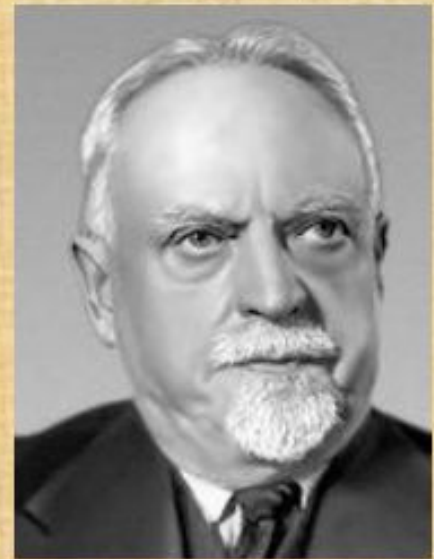


Диспансеризация взрослого населения

Ассистент кафедры поликлинической терапии с курсами
клинической фармакологии и профилактической
медицины ФПК и ПП

К.м.н. Одинцова Наталья Фанисовна

*«Профилактика –
это путь, которым мы идем,
диспансеризация - метод решения
профилактических задач»*



Н.А.Семашко, 1925 г.

Современные системы скрининга - раннего выявления заболеваний (эквивалент российской диспансеризации) в настоящее время внедрены во многих развитых странах.

По рекомендации ВОЗ скрининговые программы должны содержать не только тесты на раннее выявление заболеваний, но и тесты на выявление ФР ХНИЗ, являющихся основными причинами смерти населения.

- * Отказ от курения,
- * Контроль АД,
- * Рациональное питание,
- * Достаточный уровень физической активности,
- * Ограничение употребления алкоголя,
- * Нормализация массы тела

Все это расценивается как важнейшие условия для улучшения прогноза и снижения уровня инвалидности и смертности населения.

Диспансеризация прошлых лет

Всеобщая диспансеризация (Приказ МЗ СССР от 30 мая 1986 г. № 770) – ежегодное всеобщее обследование населения. Организация диспансеризации, контроль, учет и анализ результатов были возложены на вновь созданные отделения (кабинеты) медицинской профилактики.

- Ежегодное всеобщее обследование населения было очень затратным и недостаточно обоснованным с точки зрения затраты/эффективность
- Диспансеризация находилась вне уровня ответственности и прямой заинтересованности участкового врача
- Отсутствие коррекции факторов риска заболеваний

Диспансеризация прошлых лет

Дополнительная диспансеризация работающего населения (с 2006 г) проводилась по месту работы граждан

- Проведение только у отдельных категорий граждан
- Отказ от участково-территориального принципа проведения диспансеризации
- Диспансеризация носила преимущественно скрининговый характер: отсутствие последующего комплекса лечебно-профилактических и реабилитационных мер
- Отсутствие коррекции факторов риска заболеваний

Нормативно-правовая база медицинской профилактики в системе ПМСП

- ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»
- **Приказы МЗ РФ:**
 - № 455 от 23.01.2003 (ЦМП, КМП, ОМП)**
 - № 188 от 22.03.2006 (ДД работающих в бюджетной сфере 35-55 лет)
 - № 984н от 14.12.2009 (ДД госслужащих)
 - № 55н от 04.02.2010 (ДД работающих+ риск ССЗ)
 - № 543н от 15 мая 2012 (Порядок ПМСП)**
 - № 1006н от 3.12.2012 (Порядок диспансеризации)
 - № 1011н от 6.12.2012 (Порядок профилактических осмотров)**
Зарегистрировано в Минюсте России 29.12.2012 N 26511
 - № 1344н от 21.12.2012 (Порядок диспансерного наблюдения)**
Зарегистрировано в Минюсте России 14 февраля 2013 г. N 27072
 - № 36ан от 3.02.2015 (Порядок диспансеризации)**
Зарегистрировано в Минюсте России 27 февраля 2015 г. N 36268
 - № 87н от 6.03.2015 (Формы медицинской документации)**
Зарегистрировано в Минюсте России 7 апреля 2015 г. N 36740

Почему возникла необходимость разработки нового «Порядка диспансеризации», «Порядка профилактических осмотров»

- **Цель диспансеризации в существующих приказах не конкретна**
- **Перечень заболеваний не уточнен**
- **Не конкретизированы факторы риска**
- **Нет методик оценки рисков (в т.ч. ССЗ риска)**
- **Не обоснованы компоненты программ обследования (врачи-специалисты, лабораторно-функциональные исследования)**
- **Не проведены предварительно экономические расчеты**
- **Не проводились пилотные проекты**
- **Приказы последних лет адресованы отдельным категориям граждан...**

- **Низкий охват** населения осмотрами
- **Значительная доля** населения, **требующая доп. обследований**
- **Отсутствие преемственности в наблюдении** (ответственность за пациента, за здоровье...)
- **Отсутствие профилактической направленности** (фрагментарные задачи без методического обеспечения...)
- **Задачи структур медицинской профилактики сведены к функции диспетчера и стат. отчетности..., что в целом закрыло возможность выполнения функций этих структур в соответствии с приказом МЗ № 455 от 2003 года.**
- **Необходимость выполнения плана реализации ФЗ № 323 «Об охране здоровья граждан РФ»**

Определение понятия

«Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в т.ч. медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ»

Статья 46 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Собрание законодательства РФ, 2011, № 48, ст. 6724;
2012, № 26, ст. 3442, 3446.

Базовые принципы совершенствования диспансеризации

- **Обоснование комплекса применяемых методов с позиции медико-экономической целесообразности**
- **Широкий охват всех слоев населения системой регулярных профилактических медицинских осмотров, дифференцированных лечебно-профилактических мероприятий с динамическим наблюдением и необходимой коррекцией эффективности комплекса лечебно-профилактических мер**
- **Обеспечение полноты реализации предлагаемых программ диспансеризации без ущерба для текущей работы амбулаторно-поликлинических учреждений**

- **Осуществление комплекса мероприятий, включая медицинские осмотры** врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, определение групп здоровья, **профилактическое консультирование, динамическое наблюдение** с учетом приоритетных проблем здоровья в этих группах
- **Организационная основа диспансеризации** - участково-территориальный принцип
- **Реализуется в рамках базовой программы ОМС** (в соответствии со ст. 35 ФЗ 326) и является **составной частью программы государственных гарантий** бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

ЦЕЛЬ диспансеризации взрослого населения

1) РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ

хронических НИЗ (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ основных ФР их развития (повышенный уровень АД, ДЛП, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая ФА, избыточная масса тела или ожирение), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача)

2) ОПРЕДЕЛЕНИЕ

группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан

- с выявленными ХНИЗ
- и (или) факторами риска их развития,
- с иными заболеваниями (состояниями),
- для здоровых граждан;

ЦЕЛЬ диспансеризации взрослого населения

3) ПРОВЕДЕНИЕ

краткого профилактического консультирования граждан

- с выявленными ХНИЗ
- и (или) факторами риска их развития
- здоровых граждан,

индивидуального углубленного профилактического консультирования и группового профилактического консультирования (школ пациента) граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;

4) ОПРЕДЕЛЕНИЕ

группы диспансерного наблюдения граждан

- с выявленными ХНИЗ
- иными заболеваниями (состояниями),
- с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

2
э
т
а
п

Ответственность при проведении диспансеризации взрослого населения

Врач-терапевт является ответственным за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в т.ч. цехового участка, участка врача общей практики (семейного врача)

Фельдшер ФЗП или ФАП является ответственным за проведение диспансеризации населения участка в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача (приказ МЗ РФ от 23 марта 2012 г. № 252н, зарегистрирован Минюстом РФ 28 апреля 2012 г., рег. № 23971).

Руководитель медицинской организации

Задачи врача-терапевта ПМСП при проведении диспансеризации взрослого населения

- 1) составление списков граждан, подлежащих Д, и плана проведения Д на текущий календарный год с учетом возрастного графика;
- 2) активное привлечение населения участка к прохождению Д (информирование об целях, объеме обследования, графике работы, необходимых подготовительных мер, повышение мотивации граждан к прохождению Д;
- 3) **проведение медицинского осмотра по итогам 1 и 2 этапов Д**, установление диагноза заболевания (состояния), определение группы здоровья, диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на доп. исследования, в т.ч. ВМП, на санаторно-курортное лечение;

Задачи врача-терапевта ПМСП при проведении диспансеризации взрослого населения

- 4) **проведение краткого профилактического консультирования**, направление лиц с выявленными ФР ХНИЗ в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья;
- 5) участие в оформлении (ведении) учетной и отчетной медицинской документации;
- 6) подведение итогов диспансеризации.

Задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики ПМСП (в т.ч. входящего в ЦЗ) при проведении диспансеризации взрослого населения

- 1) участие в информировании и мотивировании населения к прохождению Д;**
- 2) инструктаж населения о порядке ее прохождения, объеме;**
- 3) выполнение доврачебных медицинских исследований 1-го этапа Д (анкетирование, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение АД, определение уровня общего ХС и глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом;**

Задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики ПМСП (в т.ч. входящего в ЦЗ) при проведении диспансеризации взрослого населения

- 4) определение ФР ХНИЗ на основании унифицированных критериев;**
- 5) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта (II и III группы здоровья - в рамках 2-го этапа Д) диспансеризации;**
- 6) рекомендации пациентам с высоким риском по основам доврачебной первой помощи;**
- 7) Ведение учетной документации и учет граждан, прошедших каждый этап Д**

Контингенты диспансеризации взрослого населения

Взрослое население в возрасте 18 лет и старше:

- 1) работающие граждане;**
- 2) неработающие граждане;**
- 3) обучающиеся в образовательных организациях по очной форме.**

**Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года
в предусмотренные возрастные периоды**

Контингенты диспансеризации взрослого населения

Кроме категорий населения,

которые проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста

(инвалиды ВОВ, лиц, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»

и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий)

- Вся система диспансеризации и дальнейшего диспансерного наблюдения направлены прежде всего на профилактику, раннее выявление и квалифицированное лечение тех **ХНИЗ, которые относятся к заболеваниям, являющимися основной причиной смертности населения – это болезни системы кровообращения, цереброваскулярные болезни, злокачественные новообразования.**

Два этапа диспансеризации взрослого населения

Цель 1-го этапа – выявление признаков ХНИЗ, ФР их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, определение медицинских показаний к выполнению обследований и осмотров врачами-специалистами на втором этапе Д (скрининг)

Цель 2-го этапа – дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования (индивидуального или группового)

1 этап включает:

- 1) опрос (анкетирование), направленное на выявление ХНИЗ, ФР их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (далее - анкетирование);
 - 2) антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет ИМТ;
 - 3) измерение артериального давления;
 - 4) определение уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода);
 - 5) определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);
-

- 6) определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 65 лет, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом;
 - 7) ЭКГ в покое (для мужчин в возрасте старше 35 лет, для женщин в возрасте 45 лет и старше, а для мужчин в возрасте до 35 лет и женщин в возрасте до 45 лет - при первичном прохождении диспансеризации);
-

-
- 8) осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее - мазок с шейки матки) (для женщин в возрасте от 21 года до 69 лет включительно)
 - 9) флюорографию легких
 - 10) маммографию обеих молочных желез (для женщин в возрасте от 39 до 75 лет)
 - 11) клинический анализ крови (в объеме не менее определения концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и СОЭ);
-

- 12) клинический анализ крови развернутый (для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо клинического анализа крови);
- 13) анализ крови биохимический общетерапевтический (определение уровня креатинина, общего билирубина, АСТ, АЛТ, глюкозы, холестерина) (для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо исследований, предусмотренных подпунктами 4 и 5 настоящего пункта);
- 14) общий анализ мочи;

- 15) исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (допускается проведение бензидиновой или гваяковой пробы) (для граждан в возрасте от 48 до 75 лет);
- 16) УЗИ органов брюшной полости и малого таза на предмет исключения новообразований для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет (для женщин УЗИ поджелудочной железы, почек, матки и яичников; для мужчин УЗИ поджелудочной железы, почек и предстательной железы), а для мужчин, когда-либо куривших в жизни, также УЗИ брюшной аорты с целью исключения аневризмы однократно в возрасте 69 или 75 лет
- 17) измерение внутриглазного давления (для граждан в возрасте 39 лет и старше);
- 18) прием (осмотр) врача-терапевта

1 этап

заканчивается приемом (осмотром) врача-терапевта

определение группы здоровья (для завершивших после 1 этапа)

определение группы диспансерного наблюдения (для завершивших)

проведение краткого профилактического консультирование

Граждане, нуждающиеся по результатам первого этапа диспансеризации в дополнительном обследовании, индивидуальном углубленном профилактическом консультировании или групповом профилактическом консультировании (школа пациента), направляются врачом-терапевтом на второй этап диспансеризации.

Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача-терапевта.

В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных в соответствии с пунктом 14 настоящего Порядка осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия) в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой.

В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр.

2 этап

проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания

проведение по определенным на первом этапе показаниям инструментально-лабораторных методов исследования

проведение по определенным на первом этапе показаниям осмотров специалистов

определение группы здоровья (для завершивших после 2 этапа)

определение группы диспансерного наблюдения (для завершивших после 2 этапа)

проведение краткого профилактического консультирование

Проведение углубленного профилактического консультирование

2 этап включает:

- 1) дуплексное сканирование брахицефальных артерий (в случае наличия указания или подозрения на ранее перенесенное ОНМК по результатам анкетирования, а также для мужчин в возрасте от 45 лет и старше и женщин в возрасте старше 55 лет при наличии комбинации трех ФР развития ХНИЗ: повышенный уровень АД, дислипидемия, избыточная масса тела или ожирение);
- 2) ЭФГДС (при выявлении по результатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможном онкологическом заболевании верхних отделов ЖКТ или для граждан в возрасте старше 50 лет при отягощенной наследственности по онкологическим заболеваниям органов ЖКТ);

- 3) осмотр (консультацию) врачом-неврологом (в случае указания или подозрения на ранее перенесенное ОНМК по результатам анкетирования у граждан, не находящихся под диспансерным наблюдением по данному поводу, а также в случаях первичного выявления нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрения на депрессию у граждан в возрасте 75 лет и старше);
- 4) осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом (для мужчин в возрасте от 42 до 69 лет при впервые выявленных по результатам анкетирования признаках патологии мочеполовой системы или при отягощенной наследственности по онкологическим заболеваниям предстательной железы, а также для мужчин вне зависимости от возраста в случае подозрения на онкологическое заболевание предстательной железы по результатам УЗИ);

- 5) осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом (для граждан при положительном анализе кала на скрытую кровь, для граждан в возрасте 45 лет и старше при отягощенной наследственности по семейному полипозу, онкологическим заболеваниям колоректальной области, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению врача-терапевта, врача-уролога, врача-акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов онкологических заболеваний колоректальной области);
- 6) колоноскопию или ректороманоскопию (в случае подозрения на онкологическое заболевание толстой кишки по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога);

- 7) определение липидного спектра крови (уровень ОХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ТГ) (для граждан с выявленным повышением уровня ОХС в крови);
- 8) спирометрию (для граждан с подозрением на хроническое бронхо-легочное заболевание по результатам анкетирования, курящих и по направлению врача-терапевта);
- 9) осмотр (консультацию) врачом-акушером-гинекологом (для женщин с выявленными патологическими изменениями по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки и (или) маммографии, УЗИ матки и яичников);
- 10) определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе (для граждан с выявленным повышением уровня глюкозы в крови);

- 11) осмотр (консультацию) врачом-оториноларингологом (для граждан в возрасте 75 лет и старше при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или осмотра врача-терапевта);
- 12) анализ крови на уровень содержания ПСА (по назначению врача-хирурга или врача-уролога мужчинам с подозрением на онкологическое заболевание предстательной железы по результатам опроса, осмотра, пальцевого исследования или УЗИ предстательной железы);
- 13) осмотр (консультацию) врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 39 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление, и для граждан в возрасте 75 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования);

- 14) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (ЦЗ, ФЗП или ФАП) (для граждан с выявленными ФР развития ХНИЗ, имеющих указанные заболевания или имеющих высокий и очень высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск);
- 15) прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы состояния здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), а также направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

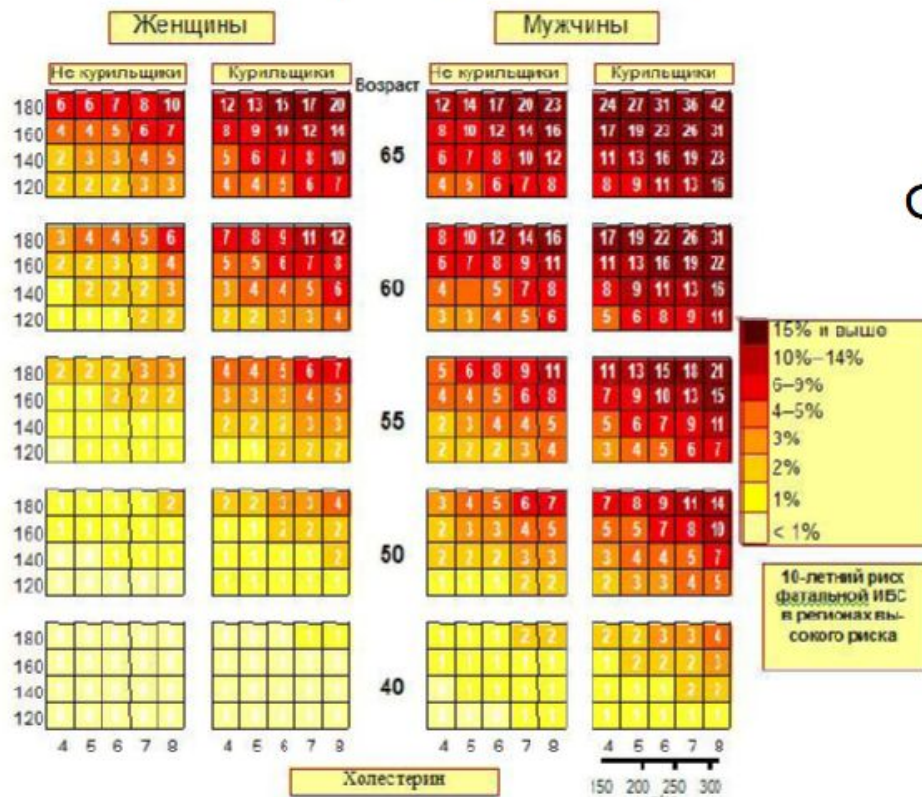
-
- Второй этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, необходимость проведения которых определена по результатам первого и второго этапов диспансеризации.
-

Группы здоровья при диспансеризации

- ▣ Распределение по группам здоровья проводится по двум основным критериям: это наличие или отсутствие у пациента ХНИЗ и степень суммарного абсолютного сердечно-сосудистого риска.
- ▣ Оценка степени суммарного сердечно-сосудистого риска проводится по шкале SCORE. Данные о степени риска должны быть указаны в % в карте учета диспансеризации.

Таблица риска смерти от сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет (SCORE)

Абсолютный риск (40-65 лет)



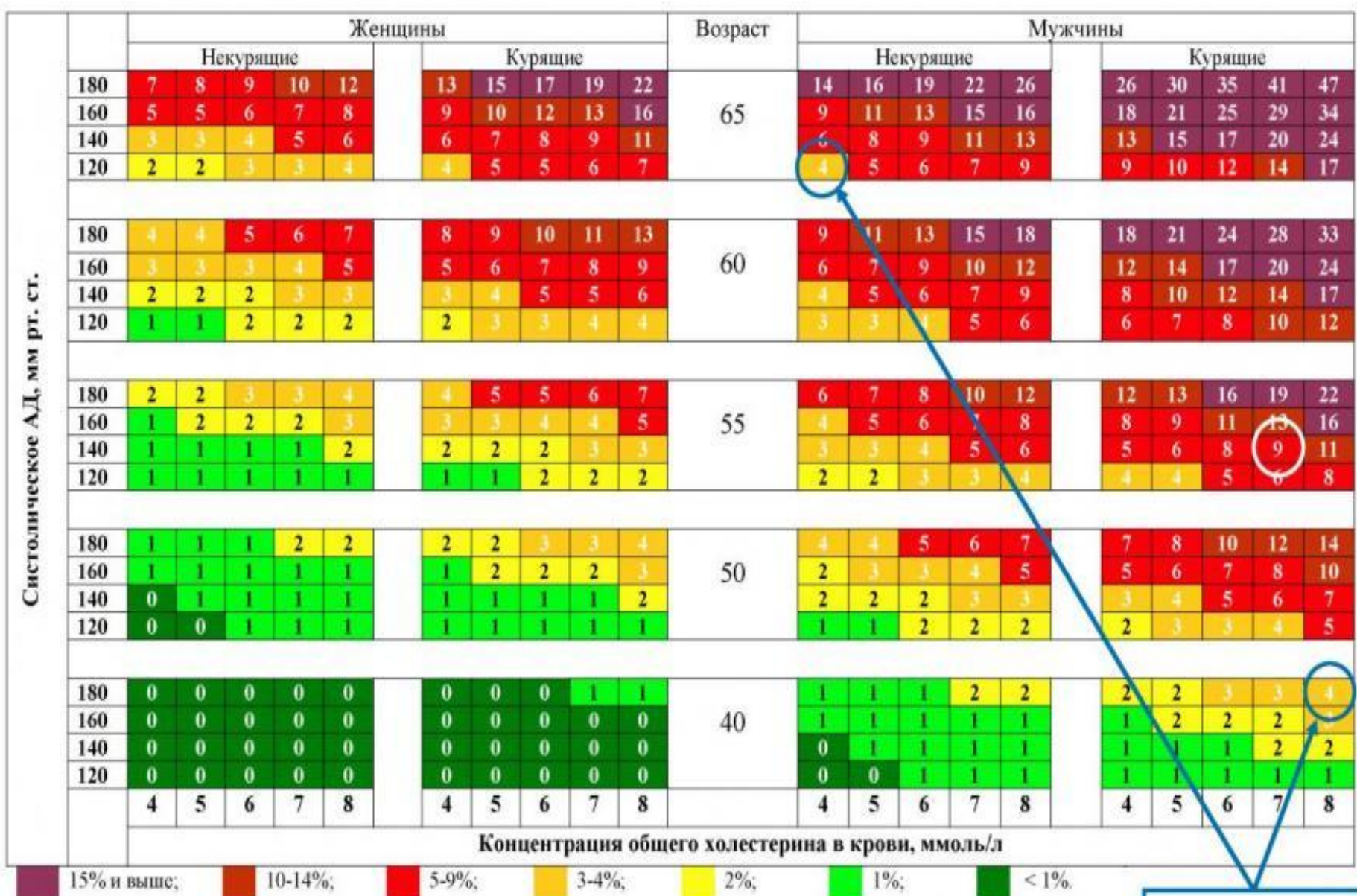
Относительный риск (моложе 40 лет)

Систололическое артериальное давление (мм рт.ст.)	Некурящие					Курящие				
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

Холестерин (ммоль/л)

Суммарный сердечно-сосудистый риск

- ▣ **Абсолютный сердечно-сосудистый риск** определяется пациентам в возрасте от 40 до 65 лет
 - без доказанных ССЗ, обусловленных атеросклерозом (ИБС, цереброваскулярные болезни, поражение периферических артерий),
 - без СД 1 типа с поражением органов мишеней,
 - без СД 2 типа
 - без хронических болезней почек.



Сравнение рисков

Рисунок 1. Шкала SCORE: 10-летний абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений (суммарный сердечно-сосудистый риск) для граждан в возрасте от 40 до 65 лет (преобразование ммоль / л → мг / дл: 8 = 310, 7 = 270, 6 = 230, 5 = 190, 4 = 155).

Суммарный сердечно-сосудистый риск

Относительный сердечно-сосудистый риск

определяется пациентам в возрасте моложе 40 лет по другой шкале SCORE.

Оценка относительного сердечно-сосудистого риска не используется при определении групп здоровья

Относительный риск (моложе 40 лет)

Систолическое артериальное давление (мм рт.ст.)	Некурящие					Курящие				
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

Холестерин (ммоль/л)

Определение групп здоровья по Приказу № 36ан:

I группа здоровья - не установлены ХНИЗ, отсутствуют ФР или имеются ФР при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске. Не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Тактика. В рамках диспансеризации краткое профилактическое консультирование.

Гражданам относящимся к этой группе состояния здоровья и имеющим высокий относительный сердечно сосудистый риск рекомендуется углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в ЦЗ, кабинете (отделение) медицинской профилактики, ФЗП или ФАП вне программы диспансеризации

Группы состояния здоровья

II группа здоровья - граждане, у которых ещё нет ХНИЗ, но имеется высокий или очень высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск.

Этот риск определяется с 40 до 65 лет при условии, что у них нет заболеваний связанных с атеросклерозом, поэтому во 2 группе здоровья не может быть пациентов моложе 40 лет и старше 65 лет.

Также к этой группе относятся граждане без ХНИЗ вне зависимости от возраста, имеющие по результатам диспансеризации факторы риска/состояния (изолированные или во взаимном сочетании), увеличивающие риск:

- ожирение (ИМТ 30 кг/ м² и более);
- дислипидемия с уровнем общего холестерина крови более 8 ммоль/л;
- интенсивное курение – индекс курящего человека более 20 (число выкуриваемых сигарет в день умножить на число лет курения и деленное на 20) *(Разъяснения МЗ РФ письмо от 13.11.2015 №17-9/10/2-6876)*

В рамках диспансеризации проводится коррекция ФР развития ХНИЗ (углубленное индивидуальное профилактическое консультирование и(или) групповое профилактическое консультирование) в отделении (кабинете) медицинской профилактики, ЦЗ, ФЗП, ФАП, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции указанных ФР.

Эти граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики, а также ФЗП или ФАП;

К этой группе не относятся граждане с выявленным подозрением на ХНИЗ (с установленным предварительным диагнозом ХНИЗ) за исключением выявленного повышения АД (подозрения на наличие АГ), имеющего в МКБ10 свой код R03.0 (повышенное кровяное давление при отсутствии диагноза гипертензии) до тех пор пока этот диагноз не будет подтвержден окончательно. Лица с высоким абсолютным суммарным сердечно-сосудистым риском и установленным диагнозом АГ относятся к IIIa группа состояния здоровья и нуждаются в диспансерном наблюдении по этому заболеванию.

Группы состояния здоровья

К III группе здоровья относятся лица имеющие заболевания, требующие диспансерного наблюдения у участкового терапевта или врачей-специалистов.

IIIa группа здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании;

Перечень представлен в порядке проведения диспансерного наблюдения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения».

**Перечень ССЗ, подлежащих диспансерному наблюдению врачом-терапевтом
(Порядок проведения диспансерного наблюдения,
Приказ Минздрава России от 21.12. 2012 г. N 1344н)**

ХИБС без жизнеугрожающих нарушений ритма, ХСН <*> не более II ФК

Состояние после ИМ по прошествии более 12 месяцев, при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии I-II ФК со стабильным течением, ХСН не более II ФК

Стенокардия напряжения I-II ФК со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста

Стенокардия напряжения I-IV ФК со стабильным течением у лиц пенсионного возраста

АГ 1-3 степени у лиц с контролируемым АД на фоне приема гипотензивных препаратов

Легочная гипертензия I-II ФК со стабильным течением

Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения ССЗ по прошествии 6 месяцев от даты операции

Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения ССЗ по прошествии более 12 месяцев от даты операции

ХСН I-III ФК, стабильное состояние

ФП и (или) ТП (пароксизмальная и персистирующая формы на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии)

ФП и (или) ТП (пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы с эффективным контролем ЧСС на фоне приема лекарственных препаратов)

Предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии

**Перечень болезней органов дыхания, подлежащих диспансерному наблюдению врачом-терапевтом
(Порядок проведения диспансерного наблюдения,
Приказ Минздрава России от 21.12. 2012 г. N 1344н)**

**Рецидивирующий и хронический бронхит;
ХОБЛ нетяжелого течения без осложнений;
Посттуберкулезные и постпневмонические изменения в легких без ХДН;
Состояние после перенесенного плеврита;
Бронхиальная астма (медикаментозно контролируемая)**

Перечень эндокринных заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению врачом-терапевтом

**(Порядок проведения диспансерного наблюдения,
Приказ Минздрава России от 21.12. 2012 г. N 1344н)**

Остеопороз

Инсулин-независимый сахарный диабет (2 тип)

Перечень неврологических заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению врачом-терапевтом

**(Порядок проведения диспансерного наблюдения,
Приказ Минздрава России от 21.12. 2012 г. N 1344н)**

Последствия ОНМК со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после острого периода

Деменции, иные состояния, сопровождающиеся когнитивными нарушениями, со стабильным течением

Группы состояния здоровья

IIIб группа состояния здоровья - граждане, не имеющие ХНИЗ, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании..

При наличии у пациента и ХНИЗ и других заболеваний (состояний), требующих диспансерного наблюдения его включают в **IIIа группу состояния здоровья**.

Основные критерии эффективности диспансеризации взрослого населения (приказ МЗ № 36н)

- 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 IIIa 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 IIIa 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).
-

Концепция профилактики НИЗ на терапевтическом участке (реализация стратегий высокого риска и вторичной профилактики)



Диспансерное наблюдение



Формирование ЗОЖ, снижение риска



Увеличение группы диспансерного наблюдения



Выявление заболеваний и риска их развития



Диспансеризация



Единство задач и целей диспансеризации и диспансерного наблюдения

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ

ХНИЗ, являющихся основной причиной инвалидности, преждевременной смертности населения, основных ФР их развития

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

группы здоровья, профилактических, лечебно-реабилитационных, оздоровительных мероприятий

ПРОВЕДЕНИЕ

профилактического консультирования

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

диспансерного наблюдения

ДОСТИЖЕНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ

показателей здоровья и факторов риска среди больных ХНИЗ

КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА,

немедикаментозными и медикаментозными средствами у пациентов высокого риска

диспансеризация

Диспансерное наблюдение

Предотвращение прогрессирования заболеваний и обострений, повышение качества жизни, связанного со здоровьем, снижение инвалидизации, преждевременной предотвратимой смертности, увеличение продолжительности жизни, жизни без болезней



Организационные технологии эффективной профилактики ХНИЗ/ССЗ в ПМСП



Из приказа МЗ № 1011н

Цель профилактических медицинских осмотров –

Раннее выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также в целях формирования групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов
Профилактический медицинский осмотр **проводится 1 раз в 2 года**

В год прохождения диспансеризации профилактический медицинский осмотр **не проводится.**

Работники, занятые на работах с вредными или опасными факторами

Проходят обязательные периодические медицинские осмотры и

профилактическому осмотру **не подлежат**

Сравнительные характеристика Д и ПО

Диспансеризация (Приказ МЗ РФ № 36н от 3.02.2015)	Профилактические медицинские осмотры (приказ МЗ РФ № 1011н от 6 декабря 2012)
Проводится 1 раз в 3 года	Проводится 1 раз в 2 года
<p>Взрослое население в возрасте 18 лет и старше:</p> <ol style="list-style-type: none">1) работающие граждане;2) неработающие граждане;3) обучающиеся в образовательных организациях по очной форме. <p>Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в предусмотренные возрастные периоды</p> <p>за исключением категорий населения, которые проходят диспансеризацию <u>ежегодно вне зависимости от возраста</u> (инвалиды ВОВ, лиц, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий)</p>	<p>В год прохождения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится.</p> <p>Работники, занятые на работах с вредными или опасными факторами</p> <p>Проходят обязательные периодические медицинские осмотры и профилактическому осмотру не подлежат</p>
Проводится в 2 этапа (несколько специалистов)	Проводится в 1 этап (участковый врач)

Цель диспансеризации и профилактических медицинских осмотров

Диспансеризация (Приказ МЗ РФ № 36ан от 3.02.2015)

Раннее выявление ХНИЗ (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, ФР их развития (*повышенный уровень АД, ДЛП, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая ФА, избыточная масса тела или ожирение*), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача)

Определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с ХНИЗ и и (или) ФР их развития, с иными заболеваниями (состояниями), а также для здоровых граждан;

Проведение краткого профилактического консультирования граждан с и (или) факторами риска их развития и здоровых граждан, индивидуального углубленного профилактического консультирования или группового профилактического консультирования (школ пациента) лиц с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;

Определение группы диспансерного наблюдения (с ХНИЗ, иными заболеваниями, с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском)

Профилактические медицинские осмотры (приказ МЗ РФ № 1011н от 6 декабря 2012)

Раннее выявление отдельных ХНИЗ (состояний) являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, ФР их развития (*повышенный уровень АД, ДЛП, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая ФА, избыточная масса тела или ожирение*), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача)

формирование групп здоровья и

выработка рекомендаций для пациентов

Программа обследования 1 этап

Осмотры врачей и лабораторно-инструментальные исследования (1 этап)	Д	ПО
Анкетирование по унифицированной анкете	+	+
Антропометрия (рост стоя, масса тела, ОТ), расчет индекса массы тела	+	+
Измерение АД	+	+
Определение общего ХС и глюкозы экспресс-методом (допускается лабораторный метод)	+	+
Определение суммарного риска ССЗ (до 65 лет)	+	+
ЭКГ в покое (при первом обращении и далее м. старше 35 лет, ж. старше 45 лет)	+	-
Осмотр фельдшера (акушерки) женщин, мазок с шейки матки на цит. исследование	+	-
флюорография легких	+	+
маммография (для ж. 39 лет и старше)	+	+
клинический анализ крови (не менее гемоглобина, лейкоцитов и СОЭ)	+	+
клинический анализ крови развернутый (с 39 лет и старше вместо кл. анализа крови)	1 раз в 6 лет	-
анализ крови биохимический (общ. белок, альбумин, фибриноген, креатинин, общий билирубин, АСТ, АЛТ, глюкоза, ХС, натрий, калий) вместо ХС и глюкозы экспресс-методом с 39 лет и старше	1 раз в 6 лет	-
общий анализ мочи	+	-
исследование кала на скрытую кровь (с 45 лет и старше)	+	+
определение уровня ПСА в крови (для м. старше 50 лет)	+	-
УЗИ органов брюшной полости (с 39 лет и старше)	1 раз в 6 лет	-
измерение внутриглазного давления (с 39 лет и старше)	+	-
профилактический прием врача-невролога (с 51 года и старше)	1 раз в 6 лет +	-
прием врача-терапевта: определение группы здоровья, диспансерного наблюдения, краткое профилактическое консультирование	+	+

Программа обследования 2 этап

Осмотры врачей и лабораторно-инструментальные исследования (2 этап)	Д	ПО
дуплексное сканирование брахицефальных артерий	+	-
ЭГДС	+	-
осмотр врача-невролога	+	-
осмотр врача-хирурга или врача-уролога	+	-
осмотр врача-хирурга или врача-колопроктолога	+	-
колоноскопия или ректороманоскопия	+	-
определение липидного спектра крови	+	-
осмотр врача-акушера-гинеколога	+	-
осмотр врача-офтальмолога	+	-
Определение гликированного гемоглобина или ТТГ	+	-
<p>Прием врача-терапевта -</p> <ul style="list-style-type: none"> - определение группы здоровья, - группы диспансерного наблюдения - направление (при наличии медицинских показаний) на <ul style="list-style-type: none"> - индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или - групповое профилактическое консультирование (школа пациента) - для получения специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП - на санаторно-курортное лечение 	+	-
<p>Прием в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья (по направлению врача-терапевта)</p> <ul style="list-style-type: none"> - индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или - групповое профилактическое консультирование (школа пациента) 	+	-

Документы, заполняемые при диспансеризации

- форма N 131/у "Карта учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)" ;
 - форма статистической отчетности N 131 "Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения"
-

-
- Учетная форма N 131/у "Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)" заполняется на каждого гражданина, обратившегося в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, для прохождения диспансеризации в соответствии с Порядком.
-

На каждого гражданина заполняется одна Карта, независимо от числа медицинских работников, участвующих в проведении диспансеризации.

Для заполнения Карты используются результаты проведения диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), а также сведения из медицинской карты (учетная форма N 025/у), талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма N 025-1/у)

В пункте 10 Карты указываются даты проведения осмотров, исследований, иных медицинских мероприятий первого этапа диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), а также выявление отклонений по результатам каждого медицинского мероприятия.

В графе "Примечание" указывается дата проведения медицинского мероприятия, которое выполнено в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), или отказа от медицинского мероприятия.

В случае, если в соответствии с Порядком осмотра не предусматривается проведение отдельных медицинских мероприятий, в соответствующей строке ставится прочерк.

В пункте 11 Карты указываются даты направления на медицинские мероприятия второго этапа диспансеризации (графа 3) и даты их проведения (графа 4), а также выявления отклонений по результатам каждого медицинского мероприятия (графа 5).

В графе "Примечание" указывается дата проведения медицинского мероприятия, которое выполнено в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), или отказа от медицинского мероприятия.

-
- В пункте 12 Карты в каждой строке с наименованием классов и отдельных болезней указываются даты:
 - в графе 4 - выявления заболевания, в том числе ранее установленного и подтвержденного при проведении диспансеризации (профилактического медицинского осмотра);
 - в графе 5 - выявления заболевания, установленного впервые в жизни по результатам диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) на основании пункта 20 Медкарты;
 - в графе 6 - установления диспансерного наблюдения по поводу выявленного заболевания (в том числе установленного впервые);
 - в графе 7 - установления предварительного диагноза.
-

Критерии ФР

- Повышенный уровень АД – САД равно или выше 140 мм рт.ст., ДАД равно или выше 90 мм рт.ст. либо проведение гипотензивной терапии. К числу граждан, имеющих данный ФР, относятся граждане, имеющие гипертоническую болезнь или симптоматические АГ (по МКБ-10 коды I10-I15), а также граждане с повышенным артериальным давлением при отсутствии диагноза гипертонической болезни или симптоматической АГ (по МКБ-10 код R03.0)

- Дислипидемия - отклонение от нормы одного или более показателей липидного обмена (общий ХС 5 ммоль/л и более; ХС ЛВП у мужчин менее 1,0 ммоль/л, у женщин менее 1,2 ммоль/л; ХС ЛНП более 3 ммоль/л; триглицериды более 1,7 ммоль/л) (кодируется по МКБ-10 кодом E78).

-
- Гипергликемия – уровень глюкозы плазмы неощак 6,1 ммоль/л и более (кодируется по МКБ-10 кодом R73.9) либо наличие СД, в том числе в случае, если в результате эффективной терапии достигнута нормогликемия.
-

-
- Курение табака - ежедневное выкуривание по крайней мере одной сигареты и более (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.0).
 - Риск пагубного потребления алкоголя (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.1)
 - Риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.2) определяются с помощью опроса (анкетирования), предусмотренного настоящим Порядком.
-
-

- Нерациональное питание – избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление соленостей, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 граммов или менее 4-6 порций в сутки). Определяется с помощью опроса (анкетирования), предусмотренного настоящим Порядком (по МКБ-10 код Z72.4)

-
- Избыточная масса тела - индекс массы тела 25-29,9 кг/м², и более (кодируется по МКБ-10 кодом R63.5).
 - Ожирение - индекс массы тела 30 кг/м² и более (кодируется по МКБ-10 кодом E 66).
 - Низкая физическая активность - ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.3)
-

-
- Отягощенная наследственность по ССЗ определяется при наличии инфаркта миокарда (кодируется по МКБ-10 кодом Z82.4) и(или) мозгового инсульта (кодируется по МКБ-10 кодом Z82.3) у близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет).
-

-
- Отягощенная наследственность по злокачественным новообразованиям – наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (по МКБ-10 код Z80).
 - Отягощенная наследственность по хроническим болезням нижних дыхательных путей - наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте (по МКБ-10 код Z 82.5).
 - Отягощенная наследственность по СД - наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте (по МКБ-10 код Z83.3).
-

Целевые уровни факторов риска

- Иметь уровень АД не выше 140/90 мм рт.ст. (при высоком и очень высоком риске желательно иметь АД не выше 130/80 мм рт.ст. и не ниже 110/70 мм рт.ст, при условии хорошей переносимости снижения АД);
- Не курить и избегать пребывания в помещениях с табачным дымом (пассивное курение);

Контролировать уровень общего ХС (не выше 5 ммоль/л), особенно уровень ХС ЛНП: при низком сердечно-сосудистом риске ХС ЛНП должен быть не выше 3 ммоль/л, при высоком риске - не выше 2,5 ммоль/л; при очень высоком риске – не выше 1,8 ммоль/л или, если не удастся достичь целевого уровня, необходимо снижение ХС ЛНП на $\geq 50\%$ от исходного;

-
- Ограничивать чрезмерное употребление алкогольных напитков (не превышать опасные дозы – для мужчин 30 мл, для женщин 20 мл в пересчете на чистый этанол);
 - Не иметь избыточной массы тела (оптимальный индекс массы тела 25 кг/м²), особенно абдоминального ожирения (оптимальная окружность талии для женщин не более 80 см, для мужчин не более 94 см.);
-

-
- Не иметь сахарного диабета или повышения содержания глюкозы в крови;
 - Регулярно проходить диспансерные осмотры и выполнять врачебные назначения.
-

Профилактическое консультирование (ПК) – это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии).

Эти особенности принципиально отличают процесс ПК от методов санитарного просвещения.

ПК должно носить адресный характер.

Вот почему именно врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), знающие особенности образа жизни своих пациентов, их семейные отношения, бытовые проблемы могут быть наиболее успешными в достижении целей ПК.

Достижению цели ПК способствует принцип единства трех составляющих, являющихся обязательными при углубленном и групповом консультировании:

- *информирование пациента* об имеющихся у него факторах риска ХНИЗ, методах их самоконтроля, необходимости выполнения рекомендации по оздоровлению поведенческих привычек, влияющих на риск заболевания и других врачебных назначений;

- *мотивирование пациента* и побуждение к принятию с его стороны активных действий по отказу от вредных привычек, оздоровлению образа жизни и соблюдению других врачебных рекомендаций.

- *обучение пациента* практическим навыкам с использованием преимущественно недирективных советов (рекомендаций) и активных форм их обсуждения с пациентом, что важно при обучении взрослых.

По результатам профилактического консультирования желательно, чтобы каждый пациент получил памятку по здоровому образу жизни или по коррекции выявленного у него ФР.

E78 Нарушения обмена липопротеидов и другие липидемии

Критерии фактора риска

Гиперхолестеринемия

уровень общего холестерина (ОХС) крови 5 ммоль/л и более

Дислипидемия

ОХС 5 ммоль/л и более

ХС липопротеидов высокой плотности

у женщин менее 1,2 ммоль/л,

у мужчин менее 1,0 ммоль/л

Триглицериды 1,7 ммоль/л и более

ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) 3 ммоль/л и более

Углубленное профилактическое консультирование

1. Информировать пациента

- ⦿ **О его уровнях общего холестерина, других липидных показателях**
- ⦿ **О целевых уровнях холестерина**
- ⦿ **О необходимости контроля уровня холестерина крови**

углубленное профилактическое консультирование

2. обучить пациента

- **принципам рационального питания**
- **дать информацию об особенностях питания при нарушениях липидного (жирового) обмена;**

3. дать рекомендации

- **по оптимизации повседневной физической активности**
- **по самоконтролю адекватности нагрузки;**

углубленное профилактическое консультирование

4. обучить самоконтролю массы тела, ведению дневника;
5. объяснить необходимость
 - регулярного прохождения диспансеризации,
 - профилактических медицинских осмотров
 - диспансерного наблюдения у врача
 - выполнения назначенных врачом исследований.

пациенты с дислипидемией должны регистрировать уровни холестерина и других показателей в дневнике и Паспорте здоровья

При IV типе гиперлипидемий (гипертриглицеридемия при нормальном или умеренном повышении уровня ОХС)

- не требуется резкого ограничения в рационе богатых холестерином продуктов, в которых невысокое содержание насыщенных жиров:
 - яиц, печени, некоторых нерыбных морепродуктов.
- Диетические мероприятия должны быть направлены на гипертриглицеридемию, а именно:
 - снижение избытка жировой массы тела при ожирении;
 - ограничение потребления углеводов (менее 60% от калорийности рациона), прежде всего, за счет сахара и содержащих его продуктов, а также меда, исключение фруктозы как сахарозаменителя (можно использовать подсластители);
 - отказ от алкоголя или минимальное употребление алкогольных напитков;
 - увеличение потребления богатых жирными кислотами омега-3 умеренно жирной и жирной морской рыбы.

IIb тип гиперлипидемий

Повышен ХС, ТГ, ХС ЛПНП

- При IIb типе гиперлипидемий на первый план в питании выступает:
 - ограничение источников насыщенных жиров, а также холестерина, а не сахара, варенья или меда;
 - употребление алкогольных напитков может быть в пределах допустимых

Таким образом, надо избегать необоснованной и избыточной по пищевым ограничениям диетотерапии пациентов с атеросклерозом и ИБС, чтобы не ухудшить качество жизни.

Снижению ХС ЛПВП способствуют ожирение и низкая физическая активность.

При сочетании ИБС, ожирения и низкого содержания ХС ЛПВП следует рекомендовать пациентам:



- удвоить усилия по снижению массы тела и регулярным физическим упражнениями.

Е 66 Ожирение

- **Измерять обязательно рост, вес, ОТ, высчитывать ИМТ**

Диспансерное наблюдение (ДН)

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 (статья 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»).

Основным нормативно-правовым документом, регламентирующим организацию диспансерного наблюдения за состоянием здоровья граждан является Порядок проведения диспансерного наблюдения, утвержденный Приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1344н.

-
- ДН осуществляется в отношении граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).
-

ДН осуществляют:

- 1) врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового лечебного участка, врач общей практики (семейный врач
 - 2) врачи-специалисты (по профилю заболевания гражданина);
 - 3) врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики;
 - 4) врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;
 - 5) фельдшер ФАП (ФЗП)
-

Наличие оснований для проведения ДН, группа ДН, его длительность, периодичность диспансерных осмотров, объем обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются медицинским работником, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний) и стандартами медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения), с учетом состояния здоровья гражданина, стадии, степени выраженности и индивидуальных особенностей течения заболевания (состояния).

Медицинский работник при проведении ДН:

- 1) ведет учет граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 2) информирует гражданина о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения;
- 3) организует и осуществляет проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий;
- 4) в случае невозможности посещения гражданином, подлежащим ДН, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций организует проведение диспансерного приема на дому.

Диспансерный прием 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 ЦЗ 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.

Основаниями для прекращения диспансерного наблюдения являются:

1) выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания (состояния, в том числе травмы, отравления);

2) достижение стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния);

3) устранение (коррекция) факторов риска и снижение степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня.

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.

Диспансеризация и ДН переориентация направлений деятельности и результатов работы ПМСП

В учреждениях ПМСП оказывается 60% всего объема медицинской помощи



Снизить смертность в стране можно только снизив ее на каждом конкретном терапевтическом участке