



Порядок организации работы МО первичного звена для эффективного снижения смертности и сохранения здоровья населения Республики Мордовия

КУНЯЕВА ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА

Заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ РМ МРЦБ

Главный терапевт-пульмонолог МЗ РМ Главный терапевт ПФО

Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»

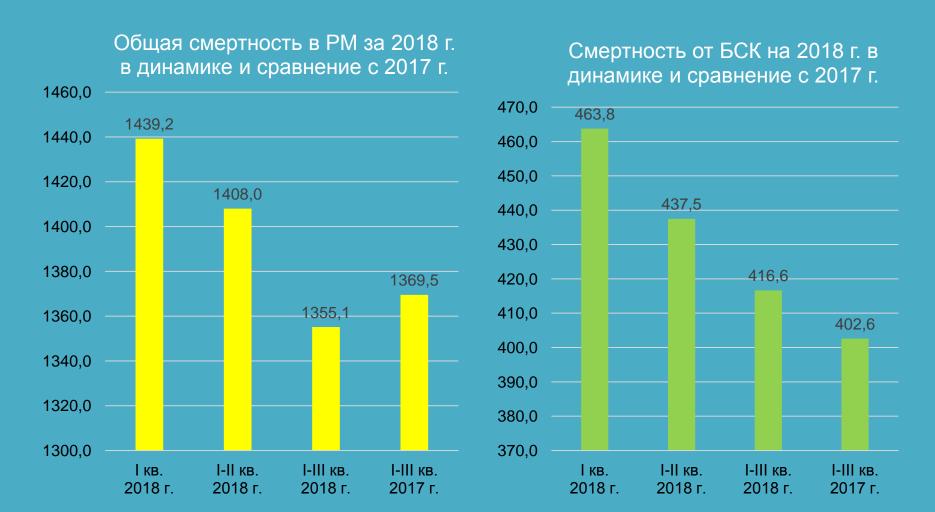
Цели

- повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 году до 80 лет);
- увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет;
- увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,7;
- увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни;
- снижение показателей:
 - смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения);
 - смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения);
 - смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения);
 - младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей);
- ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих ПМСП;
- обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже 1 раза в год;
- обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в
 отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих ПМСП;
- оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих ПМСП, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу



ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Наименование показателя	Единица измерения	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	Нац. проект «Здравоохранение» - 2024 год
Ожидаемая продолжительность жизни	лет	70,9	71,4	71,9	72,7	78
Смертность от всех причин	на 1000 населения	13,1	13,0	12,9	12,4	•
Младенческая смертность	на 1000 родившихся	7,4	6,5	6,0	5,6	4,5
Смертность населения трудоспособного возраста	на 100 тыс. труд. населения	565,3	546,7	525,3	484,5	350
Смертность от новообразований	на 100 тыс. населения	202,2	205,1	204,3	200,6	185
Смертность от болезней системы кровообращения	на 100 тыс. населения	659,5	635,3	616,4	587,6	450



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «БОРЬБА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»

Переоснащение сети региональных сосудистых центров (140 ед.) и первичных сосудистых отделений (46 9 ед.), в том числе оборудованием для ранней медицинской реабилитации; дооснащение первичных сосудистых отделений оборудованием для проведения рентгенэндоваскулярных методов лечения; обеспечение качества оказания медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения Федеральный бюджет — 75,2 млрд. рублей

Наименование показателя	Единица измерения	2017	2021	2024	2024 к 2017,%
Смертность от инфаркта миокарда	На 100 тыс.населения	40,0	34,4	30,6	-23,5
Смертность от острого нарушения мозгового кровообращения	На 100 тыс.населения	92,9	79,8	71,1	-23,5
Больничная летальность от инфаркта миокарда	Процент	13,2	10,2	8,0	-39,4
Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения	Процент	19,1	16,2	14,0	-26,7
Доля рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, проведенных больным с ОКС, к общему числу выбывших больных, перенесших ОКС	Процент	36,0	50	60,0	66,7
Количество рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях	Тыс. единиц	199,7	276,9	332,3	66,4
Доля профильных госпитализаций пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, доставленных автомобилями скорой медицинской помощи	Процент	72	83	95	-24,2

«Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

Целевые индикаторы паспорта проекта Республик Мордовия

Цель	: снижение смертности от болезней сист	гемы кровос	обращения до	403,0 случае	в на 100) тыс. на	селени	я к 2024	Году		
Nº ⊓/	_ п/ Наименование показателя		Тип показа Базовое значение			Период, год					
П	паименование показателя	теля	Значение	Дата	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1.	Смертность от инфаркта миокарда, на 100 тыс. населения	основнои	24,8	31.12.2017	23,8	23,0	22,1	21,3	20,5	19,6	19,0
	Смертность от острого нарушения моз гового кровообращения, на 100 тыс. на селения	основной	68,4	31.12.2017	65,8	63,5	61,1	58,8	56,5	54,1	52,4
	Больничная летальность от инфаркта миокарда, %	пьный	9,0	31.12.2017	8,8	8,7	8,6	8,5	8,4	8,2	8,0
4.	Больничная летальность от острого на рушения мозгового кровообращения, %	дополните льный	13,9	31.12.2017	13,7	13,4	13,2	13,1	12,9	12,8	12,1
	Отношение числа рентгенэндоваскуля рных вмешательств в лечебных целях, к общему числу выбывших больных, п еренесших острый коронарный синдро м, %	льный	35,4	31.12.2017	36,0	38,2	42,4	46,5	51,1	57,8	60,0
	Количество рентгенэндоваскулярных в мешательств в лечебных целях, тыс. е д.		1222	31.12.2017	1243	1319	1464	1605	1764	1995	2071
	Доля профильных госпитализаций пац иентов с острыми нарушениями мозго вого кровообращения, доставленных а втомобилями скорой медицинской пом ощи, %	льный	66,4	31.12.2017	66,4	71,2	75,9	80,7	85,5	90,2	95,0

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ОНМК И ИМ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ, 10 мес 2018 г.

		2018, 10 n		UE 2024		
	ЦП ,%	ПСО РМ	РСЦ РМ	PM,%	МРЦКБ,%	ЦП 2024
Летальность ИМ	13,8	11,6	9,7	11,3	8,2	8%
ОНМК	20	РКБ им. Каткова 8,3 Краснослободск 15,4 Комсомольская 6,7 Рузаевка 17,9	12,9	11,7	13,3	14%
% ЧКВ от ОКС	30-35			30,5	49 %	60% от ОКС

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ»

Наименование показателя	Единица измерения	2017	2021	2024	2024 к 2017 в %
Число населенных пунктов с численностью населения свыше 100 человек, по данным геоинформационной системы Минздрава России, находящихся вне зоны доступности1 от медицинской организации или ее структурного подразделения, оказывающих первичную медикосанитарную помощь	единиц	750 (28.08.2018)	0	0	
Доля застрахованных лиц старше 18 лет, проинформированных страховыми медицинскими представителями о праве на прохождение профилактического медицинского осмотра ежегодно	процент	22,3	66,2	95,0	в 4,3 раза
Число граждан, прошедших профилактические осмотры	млн чел.	58,4	66,20	102,74	в 1,8 раза
Доля впервые в жизни установленных хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), выявленных при проведении диспансеризации и профилактическом медицинском осмотре у взрослого населения, от общего числа ХНИЗ с впервые установленным диагнозом	процент	16,7	18,9	21,1	в 1,3 раза
Количество медицинских организаций, участвующих в создании и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»	единиц	307	5 594	6 864	в 22,4 раза
Доля записей на прием, совершенных посредством услуги «Запись на прием к врачу» Личного кабинета «Мое здоровье» на Едином портале государственных и муниципальных услуг, в сроки установленные программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи	процент	59,1 (30.09.2018)	69,0	78,0	в 1,3 раза





Численность участка, ВОП	1691
Трудоспособного возраста	1088 64%; м-557, ж-531
Нетрудоспособного возраста	603 35% ; м-205, ж-398
Работающие	1359
Неработающие	27
Работающие пенсионеры	101
Самозанятые	
Мужчин	762, трудоспособных 557, нетрудоспособных 205
Женщин	929, трудоспособных 531, нетрудоспосбных 398
Подлежащие медосмотрам по 302н	147
1 группа здоровья	113
2 группа здоровья	21
3 группа здоровья	13
Состоящих на Д учете всего	673
На Д учете у терапевта	535
На Д учете кардиолога	38
На Д учете у невролога	4
На Д учете у хирурга и др. специаль ностей	96
На Д учете по нозологиям	СД-35, АГ-287, ИБС -58

КОНЦЕПЦИЯ ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ХНИЗ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА



ОСНОВНЫЕ ПОЗИЦИИ ДЛЯ АНАЛИЗА КАЖДОГО СЛУЧАЯ СМЕРТИ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

- ✓ Место наступления смерти
- ✓ Прохождение диспансеризации
- ✓ Точность и своевременность постановки диагноза
- ✓ Правильность назначенного лечения
- ✓ Постановка на диспансерное наблюдение
- ✓ Регулярность посещений в рамках диспансерного наблюдения
- ✓ Достижение целевых значений заданных параметров (АД, ОХ, ЧСС, масса тела у больных ХСН, глюкоза и т.д.)

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

АНАЛИЗ ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ

Причины смерти	Число умерших за год 2018
Инфаркт миокарда	
Инсульт	1
Внезапная сердечная смерть	
Прогрессирование ХСН	1
Пневмония	1
сд	
ЗНО, выявленное на III-IV стадии (женские половые органы , молочная железа, ЖКТ, легкие, предстательная железа, кожа, полость рта)	3
Смерть, наступившая раньше 76 лет	8
итого	8

АНАЛИЗ ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ

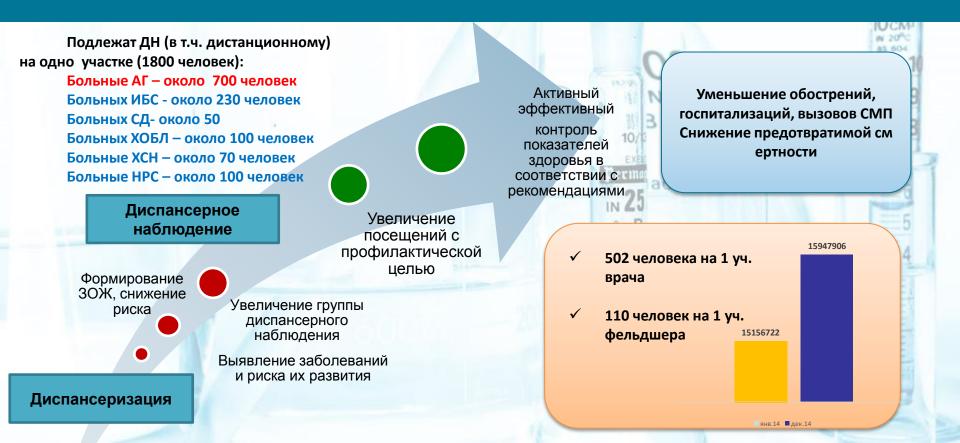
	Причины смерти, терапевтический участок, 1712 человек	Число умерших за 10 мес 2018 г
	Инфаркт миокарда	1
	Инсульт	2
ta	Внезапная сердечная смерть	
	Прогрессирование ХСН	8
To.	Пневмония	2
	сд	1
	ЗНО, выявленное на III-IV стадии (женские половые органы , молочная железа, ЖКТ, легкие, предстательная железа, кожа, полость рта)	2 (2)
	Смерть, наступившая раньше 76 лет	
	ИТОГО	26

V	Численность участка, терапевтический	1712
ì	Трудоспособного возраста	1247; (72%) м-564, ж-683
M	Нетрудоспособного возраста	465; (28%) м-176, ж-289
J.	Работающие	1319
7	Неработающие	82 – 4%
y	Работающие пенсионеры	111
	Самозанятые	
	Мужчин	734, трудоспособных 564, нетруд 176
	Женщин	966, трудосп.в. 683, нетрудосп.в. 289
	Подлежащие медосмотрам по 302н	71
Ή	1 группа здоровья	58
	2 группа здоровья	9
	3 группа здоровья	4
	Состоящих на Д учете всего	717
Ė	На Д учете у терапевта	590
	На Д учете кардиолога	47
н	На Д учете у невролога	18
U	На Д учете у хирурга и др. специальностей	62
	На Д учете по нозологиям	СД-29, АГ-244, ИБС -47

5 ведущих причин смерти в европейском регионе ВОЗ.



КОНЦЕПЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НИЗ НА ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗВЕНЬЯ ОДНОЙ ЦЕПИ



ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ. ПРИКАЗ 869H



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Приказ 869 от 17 октября 2017 года

Moann

Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения

В соответствии со статьей 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об сосновах охраны здоровыя граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) пр и к а з м в а ю:

Утвердить порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения согласно приложению.

Министр

lulguoka

В.И. Скворцова

Министерство здравоохранения Российской Федерации Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научно-неследовятельский центр профылактической медицины» Минадарав России профылактической медицины» Минадарав России

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Методические рекомендации

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.

MOCKBA 2015

ЦЕЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

- ✓ раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (состояний), явл яющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населени я Российской Федерации, основных факторов риска их развития, туберкулеза, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- ✓ определение группы состояния здоровья, необходимых профилактических, леч ебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан, имеющих за болевания (состояния) или факторы риска их развития, а также для здоровых граждан;
- ✓ проведение краткого профилактического консультирования больных и здоровы х граждан, а также проведение индивидуального углубленного профилактического ко нсультирования и групповых методов профилактики (школ пациентов) для граждан с в ысоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;
- ✓ **определение группы диспансерного наблюдения** граждан, с выявленными забо леваниями (состояниями), а также здоровых граждан, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.





ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (ПО РФ, 2017 Г), УЧАСТОК – 1800 ЧЕЛОВЕК

Выполнение годового плана	100%	600 чел
Направление на 2 этап	32,5%	198
Выявление отклонений на 1 этапе:		
измерение АД	15,2%	92
уровень ОХС	14,0%	85
уровень глюкозы	5,5%	33
относительный сс риск	7,1%	43
абсолютный сс риск	20,8%	126
ЭКГ	8,8%	54
осмотр фельдшера и цитология	4,4%	13
флюрография	1,8%	10
маммография	6,8%	40
исследование кала на скрытую кровь	5% из 17 - 39 старше 49 лет	1-2, гистохим!
измерение внутриглазного давления	1,8%	6
осмотр врача терапевта	34,2%	204

ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (ПО РФ, 2017Г)

Взято на диспансерное наблюдение из числа впервые	Взято на диспансерное наблюдение из числа впервые выявленных:					
болезни системы кровообращения	%	77,1%	176			
в том числе: болезни, характеризующиеся повышенным АД	%	78,3%	117			
ишемическая болезнь сердца	%	84,5%	35			
другая хроническая обструктивная легочная болезнь, астма, астматический статус, бронхоэктатическая болезнь	%	79,9%	6			
Bcero	%	55,8%	147			
Группы состояния здоровья						
1 группа	%	27,3%	162			
2 группа	%	16,3%	98			
За группа	%	43,1%	258			
3б группа	%	10,9%	65			

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ



НОРМАТИВНАЯ БАЗА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

- 1. Порядок диспансерного наблюдения (Приказ Минздрава России от 21.12.2012 г. № 1344н)
- (перечень нозологий для ДН участковым терапевтом, кратность посещений, нет перечня методов исследования)
- 2. Порядок оказания помощи больным ССЗ (Приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. №918н) (перечень нозологий для наблюдения кардиологом, не содержания ДН)
- 3. Порядок оказания помощи больным по профилю «эндокринология» заболеваниями (Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 899н) (нет содержания ДН)
- 4. Порядок оказания помощи больным по профилю «пульмонология» (Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №916н) **(нет содержания ДН)**
- 5. Стандарты оказания помощи в первичном звене больным АГ (на 10 дней!), СД, ХОБЛ (на 7 дней!), НЖТ, ЖТ, ожирения (на 365 дней)
- 6. Приказ Минздрава СССР 1986 года №770 (кратность и перечень методов исследования при ДН) (абсолютно устарел)
- 7. Клинические рекомендации по АГ, ИБС, ФП, ХСН (нет содержания ДН)
- 8. Клинические рекомендации профилактике кардиоваскулярных заболеваний, 2011 (нет содержания ДН)
- 9. Рекомендации по профилактике хронических неинфекционных заболеваний, 2013 (нет содержания ДН)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (33 ТЫСЯЧИ ЭКЗЕМПЛЯРОВ)





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

ПРОЕКТ

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

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

- Общие вопросы организации и проведения диспансерного наблюдения больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития 5
- II. Частные вопросы проведения диспансерного наблюдения больных с различными неинфекционными заболеваниями и пациентов с высокимсуммарным сердечно-сосудистым риском 13
- 2.1. Диспансерное наблюдение больных с артериальной гипертонией 13
- 2.2. Диспансерное наблюдение больных хронической ишемической болезнью сердца и стенокардией. Диспансерное наблюдение больных ИБС после хирургических и эндоваскулярных вмешательств (операций) на сердце и его сосудах 25
- 2.3. Диспансерное наблюдение больных ишемической болезнью сердца с постинфарктным кардиосклерозом 34
- 2.4. Диспансерное наблюдение больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения 41
- 2.5. Диспансерное наблюдение больных с нарушениями ритма сердца 49
- Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью 61
- 2.7. Диспансерное наблюдение больных с сахарным диабетом 68
- Диспансерное наблюдение пациентов, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск 82
- 2.9. Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими болезнями органов дыхания и после перенесенных острых заболеваний лёгких 86
- 2.10. Диспансерное наблюдение больных с хронической болезнью почек 99

изменения и дополнения в п.17 порядка диспансеризации («ГРУППЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ»)

II группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены ХНИЗ, имеются ФР развития таких заболеваний при высоком или очень высоком **абсолютном с**уммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспан серном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

К этой группе относятся граждане с подозрением на наличие артериальной гипертонии (код R03.0 по МКБ10; по вышенное кровяное давление при отсутствии диагноза гипертензии), до уточнения диагноза (обычно это лица с САД 13 0-140 мм рт.ст.).

Граждане с высоким абсолютным суммарном сердечно-сосудистым риском и установленным диагнозом артер иальной гипертонии относятся к IIIа группе состояния здоровья и нуждаются в диспансерном наблюдении по этому заб олеванию.

III ГРУППА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАЗДЕЛЕНА НА ПОДГРУППЫ IIIA И IIIБ

1.	ХИБС без <u>жизнеугрожающих</u> нарушений ритма, ХСН* не более II ФК
2.	Состояние после перенесенного ИМ по прошествии более 12 месяцев, при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии I-II ФК со стабильным течением, ХСН не более II ФК
3.	Стенокардия напряжения І-ІІ ФК со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста
4.	Стенокардия напряжения I-IV ФК со стабильным течением у лиц пенсионного возраста
5.	Артериальная гипертония 1-3 степени у лиц с контролируемым АД на фоне гипотенз терапии
6.	Легочная гипертензия I-II ФК со стабильным течением
7.	Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии 6 месяцев от даты операции
8.	Состояние после перенесенного осложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии более 12 месяцев от даты операции
9.	ХСН I-III функционального класса, стабильное состояние
10.	Фибрилляция и (или) трепетание предсердий при эффективной терапии
11.	Предсердная и желудочковая экстрасистолия, <u>наджелудочковые</u> и желудочковые тахикардии при эффективной профилактической антиаритмической терапии
12.	Рецидивирующий и хронический бронхит
3.	ХОБЛ нетяжелого течения без осложнений, в стабильном состоянии
4.	Посттуберкулезные и постпневмонические изменения в легких без дыхательной недостаточности
5.	Состояние после перенесенного плеврита
6.	Бронхиальная астма (медикаментозно контролируемая)
7.	Инсулин-независимый СД (2 тип)
18.	Инсулин-зависимый СД (2 тип) с подобранной дозой инсулина и стабильным течением
19.	Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после острого периода
20.	Стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70 %

Illa группа состояния здоровья - граждане, имеющие ХНИЗ, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализирова нной, в том числе ВТМП, а так же граждане с подозрением н а наличие этих заболеваний (с остояний), нуждающиеся в до полнительном обследовании

III ГРУППА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАЗДЕЛЕНА НА ПОДГРУППЫ IIIA И IIIБ

1.	Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный)
2.	Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии)
3.	Язвенная болезнь желудка неосложненное течение
4.	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
5.	Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит
6.	Полипы (полипоз) желудка
7.	Дивертикулярная болезнь кишечника, легкое течение
8.	<u>Полипоз</u> кишечника, семейный <u>полипоз</u> толстой кишки, синдром <u>Гартнера</u> , синдром <u>Пейца-Егерса</u> , синдром <u>Турко</u>
9.	Состояние после резекции желудка (по прошествии более 2 лет после операции)
10.	Рубцовая стриктура пищевода не требующая оперативного лечения
11.	Остеопороз первичный
12.	Деменции, иные состояния, сопровождающиеся когнитивными нарушениями, со стабильным течением
13.	Последствия легких черепно-мозговых травм, не сопровождавшихся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после травмы
14.	Последствия травмы нервной системы, сопровождавшейся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением по истечении 6 месяцев после операции
15.	Пациенты, перенесшие острую почечную недостаточность, в стабильном состоянии, с хронической почечной недостаточностью 1 стадии
16.	Пациенты, страдающие хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии), в стабильном состоянии, с хронической почечной недостаточностью 1 стадии
17.	Пациенты, относящиеся к группам риска поражения почек

IIIб группа состояния здоро

вья - граждане, не имеющие XH ИЗ, но имеющие другие заболев ания, требующие установления д испансерного наблюдения или о казания специализированной, в том числе ВТМП, а также гражда не с подозрением на наличие эт их заболеваний (состояний), нуж дающиеся в дополнительном об следовании

Механизм контроля

Разработка плановых критериев эффективности работы участка

Премирование врачей по результатам работы

Достижение целевых показателей участка

Ежеквартальный анализ по профилям через систему медсоветов

Нозологии	Зарегистрировано пациентов	Находится по Д наблюдением	Процент на Д наблюдении
АГ	289	244	84,4%
ИБС	47	47	100,0%
СД	25	25	100,0%
ФП			
Стеноз БЦА	4	4	100,0%
ОНМК и последствия	2	2	100,0%
им	5	5	100,0%
ХОБЛ	2	2	100,0%
БА	13	13	100,0%
ЯБ	18	18	100,0%
Облитерирующий атеросклероз	3	3	100,0%
ХР.холицистит	16	10	62,0%
ГЭРБ	-	-	-
Гепатит, циррозы	5	5	100,0%
Травмы	-	-	-
Остеоартроз, из них 3 степени	-	-	-
Направлено на ВМП:	8	7	-
CCX	1	1	-
Травматология	7	6	-
Выявлено онкозаболеваний, из них на	33 (21)	33(21)	100,0%

Нозологии, участок ВОП 1691	Зарегистрировано пациентов	Находится по Д наблюдением	Процент на Д наблюдении
АГ	301	287	95,3%
ИБС	38	38	100,0%
СД	35	35	100,0%
ФΠ			
Стеноз БЦА	-	-	-
ОНМК и последствия	4	4	100,0%
ИМ			
ХОБЛ	6	5	83,3%
БА	9	9	100,0%
ЯБ	25	25	100,0%
Облитерирующий атеросклероз	2	1	50,0%
ХР.холицистит	30	21	70,3%
ГЭРБ	-	-	-
Гепатит, циррозы			
Травмы	-	-	-
Остеоартроз, из них 3 степени	4 (1)	4 (1)	100,0%
Направлено на ВМП:	1	1	100,0%
CCX	1	1	100,0%
Травматология	-	-	-
Выявлено онкозаболеваний, из них на 1-2 стадии	12	12 (9)	

Нозологии, участок ВОП 1691	Находится по Д наблюдением	ДОЛЖНО НАХОДИТЬСЯ НА Д наблюдении
АГ	287	700
ИБС	38	230
СД	35	50
ХОБЛ	5	100
БА	9	
ЯБ	25	
Облитерирующий атеросклероз	1	
ХР.холицистит	21	
Остеоартроз, из них 3 степени	4 (1)	
II группа здоровья в КМП/ОМП		400
Всего на Д наблюдении	535	1000-1200
Направлено на ВМП:	1	7
CCX	1	3
Травматология	-	4-5!!
Выявлено онкозаболеваний, из них на 1-2 с	12 (9)	48
1 группа		162
2 группа		98
За группа		258
3б группа		65



Ориентировочный объем диспансерного наблюдения в масштабах терапевтического участка (1800 человек)

Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 года №1344н «Порядок диспансерного наблюдения»

На терапевтическом участке под ДН в настоящее время должно находиться около 800 человек

Больные АГ — около 700 человек Больных ИБС - около 230 человек Больных СД- около 50 Больных ХОБЛ — около 100 человек

Больные со злокачественными новообразованиями должны находиться под наблюдением онкологов.

ДН в ОМП/КМП подлежат граждане с высоким и очень высоким сердечнососудистым риском (около 400 человек)

По итогам двух лет диспансеризации под ДН будет находиться **около 1000-1200 человек**, имеющих различные сочетания ХНИЗ

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОЛИКЛИНИКИ (ВОП, ТЕРАПЕВТЫ УЧАСТКОВЫЕ)

Nº	Наименование критерия	Целевой индикатор	Значи мость
1	Доля направленных с участка пациентов трудоспособного возраста на оказание ВМП	Выполнение установленного плана по отдельным нозологиям на 100%	10%
2	Количество госпитализированных пациентов трудоспособного возраста с о. сердечно сосудистыми проблемами, возникших в результате некачественного оказания помощи на амбулаторном этапе	Своевременное оказание лечебной помощи на амбулаторном этапе 100%	10%
3	Выявленные случаи онкологических заболеваний у лиц трудоспособного возраста, постоянно проживающих и работающих в районе	Выявление с I-II стадией Выявление с III-IV стадией	10% 10%
4	Случаи расхождения диагнозов при направлении в круглосуточный стационар	Отсутствие расхождения предварительного диагноза с клиническим	5%
5	Случаи несвоевременной госпитализации больных трудоспособного возраста с хроническими заболеваниями	Направление на стационарное лечение в плановом порядке по согласованию с зав.отд.	10%
6	Случаи направления на плановую госпитализацию без предварительного обследования в амбулаторных условиях	Обследование плановых больных на амбулаторном э тапе на 100 %	5%
7	Смертность населения участка в трудоспособном возрасте по управляемым причинам (ОНМК, инфаркт миокарда, онкологические заболевания)	Отсутствие смертности лиц трудоспособного возраста от ОНМК, ИМ, онкологических заболеваний	10%
8	Выявленные хронические заболевания у пациентов прошедших предварительные и периодические медицинские осмотры в течение года после медицинского осмотра	Улучшение выявляемости при прохождении периодических медицинских осмотров	10%
9	Количество лиц не прошедших флюорографическое обследование два года и более на участке	Ежемесячное снижение данной категории лиц на каждом участке не менее чем на 5 %	10%

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОЛИКЛИНИКИ (ВОП, ТЕРАПЕВТЫ УЧАСТКОВЫЕ)

Nº	Наименование критерия	Целевой индикатор	Знач имо сть	
10	Эффективность наблюдения диспансерной группы	1) уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;	10%	
		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.		
	Достижение целевых показателей АД, холестерина	Достижение целевых показателей у 50% пациентов и/или увеличение показателей на 10%		

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ





Министерство здравоохранения Российской

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научноисследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения



Российской Федерации Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии» Федерального медико-биологического агентства

Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний

ПРОЕКТ

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

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

- Общие вопросы организации и проведения диспансерного наблюдения больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития 5
- II. Частные вопросы проведения диспансерного наблюдения больных с различными неинфекционными заболеваниями и пациентов с высокимсуммарным сердечно-сосудистым риском 13
- 2.1. Диспансерное наблюдение больных с артериальной гипертонией 13
- 2.2. Диспансерное наблюдение больных хронической ишемической болезнью сердца и стенокардией. Диспансерное наблюдение больных ИБС после хирургических и эндоваскулярных вмешательств (операций) на сердце и его сосудах 25
- 2.3. Диспансерное наблюдение больных ишемической болезнью сердца с постинфарктным кардиосклерозом 34
- 2.4. Диспансерное наблюдение больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения 41
- 2.5. Диспансерное наблюдение больных с нарушениями ритма сердца 49
- 2.6. Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью 61
- 2.7. Диспансерное наблюдение больных с сахарным диабетом 68
- 2.8. Диспансерное наблюдение пациентов, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск 82
- 2.9. Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими болезнями органов дыхания и после перенесенных острых заболеваний лёгких 86
- 2.10. Диспансерное наблюдение больных с хронической болезнью почек 99

ПУНКТ 13 КАРТЫ ДН В РЕКОМЕНДУЕМОЙ РЕДАКЦИИ: «ДАТЫ ЯВОК И ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕРАПИИ»

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА дистиноврекого наблюдения													
Код или № недицинской карты анбулатор- ного больного (история развития ребенка)													
Должность					1 0	.Заболе ерное н	вание, п облюден	na nasa	ду ката	poro as	ет под	аиспан-	
Дата взятия на учет					2	2 Диапнов установлен впервые в жизни							
(дате) 3.Кад по НКБ Дата сиятия с учета 4.Сопутствувацие заболевания													
дата снятия с учета ———————————————————————————————————				5	5.3оболевание выявлено: 5.1. при обращение за лечением 5.1. при грефскотра								
7.Фанилия, иня, отчес 8.Пол М/Ж		9Д2	та рок,	Renneq_									
 Адрес проживания ; Место работы (учеб 		ольное	учрежд	ение)_							_		
12.Профессия (должно	сть)									_			
13 Контроль посещени	a	Даты	enak wa	ростион	ние це	menas n	d example	resid trop	METHOD	_			
Назначено явиться													
Явился													
					Даты	9806							
Назначено явиться													
Явился													
14.Сведения об измени	ния дин	гноза, с	опутст	aksortex	забол	еваниях	осложи	+E+64 FOC					
цию, на сачапорно-куро	15.Проводиныя мероприятия (печебно-грофилактические, награвление на консультацию, в дневной стационар, постипализацию, на обнапорно-куроряное печение, трудоустройство, перевод на инвализиросты.)												
Mº Дата n/n ⊭aчana	N° Дата Дата Иероприятия Иероприятия												
	-		_										
	-		-										_
Подлинов ороче													

Назначено	пата								
Пазначено	дата								
явиться	к врачу*								
Явился									
Целевые показ		Постиг	TIVTI IO V	/DODINA	(2112110111	Ma) Hon	ODLIV EC	WARATO	70ŭ
целевые показ	ватели терапии	дости	нутые у	/ровни (значен	ия) цел	CRDIX IIC	казател	ІСИ
АД									
V									
Холестерин									
Гликированный гемоглобин									
Курение									
Пуропио									
Снижение веса	l								
ШОКС									
шоко									
ОТ: М<102см Ж<88см									
ФА > 30 мин/де	ZUL								
Ф/1 > 50 МИН/Д	טווע								

Заболева ние	Частота пос ещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений
ХИБС с Х СН не выше II ФК , без жизнеугро жаю- щих нару шений ритма СТ I-IIфк	·	опрос на наличие, выраженность и характер боли в грудной клетке в покое и при нагрузке, числа принимаемых таблеток нитроглицерина в сутоинеделю, одышки, перемежающейся хромоты, запизодая крат за премененостия конечностия конечностия им онемения положным для или новеженой стабости в конечностия конечностия им онемения положным для или поставления или поставления и туточение фезат приема инитотичемических препаратов при наличии показаний к их применению - отрос и фатиле консультирование по поводу курение, характеру питания, од - расчет инделье маско тель, запралочичных и беденных артерий гальнация путься а нериферических артериях - урожень СКУ, СКЯ СКЯ ВП. Т. ОТВ. Т. ОТВ
		состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая

т



Априорная вероятность (%) диагноза хронической ИБС в зависимости от характера боли в грудной клетке

	Типичная стенон	кардия	Атипичная (стенокардия	Боль некоронарного характера		
Возраст, лет	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	
30—39	59	28	29	10	18	5	
40—49	69	37	38	14	25	8	
50—59	77	47	49	20	34	12	
60—69	84	58	59	28	44	17	
70—79	89	68	69	37	54	24	
>80	93	76	78	47	65	32	

Нагрузочные ЭКГ-пробы показаны всем пациентам с подозрением на стенокардию напряжения и априорной вероятностью ИБС 15—85%;

не превышает 15% — следует исключить функциональное заболевание сердца или некардиальные причины симптомов; Показания к проведению нагрузочных проб лицам с ранее установленным диагнозом ИБС: первоначальная и повторная стратификации риска осложнений, оценка эффективности медикаментозного и хирургического лечения.

Показания к проведению КАГ.

Это не скрининг!

Больному не следует выполнять КАГ, если он не согласен на дальнейшее оперативное лечение.

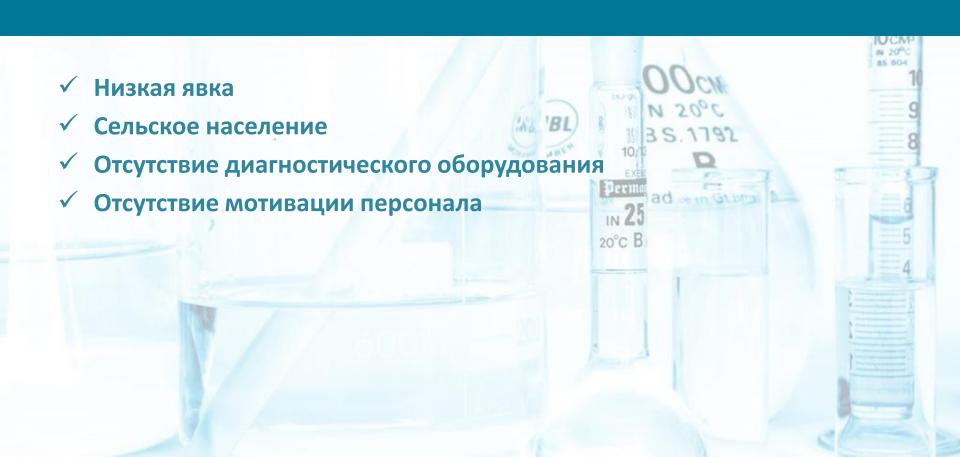
- Преходящие изменения ишемического характера, зарегистриро-ванные на ЭКГ покоя или по данным су точного мониторирования ЭКГ.
- Положительная проба с физической нагрузкой [велоэргометрия (ВЭМ), тредмил-тест, чреспищеводная э лектрическая стимуля-ция сердца (ЧПЭС), стресс-эхокардиографическое исследова-ние (стресс ЭхоКГ), сци нтиграфия миокарда].
- Приступы стенокардии напряжения II—IV функционального класса или стенокардии покоя.
- Ранняя постинфарктная стенокардия.
- Наличие в анамнезе опасных желудочковых нарушений ритма с высоким риском клинической смерти.
- Перед операциями на клапанном аппарате сердца в возрасте стар-ше 40 лет.
- Дифференциальная диагностика с некоронарогенными заболева-ниями миокарда (в том числе при атип ичном болевом синдроме).
- Социальные показания при минимально выраженных и нечётких признаках ишемии миокарда, при условии, что профессия больно-го связана с риском для жизни других людей (лётчики, водители), боевыми дежурствами и др.
- После трансплантации сердца общепринятый протокол наблюде-ния больного включает ежегодное про ведение КАГ, часто в сочета-нии с внутрисосудистым ультразвуковым исследованием.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА АРТЕРИЯХ ГОЛОВЫ (РЕКОМЕНДАТЕЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ АССОЦИАЦИИ НЕЙРОХИРУРГОВ РФ, 2008)

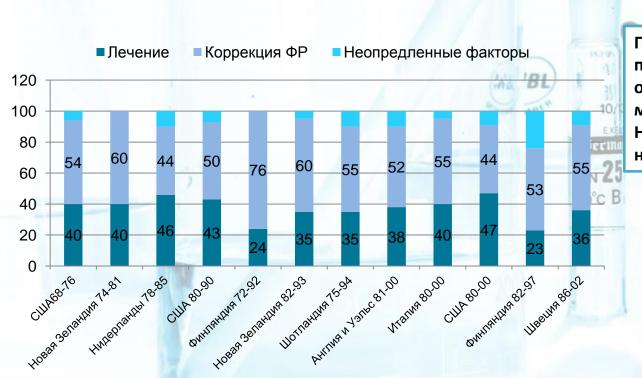
- ✓ Стеноз сонных артерий более **70% вне зависимости** от наличия очаговой неврологической симптоматики.
- ✓ Стеноз сонных артерий более **50**% **при наличии** очаговой неврологической симптоматики.
- ✓ Гемодинамически значимые патологические деформации (локальный турбулентный кро воток в области деформации с повышением линейной скорости кровотока (ЛСК) более 220 см/с, или более чем в 3 раза по сравнению с базовыми величинами кровотока); при повыш ении ЛСК более 170 см/с, или более чем в 2 раза, при наличии очаговой неврологическ ой симптоматики.
- ✓ **Окклюзии сонных артерий** при **субкомпенсации мозгового кровообращения** в бассейн е окклюзированной артерии.
- ✓ Когда реваскуляризация показана для вторичной профилактики пациенту с малым неинв алидизирующим инсультом (0-2 по шкале Рэнкина), при отсутствии противопоказаний к ранней реваскуляризации целесообразно выполнить ее в период с третьего по седьмой д ень после события, не откладывая на более отдаленный срок.



ОЖИДАЕМЫЕ ПРОБЛЕМЫ



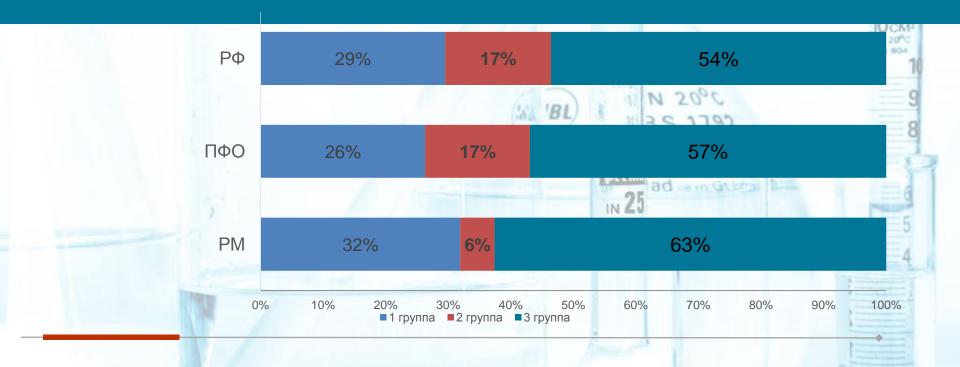
ВКЛАД ЛЕЧЕБНЫХ МЕР И МЕР ПРОФИЛАКТИКИ В СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ БСК В РАЗЛИЧНЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ



Практика целого ряда стран подтвердила опыт Финляндии об определяющей (50%) роли мер комплексной профилактики НИЗ в снижении смертности населения

Di Chiara A, Vanuzzo D. Doe s surveillance impact on car diovascular prevention? Eur Heart J 2009;30:1027–1029.

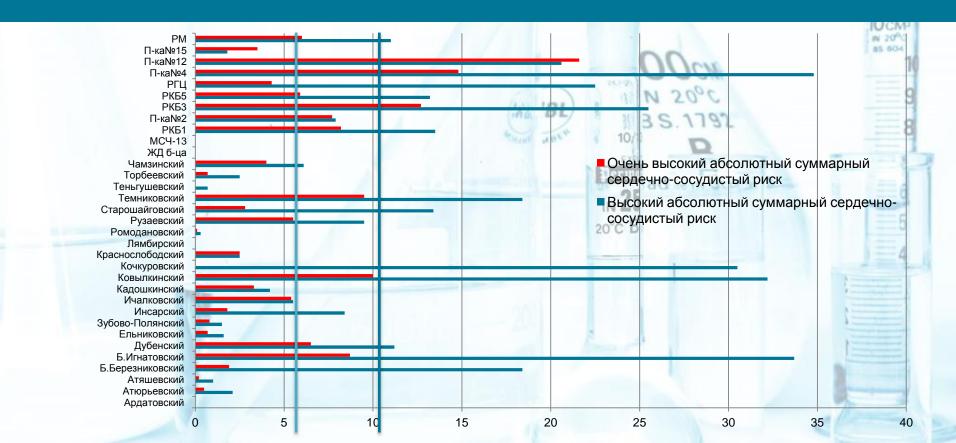
Установление групп здоровья по результатам диспансеризации в 2017 г.



В Республике Мордовия по результатам диспансеризации в 2017 г. отмечается низкая частота установления 2-й группы здоро вья за счет увеличения численности 3-й группы здоровья.

Вывод: необходимо проанализировать структуру 3-й группы здоровья и обратить внимание на качество установления групп здоровья.

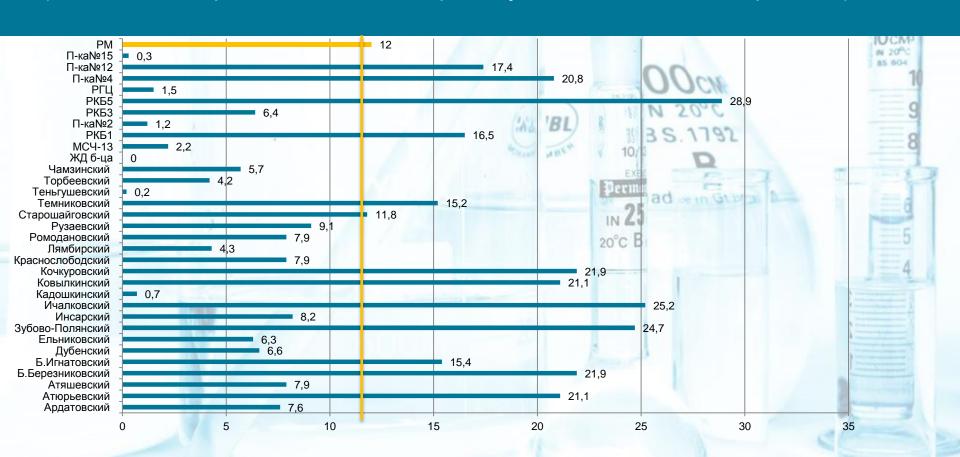
Выявление высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска, % от прошедших 1 этап диспансеризации



Частота выявления риска пагубного потребления алкоголя в ходе диспансеризации в 2017 году, на 100 тыс.



Повышенный уровень артериального давления (Повышенное кровяное давление при отсутствии диагноза гипертензии)



ЧЕМ ОБЪЯСНЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ССЗ В РОССИИ В 2003-2009 Г.Г.

Чем объясняется снижение смертности от	
ССЗ в России 2003-2009 гг	

*	Снижение факторов риска	- 59.6%
---	-------------------------	---------

Снижение популяционного АД -47.6%

☀ Изменение профиля курения -25.2%

***** Снижение холестерина -14.8%

☀ Уменьшение ожирения -15.8%

* Уменьшение ЧСС -15,1

Уменьшение употребления алкоголя -2,7

Улучшение лечения -29.4%

№ Не объяснимы -11.0%

В 2009 г в России зарегистрировано на 128027 СС смертей меньше, чем в 2003 г.

УГЛУБЛЕННОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В 2015 ГОДУ



ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ КАК ИЗМЕНЕНИЕ СОД ЕРЖАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА



