

Новый порядок диспансеризации и диспансерного наблюдения взрослого населения.

Работа с таблицей SCORE.



Виды медицинских профилактических услуг:

- Медико - профилактическое консультирование по коррекции факторов риска индивидуальное и групповое (школы здоровья)



- Профилактические медицинские осмотры



- Диспансеризация и последующее диспансерное наблюдение



- Иммунопрофилактика



Нормативно-правовая база

- **Порядок проведения диспансеризации взрослого населения** (приказ МЗ РФ от 03.12.2012г №1006н);
- **«Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения»** (приказ Минздрава России от 21.12.2012г. №1344н);
- **Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения** (методические рекомендации ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, 2013г.)

Диспансеризация взрослого населения проводится в целях:

- раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития, туберкулеза, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача
- определения группы диспансерного наблюдения граждан, с выявленными заболеваниями, а также здоровых граждан, имеющих высокий **суммарный сердечно-сосудистый риск**;
- проведения профилактического консультирования больных и здоровых граждан, школ пациентов.

Основными особенностями нового Порядка диспансеризации являются:

- участковый принцип ее организации;
- возложение ответственности за организацию и проведение диспансеризации *населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации* на отделение (кабинет) медицинской профилактики, а ответственности за организацию и проведение диспансеризации *населения терапевтического участка* - на врача-терапевта участкового;
- двухэтапный принцип проведения диспансеризации;

- конкретизация понятия «факторы риска», к которым относятся повышенный уровень АД, дислипидемия, гипергликемия, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, ожирение;
- уменьшения числа групп здоровья до трех и новый принцип их определения, позволяющий четко обозначить порядок действий в отношении каждого гражданина;
- обязательное проведение профилактического консультирования в целях коррекции факторов риска.

Первый этап диспансеризации (скрининг)

включает:

- опрос, антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии, расчет ИМТ), измерение артериального давления;
- определение **суммарного сердечно-сосудистого риска**;
- ЭКГ;
- осмотр фельдшера/акушерки с взятием мазка с шейки матки на цитологическое исследование;
- флюорографию легких;
- маммографию (для женщин в возрасте 39 лет и старше);
- клинический анализ крови развернутый;
- анализ крови биохимический;
- общий анализ мочи;
- исследование кала на скрытую кровь (для граждан 45 лет и старше);
- определение простат-специфического антигена в крови (для мужчин старше 50 лет);
- УЗИ органов брюшной полости (в возрасте 39, 45, 51, 57, 63 и 69 лет);
- измерение внутриглазного давления (для граждан 39 лет и старше);
- прием врача-невролога (для граждан 51, 57, 63 и 69 лет);
- осмотр врача-терапевта

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (по показаниям):

- эзофагогастродуоденоскопию
- колоноскопию/ректороманоскопию
- дуплексное сканирование брахицефальных артерий
- осмотр (консультация) врача-гинеколога, офтальмолога, хирурга, уролога
- индивидуальное профилактическое консультирование(школа пациента) в кабинете медицинской профилактики или центре здоровья.

Сколько времени занимает прохождение диспансеризации?

- Прохождение обследования первого этапа диспансеризации как правило требует два визита. Первый визит занимает ориентировочно от 3 до 6 часов. Второй визит проводится обычно через 1-6 дней к участковому врачу для заключительного осмотра.
- Если по результатам первого этапа диспансеризации выявлено подозрение на наличие хронического неинфекционного заболевания или высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск участковый врач направляет на второй этап диспансеризации, длительность прохождения которого зависит от объема необходимого дополнительного обследования.

Группы наблюдения по итогам диспансеризации

- **I группа** – граждане, у которых не установлены хронические заболевания, отсутствуют факторы риска хронических неинфекционных заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске.
- Таким гражданам проводится краткое профилактическое консультирование, коррекция факторов риска врачом-терапевтом, врачом отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.

- **II группа** - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, имеются факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.
- Таким гражданам проводится коррекция факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в кабинете медицинской профилактики или центре здоровья, при необходимости - назначение лекарственных препаратов. Подлежат диспансерному наблюдению.

- **III группа** – граждане с заболеваниями, требующими диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на заболевание, требующее дополнительного обследования.
- Такие граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, другими врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Основными задачами кабинета медицинской профилактики медицинской организации при проведении диспансеризации являются:

- инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию о порядке ее прохождения, объеме обследования;
- выполнение исследований первого этапа диспансеризации (опрос (анкетирование), антропометрия, измерение АД, определение общего холестерина и глюкозы крови экспресс-методом;
- учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации;
- индивидуальное или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья;
- заполнение паспортной части и, по согласованию с врачом-терапевтом, других разделов паспорта здоровья.

Основными задачами врача-терапевта при проведении диспансеризации являются:

- 1) составление списков граждан и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год;
- 2) проведение заключительного осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации, установление диагноза заболевания, группы диспансерного наблюдения.
- 3) проведение профилактического консультирования, направление граждан в кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для коррекции выявленных факторов риска.

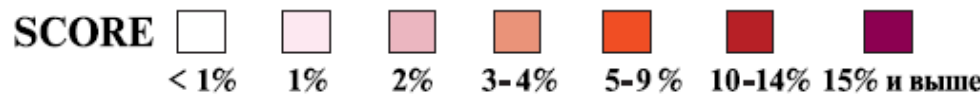
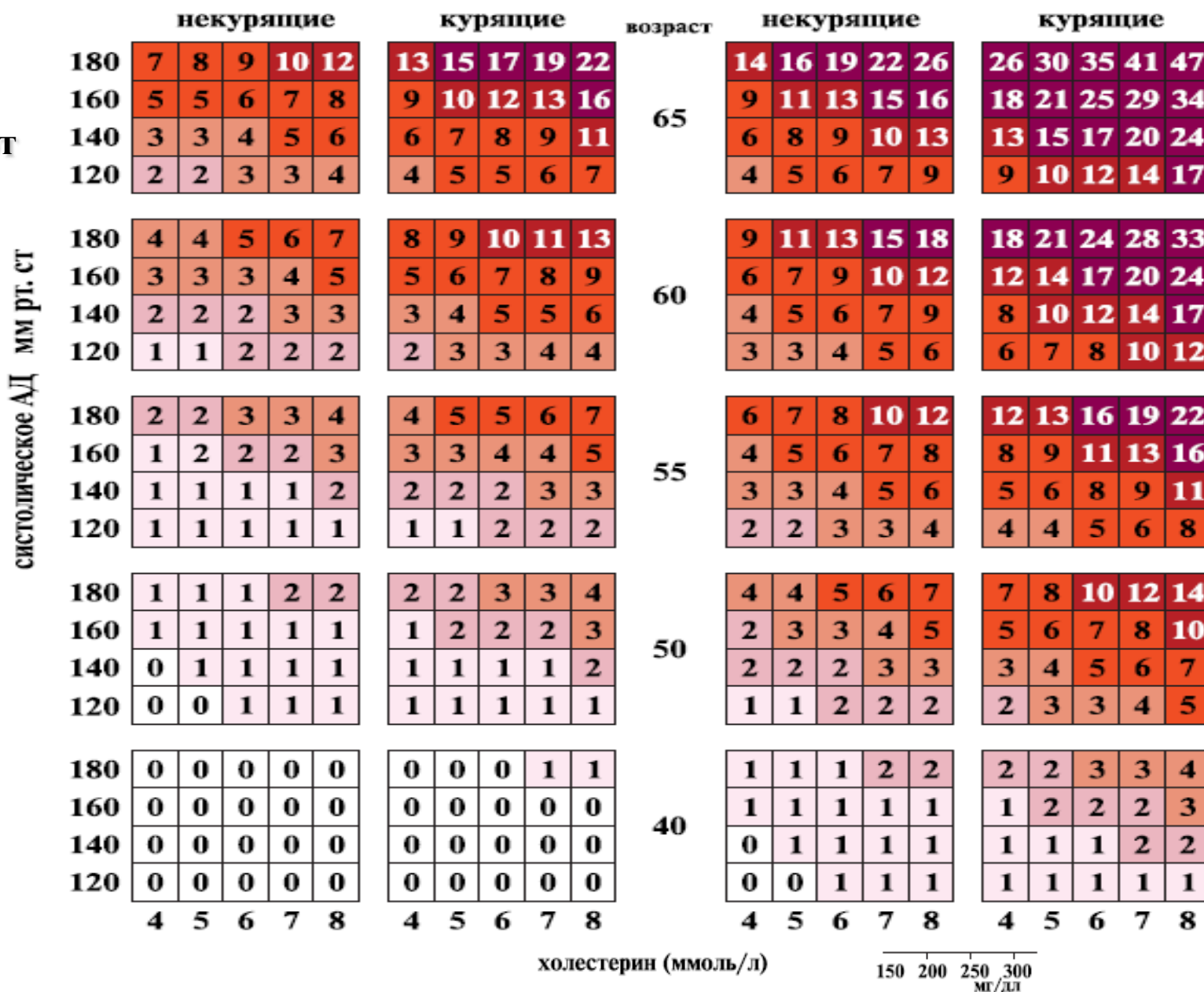
Оценка абсолютного риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни (суммарный сердечно-сосудистый риск) производится при помощи шкалы SCORE

- К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям относятся: смерть от инфаркта миокарда, других форм ишемической болезни сердца, от инсульта, смерть от сердечно-сосудистых заболеваний за исключением определенно неатеросклеротических причин смерти.
- Оценка общего (суммарного) кардиоваскулярного риска имеет ключевое значение для выбора профилактической стратегии и конкретных вмешательств у пациентов.

ЖЕНЩИНЫ

МУЖЧИНЫ

Таблица десятилетнего риска смерти от ССЗ



150 200 250 300
мг/дл

холестерин (ммоль/л)

Степени кардиоваскулярного риска

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

Шкала SCORE не используется у пациентов с:

- доказанными сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза
- сахарным диабетом I и II типа с поражением органов мишеней,
- хронической болезнью почек,
- у лиц с очень высокими уровнями отдельных факторов риска,
- граждан в возрасте старше 65 лет,
- граждан в возрасте до 40 лет.

Эти категории пациентов автоматически имеют ОЧЕНЬ
ВЫСОКИЙ кардиоваскулярный риск и не подлежат
определению

по шкале SCORE !

Алгоритм действий по результатам шкалы SCORE

- **Лицам с низким (< 1 % по шкале SCORE) и умеренным (>1 % и < 5 % по шкале SCORE) риском** рекомендуется достичь характеристик:
 - не курить,
 - соблюдать принципы здорового питания,
 - физическая активность: 30 мин умеренной физической нагрузки в день,
 - индекс массы тела < 25 и отсутствие центрального ожирения,
 - АД < 140/90 мм рт.ст.,
 - ОХС < 5 ммоль/л,
 - ХС-ЛНП < 3 ммоль/л,
 - глюкоза в крови < 6 ммоль/л.

- У лиц с **ВЫСОКИМ** риском (**5–10 %** по шкале **SCORE**) достичь жесткого контроля следующих факторов:
 - АД < 130/80 мм рт.ст., при отсутствии противопоказаний,
 - ОХС < 4,5 ммоль/л,
 - ХС-ЛНП < 2,5 ммоль/л,
 - уровень глюкозы в крови натощак < 6,0 ммоль/л (<100 мг/дл) и HbA1c < 6,5 %.

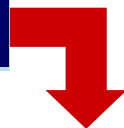
У лиц с **ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ** суммарным риском $> 10\%$ по шкале **SCORE**, у больных с установленным диагнозом атеросклероза любой локализации; СД II и I типа с микроальбуминурией; хронической болезнью почек) достичь максимально жесткого контроля следующих показателей:

- АД $< 130/80$ мм рт.ст.,,
- ХС-ЛНП $< 1,8$ ммоль/л и/или снижение на 50% от исходного уровня при невозможности достижения целевого уровня,
- уровень глюкозы в крови натощак $< 6,0$ ммоль/л и HbA1c $< 6,5\%$,.

Проводить лекарственную терапию, улучшающую прогноз, у больных с установленным диагнозом ССЗ атеросклеротического генеза и других категорий пациентов с **ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ** и **ВЫСОКИМ** кардиоваскулярным риском.

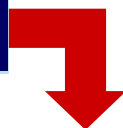
Медикаментозная коррекция факторов риска

Курение



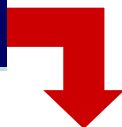
Никотинозаместительная терапия

Гипертония



Классы гипотензивных препаратов

Дислипидемия



Статины, фибраты, никотиновая кислота

Шкала относительного риска

	Некурящие					Курящие				
Систолическое АД (мм рт.ст.)	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
180	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
160	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
140	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
120	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
Общий ХС (ммоль/л)										

В молодом возрасте абсолютный риск смерти от ССЗ в течение ближайших 10 лет очень низок, даже при наличии множественных ФР. В этой связи в дополнение к шкале SCORE создана шкала относительного риска.