

Виды профилактического консультирования



4 основных фактора риска смертности от ХНИЗ

Факторы риска

Табак

Алкоголь

Неправильное питание

Низкая физическая активность

Вклад

Совокупное влияние 4-х факторов риска, %

61%

35%

42%

44%

Смертность от ХНИЗ¹

Сердечно-сосудистые заболевания

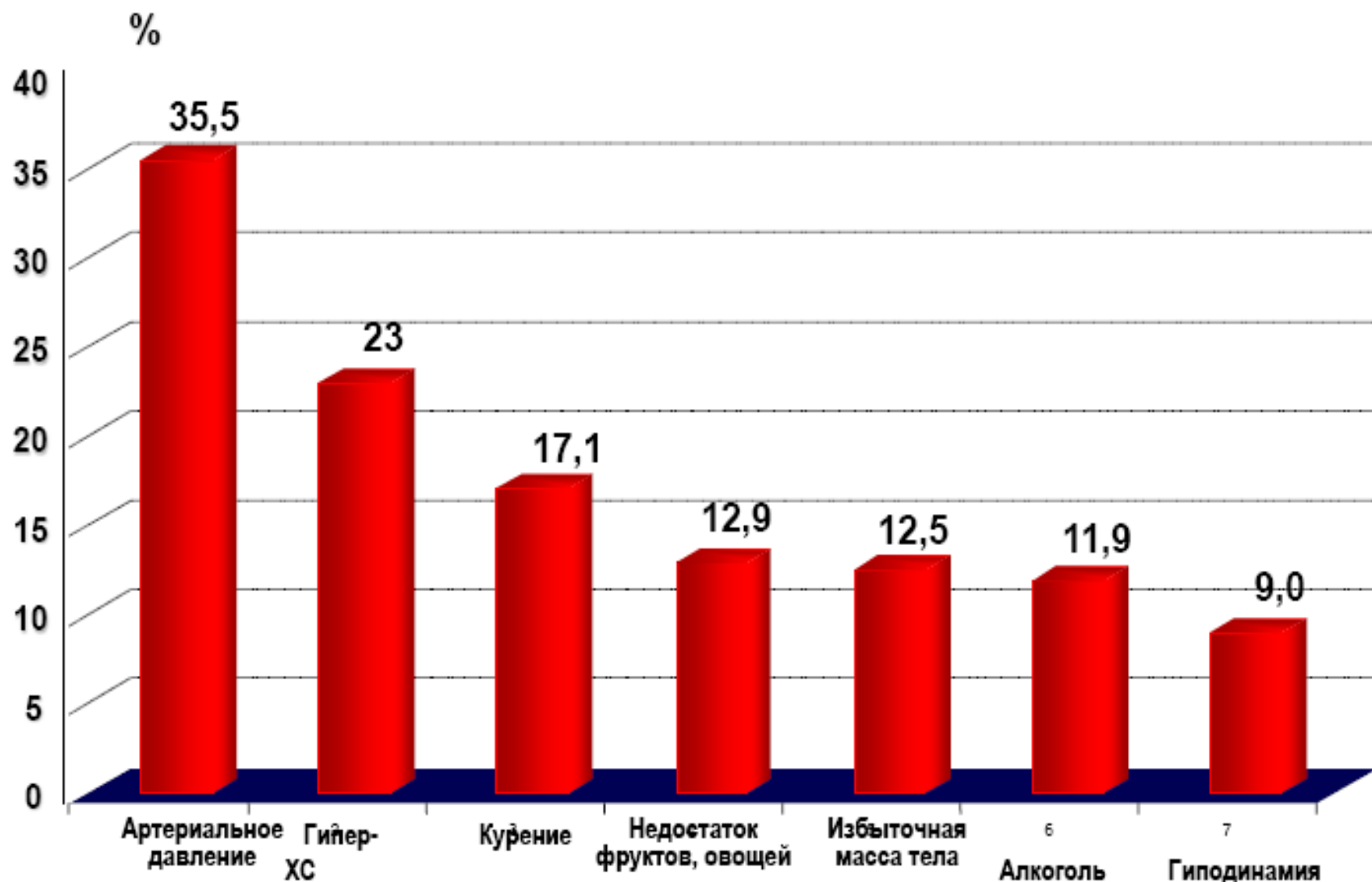
Новообразования

Болезни органов дыхания

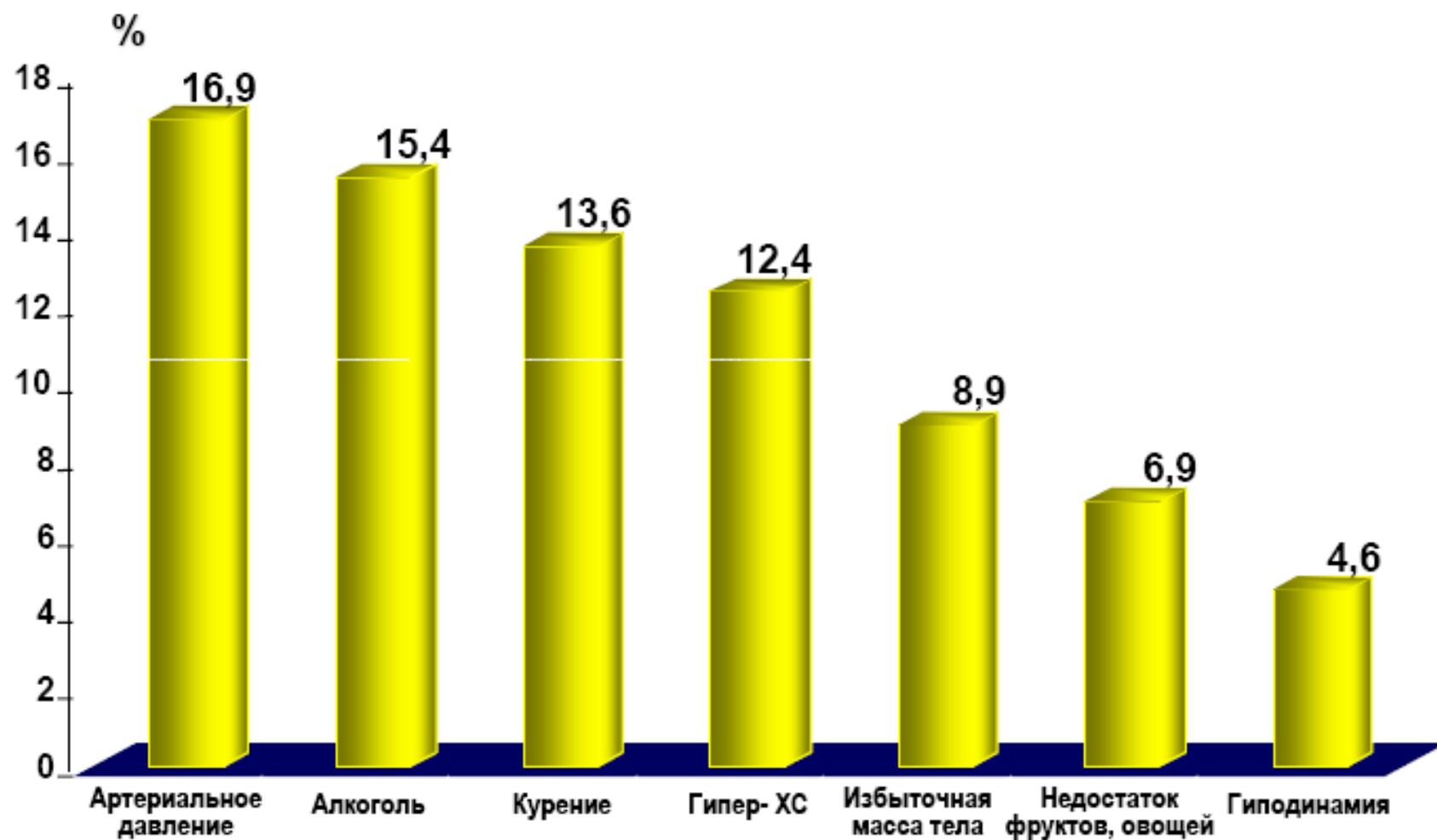
Диабет

¹ Источник: GLOBAL HEALTH RISKS report by World Health Organization, 2009 <http://www.who.int/whosis/whostat/2010>

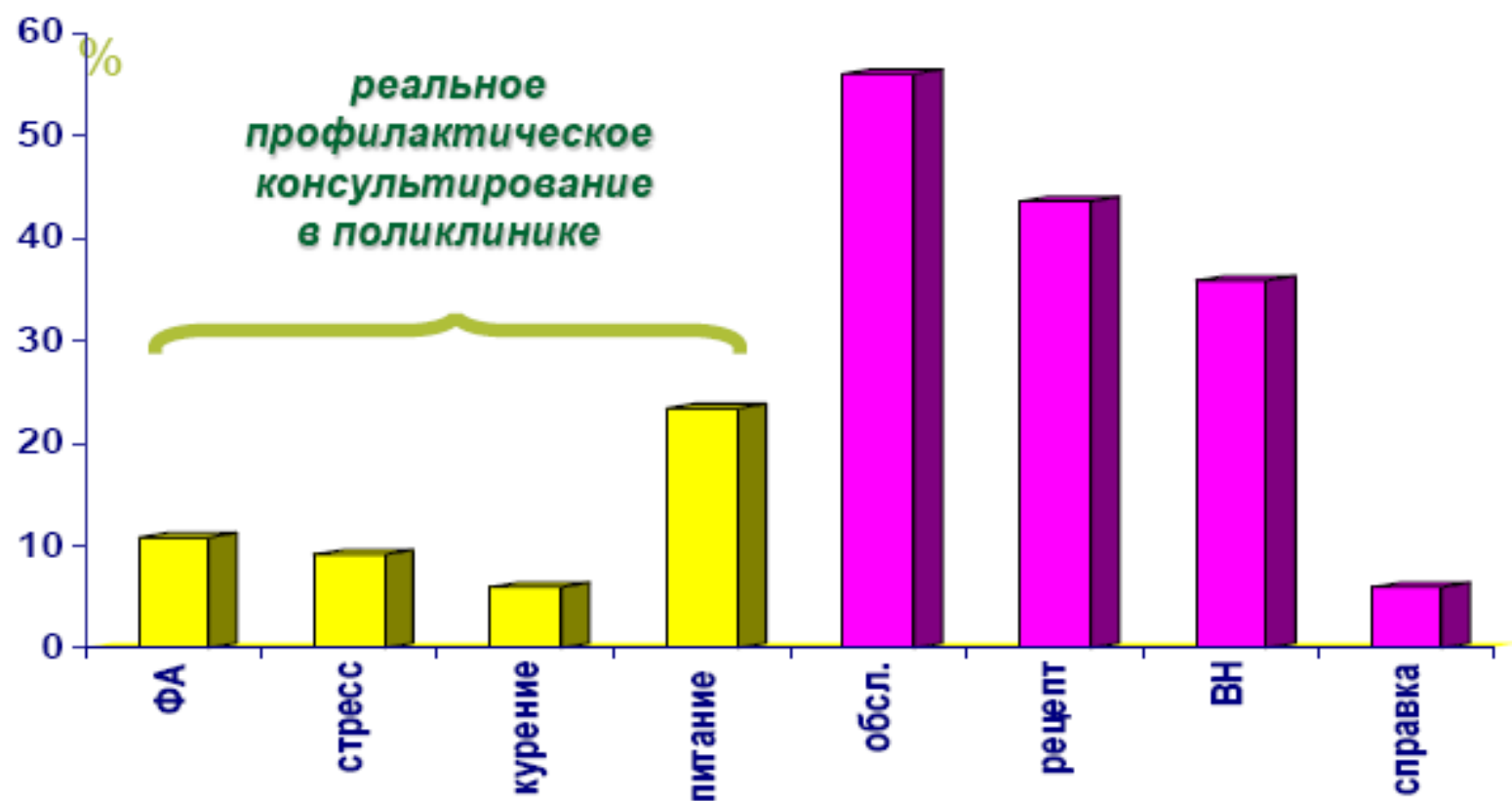
ВКЛАД 7 ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРЕЖДЕВРЕМЕННУЮ СМЕРТНОСТЬ (РОССИЯ)



ВКЛАД 7 ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПОТЕРЯННЫЕ ГОДЫ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (РОССИЯ)



Факторы риска и врачебный прием в поликлинике (Что пациенты получили на амбулаторном приеме?)



Потребность пациентов поликлиники в профилактических рекомендациях/советах врача по сохранению здоровья



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 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)
 - № 543н от 15 мая 2012 (Порядок ПМСП)**
 - № 1006н от 6.12.2012 (Порядок диспансеризации)**
 - № 1011н от 3.12.2012 (Порядок профилактических осмотров)**
 - № 1344н от 21.12.2012 (Порядок диспансерного наблюдения)**

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.

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 потребления 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.

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.

По результатам диспансеризации
составляется **индивидуальный**
паспорт здоровья с оценкой
факторов риска, рекомендациями
по лечению, наблюдению.



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

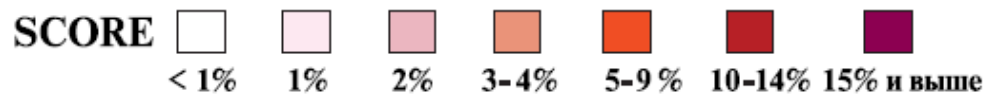
- К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям относятся: смерть от инфаркта миокарда, других форм ишемической болезни сердца, от инсульта, смерть от сердечно-сосудистых заболеваний за исключением определенно неатеросклеротических причин смерти.
- Оценка общего (суммарного) кардиоваскулярного риска имеет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

ЖЕНЩИНЫ

МУЖЧИНЫ

Таблица десятилетнего риска смерти от ССЗ

систолическое АД мм рт. ст.	ЖЕНЩИНЫ					возраст	МУЖЧИНЫ									
	некурящие		курящие				некурящие		курящие							
180	некурящие					65	некурящие					курящие				
	160						160					160				
	140						140					140				
	120						120					120				
	4 5 6 7 8						4 5 6 7 8					4 5 6 7 8				
180	некурящие					60	некурящие					курящие				
	160						160					160				
	140						140					140				
	120						120					120				
	4 5 6 7 8						4 5 6 7 8					4 5 6 7 8				
180	некурящие					55	некурящие					курящие				
	160						160					160				
	140						140					140				
	120						120					120				
	4 5 6 7 8						4 5 6 7 8					4 5 6 7 8				
180	некурящие					50	некурящие					курящие				
	160						160					160				
	140						140					140				
	120						120					120				
	4 5 6 7 8						4 5 6 7 8					4 5 6 7 8				
180	некурящие					40	некурящие					курящие				
	160						160					160				
	140						140					140				
	120						120					120				
	4 5 6 7 8						4 5 6 7 8					4 5 6 7 8				



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 (другая таблица)

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.

Шкала относительного риска

	Некурящие					Курящие				
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
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
	Общий ХС (ммоль/л)					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.

■ **Профилактическое консультирование**

– 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).

■ **Приверженность** – полнота и точность выполнения врачебных назначений медикаментозных и немедикаментозных

■ Профилактическое консультирование:

- краткое

- углубленное (индивидуальное)

- групповое (Школы здоровья для пациентов)

Что нового рекомендуется в технологиях профилактического консультирования?

- 🔔 Принципиальное изменение подхода к участию пациента в лечебном процессе - более активное привлечение пациента к принятию медицинского решения
- 🔔 От модели пассивного подчинения врачу и простого выполнения пациентом врачебных инструкций к модели сотрудничества и партнерства врача и пациента

Принцип единства трех составляющих эффективного профилактического консультирования:

- - *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

Алгоритм краткого профилактического консультирования врача-терапевта

- (1) Информировать пациента** (о выявленных заболеваниях, имеющихся ФР, уровне суммарного СС риска, АД, ОХС, глюкозы крови и пр.), а также при необходимости диспансерного наблюдения; о рекомендуемых целевых уровнях ФР, о возможности получить в поликлинике углубленное профилактическое консультирование или посетить школу пациента (график работы КМП/ОМП, ЦЗ, порядок записи на прием желающих бросить курить, снизить избыточную массу тела и др.)
- (2) Объяснить пациенту** с ФР их негативное влияние на здоровье и необходимость снижения риска, контроля ФР, объяснить правила самоконтроля уровня АД, основы самопомощи при острых состояниях, и показания к вызову СМП.
- (3) Оценить отношение пациента** к ФР, его желание и готовность к оздоровлению образа жизни. Всем пациентам со 2-й группой здоровья и по показаниям с 3-й группой здоровья обратиться в ОМП/КМП для углубленного индивидуального или группового профилактического консультирования.
- (4) Регистрировать в амбулаторных картах** ФР, рекомендации, сроки повторных контрольных визитов при необходимости.
- (5) Контролировать выполнение рекомендаций**, одобрять позитивные изменения и соблюдение рекомендаций, повторять советы при последующих визитах.

Диагностические критерии факторов риска ХНИЗ (приказ № 1006н)

Повышенный уровень АД $\geq 140/90$ мм рт.ст.

или проведение гипотензивной терапии

Дислипидемия - отклонение от нормы одного или более показателей липидного обмена:

общий ХС ≥ 5 ммоль/л;

холестерин ЛВП у мужчин $\leq 1,0$ ммоль/л, у женщин $\leq 1,2$ ммоль/л;

холестерин ЛНП ≥ 3 ммоль/л;

ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л

или проведение гиполипидемической терапии. \leq

Повышенный уровень глюкозы в крови - уровень глюкозы плазмы натощак $> 6,1$ ммоль/л

или проведение гипогликемической терапии.

Курение табака - ежедневное выкуривание ≥ 1 сигареты.

Нерациональное питание - избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли > 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление солений, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (< 400 граммов или $< 4-6$ порций в сутки).

Избыточная масса тела - индекс массы тела $25-29,9$ кг/м²,

ожирение - индекс массы тела ≥ 30 кг/м².

Низкая физическая активность - ходьба в умеренном или быстром темпе < 30 минут в день.

Риск пагубного потребления алкоголя и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача определяется с помощью опроса (анкетирования)

Суммарный сердечно-сосудистый риск устанавливается при отсутствии у гражданина выявленных заболеваний, связанных с атеросклерозом

Осложнения гипертонии:

- * ИБС, в том числе инфаркт миокарда
- * Инсульт
- * Почечная недостаточность
- * Гипертоническая ретинопатия
- * Аневризмы сосудов

140\90

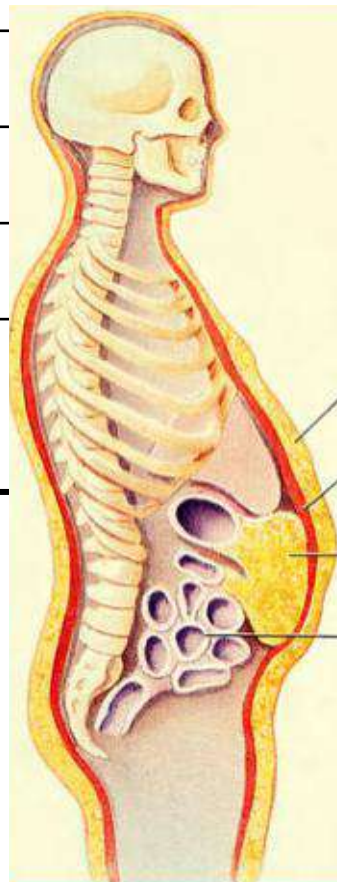
это гипертония!

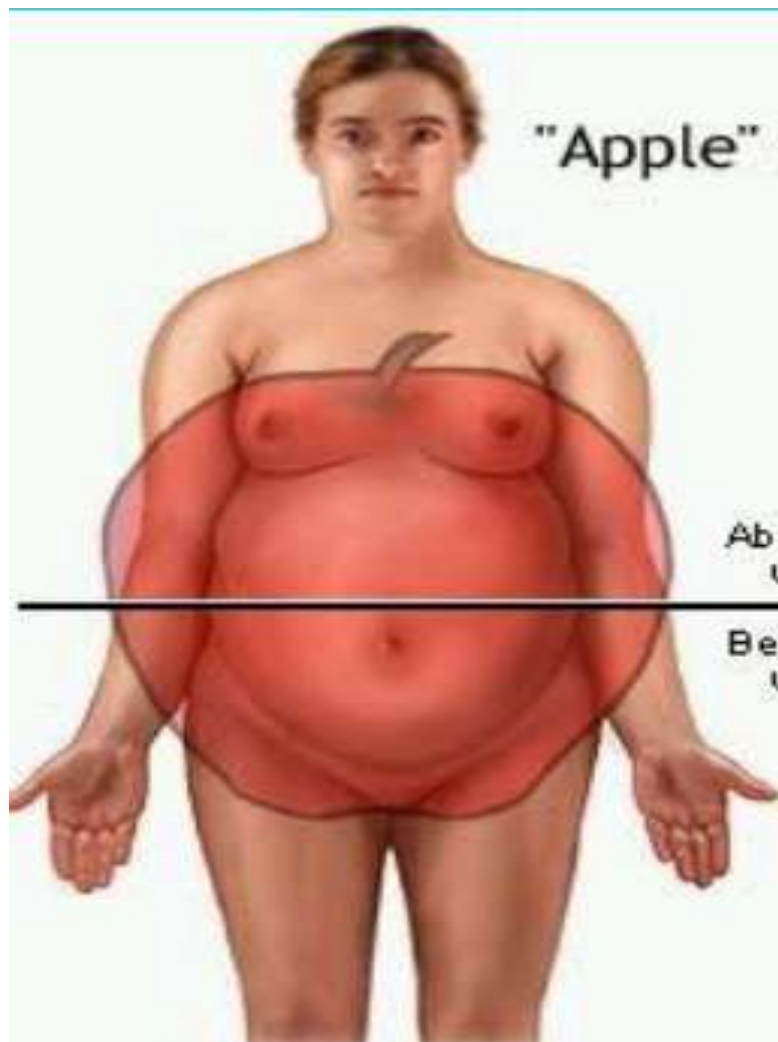


Есть ли у Вас ожирение?

Рассчитайте индекс массы тела (ИМТ)= вес (кг) : рост(м²)

Значение индекса массы тела	Оценка веса
18,6 – 24,9	нормальная масса тела
25 – 29,9	избыточная масса тела
30 – 39,9	ожирение
40 и более	резко выраженное ожирение

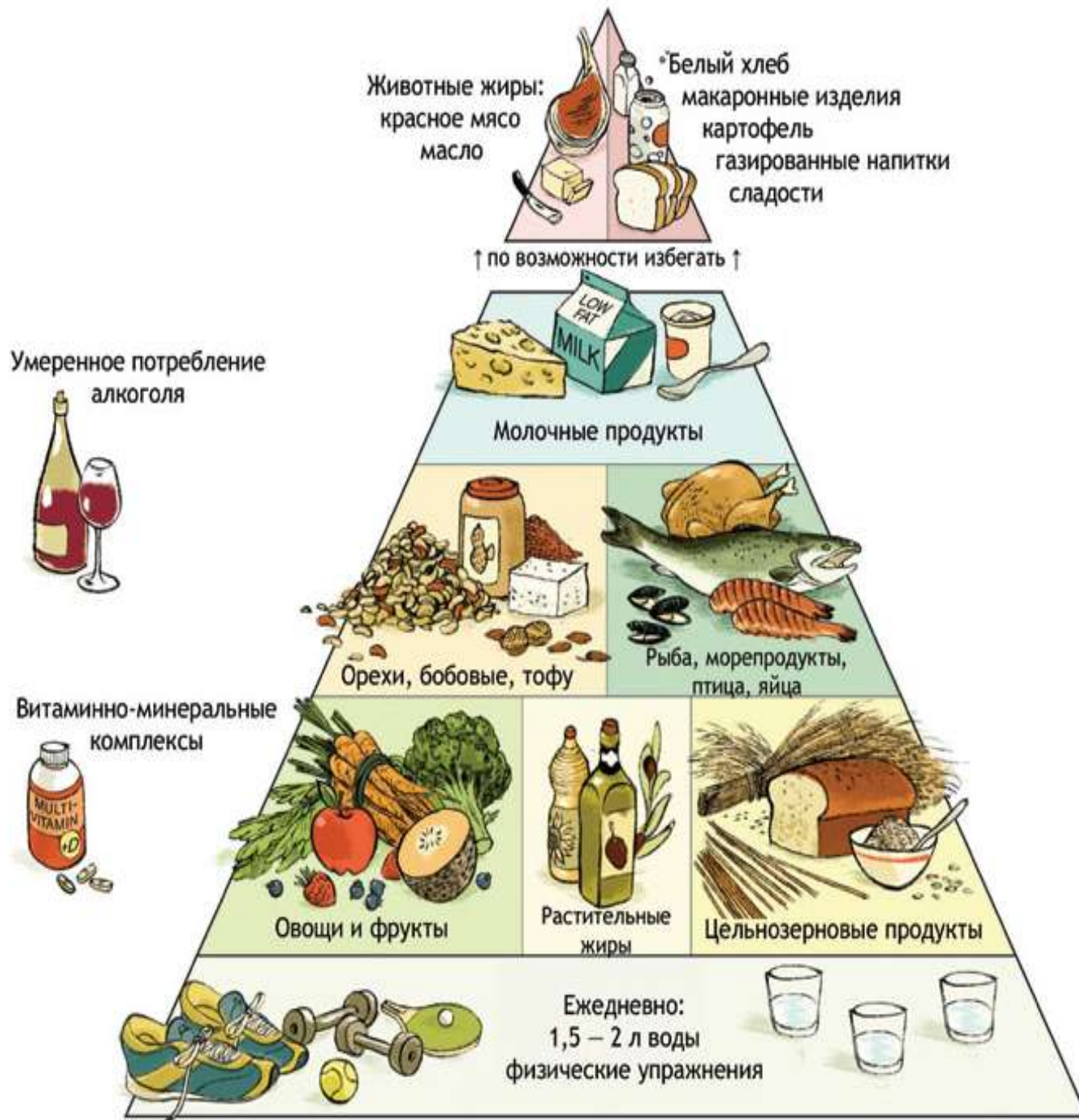




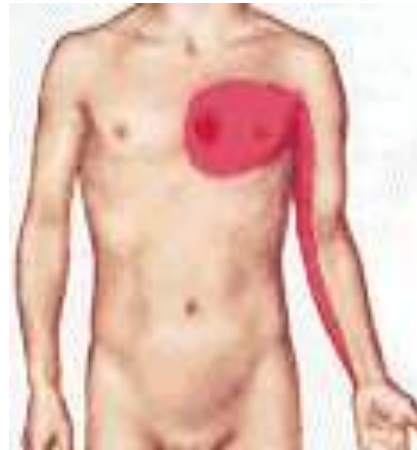
Особенно неблагоприятно
отложение жира
в области живота

Окружность талии
 ≥ 102 см у мужчин и
 ≥ 88 см у женщин –
серьёзный риск заболеваний

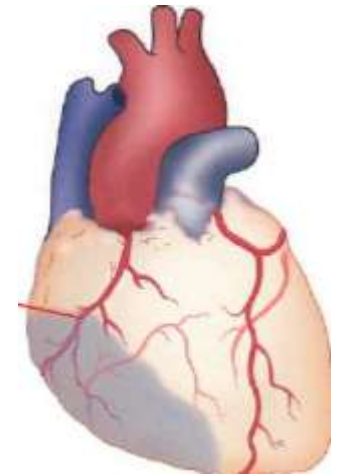
Пирамида здорового питания



Атеросклероз – хроническое заболевание сосудов, основной причиной которого является нарушение обмена холестерина, сопровождающееся образованием бляшек.



Стенокардия



Инфаркт
миокарда

Повышенный уровень глюкозы в крови
более 6,1 ммоль/л натощак или
проведение гипогликемической терапии

- Риск развития НТГ
- Риск развития сахарного диабета



Физическая активность

Первые 20-30 минут сгорают углеводы, а только потом в топку идут жиры. Отсюда вывод, для того, чтобы вес снижался за счет жиров, физическая нагрузка должна быть не менее 20 минут, а в идеале не меньше 40 минут.

Интенсивность физических нагрузок

Контролируется максимальной частотой сердечных сокращений:

$MЧСС = 220 - \text{возраст}$

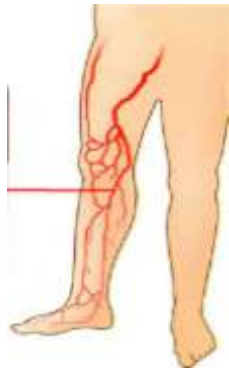
Для большинства людей,

не являющихся спортсменами оптимальная интенсивность составляет 50 - 70% от максимальной ЧСС.

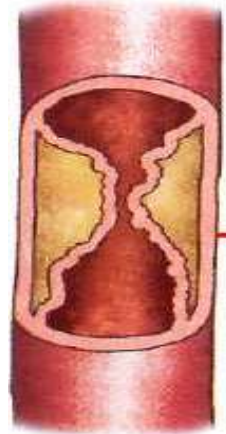


Главный враг сосудов – **НИКОТИН!**

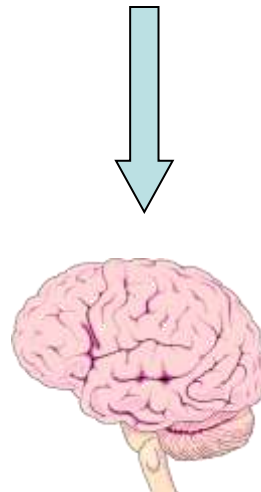
Он способствует образованию тромбов, вызывая повреждение стенки сосуда, и повышению уровня холестерина в крови и развитию атеросклероза.



Атеросклероз
сосудов
конечностей



Инфаркт
миокарда



инсульт

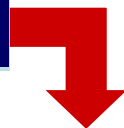
Эксперты Всемирной организации здравоохранения считают, что если потребление чистого алкоголя на 1 человека превышает **8** литров в год - это вырождение генофонда нации



В России на каждого человека, включая младенцев, сегодня приходится около **15 литров чистого алкоголя, потребляемого в год.**

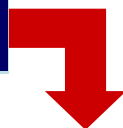
Медикаментозная коррекция факторов риска

Курение



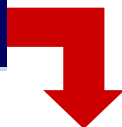
Никотинозаместительная терапия

Гипертония



Классы гипотензивных препаратов

Дислипидемия



Статины, фибраты, никотиновая кислота

Школа здоровья – групповое профилактическое консультирование

(эффективная форма профилактического консультирования)





“Будущее
принадлежит медицине
предупредительной”

Н.И. Пирогов, 1810-1881гг

ВРАЧИ ДЕЛЯТСЯ НА 3 КАТЕГОРИИ

врач - от Бога

врач - ну, с Богом

врач - не дай Бог!