

# Актуальные вопросы итогов диспансеризации 2017 года и 1 квартала 2018 года

Главный врач ГУ «РВФД» - Ломов Виталий Евгеньевич  
Зав. ОМО ЦМП ГУ «РВФД» – Комлева Марина Николаевна



# Нормативно-правовые документы:

1. Приказ МЗ РФ от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка диспансеризации определенных групп взрослого населения».
2. Приказ 87н от 6 марта 2015 года «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению».
3. Приказ № 1344н от 21 декабря 2012 года «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения»
4. Методические рекомендации «Диспансеризация определенных групп взрослого населения» 4-е издание, г. Москва, 2017 год.
5. Письмо Минздрава России от 13.11.2015 №17-9/10/2-6876.



# Итоги диспансеризации

2017 год	3 мес. 2018г.
Завершили 1 этап диспансеризации	
120233 чел. 88,2%	34860 чел. 26,1% годового плана
проживающие в сельской местности	
29,8%	37,4%
Отказ от прохождения медицинских мероприятий	
19,6%	17,6%
Исследование кала на скрытую кровь ИХМ	
58559 чел. (48,7% от прошедших)	8160 чел. (23,4% от прошедших)
Диспансерное наблюдение в кабинетах/отделениях профилактики	
2095 чел. (9%)	488 чел. (6,2%)

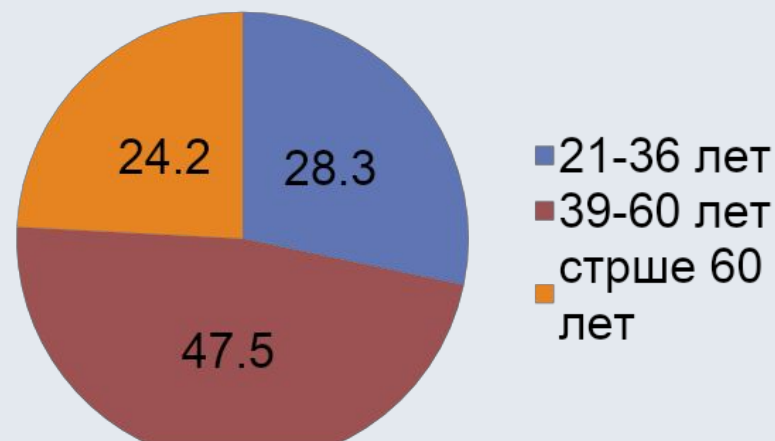
# Половозрастная структура

1 кв. 2018 г.

2017 г.



**М – 36,7%**  
**Ж – 63,3%**

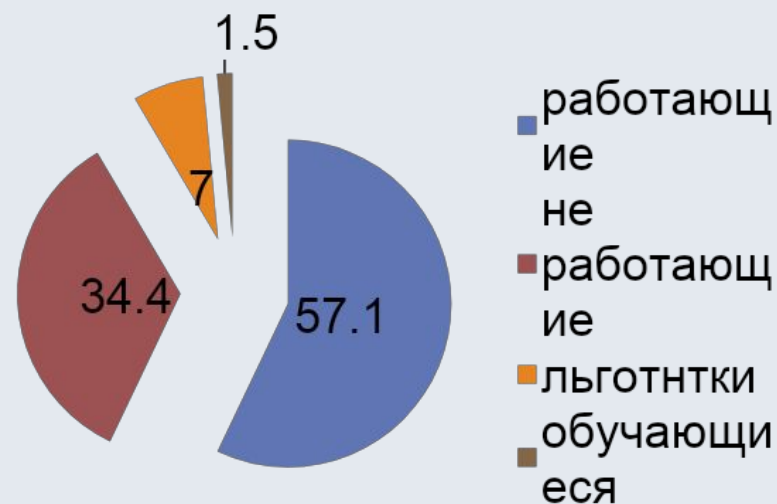
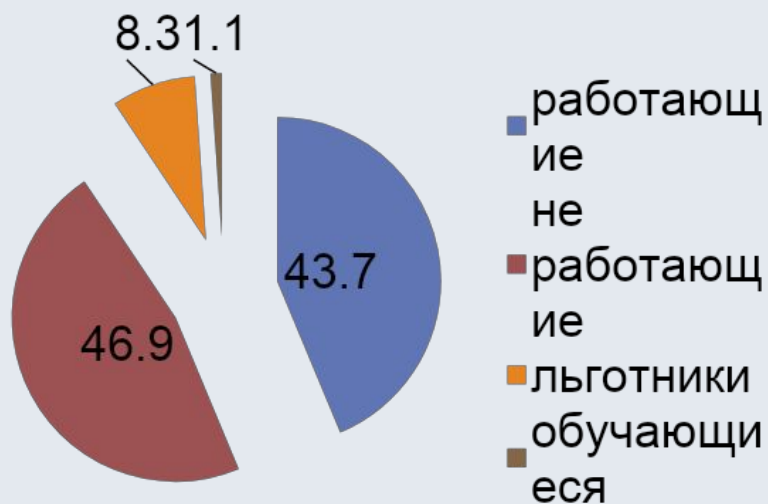


**М – 38%**  
**Ж – 62%**

# Социальная структура

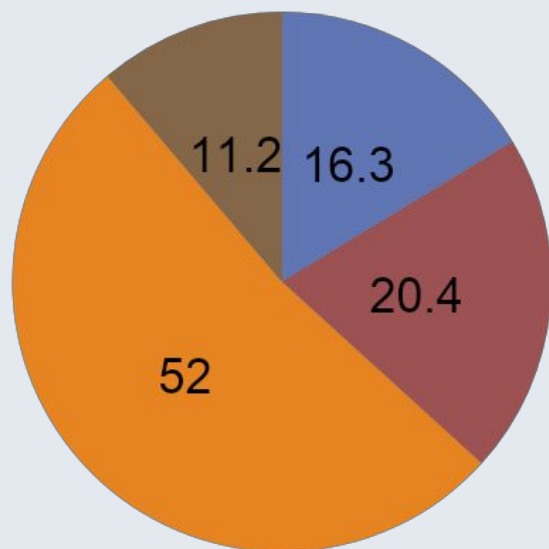
1 кв. 2018г.

2017 г.



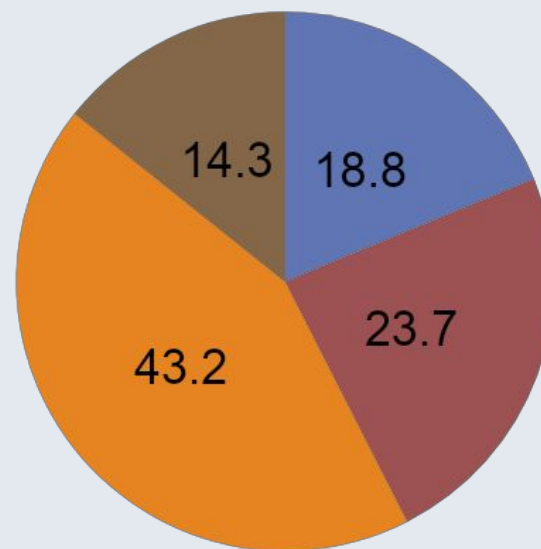
# Распределение по группам здоровья

1 кв 2018 год



- 1 гр
- 2 гр
- 3а гр
- 3б гр

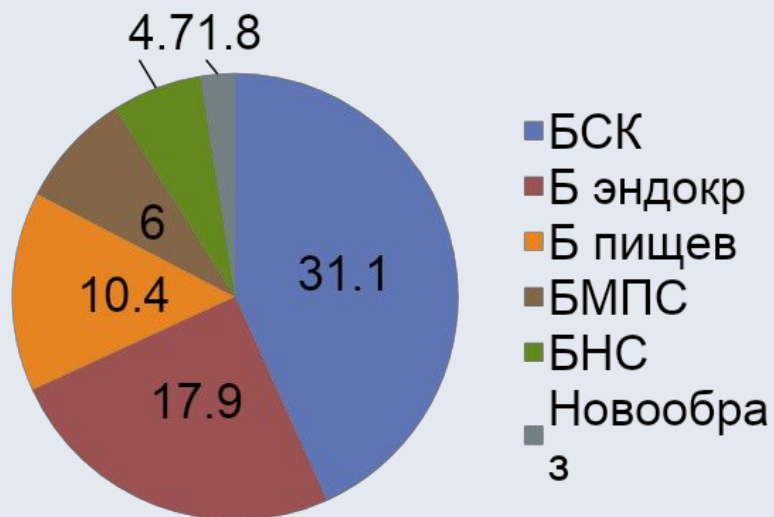
2017 год



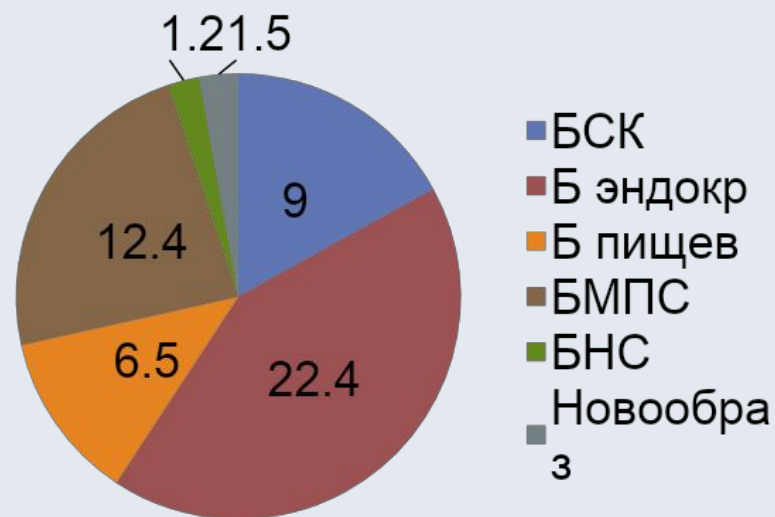
- 1 гр
- 2 гр
- 3а гр
- 3б гр

# Структура выявленных ХНИЗ в 2017 году

## все выявленные



## впервые выявленные



## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФР И ДРУГИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОВЫШАЮЩИХ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ХНИЗ

	Фактор риска	Критерий
1	Повышенный уровень АД	АД равно или выше 140/90 мм рт.ст., либо проведение гипотензивной терапии (коды I10 - I15 или R03.0).
2	Гиперхолестеринемия	уровень общего холестерина 5 ммоль/л и более (код E78).
3	Гипергликемия	глюкоза плазмы 6,1 ммоль/л и более (код по R73.9) либо наличие СД
4	Курение табака	ежедневное выкуривание одной сигареты и более (код Z72.0).
5	Нерациональное питание	избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, соли более 5 г/сутки, потребление фруктов и овощей менее 400 г или менее 4 - 6 порций/сут). Определяется с помощью опроса (анкетирования), предусмотренного настоящим Порядком (код Z72.4).
6	Избыточная масса тела	индекс массы тела 25 - 29,9 кг/м <sup>2</sup> , и более (кодируется по МКБ-10 кодом R63.5).



## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФР И ДРУГИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОВЫШАЮЩИХ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ХНИЗ

	Фактор риска	Критерий
7	Ожирение	индекс массы тела $30 \text{ кг/м}^2$ и более (кодируется по МКБ-10 кодом E66).
8	Низкая ФА	ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 мин/день (код Z72.3).
9	Риск потребл. алкоголя и наркот. средств	анкетирование (код Z72.1 и Z72.2)
10	Отягощенная наследственность по ССЗ	при наличии ИМ (код Z82.4) и (или) мозгового инсульта (код Z82.3) у близких родственников (Ж - до 65 лет или у М - до 55 лет).
11	Отягощенная насл. по ЗНО	наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях ЗНО (код Z80).

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФР И ДРУГИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОВЫШАЮЩИХ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ХНИЗ

	Фактор риска	Критерий
12	Отягощенная насл. по хр. болезням нижних дыхательных путей	наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте (код Z82.5).
13	Отягощенная насл. По СД	наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте (код Z83.3).
14	Относительный СС риск Абсолютный ССриск	Устанавливается в возрасте от 21 до 39 лет  Устанавливается в возрасте от 42 до 63 лет при отсутствии заболеваний, связанных с атеросклерозом. Старше 65 лет и у граждан, имеющих ССЗ, СД второго типа и ХЗП, уровень абс. ССриска является очень высоким и по шкале ССриска не рассчитывается.

# Распространенность факторов риска ХНИЗ в Республике Коми



сс риск

повыш АД

кур

низкая физ.активность

избыт.масса тела

нерациональное питание

3 место

2 место

1 место

## Большой разброс в распространенности факторов риска

	2017 год		1 квартал 2018 года	
	РК	МО	РК	МО
Нерац. питание	19,3	2,1 – 64,7	21,1	3,0 – 51,8
Избыт. Масса тела	15,8	1,0 – 41,5	16,2	2,3 – 43,5
Курение	12,8	2,9 – 35,1	12,9	4,4 – 72,7
Низкая ФА	11,8	0,9 – 52,1	11,1	1,7 – 31,6
ССриск	10,6	0,2 – 86,4	9,5	0,7 – 43,5

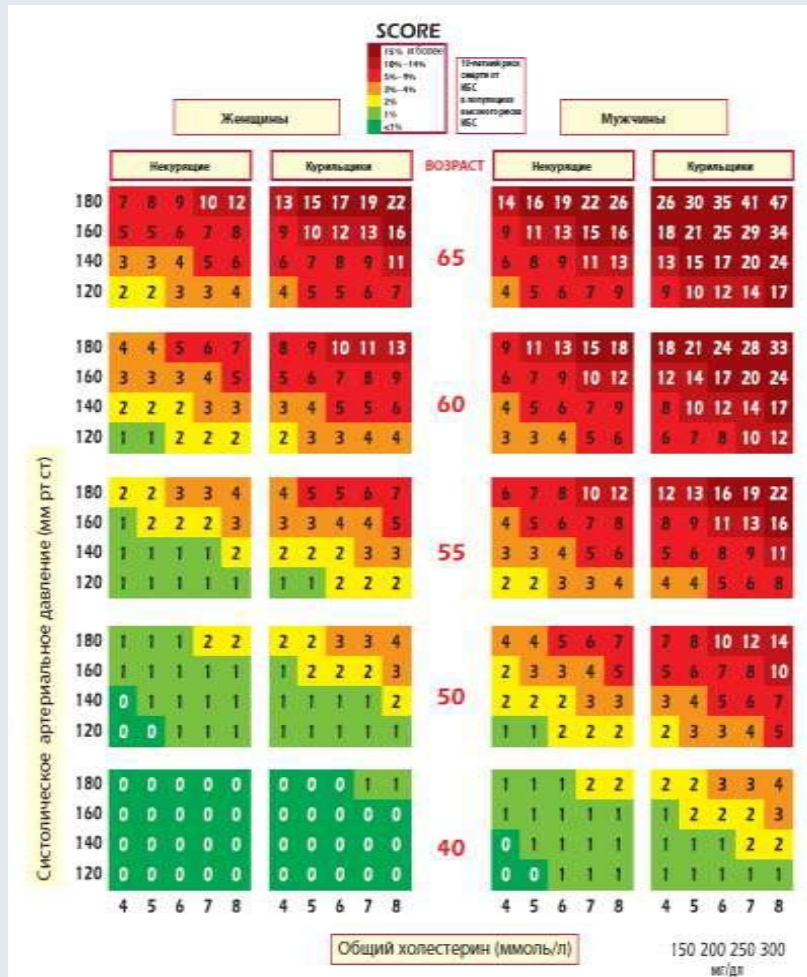
# Диспансерное наблюдение в кабинете/отделении профилактики

- Приказ Министерства здравоохранения РФ № **1344н** от 21.12.2012г. «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.11.2004г. № **255** «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (утверждает учетную форму № 030/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения»)
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.09.2015г. № **683н** «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».
- Письмо Министерства здравоохранения РФ от 13.11.2015 №**17-9/10/2-6876**.

# Диспансерная группа кабинета/отделения профилактики

- ✓ высокий или очень высокий абсолютный суммарный сердечно - сосудистый риск по шкале SCORE,
- ✓ по результатам диспансеризации факторы риска/состояния (изолированные или во взаимном сочетании), увеличивающие риск:
  - ожирение (индекс массы тела 30 кг/м. кв. и более МКБ -10 код E66);
  - и (или) курение - более 20 сигарет в день

# Шкала абсолютного риска SCORE



Оценивает риск развития фатальных сердечно-сосудистых событий (ИМ, инсульта и др.) в течение 10 лет.

На какой основе:

- пол, возраст,
- общий холестерин, АД, курение

Градации риска:

- 0% - низкий риск
- 1-4% - умеренный риск
- 5-9% - высокий риск
- 10% и более – очень высокий риск

**Установлено диспансерное наблюдение  
специалистом кабинета/отделения профилактики**

по данным 131 формы

**2017 год – 2095 чел. (16,5% от подлежащих)**

**1 квартал 2018 года – 488 чел. (14% от подлежащих)**



Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Научно-исследовательский институт пульмонологии  
Федерального медико-биологического агентства»  
Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний

**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ  
ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПАЦИЕНТОВ  
С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИХ РАЗВИТИЯ**

Методические рекомендации  
под редакцией Бойцова С.А., Чучалина А.Г.

**МОСКВА 2014 г.**

✓ **Алгоритм  
диспансерного  
наблюдения пациентов  
с высоким и очень  
высоким суммарным  
сердечно-сосудистым  
риском (по шкале  
SCORE  $\geq 5\%$  при  
отсутствии АГ и  
других ХНИЗ)**

✓ **Таблица 8**

**Таблица 8 Алгоритм диспансерного наблюдения пациентов с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском (по шкале SCORE  $\geq 5\%$  при отсутствии АГ и других ХНИЗ<sup>1</sup>)**

Заболевание, состояние	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений
<p><b>Высокий и очень высокий риск</b></p>	<p>Не менее 1 раза в 2 года при достижении целевых значений уровня ОХ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, и триглицеридов.</p> <p>Не менее 1 раза в год при недостижении целевых значений ОХ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, и триглицеридов.</p> <p>Наблюдение в отделении/кабинете медицинской профилактики или центре здоровья.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- опрос на наличие боли в грудной клетке при физическом напряжении (стенокардии), эпизодов кратковременной слабости в конечностях, одностороннего онемения лица или конечностей (возможные симптомы транзиторной ишемической атаки), о поведенческих факторах риска (курение, питание, физическая активность)</li> <li>- уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний для их назначения</li> <li>- измерение АД при каждом посещении</li> <li>- общий осмотр, включая расчет индекса массы тела и измерение окружности талии при каждом посещении</li> <li>- уровень ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ определяется дважды при взятии под ДН и начале гиполипидемической терапии, далее при назначении терапии по показаниям; при отсутствии терапии 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям</li> <li>- расчет суммарного сердечно-сосудистого риска по SCORE при посещении с определением ОХС</li> <li>- глюкоза крови при взятии под ДН и далее по показаниям</li> </ul>



Заболевание, состояние	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет при ИМТ &gt; 30 кг/м<sup>2</sup> и ОХС &gt; 5 ммоль/л 1 раз в 3 года с целью определения толщины интимы-медии и наличия атеросклеротических бляшек, при постановке на ДН при наличии возможностей, далее по показаниям</li> <li>- измерение скорости пульсовой волны на каротидно-фemorальном участке артериального русла при постановке на ДН при наличии возможностей, далее по показаниям</li> <li>- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое), включая составление при первом посещении индивидуального плана действий (мероприятий) по снижению вреда для здоровья поведенческих факторов риска (курения, нерационального питания, низкой физической активности), объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая</li> <li>- оказание помощи в отказе от курения при наличии показаний</li> <li>- поддерживающее (повторное) углубленное профилактическое консультирование, контроль выполнения индивидуального плана снижения вреда для здоровья поведенческих факторов риска (при последующих посещениях)</li> </ul>

1 При наличии повышенного АД и других ХНИЗ пациенты наблюдаются по алгоритму диспансерного наблюдения для больных с АГ и другими ХНИЗ (к ХНИЗ относятся ССЗ, злокачественные заболевания, сахарный диабет 2 типа и хронические бронхолегочные заболевания)

# Основные замечания в МО

- несоответствие данных анкетирования, сведений в картах учета диспансеризации и амбулаторных картах при проведении диспансеризации;
- отсутствие записей в амбулаторных картах о проведенной диспансеризации и основных её результатах;
- неиспользование ИХМ при исследовании кала на скрытую кровь;
- отсутствие записей в медицинской документации о проведении профилактического консультирования;
- пациенты с факторами риска ХНИЗ не направляются в кабинеты/отделения профилактики;
- в кабинетах/отделениях медицинской профилактики не ведется учет граждан с факторами риска ХНИЗ; не сформированы диспансерные группы.

# Предложения

- Обеспечить единообразный подход к оценке факторов риска НИЗ с учетом критериев, определенных Приказом № 896н, и внесение достоверных сведений в стат.отчетность.
- Обеспечить исполнение Приказа № 896н в части использования ИХМ при исследовании кала на скрытую кровь.
- Организовать работу по диспансерному наблюдению граждан в кабинетах/отделениях медицинской профилактики (формирование диспансерных групп, ведение учетных форм № 030/у)

# СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

