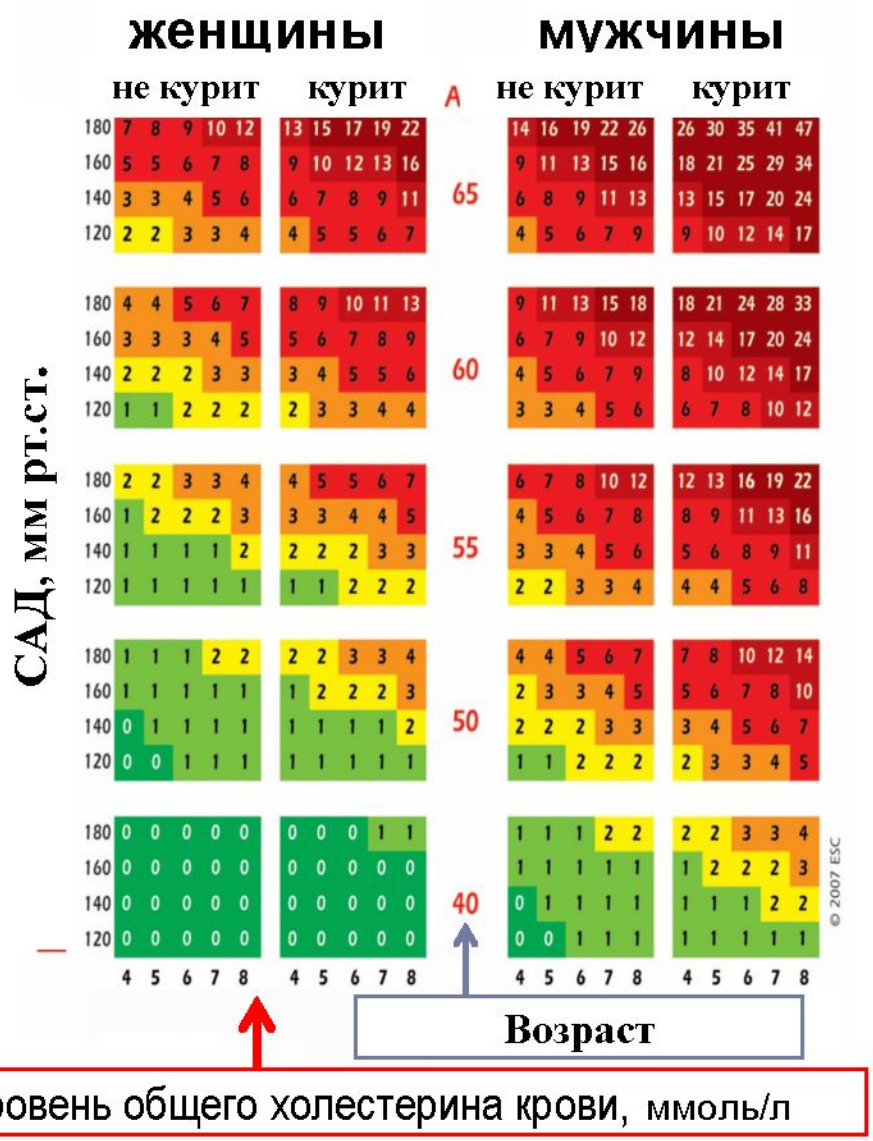
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММАРНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА (ШКАЛА SCORE)



Суммарный сердечно-сосудистый риск зависит от:

- пола,
- возраста,
- уровня систолического артериального давления,
- уровня общего холестерина крови,
- отношения к курению (курит/не курит)

ШКАЛА SCORE ДЛЯ СТРАН С ВЫСОКИМ РИСКОМ ССЗ



СУММАРНЫЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК – ЭТО НЕ ТОЛЬКО ШКАЛА SCORE…

ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК
Доказанный атеросклероз любой локализации (коронарография, МСКТ и др., перенесенные ИМ, ТЛБА, АКШ, МИ, периферический атеросклероз)
Диабет II и I типа с поражением органов-мишеней (микроальбуминурией)
Хроническая болезнь почек (СКФ < 60 мл/мин/1,73м^2)
Риск SCORE ≥ 10%
ВЫСОКИЙ РИСК
Значительно повышенные уровни отдельных факторов риска, например АГ высокой степени тяжести или семейная дислипидемия
Риск SCORE ≥ 5% и < 10%
УМЕРЕННЫЙ РИСК
Риск SCORE ≥ 1% и < 5%
НИЗКИЙ РИСК
Риск SCORE < 1%

НОВЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ!

ГЗ	ОПРЕДЕЛЕНИЕ		ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
I	не установлены ХНИЗ, отсутствуют ФР или имеются ФР **при низком или среднем абсолютном (суммарном) сердечно-сосудистом риске.** Не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).	→	**Краткое профилактическое консультирование**
II	не установлены ХНИЗ, имеются ФР развития ХНИЗ **при высоком или очень высоком абсолютном (суммарном) сердечно-сосудистом риске**. Не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).	→	**Углубленное и/или групповое профилактическое консультирование,** **коррекция ФР ХНИЗ** в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты. Подлежат **диспансерному наблюдению в отделении медицинской профилактики**
IIIа	(1) **имеются ХНИЗ, требующие установления диспансерного наблюдения** или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также (2) **граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании**	→	Подлежат **диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами** с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. Гражданам с ФР ХНИЗ проводится их коррекция в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья
IIIб	(1) **не имеется ХНИЗ, но требующие установления диспансерного наблюдения** или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний (2) **граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании**		

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ по приказу МЗ РФ от 03.12.2012 г. №1006н

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 1 ЭТАПА

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
! ПРОВОДИТСЯ ВСЕМ

ПРОВОДИТСЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ УЧАСТКОВЫМ (ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ)

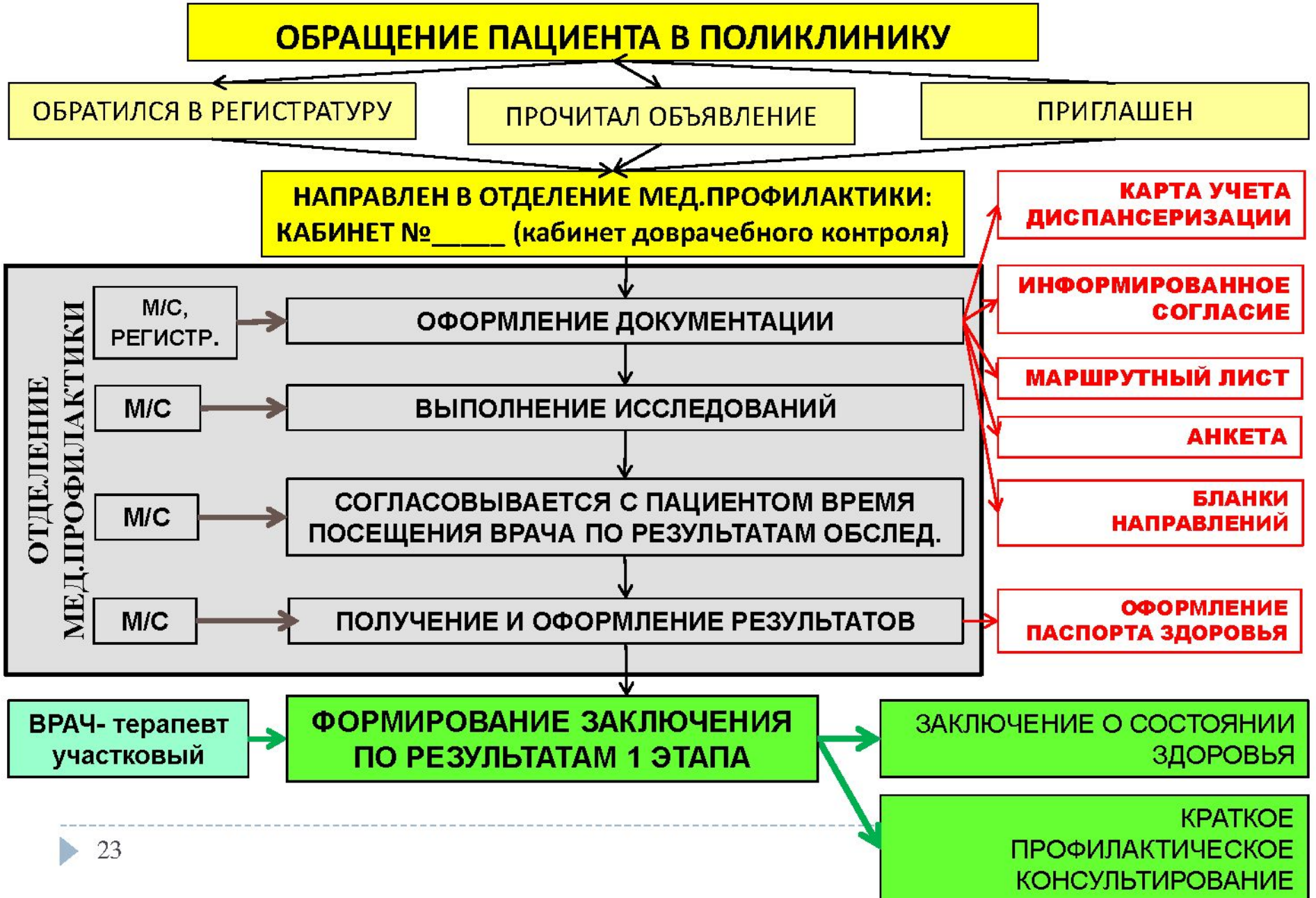
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 2 ЭТАПА

1) УГЛУБЛЕННОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

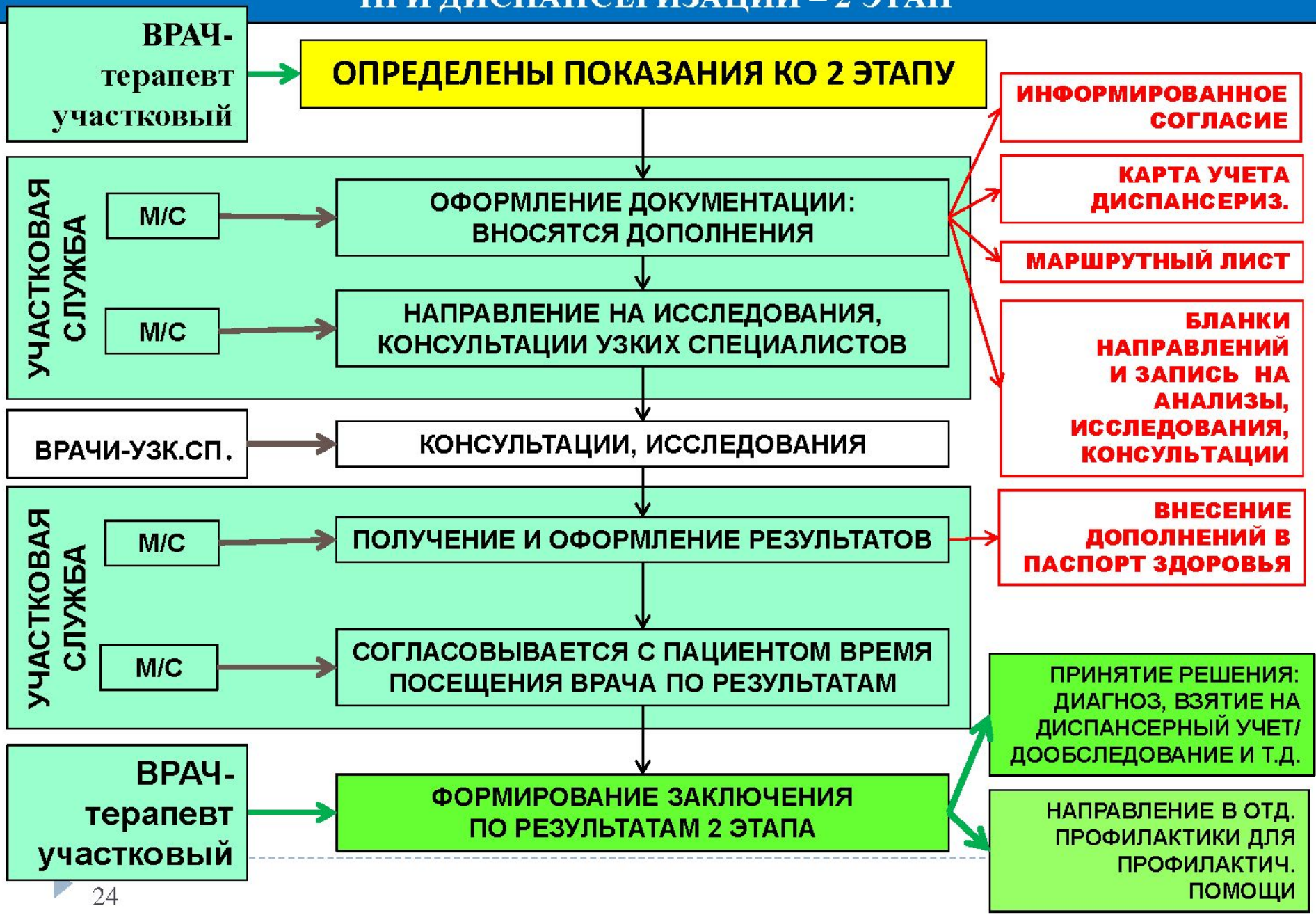
2) ГРУППОВОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

ПРОВОДИТСЯ В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ

МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ – 1 ЭТАП



МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ – 2 ЭТАП



ПРИМЕРЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Холестерин:

1 этап – уровень общего холестерина,

При выявлении повышенного уровня пациент направляется на 2 этап:

2 этап – липидный профиль (определение уровней фракций холестерина крови) – направляются пациенты, у которых на 1 этапе выявлен повышенный уровень общего холестерина крови

Глюкоза крови:

1 этап – уровень глюкозы крови

При выявлении повышенного уровня пациент направляется на 2 этап:

2 этап – уровень гликированного гемоглобина

Повышенное артериальное давление:

1 этап – измерение артериального давления.

При выявлении повышенного артериального давления пациент направляется на дообследование для уточнения диагноза заболевания (если диагноз заболевания, связанного с артериальной гипертензией, ранее не был установлен).

- При адекватной антигипертензивной терапии (т.е. при адекватном лечении, направленном на снижение артериального давления) артериальное давление будет менее 140/90 мм.рт.ст.

- Однако употребление в пищу более 5 граммов соли в сутки приводит к отсутствию эффекта от приема лекарственных препаратов! В этом случае необходимо сначала провести коррекцию потребления соли и отрегулировать водно-питьевой режим!!!

При выявлении поведенческих факторов риска развития заболеваний (нерациональное питание, низкая физическая активность и др.) пациенту даются рекомендации по коррекции факторов риска.
Для этого проводится ***профилактическое консультирование***

ВАЖНО!

Факторы риска развития заболеваний или признаки наличия заболеваний могут быть выявлены не только в рамках диспансеризации, но и при любом обращении в медицинскую организацию.

В этом случае при наличии признаков возможного заболевания или повышенных уровней биологических факторов риска пациент должен быть направлен на дообследование,

а при выявлении поведенческих факторов риска – в центр здоровья или в отделение медицинской профилактики для профилактического консультирования и коррекции факторов риска.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

ЗАДАЧИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

- формирование активного, ответственно отношения к своему здоровью,
- формирование готовности пациента действовать совместно с врачом в интересах своего здоровья

УРОВНИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

- рациональный
- иррациональный

СПОСОБЫ ПОДАЧИ ИНФОРМАЦИИ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

- директивный
- недирективный

(в зависимости от конкретной ситуации)

- использование простых убщеупотребительных слов,
- использование доступной пациенту формы аргументации

КОМПОНЕНТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

- информирование
- объяснение
- оценка отношения пациента к полученной информации

Принципы рационального питания:

- Энергетическая сбалансированность,
- Питательная сбалансированность (сбалансированность по содержанию белков, жиров, углеводов, минералов и витаминов)
- Минимизация количества употребляемых продуктов с высоким содержанием жиров,
- Соблюдение водно-солевого режима, снижение количества употребляемой соли,
- Адекватная физическая активность

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Основными критериями эффективности диспансеризации взрослого населения являются:

1) охват диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации и подлежащего диспансеризации в текущем году (плановое значение - не менее 23% ежегодно);
2) охват индивидуальным углубленным профилактическим консультированием граждан со II и IIIа группой состояния здоровья, а также граждан с IIIб группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск (плановое значение - не менее 60% от имеющих медицинские показания для проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования);
3) охват групповым профилактическим консультированием (школа пациента) граждан с II и IIIа группами состояния здоровья, а также граждан с IIIб группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск (плановое значение - не менее 60% от имеющих медицинские показания для проведения группового профилактического консультирования).

Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1344н

«Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения»

Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СОСТОЯНИЙ), ПРИ НАЛИЧИИ КОТОРЫХ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ

N	Заболевание (состояние), по поводу которого проводится диспансерное наблюдение	Периодичность осмотров	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания

Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинским работником включает:

1) оценку состояния гражданина, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
4) проведение краткого профилактического консультирования;
5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление гражданина в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента);
6) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Критериями эффективности диспансерного наблюдения являются:

1) уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
2) уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;
3) отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
4) снижение показателей смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций, граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
5) уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
6) снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.