

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра поликлинической терапии,
ультразвуковой и функциональной диагностики

Гришина И.Ф., Теплякова О.В., Бродовская Т.О., Николаенко О.В.

Полетаева Н.Б.

**Принципы организации и структура участковой медицинской
службы. Всеобщая диспансеризация населения.**

Учебное пособие

Екатеринбург

2019

УДК 614.254.3: 616-00: 616-036.12: 616-056.76: 616-056.8

Гришина И.Ф., Теплякова О.В., Бродовская Т.О., Николаенко О.В.
Полетаева Н.Б. **Принципы организации и структура участковой
медицинской службы. Всеобщая диспансеризация населения.** Учебное
пособие. ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России: Екатеринбург, 2019.- 146 с.

В данном учебном пособии представлена методология организации лечебно-профилактической помощи населению в условиях поликлиники, особенностей организации и объема работы участкового врача, включая оценку природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней у взрослого населения, проведение их коррекции, осуществление профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, методов отбора пациентов на санаторно-курортное лечение, основных этапов и методов реабилитации пациентов освещены основные вопросы организации и проведения всеобщей диспансеризации населения, включая навыки определения групп здоровья, проведения краткого и углубленного профилактического консультирования. Разделы пособия имеют единую структуру. Список литературы содержит ссылки на современные нормативные документы.

Пособие предназначено для студентов медицинских вузов.

Рецензент:

Заместитель Генерального директора по медицинской части МО
"Новая больница", кандидат медицинских наук **Петрова Э. М.**

Содержание

Введение.....	5
Актуальность	7
Принципы организации и структура участковой медицинской службы.....	11
Нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность амбулаторной службы	25
Медицинская документация амбулаторного участка	28
Методики профилактической работы участкового терапевта с населением	29
Всеобщая диспансеризация населения	38
Медицинская реабилитация.....	71
Санаторно-курортное лечение	78
Контрольные вопросы.....	85
Тестовые задания.....	86
Ситуационные задачи.....	106
Литература	109

Список сокращений

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

ВК – врачебная комиссия

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ГБ – гипертоническая болезнь

ДПК – 12-перстная кишка

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИКТ – индекс курения табака

ИМТ – индекс массы тела

ЛФК – лечебная физкультура

МСЭ – медико-социальная экспертиза

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ПСМП – первичная медико-социальная помощь

СД – сахарный диабет

СКЛ – санаторно-курортное лечение

СКО - санаторно-курортная организация

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ССР - сердечно-сосудистый риск

УЗДГ – ультразвуковая доплерография

ФР – фактор риска

ХНИЗ – хроническое неинфекционное заболевание

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиография

Введение

Данное учебное пособие адресовано студентам, осваивающим образовательную программу специальности «лечебное дело» в рамках изучения дисциплины «Поликлиническая терапия».

В современных условиях развития российского здравоохранения важность приобретают реформы, делающие доступной медицинскую помощь населению, совершенствующие систему оказания медицинской помощи, включая в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Амбулаторно-поликлинические учреждения — ведущее звено в системе организации первичной медико-санитарной помощи (ПСМП).

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает профилактические, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, направленные на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности. Для этого вида помощи характерная специализация и многоуровневая система оказания.

Задачами пособия являются:

1) Увеличение объема теоретических знаний по вопросам организации лечебно-профилактической помощи основной массе населения в условиях поликлиники.

2) Увеличение объема теоретических знаний по вопросам особенностей организации и объема работы участкового врача.

3) Увеличение объема теоретических знаний по вопросам проведения профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний неинфекционного характера.

4) Формирование практических навыков, необходимых для самостоятельной работы в условиях поликлиники: оценку природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней у взрослого населения, проведение их коррекции, осуществление профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проведение санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, должным навыкам грамотного отбора на санаторно-курортное лечение, определению показаний и противопоказаний к СКЛ, определять группу здоровья пациента, выявлять показания для направления на 2 этап диспансеризации, проводить краткое и углубленное профилактическое консультирование.

5) Развитие навыков клинического мышления по диагностике в амбулаторно-поликлинических условиях наиболее часто встречающихся терапевтических заболеваний, оценке особенностей их течения, определения показаний и видов медицинской реабилитации.

6) Обучение студентов современным подходам к вопросам реабилитации пациентов, знанию основных этапов и методов реабилитации пациентов

Разделы настоящего учебного пособия структурированы и характеризуют понятийный аппарат, структуру и особенности организации различных аспектов деятельности участкового терапевта. Пособие содержит оценочные средства, которые включают в себя контрольные вопросы для самоподготовки, тестовые задания и клинические ситуационные задачи. Список литературы содержит перечень основных и дополнительных источников для подготовки и включает как нормативно-правовые акты, так и оригинальные статьи и обзоры в периодических изданиях.

Учебное пособие направлено на формирование у обучающегося новых знаний, умений, навыков и компетенций, а также мотивацию к углубленному изучению дисциплины «поликлиническая терапия».

Актуальность

Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь (лат. *ambulatorius* - подвижной, ходячий; греч. *polis* - город, *klinike* - искусство врачевания) осуществляется вне больничных условий.

Впервые амбулаторная помощь больным в России стала применяться в XI в. В 1089 г. в Киевской Руси «безвозмездное врачевание» приходившим больным было вменено в обязанность «больницам, находящимся при церквях». Амбулаторный «прием» больных вели также знахари и знахарки, к которым обращался за помощью простой люд. Вплоть до XVI в. медицинское дело не подлежало вмешательству государства.

В 1620 г. возникают первые светские амбулатории, где прием ведут врачи. Организацию амбулаторной помощи ускорили тяжелые эпидемии оспы, чумы, холеры.

Петровские реформы дали начало реорганизации всего медицинского дела: вместо боярской приказной системы была создана государственная администрация, в том числе и Медицинская канцелярия. В 1738 г. при главной аптеке Петербурга была учреждена должность врача для бедных, это была первая в Европе бесплатная амбулатория.

В 1804 г. впервые в истории России поликлиническая практика была введена в программу преподавания на медицинских факультетах университетов. Как правило, амбулаторная помощь в городах оказывалась при больницах. Самостоятельные учреждения этого типа стали развиваться лишь в 80-х гг. XIX в., чему способствовало развитие земской и фабричной медицины.

Земская реформа создала систему медицинской помощи, включающую в себя участковое обслуживание, разъездную врачебную помощь, обеспечение фельдшерами.

Усиленное развитие в нашей стране амбулаторно-поликлиническая помощь получила с 20-х гг. XX в., т. е. в годы становления отечественной системы здравоохранения. В Советском Союзе профилактика как направление деятельности системы здравоохранения стала занимать приоритетное положение. Важным методом профилактики объявлялась диспансеризация, которая в то время в силу многих объективных причин была сведена к регистрации заболеваний и медицинским осмотрам. Совершенствовалась система охраны материнства и детства, значительно увеличилась сеть детских поликлиник и женских консультаций. Накануне войны, несмотря на ошибки и просчеты, репрессии, унесшие тысячи жизней специалистов здравоохранения, была построена государственная система здравоохранения, которая предполагала профилактическую направленность, плановость, доступность и т. д. К 1950 г., даже учитывая громадный ущерб, нанесенный народному хозяйству страны в годы войны (было уничтожено 40 000 больниц и поликлиник), число медицинских учреждений не только достигло довоенного уровня, но и возросло. В СССР в амбулаторно-поликлинической помощи большое внимание уделялось диспансеризации.

В новейшей российской истории с 2002 года основной упор в оказании медицинского обслуживания делается на организацию амбулаторно-поликлинической помощи населению. Приказ о постоянном совершенствовании этого направления издан Министерством здравоохранения РФ (№ 350). Для его внедрения реализуется проект национального значения "Здоровье". Роль ведущих структур отводится амбулаторно-поликлиническим службам, где около 80 % населения проходят полный курс лечения – от первого обращения до выписки, без необходимости госпитализации.

Амбулаторно-поликлиническая помощь - самый доступный и массовый вид медицинской помощи. Ее получают ежегодно около 80% всех больных.

В среднем в течение года каждый житель страны 9 раз посещает поликлинику или вызывает врача на дом.

Данный вид медицинской помощи характеризуется следующими особенностями:

- Большая часть амбулаторно-поликлинических учреждений оказывает первичную медико-социальную помощь и обеспечивает медицинскую помощь преимущественно по месту жительства с учетом интересов застрахованных граждан;
- Решение проблем здоровья населения (лечение, профилактика и др.) осуществляется либо на базе своих учреждений, либо оказывается помощь на дому;
- Это наиболее дешевый вид медицинской помощи по сравнению с другими (стационарным, санаторно-курортным);
- Амбулаторно-поликлинический вид помощи гарантирован Конституцией РФ, законами и многими законодательными актами.

Значение поликлиники определяется ее приближенностью к населению, а также возможности оптимального участия в медицинском обеспечении подавляющего числа населения.

Эти учреждения занимают ведущее место в профилактической работе системы здравоохранения, их работники определяют факторы риска среди соответствующих контингентов, инфекционные и социально значимые заболевания.

Работа поликлиник существенно влияет на деятельность других учреждений здравоохранения - больниц, службы скорой помощи. Кроме того, от эффективной работы данного звена здравоохранения во многом зависит уровень и длительность временной утраты трудоспособности, частота осложнений заболеваний и последствия их течения, уровень госпитализации, продолжительность пребывания больных в стационарах и

вообще рациональное использование коек, а также в значительной мере оценка населением деятельности всей системы здравоохранения.

Диспансеризация как право российских граждан на регулярный бесплатный медицинский осмотр с целью своевременного выявления заболеваний, являющихся основными причинами смертности и инвалидности, была введена в 2013 году в рамках реализации программы «Здоровье», принятой Правительством в 2006.

Множество работ демонстрирует высокую эффективность проводимых при диспансеризации мероприятий. Кроме того, с годами охват населения растёт, и система совершенствуется. Так, число взрослых, осмотренных в рамках диспансеризации выросло с 2013 по 2015 года в 2 раза (с 15 824 тыс. до 33 663,7 тыс. человек, что составляет в среднем 92% населения, подлежащего диспансеризации – согласно данным Росстата).

В поликлинике проводится реабилитация больных и выздоравливающих. В ее проведении чаще всего задействована система ПМСП.

Эффективность реабилитации во многом зависит от комплексного подхода в ее проведении. В ней принимают участие различные ведомства и службы (законодательные, административные, образовательные, профсоюзные), но учреждениям здравоохранения принадлежит ведущая роль.

Среди контингентов, требующих медицинской реабилитации, первое место занимают больные с временной утратой трудоспособности (больше 60 %). Стойкая нетрудоспособность - 22,2 %. Больные с тяжелыми заболеваниями, требующие обслуживания - 5,3 %. Контингенты, требующие пересмотра группы инвалидности - более 6 %. Около половины среди

пациентов, требующие медицинской реабилитации составляют больные терапевтического профиля.

В период реформирования системы здравоохранения работа поликлиники должна быть направлена на существенное увеличение качества лечения населения, полное комплексное обследование его социально-значимых групп, полноценную реабилитацию.

Эти все мероприятия будут содействовать уменьшению нынешнего довольно высокого уровня госпитализации и обеспечат направление больных на стационарное лечение в случаях крайней необходимости.

I. Принципы организации и структура участковой медицинской службы.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи в РФ и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в плановой и неотложной формах.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается:

1) амбулаторно, в том числе:

- в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, или ее подразделении по месту жительства (пребывания) пациента - при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний в случае вызова медицинского работника или при посещении им пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение), при патронаже отдельных групп населения при выявлении или угрозе возникновения эпидемии инфекционного заболевания, больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, в том числе путем подворных (поквартирных) обходов, осмотров работников и учащихся;
- по месту выезда мобильной медицинской бригады, в том числе для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста, либо расположенных на значительном удалении от медицинской

организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий;

2) в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений [статьи 21](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях и (или) их подразделениях.

Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан.

В целях обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан, установленной «Положением об организации

оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н).

В медицинских организациях могут быть организованы участки:

- фельдшерский;
- терапевтический (в том числе, цеховой);
- врача общей практики (семейного врача);
- комплексный (участок формируется из населения участка медицинской организации с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом врачебной амбулатории, и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими здравпунктами);
 - акушерский;
 - приписной.

Обслуживание населения на участках осуществляется:

- фельдшером фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;
- врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом участковым цехового врачебного участка, медицинской сестрой участковой на терапевтическом (в том числе цеховом) участке;
- врачом общей практики (семейным врачом), помощником врача общей практики, медицинской сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача).

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

- на фельдшерском участке - 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на терапевтическом участке - 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, - 1300 человек взрослого населения);
- на участке врача общей практики - 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на участке семейного врача - 1500 человек взрослого и детского населения;
- на комплексном участке - 2000 и более человек взрослого и детского населения.

В районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, высокогорных, пустынных, безводных и других районах (местностях) с тяжелыми климатическими условиями, с длительной сезонной изоляцией, а также в местностях с низкой плотностью населения участки могут быть сформированы с меньшей численностью прикрепленного населения, с сохранением штатных должностей врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых, медицинских сестер врача общей практики, фельдшеров (акушеров) в полном объеме.

Поликлиника является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, и организуется для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также паллиативной медицинской помощи населению.

Структура поликлиники и штатная численность устанавливаются главным врачом поликлиники или руководителем медицинской организации (ее структурного подразделения), в структуру которой она входит, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы, с учетом рекомендуемых штатных нормативов, установленных приложением N 2 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, уровня и структуры заболеваемости и смертности, поло-возрастного состава населения, его плотности, а также иных показателей, характеризующих здоровье населения.

Для организации работы поликлиники в ее структуре предусматриваются следующие подразделения:

- регистратура;
- отделение (кабинет) доврачебной помощи;
- отделение общей врачебной (семейной) практики;
- отделение (кабинет) первичной специализированной медико-санитарной помощи;
- отделения первичной специализированной медико-санитарной помощи (травматолого-ортопедическое, хирургическое, терапевтическое, оториноларингологическое, офтальмологическое, неврологическое и др.);
- кабинеты врачей-специалистов;
- отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи;
- отделение (кабинет) функциональной диагностики;
- стоматологическое отделение (кабинет);
- процедурный кабинет;
- смотровой кабинет;
- флюорографический кабинет;
- кабинет доверия;

- кабинет кризисных состояний и медико-психологической разгрузки;
- кабинет медицинской помощи при отказе от курения;
- отделение (кабинет) лучевой диагностики;
- клиническая лаборатория;
- биохимическая лаборатория;
- микробиологическая лаборатория;
- отделение (кабинет) медицинской профилактики;
- центр здоровья;
- помещения (учебные классы, аудитории) для проведения групповой профилактики (школ здоровья);
- дневной стационар;
- информационно-аналитическое отделение или кабинет медицинской статистики;
- организационно-методический кабинет (отделение);
- административно-хозяйственные подразделения.

Оснащение отделений и кабинетов осуществляется в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи. Работа поликлиники организуется по сменному графику, обеспечивающему оказание медицинской помощи в течение всего дня, а также предусматривает оказание неотложной медицинской помощи в выходные и праздничные дни.

Основными задачами поликлиники являются:

- 1) оказание первичной (доврачебной, врачебной, специализированной) медико-санитарной помощи, в том числе в неотложной форме больным, проживающим на территории обслуживания и (или) прикрепленным на обслуживание, при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях;

- 2) проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых заболеваний и факторов риска;
- 3) проведение диспансеризации населения;
- 4) диагностика и лечение различных заболеваний и состояний;
- 5) восстановительное лечение и реабилитация;
- 6) клиничко-экспертная деятельность по оценке качества и эффективности лечебных и диагностических мероприятий, включая экспертизу временной нетрудоспособности и направление граждан на медико-социальную экспертизу;
- 7) диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, функциональными расстройствами, иными состояниями с целью своевременного выявления (предупреждения) осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации;
- 8) организация дополнительной бесплатной медицинской помощи, в том числе необходимыми лекарственными средствами, отдельным категориям гражданам;
- 9) установление медицинских показаний и направление в медицинские организации для получения специализированных видов медицинской помощи;
- 10) организация и оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;
- 11) проведение всех видов медицинских осмотров (профилактические, предварительные, периодические);

- 12) установление медицинских показаний для санаторно-курортного лечения, в том числе в отношении отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- 13) проведение противоэпидемических мероприятий, в том числе вакцинации, в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям, выявление больных инфекционными заболеваниями, динамическое наблюдение за лицами, контактирующими с больными инфекционными заболеваниями по месту жительства, учебы, работы и за реконвалесцентами, а также передача в установленном порядке информации о выявленных случаях инфекционных заболеваний;
- 14) осуществление врачебных консультаций;
- 15) осуществление медицинского обеспечения подготовки юношей к военной службе;
- 16) экспертиза временной нетрудоспособности, выдача и продление листков нетрудоспособности;
- 17) организация и проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, включая вопросы рационального питания, увеличения двигательной активности, предупреждения потребления психоактивных веществ, в том числе алкоголя, табака, наркотических веществ;
- 18) выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, а также лиц с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;
- 19) оказание медицинской помощи по отказу от курения и злоупотребления алкоголя, включая направление на консультацию и лечение в специализированные профильные медицинские организации;
- 20) организация информирования населения о необходимости и возможности выявления факторов риска и оценки степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний, их

медикаментозной и немедикаментозной коррекции и профилактике, а также консультирования по вопросам ведения здорового образа жизни в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики и центрах здоровья;

- 21) проведение оздоровительных мероприятий, медикаментозной и немедикаментозной коррекции факторов риска, обеспечение памятками, диспансерное наблюдение лиц, имеющих высокий риск развития хронического неинфекционного заболевания и его осложнений, направление при необходимости лиц с высоким риском развития хронического неинфекционного заболевания на консультацию к врачу-специалисту;
- 22) повышение квалификации врачей и работников со средним медицинским образованием;
- 23) ведение медицинской документации в установленном порядке и представление отчетности;
- 24) осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, Роспотребнадзором, Росздравнадзором, иными организациями по вопросам оказания первичной медико-санитарной и паллиативной медицинской помощи.

Врач-терапевт участковый осуществляет свою деятельность по оказанию первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях преимущественно муниципальной системы здравоохранения:

- поликлиниках;
- амбулаториях;
- стационарно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения;
- других лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению.

Основными задачами участкового врача-терапевта являются:

- 2) формирование врачебного (терапевтического) участка из прикрепленного к нему населения;
- 3) осуществление санитарно-гигиенического образования, консультирование по вопросам формирования здорового образа жизни;
- 4) осуществление профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организация и ведение школы здоровья;
- 5) изучение потребности обслуживаемого им населения в оздоровительных мероприятиях и разработка программ проведения этих мероприятий;
- 6) осуществление диспансерного наблюдения пациентов, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг, в установленном порядке;
- 7) организация и проведение диагностики и лечения различных заболеваний и состояний, в том числе восстановительного лечения пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- 8) оказание неотложной медицинской помощи пациентам при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- 9) направление пациентов на консультации к специалистам, в том числе для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- 10) организация и проведение противоэпидемических мероприятий и иммунопрофилактики в установленном порядке;

11) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке и оформление документов для направления на медико-социальную экспертизу;

12) выдача заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;

13) взаимодействие с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;

14) организация совместно с органами социальной защиты населения медико-социальной помощи отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе;

15) руководство деятельностью среднего медицинского персонала, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь;

16) ведение медицинской документации в установленном порядке, анализ состояние здоровья прикрепленного населения и деятельности врачебного участка.

Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового.

Основной целью введения критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового является оперативный анализ внутри лечебно-профилактического учреждения диагностической, лечебно-профилактической и организационной работы на терапевтическом участке для улучшения качества оказания медицинской помощи и мониторинга состояния здоровья прикрепленного населения.

При оценке эффективности работы врачей-терапевтов участковых используются следующие критерии деятельности врача-терапевта участкового:

1) стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения;

2) снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению;

3) увеличение числа посещений прикрепленного населения с профилактической целью;

4) полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением;

5) полнота охвата профилактическими прививками прикрепленного населения:

- против дифтерии - не менее 90% в каждой возрастной группе;
- против гепатита В - не менее 90% лиц в возрасте до 35 лет;
- против краснухи - не менее 90% женщин в возрасте до 25 лет;
- выполнение плана профилактических прививок против гриппа;

6) стабилизация или снижение показателя смертности населения на дому: при сердечно-сосудистых заболеваниях; при туберкулезе; при сахарном диабете;

7) снижение числа лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в течение последнего года жизни;

8) стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:

туберкулез:

- число вновь выявленных больных;
- полнота охвата флюорографическим обследованием лиц, более чем на 90% от числа подлежащих;

- полнота охвата бактериоскопическим обследованием лиц, более чем на 90% от числа подлежащих;

- отсутствие повторных случаев у контактных лиц в очагах активного туберкулеза;

- отсутствие запущенных случаев туберкулеза;

артериальная гипертония:

- число вновь выявленных больных артериальной гипертонией;

- снижение уровня первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца;

- снижение инвалидизации в результате инфаркта миокарда и инсульта;

- снижение смертности прикрепленного населения от инфарктов миокарда и инсультов;

сахарный диабет:

- число вновь выявленных больных сахарным диабетом;

- число больных сахарным диабетом с компенсированным статусом более 50% от всех стоящих на учете лиц;

- снижение числа осложнений сахарного диабета;

онкологические заболевания:

- отсутствие случаев онкологических заболеваний видимых локализаций, выявленных в 3 - 4-й клинических стадиях;

9) полнота охвата мероприятиями по динамическому медицинскому наблюдению за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, в том

числе лекарственного обеспечения, санаторно-курортного и восстановительного лечения;

10) обоснованность назначения лекарственных средств и соблюдение выписки рецептов пациентам, в том числе имеющим право на получение набора социальных услуг.

Конкретные показатели критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового определяются руководителем учреждения здравоохранения с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей.

При необходимости по решению руководителя учреждения здравоохранения могут использоваться дополнительные критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового.

II. Нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность амбулаторной службы

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

2. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

3. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"

4. Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"

5. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"

6. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств"

7. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»

8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от от 26 апреля 2012 г. N 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

9. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"

10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 декабря 2005 г. N 765 "Об организации деятельности врача-терапевта участкового"

11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 апреля 2007 г. N 282 "Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового"

12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21 июня 2006 г. N 490 "Об организации деятельности медицинской сестры участковой"

13. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда"

14. Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности"

15. Приказ Минздрава РФ от 21 декабря 2012 г. N 1344н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения"

16. Приказ Минздрава России от 03.12.2012 N 1006н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"

17. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 06 декабря 2012г. N1011н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра"

18. Приказ Минздрава России от 21.03.2014 N 125н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям"

19. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 февраля 2007 г. N 110 "О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания"

20. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. N 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг"

21. Приказ Минздрава РФ от 06 марта 2015 г. N 87н "Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению"

22. Приказ МЗ и СР РФ от 11 мая 2007 г. N 324 "Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке"

23. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 мая 2007 г. N 325 "Об утверждении критериев оценки..."

24. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 года N 390н "Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают

информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи"

25. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. N 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства"

26. Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010 г. N 58 Об утверждении САНПИН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность"

27. Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010 г. N 58 Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции"

28. Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010 г. N 58 Об утверждении САНПИН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами"

III. Медицинская документация амбулаторного участка.

Перечень медицинской документации амбулаторного участка утвержден Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (с изменениями и дополнениями от 9 января 2018 г. Приказ Минздрава России N 2н) и включает следующие формы:

- Форма N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"
- Форма N 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"
- Форма N 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"
- Форма N 030-13/у "Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг"
- Форма N 070/у "Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение"
- Форма N 072/у "Санаторно-курортная карта"
- Форма N 057/у-04 "Направление на госпитализацию, обследование, консультацию"
- Форма N 030-Р/у "Сведения о лекарственных средствах, выписанных и отпущенных гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг (в соответствии с Федеральным законом от 22.08.2004 N 122)"
- Форма N 086/у "Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)"
- форму N 088/у "Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией"
- Форму «Специальный рецептурный бланк на наркотическое средство и психотропное вещество»
- Форму N 148-1/у-88 «Рецептурный бланк»
- Форму N 107-1/у «Рецептурный бланк»
- Форму N 148-1/у-04 (л)
- Форму N 148-1/у-06 (л)

IV. Методики профилактической работы участкового терапевта с населением.

Профилактика заболеваний – система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшения их неблагоприятных последствий.

Медицинская профилактика – система профилактических мер, реализуемая через систему здравоохранения.

Медицинская профилактика по отношению к населению определяется как:

- индивидуальная – профилактические мероприятия, проводимые с отдельными индивидуумами.
- групповая – профилактические мероприятия, проводимые с группами лиц, имеющими сходные симптомы и факторы риска (целевые группы);
- популяционная (массовая) – профилактические мероприятия, охватывающие большие группы населения (популяцию) или все население в целом. Популяционный уровень профилактики, как правило, не ограничивается медицинскими мероприятиями – это местные программы профилактики или массовые кампании, направленные на укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

Субъектами приложения профилактических мер и воздействий выступают разные стадии развития болезни, включая разнообразные доклинические состояния, а объектами – индивидуумы, группы лиц, отдельные популяции и население в целом.

В тех случаях, когда профилактические меры направлены на устранение причины (первопричина, этиологический фактор, этиология

болезни) и/или ослабление действия патогенетических факторов риска развития еще не возникшей заболеваемости (цепи эпидемиологических причин заболевания), говорят о **первичной профилактике**. В современной эпидемиологии первичную профилактику подразделяют на примордиальную профилактику и первичную специфическую.

Примордиальная профилактика – совокупность мер, направленных на недопущение факторов риска возникновения заболеваний, связанных с неблагоприятными условиями жизнедеятельности, окружающей и производственной среды, образа жизни.

Профилактика первичная – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, устранение их причин, общих для всего населения, его отдельных групп и индивидуумов.

Цель первичной профилактики состоит в том, чтобы уменьшить частоту новых случаев (инцидентность) какой-либо болезни путем контроля за ее причинами, эпидемиологическими условиями, факторами риска.

Первичная профилактика включает:

1) Проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга и принятие мер по снижению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и других факторов, влияющих на качество жизни).

2) Формирование здорового образа жизни, в том числе:

- создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний всех категорий населения о влиянии негативных факторов и возможностях его снижения;

- гигиеническое воспитание;
- снижение распространенности курения и потребления табачных изделий, снижение потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков и наркотических средств;

- привлечение населения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.

3) Меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, инвалидности и смертности от неестественных причин, дорожно-транспортного травматизма и др.

4) Осуществление медицинского скрининга с целью снижения влияния факторов риска и раннего выявления и предупреждения заболеваний различных целевых групп населения путем проведения профилактических медицинских осмотров:

- предварительных – при приеме на работу или поступлении в учебное заведение;

- при приписке и призыве на воинскую службу;

- периодических – для экспертизы допуска к профессии, связанной с воздействием вредных и опасных производственных факторов, либо с повышенной опасностью для окружающих;

- осмотров декретированных контингентов (работников общественного питания, торговли, детских учреждений и т.д.) с целью предупреждения распространения ряда заболеваний.

5) Проведение иммунопрофилактики различных групп населения.

6) Диспансеризация населения с целью выявления рисков развития хронических соматических заболеваний и оздоровление лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных факторов, с применением мер медицинского и немедицинского характера.

Основные принципы первичной профилактики:

- 1) непрерывность профилактических мероприятий (на протяжении всей жизни, начиная еще в антенатальном периоде);
- 2) дифференцированный характер профилактических мероприятий;
- 3) массовость профилактики;
- 4) научность профилактики;
- 5) комплексность профилактических мер (участие в профилактике лечебных учреждений, органов власти, общественных организаций, населения).

Первичная профилактика в зависимости от характера объекта также предусматривает две стратегии: популяционную и индивидуальную (для групп высокого риска), которые часто дополняют друг друга.

При популяционной стратегии цель профилактики достигается решением задачи снижения среднего риска развития заболевания (гиперхолестеринемия или уровень артериального давления и др.) путем проведения мероприятий, охватывающих все население или большую часть.

Индивидуальная стратегия решает другую задачу – снижение высокого риска у лиц, отнесенных к «группам риска» по тем или иным эпидемиологическим признакам (пол, возраст, воздействие какого-либо специфического фактора и др.).

Профилактика вторичная – комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности.

Вторичная профилактика применима только к тем болезням, которые поддаются идентификации и лечению в ранний период развития, что позволяет предупредить переход болезни в более опасную стадию. Путем раннего выявления больных на основании скрининговых тестов (маммография, электрокардиограмма, мазок по Папаниколау и др.) и их лечения достигается основная цель вторичной профилактики – предупреждение нежелательных исходов заболеваний (смерть, инвалидизация, хронизация, переход рака в инвазионную стадию).

Вторичная профилактика включает:

1) Целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний.

2) Проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья, развития заболеваний для определения и проведения соответствующих оздоровительных и лечебных мероприятий.

3) Проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и иных лечебно-профилактических методик оздоровления, санаторно-курортного лечения.

4) Проведение медико-психологической адаптации к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма.

5) Проведение мероприятий государственного, экономического, медико – социального характера, направленных на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска, сохранение остаточной трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных.

Эффективность вторичной профилактики определяется рядом обстоятельств:

- 1) Насколько часто болезнь в доклинической стадии встречается в популяции.
- 2) Известна ли продолжительность периода между появлением первых признаков и развитием выраженного заболевания.
- 3) Обладает ли диагностический тест высокой чувствительностью и специфичностью в отношении этой болезни и является ли он простым, недорогим, безопасным и приемлемым.
- 4) Располагает ли клиническая медицина адекватными медицинскими средствами диагностики этой болезни, эффективными, безопасными и доступными методами лечения.
- 5) Имеется ли необходимое медицинское оборудование.

Профилактика третичная – реабилитация (синоним «восстановление здоровья») – комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса, предупреждения рецидивов и хронизации заболевания.

Цель третичной профилактики – замедление развития осложнений при уже возникшей болезни.

Ее задача – предотвратить физическую недостаточность и нетрудоспособность, свести к минимуму страдания, вызванные утратой полноценного здоровья, и помочь больным адаптироваться к неизлечимым состояниям. В клинической медицине во многих случаях трудно провести грань между третичной профилактикой, лечением и реабилитацией.

Третичная профилактика включает:

- 1) обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний;
- 2) проведение диспансеризации больных хроническими заболеваниями и инвалидов, включая диспансерные медицинские осмотры с целью оценки динамики состояния здоровья и течения заболеваний, осуществление перманентного наблюдения за ними и проведение адекватных лечебных и реабилитационных мероприятий;
- 3) проведение медико-психологической адаптации к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма;
- 4) проведение мероприятий государственного, экономического, медико-социального характера, направленных на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска;
- 5) сохранение остаточной трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде;
- 6) создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов (например, производство лечебного питания, реализация архитектурно-планировочных решений, создание соответствующих условий для лиц с ограниченными возможностями и т.д.).

Участковый терапевт участвует во всех видах и этапах медицинской профилактики:

- 1) Осуществляет выявление и коррекцию основных факторов риска развития ХНИЗ и своевременную диагностику ХНИЗ на основе реализации стандартов амбулаторной медицинской помощи, при необходимости, направление пациентов для этих целей в отделения (кабинеты) мед. профилактики, центры здоровья, кабинеты мед. помощи при отказе от курения, а также к врачам-специалистам по профилю выявленного фактора риска, в том числе в диспансеры и другие специализированные медицинские организации;

2) Участвует и отвечает за организацию и проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров граждан, прикрепленных на медицинское обслуживание на его участке;

3) Организует и осуществляет диспансерное наблюдение больных ХНИЗ, выявление и направление лиц с высоким риском развития ССЗ и других ХНИЗ под диспансерное наблюдение мед. персонала отделения (кабинета) мед. профилактики, контролирует своевременность прохождения гражданами своего участка диспансерных осмотров у других врачей-специалистов;

4) Принимает основное участие в разработке и реализации мероприятий по информированию и мотивированию населения своего участка к ведению ЗОЖ и профилактике основных ХНИЗ;

5) Осуществляет профилактику внебольничной смертности путем информирования населения о необходимости экстренного обращения за мед. помощью при жизнеугрожающих состояниях, заболеваниях и их осложнениях, а также путем индивидуального и/или группового обучения лиц, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и членов их семей правилам первой помощи при этих состояниях.

6) Выявляет, изолирует, госпитализирует инфекционных больных, заполняет карту экстренного извещения (форма 058/у). Если больной оставлен на дому - осуществляет контроль за лечением и проведением текущей дезинфекции.

7) Выявляет контактных и медицинское наблюдение за ними в течение срока максимальной инкубации.

8) Организует проведение лабораторного исследования с целью выявления бактерионосителей, выяснение путей заболевания.

9) Организует проведение прививок: плановых и по эпидемическим показаниям.

10) Проводит санитарно-просветительную работу в очаге заражения.

11) Осуществляет своевременную диагностику и лечение предопухолевых состояний, на фоне которых развивается рак (факультативный, облигатный предрак), а также раннюю диагностику злокачественных новообразований.

V. Всеобщая диспансеризация населения.

Современные системы скрининга - раннего выявления заболеваний (эквивалент российской диспансеризации) в настоящее время внедрены во многих развитых странах. По рекомендации Всемирной организации здравоохранения скрининговые программы должны содержать не только тесты на раннее выявление заболеваний, но и тесты на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смерти населения. С учетом имеющегося отечественного и зарубежного опыта, исходя из реальных возможностей государства и существующей системы здравоохранения в 2019 г. была дополнена система всеобщей диспансеризации населения, которая позволила обеспечить устойчивое ее функционирование, не нарушающее повседневный режим работы амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения) при непосредственном участии и личной ответственности участкового врача (фельдшера) за ее результаты. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. N 124н, разработанная система диспансеризации введена в действие на всей территории страны.

Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и

дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Медицинские мероприятия, проводимые в рамках настоящего порядка, направлены на:

1) профилактику и раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные заболевания), факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемию, повышенный уровень глюкозы в крови натощак, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение (далее - факторы риска), а также риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

2) определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, а также для здоровых граждан;

3) проведение профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития;

4) определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), включая граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

- 1) в качестве самостоятельного мероприятия;
- 2) в рамках диспансеризации;
- 3) в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации)).

Диспансеризация проводится:

- 1) 1 раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно;
- 2) ежегодно в возрасте 40 лет и старше, а также в отношении отдельных категорий граждан, включая:
 - а) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);
 - б) лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда" и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);
 - в) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

г) работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет.

К хроническим неинфекционным заболеваниям (ХНИЗ), являющимся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации относятся болезни системы кровообращения (в первую очередь ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания), злокачественные новообразования, сахарный диабет, хронические болезни легких (прежде всего хроническая обструктивная болезнь легких), глаукома. Указанные болезни обуславливают 75 % всей инвалидности и смертности населения нашей страны. Чрезвычайно важно, что все эти болезни имеют общую структуру факторов риска их развития, причем большинство из них поддаются коррекции. Концепция факторов риска стала научной основой профилактики – неопровержимо доказано, что распространенность факторов риска развития основных ХНИЗ среди населения непосредственно связана с уровнем смертности от них. При этом опыт большого числа стран мира показал, что воздействия в течение 10 лет направленные на снижение распространенности указанных факторов риска обуславливают снижение смертности от ХНИЗ в среднем на 59 %.

Диспансеризация проводится при соблюдении следующих условий:

- 1) Наличие у медицинского учреждения лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ, необходимым для проведения диспансеризации в полном объеме,
- 2) Медицинскими организациями, независимо от организационно-правовой формы, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам медицинской помощи в части оказания первичной медико-санитарной помощи.

3) При наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя. Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации.

Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

Комплект документов, оформляемых для каждого гражданина.

- Медицинская карта (учётная форма № 025/у), утверждена пр. Минздрава России от 25 декабря 2014 г. №834н;
- Карта учёта диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), (учётная форма № 131/у, утв. Пр. МЗ РФ от 06.03. 2015 г. № 87н).
- Анкета (опросник) на выявление ХНИЗ, ФР их развития и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (подшивается в медицинскую карту пациента).

Учёт граждан, прошедших диспансеризацию.

- Карта учёта диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) с ежемесячным внесением результатов. Отчётная форма № 131/о «Сведения о диспансеризации определённых групп взрослого населения», утв. Пр. Минздрава России от 05.03.2015 г. № 87н.

Основными задачами врача-терапевта при проведении диспансеризации являются:

1) привлечение населения, прикрепленного к участку, к прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, информирование граждан об их целях, объеме проводимого обследования и

графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к регулярному прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи;

2) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации, включающий осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающих осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза заболевания (состояния), определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и исследований в рамках второго этапа диспансеризации, а также прием (осмотр) по результатам второго этапа диспансеризации;

3) разъяснение пациентам с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний о мерах по их снижению, а пациентам с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, больным ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза, болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением основных симптомов инфаркта миокарда и инсульта, а также правил первой помощи при их развитии, жизненной важности своевременного (не позднее 5 мин от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи;

4) подведение итогов проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации на участке;

5) информирование граждан о возможности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции в соответствии со статьей 7 Федерального закона № 38-ФЗ с предоставлением адресов медицинских организаций, в которых возможно осуществить добровольное, в том числе анонимное, освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции.

Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики и центра здоровья при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации являются:

1) составление плана проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации в текущем календарном году;

2) участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, их целях, а также в проведении разъяснительной работы и мотивировании граждан к прохождению профилактического медицинского осмотра, диспансеризации;

3) инструктаж граждан, прибывших на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию, о порядке их прохождения и последовательности проведения обследования;

4) выполнение приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации:

- анкетирования;
- расчета на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела;
- измерения артериального давления на периферических артериях;
- определения уровня общего холестерина в крови;

- определения уровня глюкозы в крови натощак;
- измерения внутриглазного давления;
- определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний;

- определения относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно, и абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, сахарного диабета второго типа и хронических болезней почек;

- приема по результатам профилактического медицинского осмотра;

- проведения краткого индивидуального профилактического консультирования в рамках первого этапа диспансеризации и углубленного профилактического консультирования в рамках второго этапа диспансеризации;

5) организация выполнения медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации;

6) направление по результатам профилактического медицинского осмотра на прием к врачу-терапевту граждан, у которых по результатам анкетирования, приема и исследований выявляются жалобы на здоровье и (или) патологические изменения исследуемых показателей, которых ранее не было или их степень выраженности увеличилась;

7) разъяснение пациентам с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний мер по их снижению, а пациентам с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, больным ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями,

хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза, болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, основных симптомов инфаркта миокарда и инсульта, а также правил первой помощи при их развитии, жизненной важности своевременного (не позднее 5 мин от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи;

8) формирование комплекта документов, заполнение карты учета диспансеризации;

9) заполнение форм статистической отчетности, используемых при проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации;

10) подведение итогов проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации в медицинской организации;

11) информирование граждан о возможности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции в соответствии со статьёй 7 Федерального закона № 38-ФЗ с предоставлением адресов медицинских организаций, в которых возможно осуществить добровольное, в том числе анонимное, освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции.

Профилактический медицинский осмотр включает в себя:

1) анкетирование граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год в целях:

- сбора анамнеза, выявления отягощенной наследственности, жалоб, симптомов, характерных для следующих неинфекционных заболеваний и состояний: стенокардии, перенесенной транзиторной ишемической атаки или острого нарушения мозгового кровообращения, хронической обструктивной болезни легких, заболеваний желудочно-кишечного тракта;

- определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний: курения, риска пагубного потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, характера питания, физической активности;

- выявления у граждан в возрасте 65 лет и старше риска падений, жалоб, характерных для остеопороза, депрессии, сердечной недостаточности, некоррегированных нарушений слуха и зрения;

2) расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела, для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

3) измерение артериального давления на периферических артериях для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

4) исследование уровня общего холестерина в крови для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

5) определение уровня глюкозы в крови натощак для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

6) определение относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно 1 раз в год;

7) определение абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно 1 раз в год;

8) флюорографию легких или рентгенографию легких для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в 2 года;

9) электрокардиографию в покое при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 35 лет и старше 1 раз в год;

10) измерение внутриглазного давления при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 40 лет и старше 1 раз в год;

11) осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин в возрасте от 18 до 39 лет 1 раз в год;

12) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.

Диспансеризация проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска пагубного употребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, определения группы здоровья, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации и включает в себя:

1) для граждан в возрасте **от 18 до 39 лет** включительно 1 раз в 3 года:

а) проведение профилактического медицинского осмотра в полном объеме;

б) проведение мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний (см. ниже);

в) проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении медицинской профилактики (центре здоровья) врачом-терапевтом;

г) прием врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров и обследований в рамках второго этапа диспансеризации;

2) для граждан в возрасте **от 40 до 64 лет** включительно 1 раз в год (за исключением приемов, медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем первого этапа диспансеризации, с иной периодичностью):

а) проведение профилактического медицинского осмотра в объеме, указанном в подпунктах 1-10 настоящего порядка;

б) проведение мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний (см. ниже);

в) общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ);

г) проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении медицинской профилактики (центре здоровья);

д) прием врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров и обследований в рамках второго этапа диспансеризации;

3) для граждан в возрасте **65 лет и старше** 1 раз в год (за исключением приемов, медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем первого этапа диспансеризации, с иной периодичностью):

а) проведение профилактического медицинского осмотра в объеме, указанном в [подпунктах 1-10](#) настоящего порядка;

б) проведение мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний;

в) общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ);

г) проведения краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении медицинской профилактики (центре здоровья);

д) прием врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы,

лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров и обследований в рамках второго этапа диспансеризации.

Второй этап диспансеризации включает в себя:

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя:

1) осмотр врачом-неврологом (при наличии впервые выявленных указаний или подозрений на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением, а также в случаях выявления по результатам анкетирования нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрений на депрессию у граждан в возрасте 65 лет и старше, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением);

2) дуплексное сканирование брахицефальных артерий (для мужчин в возрасте от 45 до 72 лет включительно и женщин в возрасте от 54 до 72 лет включительно при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение, а также по направлению врача-невролога при впервые выявленном указании или подозрении на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан в возрасте от 65 до 90 лет, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением);

3) осмотр врачом-хирургом или врачом-урологом (для мужчин в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет при повышении уровня простат-специфического антигена в крови более 4 нг/мл);

4) осмотр врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии (для граждан в возрасте от 40 до 75 лет включительно с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки, при отягощенной наследственности по семейному аденоматозу и (или) злокачественным новообразованиям толстого кишечника и прямой кишки, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению врача-терапевта, врача-уролога, врача-акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки);

5) колоноскопию (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования толстого кишечника по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога);

6) эзофагогастродуоденоскопия (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки по назначению врача-терапевта);

7) рентгенографию легких, компьютерную томографию легких (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования легкого по назначению врача-терапевта);

8) спирометрию (для граждан с подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание, курящих граждан, выявленных по результатам анкетирования, - по назначению врача-терапевта);

9) осмотр врачом-акушером-гинекологом (для женщин в возрасте 18 лет и старше с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований шейки матки, в возрасте от 40 до 75 лет с выявленными патологическими изменениями по

результатам мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление злокачественных новообразований молочных желез);

10) осмотр врачом-оториноларингологом (для граждан в возрасте 65 лет и старше при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или приема врача-терапевта);

11) осмотр врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 40 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление, и для граждан в возрасте 65 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования);

12) проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении медицинской профилактики (центре здоровья) для граждан:

а) с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;

б) с выявленным по результатам анкетирования риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

в) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении;

г) при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также установленным по результатам анкетирования курению более 20

сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя и (или) риске немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ;

13) прием врачом-терапевтом по результатам второго этапа диспансеризации, включающий установление диагноза, определение группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, в том числе направление на осмотр врачом-онкологом при подозрении на онкологические заболевания в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология", утвержденным приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н, а также для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

Перечень мероприятий скрининга и методов исследований, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний

1. В рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации проводятся:

а) скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки (у женщин):

- в возрасте 18 лет и старше - осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом 1 раз в год;
- в возрасте от 18 до 64 лет включительно - взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки 1 раз в 3 года;

б) скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (у женщин):

- в возрасте от 40 до 75 лет включительно - маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм 1 раз в 2 года;

в) скрининг на выявление злокачественных новообразований предстательной железы (у мужчин):

- в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет - определение простат-специфического антигена в крови;

г) скрининг на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки:

- в возрасте от 40 до 64 лет включительно - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом 1 раз в 2 года;

- в возрасте от 65 до 75 лет включительно - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом 1 раз в год;

д) осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов;

е) скрининг на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:

- в возрасте 45 лет - эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического

пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара).

2. На втором этапе диспансеризации с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) при наличии медицинских показаний в соответствии с клиническими рекомендациями по назначению врача-терапевта, врача-хирурга или врача-колопроктолога проводятся:

а) исследования на выявление злокачественных новообразований легкого:

- рентгенография легких или компьютерная томография легких;

б) исследования на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:

- эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара);

в) исследования на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки:

- ректороманоскопия;
- колоноскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара).

При проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

При выявлении у гражданина в процессе медицинских показаний к проведению осмотров врачами-специалистами, исследований и мероприятий, не входящих в объем профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации, они назначаются и выполняются в соответствии с положениями порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания, с учетом стандартов медицинской помощи, а также на основе клинических рекомендаций.

При выявлении у гражданина по результатам профилактического медицинского осмотра высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также установлении по результатам анкетирования курения более 20 сигарет в день, риска пагубного потребления алкоголя и (или) риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача гражданин направляется на углубленное профилактическое консультирование вне рамок профилактического медицинского осмотра.

На основе сведений о прохождении гражданином профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, заполняется карта учета диспансеризации. Результаты приемов (осмотров,

консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, вносятся в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с пометкой "Профилактический медицинский осмотр" или "Диспансеризация".

Для определения, по результатам диспансеризации, **группы состояния здоровья** гражданина и планирования тактики его медицинского наблюдения используются следующие критерии:

I группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний.

II группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний. Критерии отнесения ко II группе здоровья были расширены Письмом Минздрава России от 13.11.2015 №17-9/10/2-6876. К этой группе относятся вне зависимости от возраста и уровня ССР, граждане имеющие изолированные ФР увеличивающие ССР: Ожирение – ИМТ ≥ 30 кг/м², Дислипидемию ОХ ≥ 8 ммоль/л, Интенсивное курение ИКТ ≥ 20

Таким гражданам проводится коррекция факторов риска развития ХНИЗ, при необходимости назначаются лекарственные препараты для коррекции указанных факторов риска. Эти граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом отделения медицинской профилактики,

за исключением пациентов с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению терапевтом.

Ша группа состояния здоровья - граждане, имеющие ХНИЗ или с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Шб группа состояния здоровья - граждане, не имеющие ХНИЗ, но требующие установления диспансерного наблюдения по поводу *иных* заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Граждане с Ша и Шб группами состояния здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Если у гражданина выявляется ХНИЗ и какое-либо другое заболевание, по поводу которого он нуждается в наблюдении, его следует отнести в группу Ша.

Основным индикатором эффективности профилактического медицинского осмотра, диспансеризации является охват граждан профилактическим медицинским осмотром, диспансеризацией соответственно в медицинской организации.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием врачом по медицинской профилактике отделения медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение

маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

Исследования второго этапа диспансеризации вне зависимости от периодичности их проведения подлежат оплате в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой.

Диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития ХНИЗ

Повышенный уровень артериального давления - систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт. ст. либо проведение гипотензивной терапии.

Дислипидемия - отклонение от нормы показателей липидного обмена (ОХ 5 ммоль/л и более; ЛПВП у мужчин менее 1,0 ммоль/л, у женщин менее 1,2 ммоль/л; ЛПНП более 3 ммоль/л; ТГ более 1,7 ммоль/л) (кодируется по МКБ-10 кодом E78).

Гипергликемия - уровень глюкозы плазмы натощак 6,1 ммоль/л и более (кодируется по МКБ-10 кодом R73.9) либо наличие сахарного диабета.

Курение табака - ежедневное выкуривание по крайней мере одной сигареты и более (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.0).

Нерациональное питание - избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки,

недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 граммов или менее 4 - 6 порций в сутки). Определяется с помощью опроса (кодируется по МКБ-10 кодом 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 E66).

Низкая физическая активность - ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.3)

Риск пагубного потребления алкоголя (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.1) и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.2) определяются с помощью опроса (анкетирования).

Суммарный относительный сердечно-сосудистый риск устанавливается у граждан в возрасте от 21 до 39 лет, суммарный абсолютный сердечно-сосудистый риск устанавливается у граждан в возрасте от 40 до 65 лет при отсутствии у гражданина выявленных заболеваний, связанных с атеросклерозом. У граждан в возрасте старше 65 лет и у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет второго типа и хроническое заболевание почек, уровень суммарного абсолютного сердечно-сосудистого риска является очень высоким и по шкале суммарного риска не рассчитывается. Для расчета суммарного риска фатальных ССЗ, учитываются 2 немодифицируемых ФР (пол, возраст) и 3 модифицируемых ФР (статус курения, систолическое АД, общий ХС).

Рисунок 1. Шкала SCORE абсолютного сердечно-сосудистого риска.

систолическое АД (мм рт. ст.)	ЖЕНЩИНЫ					возраст	МУЖЧИНЫ													
	некурящие		курящие				некурящие		курящие											
	4	5	6	7	8		4	5	6	7	8									
180	7	8	9	10	12	13	15	17	19	22	14	16	19	22	26	26	30	35	41	47
160	5	5	6	7	8	9	10	12	13	16	9	11	13	15	16	18	21	25	29	34
140	3	3	4	5	6	6	7	8	9	11	6	8	9	10	13	13	15	17	20	24
120	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	4	5	6	7	9	9	10	12	14	17
180	4	4	5	6	7	8	9	10	11	13	9	11	13	15	18	18	21	24	28	33
160	3	3	3	4	5	5	6	7	8	9	6	7	9	10	12	12	14	17	20	24
140	2	2	2	3	3	3	4	5	5	6	4	5	6	7	9	8	10	12	14	17
120	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
180	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	6	7	8	10	12	12	13	16	19	22
160	1	2	2	2	3	3	3	4	4	5	4	5	6	7	8	8	9	11	13	16
140	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	5	6	5	6	8	9	11
120	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	8
180	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	7	7	8	10	12	14
160	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	3	3	4	5	5	6	7	8	10
140	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	5	6	7
120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	5
180	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1

Абсолютный сердечно-сосудистый риск оценивается как:

- низкий при его уровне менее 1%,
- средний (умеренный) – в диапазоне от 1% до 5%
- высокий – от 5% до 10%,
- очень высокий – 10% и более

Шкала SCORE абсолютного риска применяется для лиц *в возрасте 40-65 лет без доказанных ССЗ*, обусловленных атеросклерозом (ИБС, ЦВБ, поражения периферических артерий), без СД I типа с поражением органов мишеней, СД II типа, хронических болезней почек.

Шкала SCORE абсолютного риска не применяется:

- у пациентов с доказанными ССЗ атеросклеротического генеза;
- у граждан старше 65 лет (в возрасте старше 65 лет имеется высокий сердечно-сосудистый риск вследствие фактора возраста);
- у граждан моложе 40 лет (риск оценивается по шкале относительного риска).

Суммарный сердечно-сосудистый риск может быть выше, чем определяется по шкале SCORE в следующих случаях:

- у лиц с факторами риска, влияющими на прогноз и не включенных в шкалу суммарного риска SCORE (гипергликемией – в 3 раза!, избыточной массой тела/ожирением, низкой физической активностью, наследственной отягощенностью);
- у пациентов с дислипидемией кроме гиперхолестеринемии, т.е. при общем ХС ниже 5 ммоль/л.

Для лиц в возрасте моложе 40 лет определяется не абсолютный, а относительный суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале, приведенной на рисунке 2. Оценка относительного сердечно-сосудистого риска может быть полезной при профилактическом консультировании молодых людей с низким абсолютным, но высоким относительным суммарным сердечно-сосудистым риском, как мотивирующий фактор к ведению здорового образа жизни. *Оценка относительного сердечно-сосудистого риска не используется при определении группы состояния здоровья.* Человек в возрасте до 40 лет без факторов риска (некурящий, с

нормальным уровнем артериального давления и содержанием общего холестерина в крови – левый нижний угол таблицы) имеет в 12 раз меньший относительный суммарный сердечно-сосудистый риск по сравнению с человеком, имеющим указанные факторы риска (правый верхний угол таблицы).

Рисунок 2. Шкала относительного сердечно-сосудистого риска.

		<i>Некурящие</i>					<i>Курящие</i>				
<i>АД сист., мм рт. ст.</i>	<i>180</i>	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
	<i>160</i>	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
	<i>140</i>	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
	<i>120</i>	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
		<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>
		<i>Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л</i>									

Рис. 2. Относительный суммарный СС риск для лиц моложе 40 лет (преобразование ммоль/л—мг/дл: 8 = 310, 7 = 270, 6 = 230, 5 = 190, 4 = 155).

Профилактическое консультирование – это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания и осложнений заболеваний при их наличии. Эти особенности принципиально отличают процесс профилактического консультирования от методов санитарного просвещения. Профилактическое консультирование должно носить *адресный характер*. Вот почему именно врачи-терапевты участковые, врачи общей практики, знающие особенности образа жизни своих пациентов, их семейные отношения, бытовые проблемы могут быть наиболее успешными в достижении целей профилактического консультирования. Достижению цели профилактического консультирования 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 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 фактора риска.

Взаимоотношения «врач-пациент» в ходе профилактического консультирования

В профилактическом консультировании особое значение имеют взаимоотношения, складывающиеся между врачом и пациентом. Роль самого человека (пациента) не может ограничиваться только простым подчинением врачебным предписаниям, он должен стать активным, ответственным участником профилактического процесса.

Факторы риска поведенческого характера (вредные привычки - курение, чрезмерное употребление алкоголя, нерациональное питание, гиподинамия и пр.) обычный человек воспринимает как жизненные удовольствия: хорошо и вкусно поесть, возможность непринужденного общения, отдохнуть, снятие стресса и т.д. Именно по этой причине, традиционно даваемые советы по отказу от вредных привычек чаще всего не приводят к их выполнению т.к. направлены на «лишение удовольствия».

Пациент должен понимать и принимать меру ответственности за собственное здоровье, понимать, что его здоровье во многом находится в «его руках». Только в этом случае он начнет внимательно слушать врача и действовать совместно с врачом, выполняя предписанные им рекомендации и назначения. Формирование партнерства между врачом и пациентом для предупреждения заболеваний требует со стороны врача определенных знаний и навыков.

В зависимости от обсуждаемой с пациентом проблемы, консультирование может быть *директивным* (давать готовые императивные советы, рекомендации) и *недирективным*, когда советы и рекомендации даются в форме взаимного обсуждения и выбора. Это и является основой эффективного профилактического консультирования, позволяющего не только дать пациенту доходчивое, понятное объяснение, но и влияющего на отношение пациента и мотивацию к оздоровлению поведенческих привычек и стереотипов.

Основные факторы формирования мотивации у пациента

Учитывая ограниченность времени консультации, следует применять приёмы «активного слушания», направляя разговор в нужное русло, постепенно беря на себя роль ведущего. Во время беседы необходимо *определить основные ожидания пациента в проблемах своего здоровья и жизни в целом, что является ведущей мотивацией к изменениям в области сохранения своего здоровья.*

Важно помнить, что *мотивация может быть внешней и внутренней.* Человек проявляет «внутреннюю» мотивацию к выполнению задачи, если полагает, что у него есть выбор и он самостоятельно принимает решение о выполнении данной задачи. Если содержание консультации способствует удовлетворению этих потребностей, то пациент находит консультацию полезной. В контексте консультирования это проявляется в виде желания

участвовать в выполнении советов и рекомендаций врача – консультанта.
Внутренняя мотивация относится к эффективной мотивации.

«Внешней» мотивация становится тогда, пациент приписывает внешним причинам (когда кто-то или что-то принуждает действовать соответствующим образом, то есть методом «кнута и пряника»). «Внутренняя» мотивация характерна для людей более образованных, настойчивых, творческих, с высокой самооценкой и чувством благополучия, а также с более активным вовлечением в окружающую обстановку. *Внешняя мотивация относится к неэффективной (менее эффективной) мотивации.*

При консультировании основное представление о характере мотивации у пациента можно составить, получив ответы (поняв ответы из беседы или задав их прямо) на три вопроса:

1. *Ожидает ли пациент успеха* в достижении целей и решении проблемы изменения установки в отношении своего здоровья?
2. *Считает ли он поставленную перед ним задачу ценной для себя?*
3. *Почему он хочет выполнить задачу?*

Варианты профилактического консультирования

По форме проведения выделяют следующие варианты профилактического консультирования:

А) Краткое профилактическое консультирование

Краткое профилактическое консультирование проводится как обязательный компонент диспансеризации и профилактического медицинского осмотра участковым врачом. Краткое профилактическое консультирование ограничено по времени (не более 10 мин) поэтому проведение его рекомендуется по структурированной схеме (алгоритму).

Б) Углубленное профилактическое консультирование

Углубленное профилактическое консультирование как обязательный компонент диспансеризации проводится лицам II и III группы здоровья по направлению участкового врача в кабинете медицинской профилактики, специально обученным медицинским персоналом (врач, фельдшер) также имеет свой алгоритм, более расширенный, чем при кратком консультировании. Углубленное профилактическое консультирование по времени более продолжительно, чем краткое (до 45 минут), возможно повторное консультирование для контроля и поддержания выполнения врачебных советов.

В) Группового профилактического консультирование (школа пациента)

Групповое профилактическое консультирование (школа пациента) – это специальная организационная форма консультирования группы пациентов (цикл обучающих групповых занятий), выполняемая по определенным принципам, при соблюдении которых вероятность достижения стойкого позитивного эффекта повышается, что неоднократно доказано при проспективных долгосрочных контролируемых наблюдениях.

Групповое профилактическое консультирование (школа пациента) как компонент второго этапа диспансеризации проводится в специально оборудованном кабинете (аудитории) врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики по направлению участкового врача для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья. Групповое профилактическое консультирование включает несколько визитов (занятий), продолжительностью около 60 минут каждое, проводится обученным медицинским работником по специально разработанным и утвержденным программам обучения. Группы пациентов формируются по относительно однородным признакам (со сходным течением заболеваний и/или с факторами риска их развития).

Согласно теории Prochaska J.O. формирования поведения человека условно выделяют несколько стадий **формирования мотивации** и изменений поведения для установления новых привычек, которые могут иметь различную продолжительность (от минут-часов до нескольких лет), при этом возможен как поступательный, так и регрессионный переход.

Стадии формирования мотивации и изменений поведения:

Непонимание проблемы. Пациент не знает, почему именно ему надо изменить привычки, почему врач советует регулярно принимать медикаменты при хорошем самочувствии и, особенно, если надо изменить такой привычный и удобный, с точки зрения пациента, образ жизни и привычки. *При такой ситуации врач должен сконцентрироваться на информировании пациента, разъяснении проблемы без глубокой детализации конкретных советов (как и что делать).*

Принятие решения. Пациент осознал, что его повседневные привычки наносят вред здоровью, но пациент испытывает колебания в принятии решения. *В этой ситуации совет врача, подкрепленный конкретной помощью, будет более успешным. При консультировании важна не только беседа, но и одобрение, поддержка, а также предоставление конкретной помощи и обучение навыкам (как бросить курить, питаться и пр.).*

Начало действий. Пациент решил изменить привычки, отказаться от нездорового образа жизни, регулярно принимать лекарства и пр. *При консультировании уже не требуется объяснять и аргументировать, важна не столько информация, сколько психологическая поддержка, обсуждение положительных примеров из жизни («все в наших руках» и пр.).*

Срыв действий. Пациенту не удалось придерживаться длительное время новым более здоровым привычкам и/или сохранить регулярность лечения (вновь начал курить и др.). Срыв возможен, но не обязателен при

любых установках и любом отношении к проблеме. При консультировании требуются навыки, терпение и повторное, недирективное объяснение, поддержка пациента, так как этот этап (стадия) непрост для консультирования.

Основные принципы проведения школ пациентов:

1) **формирование целевой группы** пациентов с относительно сходными характеристиками: например, больные с неосложненным течением артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца; больные ишемической болезнью сердца, перенесшие инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, пациенты с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний без клинических симптомов болезни и т.п.

2) для избранной целевой группы проводится **цикл занятий** по заранее составленному плану и по согласованному графику; одно из основных требований – посещение всего цикла занятий;

3) численность целевой группы пациентов должна быть **не более 10-12 человек**; необходим контроль, чтобы пациенты посетили все (или большинство) из запланированных занятий;

4) организация группового консультирования должна проводиться в **специально оборудованном помещении** (стол, стулья, демонстрационный материал, раздаточный материал, блокноты и пр.).

Программа обучения строится из цикла структурированных занятий, продолжительностью около 60 минут каждое. Всего в цикле оптимально 3-5 занятий в зависимости от целевой группы.

VI. Медицинская реабилитация

Реабилитация - это восстановление здоровья, функционального состояния и работоспособности организма, нарушенного болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами.

Медицинская реабилитация включает в себя:

а) оценку (диагностику) клинического состояния пациента; факторов риска проведения реабилитационных мероприятий; факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; функциональных резервов организма; состояния высших психических функций и эмоциональной сферы; нарушений бытовых и профессиональных навыков; ограничения активности и участия в значимых для пациента событиях частной и общественной жизни; факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса;

б) формирование цели проведения реабилитационных мероприятий, формирование программы реабилитации, комплексное применение лекарственной и немедикаментозной терапии, а также средств, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе, посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования;

в) оценку эффективности реабилитационных мероприятий и прогноз.

Этапы реабилитационных программ и условия проведения

1. Стационарная программа. Осуществляется в специальных отделениях реабилитации. Она показана пациентам, которые нуждаются в постоянном наблюдении медицинскими работниками. Эта программа обычно

эффективнее других, поскольку в стационаре больной обеспечен всеми видами реабилитации.

2. *Дневной стационар.* Организация реабилитации в условиях дневного стационара сводится к тому, что пациент живет дома, а в клинике находится только на время проведения лечебных и реабилитационных мероприятий.

3. *Амбулаторная программа.* Осуществляется в отделениях восстановительной терапии при поликлиниках. Пациент находится в отделении поликлиники только во время проводимых реабилитационных мероприятий, например массажа или лечебной физкультуры.

4. *Домашняя программа.* При осуществлении этой программы пациент все лечебные и реабилитационные процедуры принимает дома. Эта программа имеет свои преимущества, так как пациент обучается необходимым навыкам и умениям в привычной домашней обстановке.

5. *Реабилитационные центры.* В них пациенты участвуют в реабилитационных программах, принимают необходимые лечебные процедуры. Специалисты по реабилитации обеспечивают пациента и членов его семьи необходимой информацией, дают советы относительно выбора реабилитационной программы, возможности его осуществления в различных условиях.

Обычно восстановительное лечение начинается в стационаре и продолжается затем в домашних условиях. Восстановительное лечение нужно начинать тогда, когда пациент находится еще в постели. Правильное положение, повороты в постели, регулярные пассивные движения в суставах конечностей, дыхательные упражнения позволят пациенту избежать таких осложнений, как мышечная слабость, мышечная атрофия, пролежни, пневмония и др. При восстановительном уходе необходимо обращать внимание не только на физическое, но и на эмоциональное состояние. В

результате болезни или инвалидности человек может утратить способность трудиться, участвовать в общественной жизни. Изменение жизненной ситуации может вызвать страх, тревогу, привести к развитию депрессии. Поэтому важно создать вокруг пациента атмосферу психологического комфорта. При восстановительном уходе рекомендуется использовать технические средства реабилитации, которые помогают больному при ходьбе, приеме пищи, купании, посещении туалета: трости, ходунки, костыли, инвалидные кресла-коляски. Использование этих приспособлений дает человеку возможность передвигаться и быть независимым от других. Для облегчения приема пищи можно использовать специальную посуду (тарелки, чашки), столовые приборы. Имеются также специальные приспособления, облегчающие пациенту прием ванны, посещение туалета.

Несбалансированность нагрузок, раннее или позднее проведение тех или иных процедур может приводить к перегрузке опорно-двигательного аппарата, значительным морфофункциональным изменениям, переходу восстановительного процесса в хроническую стадию травмы, а также к повторному травматизму.

В этой связи становится очевидной необходимость восстановления нарушенных функций с учетом принципов сбалансированности и дозированной нагрузки, а главное – комплексности лечения с тщательным планированием комбинаций процедур.

Виды реабилитации

1. Медицинская реабилитация:

1) физические методы реабилитации (электролечение, электростимуляция, лазеротерапия, баротерапия, бальнеотерапия);

2) механические методы реабилитации (механотерапия, кинезотерапия);

- 3) массаж;
- 4) традиционные методы лечения (акупунктура, фитотерапия, мануальная терапия, трудотерапия);
- 5) психотерапия;
- 6) логопедическая помощь;
- 7) лечебная физкультура;
- 8) реконструктивная хирургия;
- 9) протезно-ортопедическая помощь (протезирование, ортезирование, сложная ортопедическая обувь);
- 10) санаторно-курортное лечение;
- 11) технические средства реабилитации;
- 12) информирование и консультирование по вопросам медицинской реабилитации.

2. Социальная реабилитация.

3. Социально-бытовая адаптация:

- 1) информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой реабилитации пациента и членов его семьи;
- 2) обучение пациента самообслуживанию;
- 3) адаптационное обучение семьи пациента;
- 4) обучение больного и инвалида пользованию техническими средствами реабилитации;

5) организация жизни пациента в быту (адаптация жилого помещения к потребностям больного и инвалида);

6) обеспечение техническими средствами реабилитации (в программе указываются необходимые мероприятия для создания бытовой независимости пациента);

7) сурдотехника;

8) тифлотехника;

9) технические средства реабилитации.

4. Социально-средовая реабилитация:

1) проведение социально-психологической и психологической реабилитации (психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование);

2) осуществление психологической помощи семье (обучение жизненным навыкам, персональной безопасности, социальному общению, социальной независимости);

3) содействие в решении личных проблем;

4) консультирование по правовым вопросам;

5) обучение навыкам проведения досуга и отдыха.

5. Программа профессиональной реабилитации:

1) профориентация (профинформирование, профконсультирование);

2) психологическая коррекция;

3) обучение (переобучение);

- 4) создание специального рабочего места инвалида;
- 5) профессионально-производственная адаптация.

Специалисты, занимающиеся реабилитацией:

1) врачи-специалисты (невропатологи, ортопеды, терапевты и др.). Они помогают диагностировать и лечить заболевания, которые ограничивают жизнедеятельность пациентов. Эти специалисты решают проблемы медицинской реабилитации;

2) реабилитолог;

3) реабилитационная медицинская сестра. Оказывает помощь пациенту, осуществляет уход, обучает пациента и членов его семьи;

4) специалист по физиотерапии;

5) специалист по лечебной физкультуре;

6) специалисты по нарушению зрения, речи, слуха;

7) психолог;

8) психотерапевт;

9) социальный работник и другие специалисты.

В амбулаторных условиях врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты определяют наличие медицинских показаний и противопоказаний для проведения пациентам медицинской реабилитации; определяют этап реабилитации (второй или третий), определяют медицинские организации для проведения медицинской реабилитации. А при выявлении ограничений трудоспособности - направлять на медико-

социальную экспертизу пациентов для оценки ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойкими расстройствами функций организма и определения индивидуальной программы реабилитации инвалида.

Реабилитация и абилитация инвалидов

Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Абилитация инвалидов - система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида - комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

За разработку данной программы отвечают федеральные учреждения МСЭ. Бюро МСЭ направляют выписки из индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида в соответствующие органы исполнительной власти, на которые возложено проведение мероприятий, предусмотренных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида. По медицинским показаниям и противопоказаниям устанавливается необходимость предоставления инвалиду технических

средств реабилитации, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

VII. Санаторно-курортное лечение

Порядок медицинского отбора и направления на санаторно-курортное лечение взрослых (кроме больных туберкулезом)

Лечащий врач определяет медицинские показания для санаторно-курортного лечения и отсутствие противопоказаний для его осуществления, в первую очередь для применения природных климатических факторов, на основании Приказа Министерства здравоохранения РФ от 7 июня 2018 г. № 321н "Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения", а также анализа объективного состояния больного, результатов предшествующего лечения (амбулаторного, стационарного), данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований.

Медицинский отбор и направление на санаторно-курортное лечение граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, осуществляют лечащий врач и врачебная комиссия (ВК) лечебно-профилактического учреждения по месту жительства. ВК лечебно-профилактического учреждения по представлению лечащего врача и заведующего отделением выдает заключение о показанности или противопоказанности санаторно-курортного лечения гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

При решении вопроса о выборе курорта, помимо заболевания в соответствии с которым больному рекомендовано санаторно-курортное лечение, следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний, условия

поездки на курорт, контрастность климатогеографических условий, особенности природных лечебных факторов и других условий лечения на рекомендуемых курортах.

Больных, которым показано санаторно-курортное лечение, но отягощенных сопутствующими заболеваниями, либо с нарушениями здоровья возрастного характера, в тех случаях, когда поездка на отдаленные курорты может вредно отразиться на общем состоянии здоровья, следует направлять в близрасположенные санаторно-курортные учреждения, организации (СКО) необходимого профиля.

При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения больному выдается на руки справка для получения путевки по форме N 070/у-04 с рекомендацией санаторно-курортного лечения, о чем лечащий врач лечебно-профилактического учреждения делает соответствующую запись в медицинской карте амбулаторного больного. Срок действия справки для получения путевки 6 месяцев. Затемненное поле справки заполняется и маркируется литерой "Л" только гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг.

Справка носит предварительный информационный характер и представляется больным вместе с заявлением о выделении путевки на санаторно-курортное лечение по месту предоставления путевки, где и хранится в течение трех лет.

Получив путевку, больной обязан не ранее чем за 2 месяца до начала срока ее действия явиться к лечащему врачу, выдавшему ему справку для получения путевки, с целью проведения необходимого дополнительного обследования. При соответствии профиля СКО, указанного в путевке, ранее данной рекомендации, лечащий врач заполняет и выдает больному санаторно-курортную карту по форме N 072/у-04 установленного образца, подписанную им и заведующим отделением. О выдаче санаторно-курортной

карты лечащий врач делает запись в медицинской карте амбулаторного больного.

Лечащие врачи, заведующие отделениями и ВК лечебно-профилактических учреждений должны руководствоваться следующим обязательным перечнем диагностических исследований и консультаций специалистов, результаты которых необходимо отразить в санаторно-курортной карте:

а) клинический анализ крови и анализ мочи;

б) электрокардиографическое обследование;

в) рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография);

г) при заболеваниях органов пищеварения - их рентгеноскопическое исследование (если с момента последнего рентгенологического обследования прошло более 6 месяцев) либо УЗИ, эндоскопия;

д) в необходимых случаях проводятся дополнительные исследования: определение остаточного азота крови, исследование глазного дна, желудочного сока, печеночные, аллергологические пробы и др.;

е) при направлении на санаторно-курортное лечение женщин по поводу любого заболевания обязательно заключение акушера-гинеколога, а для беременных - дополнительно обменная карта;

ж) справка-заключение психоневрологического диспансера при наличии в анамнезе больного нервно-психических расстройств;

з) при основном или сопутствующих заболеваниях (урологических, кожи, крови, глаз и др.) - заключение соответствующих специалистов.

Главные врачи лечебно-профилактических учреждений осуществляют контроль за выполнением настоящего Порядка и организацией медицинского отбора и направления больных (взрослых и детей) на санаторно-курортное лечение.

Порядок приема и выписки больных

По прибытии в СКО больной предъявляет путевку и санаторно-курортную карту, которая хранится в СКО в течение трех лет. Кроме того, больному рекомендуется иметь при себе полис обязательного медицинского страхования.

После первичного осмотра лечащий врач СКО выдает больному санаторную книжку, в которую записываются назначенные лечебные процедуры и иные назначения. Больной предъявляет ее в лечебных подразделениях СКО для отметки о проведенном лечении или обследовании.

По завершении курса санаторно-курортного лечения больному выдается обратный талон санаторно-курортной карты и санаторная книжка с данными о проведенном в СКО лечении, его эффективности, рекомендациями по здоровому образу жизни. Обратный талон санаторно-курортной карты больной обязан представить в лечебно-профилактическое учреждение, выдавшее санаторно-курортную карту или в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства больного после завершения курса долечивания.

Обратные талоны санаторно-курортных карт подшиваются в медицинскую карту амбулаторного больного и хранятся в лечебно-профилактическом учреждении в течение трех лет.

Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность граждан, обусловленную острым заболеванием, травмой либо обострением хронического заболевания, возникшими в период нахождения их на

санаторно-курортном лечении, выдаются, как правило, лечебно-профилактическими учреждениями по месту пребывания больного в соответствии с действующими нормативными правовыми документами.

Порядок выявления и эвакуации больных, которым противопоказано санаторно-курортное лечение

Пребывание в СКО, которое влечет за собой ухудшение состояния здоровья больного, считается для него противопоказанным.

При определении противопоказанности к санаторно-курортному лечению врачи лечебно-профилактического учреждения и СКО должны руководствоваться утвержденными в установленном порядке противопоказаниями, исключающими направление больных на санаторно-курортное лечение, учитывая в каждом отдельном случае не только форму и стадию заболевания, но и степень опасности пребывания на курорте или в санатории для него, а также для окружающих.

Противопоказанность направления и пребывания больного в СКО устанавливается лечащим врачом, а в конфликтных случаях - ВК лечебно-профилактического учреждения, СКО.

Лечащий врач или ВК лечебно-профилактического учреждения, СКО определяет:

- наличие противопоказаний для лечения;
- возможность оставления больного в СКО для проведения бальнеологического, климатического, медикаментозного или другого лечения;
- необходимость перевода больного в больницу или транспортировки с выделением сопровождающего по месту жительства;

- необходимость оказания содействия в приобретении проездных билетов и т.д.

Срок выявления противопоказанности пребывания больного в СКО, как правило, не должен превышать 5 дней с момента его поступления.

В случае установления у больного противопоказаний ВК СКО составляет акт о противопоказанности больному санаторно-курортного лечения в 3 экземплярах, один из которых направляется в орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, второй - в адрес лечебно-профилактического учреждения, выдавшего санаторно-курортную карту, для разбора на ВК, а третий экземпляр акта остается в СКО.

Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации ежегодно проводят анализ отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение и при необходимости принимают соответствующие меры.

Перечень медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения

1. Заболевания в острой и подострой стадии, в том числе острые инфекционные заболевания до окончания периода изоляции.
2. Заболевания, передающиеся половым путем.
3. Хронические заболевания в стадии обострения.
4. Бактерионосительство инфекционных заболеваний.
5. Заразные болезни глаз и кожи.
6. Паразитарные заболевания.
7. Заболевания, сопровождающиеся стойким болевым синдромом, требующим постоянного приема наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки I и II Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в

Российской Федерации, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов.

8. Туберкулез любой локализации в активной стадии (для санаторно-курортных организаций нетуберкулезного профиля).

9. Новообразования неуточненного характера (при отсутствии письменного подтверждения в медицинской документации пациента о том, что пациент (законный представитель пациента) предупрежден о возможных рисках, связанных с осложнениями заболевания в связи с санаторно-курортным лечением).

10. Злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии.

11. Эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению.

12. Эпилепсия с ремиссией менее 6 месяцев (для санаторно-курортных организаций не психоневрологического профиля).

13. Психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или нестойкой ремиссии, в том числе представляющие опасность для пациента и окружающих.

14. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.

15. Кахексия любого происхождения.

16. неизлечимые прогрессирующие заболевания и состояния, требующие оказания паллиативной медицинской помощи.

Контрольные вопросы по теме «Принципы организации и структура участковой медицинской службы».

- 1) Структура терапевтического участка
- 2) Основные задачи поликлиники
- 3) Основные задачи участкового терапевта
- 4) Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового
- 5) Медицинская документация амбулаторного участка
- 6) Функции участкового терапевта в профилактической работе
- 7) Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики

Контрольные вопросы по темам «Диспансеризация, реабилитация»

- 1) Понятие, цели и порядок проведения всеобщей диспансеризации населения
- 2) Объем обследования на 1 и 2 этапах диспансеризации.
- 3) Группы здоровья: понятие, критерии определения, особенности наблюдения пациентов
- 4) Диагностические критерии факторов риска, подсчет абсолютного и относительного сердечно-сосудистого риска, интерпретация результатов
- 5) Профилактическое консультирование: сущность, вопросы мотивации пациентов.
- 6) Особенности проведения краткого и углубленного (индивидуального и группового) профилактического консультирования.
- 7) Реабилитация: понятие, этапы, участники и виды реабилитационных мероприятий
- 8) Реабилитация и абилитация инвалидов, разработка ИПРА
- 9) Порядок медицинского отбора и направления на санаторно-курортное лечение взрослых

10) Общие противопоказания, исключающие направление больных на курорты и в местные санатории

Тестовые задания по теме «Принципы организации и структура участковой медицинской службы» с эталонами ответов

Предложенные тестовые задания связаны с выбором одного правильного ответа.

1) Функциями поликлиники являются:

а) лечебно-диагностическая,

б) профилактическая,

в) реабилитационная,

г) экспертная,

д) все вышеперечисленное.

2) Организация работы поликлиники оценивается по показателям:

а) структура посещений по специальностям;

б) динамика посещений; распределение посещений по виду обращений; по месяцам, дням недели, часам дня;

в) объем помощи на дому; структура посещений на дому; активность врачей по помощи на дому;

г) соотношение первичных и повторных посещений на дому;

д) всем вышеперечисленным

3) Основные разделы работы поликлиники:

- а) Профилактическая
- б) Лечебно-диагностическая
- в) Противозидемическая
- г) Организационно-методическая
- д) Все вышеперечисленные

4) К основным разделам работы поликлиники относят:

- а) социальная помощь
- б) оформление на санаторно-курортное лечение
- в) оказание квалифицированной помощи на дому
- г) реабилитационная
- д) проведение МСЭК

5) Назовите показатели, пользуясь которыми вы будете оценивать эффективность работы участкового врача:

- а) Снижение числа посещений
- б) Снижение уровня заболеваемости (истинной)
- в) Снижение уровня травматизма
- г) Все вышеперечисленные
- д) Ничего из перечисленного

б) Что не входит в задачи участкового врача-терапевта:

- а) диспансеризация здоровых и больных

б) организация и проведение профилактических мероприятий среди населения участка

в) направление больных в специализированные ЛПУ

г) направление больных в диспансеры, на санаторно-курортное лечение

д) уход за больным и реабилитация, осуществляемая на дому.

7) Основной фигурой в системе профилактики являются:

а) Врачи центра медицинской профилактики

б) Специалисты центров Роспотребнадзора

в) Участковые врачи поликлиники

г) Врачи психоневрологического диспансера

д) Врачи центров здоровья

8) Врачи поликлиники выполняют все перечисленные виды работ, кроме:

а) Диагностики и лечения заболеваний

б) Профилактической работы

в) Санитарно-просветительной работы

г) Деятельности по ОМС на коммерческой основе

д) Ведения оперативно-учетной документации

9) Какое число посещений должно обеспечиваться в поликлинике в течение основной смены:

а) 40 %

б) 50 %

в) 60 %

г) 70 %

д) 80 %

10) Что не входит в задачи участкового врача-терапевта:

а) оказание квалифицированной помощи на приеме в поликлинике и на дому

б) участие в госпитализации больных в клиники, в дневный стационары поликлиник,

в) проведение врачебно-трудовой экспертизы,

г) проведение медико-социальной экспертизы,

д) санитарно-противоэпидемическая и санитарно-просветительная работа.

11) Принцип оказания амбулаторно - поликлинической помощи:

а) участково-территориальный

б) региональный

в) районный

г) межрайонный

д) городской

12) Амбулаторно-поликлиническая помощь на предприятии оказывается:

- а) по участково-территориальному принципу
- б) по цеховому (производственному) принципу
- в) не оказывается вообще
- г) по уровню квалификации сотрудников
- д) в порядке установленном работодателем

13) Амбулаторно-поликлиническая помощь организуется по следующим принципам, кроме:

- а) Территориально-участкового
- б) Бригадного
- в) Ведомственного
- г) Частного
- д) Цехового

14) Не входит в функции регистратуры поликлиники:

- а) Запись посетителей на прием к врачу
- б) Прием вызовов на посещение больных на дому
- в) Обеспечение оптимального потока посетителей
- г) Массовое направление посетителей на исследования
- д) Сортировка посетителей согласно участкам

15) Режим и формы работы поликлиники, нагрузка персонала должны определяться на уровне:

- а) Федеральном
- б) Региональном
- в) Руководителя учреждения
- г) Ведомственном
- д) Районном

Тестовые задания по теме: «Диспансеризация. Реабилитация»

1. В диспансеризацию входят:

- а) определение и индивидуальную оценку здоровья;
- б) разработку и проведение комплекса необходимых медицинских и социальных мероприятий;
- в) динамическое наблюдения за состоянием здоровья населения;
- г) выявление лиц, имеющих факторы риска, способствующие возникновению и развитию заболеваний;
- д) все перечисленное

2. Какое исследование не проводится при диспансеризации населения:

- а) общий анализ крови;
- б) определение уровня общего холестерина и глюкозы в крови;

- в) флюорография органов грудной клетки;
- г) осмотр гинеколога для женщин;
- д) общий анализ мочи.

3. Диспансеризация включает все, кроме:

- а) медицинский осмотр населения с проведением установленного объема лабораторных и инструментальных методов исследований;
- б) дообследование нуждающихся с использованием современных методов диагностики;
- в) направление в бюро МСЭ;
- г) выявление лиц, имеющих факторы риска, способствующие возникновению и развитию заболеваний;
- д) выявление заболеваний в ранних стадиях.

4. Профилактические медицинские осмотры населения проводится:

- а) ежегодно
- б) каждые 3 года;
- в) каждые 5 лет;
- г) по письменному заявлению гражданина о желании пройти диспансеризацию;
- д) перед направлением на санаторно-курортное лечение.

5. Что включает в себя первый этап диспансеризации:

- а) осмотр хирургом;
- б) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование;
- в) определение относительного и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска;
- г) определение липидного спектра крови ;
- д) УЗДГ брахицефальных артерий.

6. Что включает в себя второй этап диспансеризации:

- а) углубленное групповое профилактическое консультирование (школа пациента);
- б) флюорографию легких;
- в) измерение внутриглазного давления с 39 лет и старше;
- г) исследование кала на скрытую кровь в возрасте от 48 до 75 лет;
- д) УЗДГ брюшной аорты (однократно в 69 или 75 лет) - для мужчин, когда-либо куривших в жизни.

7. К хроническим неинфекционным заболеваниям относятся:

- а) ишемическая болезнь сердца
- б) язвенная болезнь желудка и ДПК
- в) ревматоидный артрит
- г) пролапс митрального клапана

д) тиреотоксикоз

8. Сколько выделяют диспансерных групп:

а) 1

б) 2

в) 3

г) 4

д) 5

9. К I диспансерной группе относятся:

а) лица, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске;

б) практически здоровые лица, имеющие в анамнезе острое заболевание;

в) лица, имеющие хронические неинфекционные заболевания или с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании;

г) практически здоровые лица, имеющие в анамнезе хроническое заболевание, но не имеющие обострения в течение нескольких лет;

д) лица, у которых не установлены заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске.

10. Ко II диспансерной группе относят:

а) лица, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске;

б) практически здоровые лица, имеющие в анамнезе острое заболевание;

в) лица с подозрением на хронические неинфекционные заболевания, нуждающиеся в дополнительном обследовании;

г) практически здоровые лица, имеющие в анамнезе хроническое заболевание, но не имеющие обострения в течение нескольких лет;

д) лица, у которых не установлены заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске.

11. К хроническим неинфекционным заболеваниям относятся:

а) железодефицитная анемия;

б) хроническая обструктивная болезнь легких;

в) хронический калькулезный холецистит.

г) подагра;

д) острая внебольничная пневмония.

12. К III диспансерной группе пациентов не относят:

а) лица с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности;

б) лица, у которых на протяжении года было 6 случаев заболеваний и 60 и более дней нетрудоспособности по заболеваниям;

в) лица с декомпенсированным течением заболевания,

г) лица с устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

д) лица с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособности.

13. Основными задачами врача-терапевта при проведении диспансеризации являются:

а) инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования,

б) определение относительного и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска;

в) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование

г) опрос, антропометрия, расчет индекса массы тела;

д) направление на медико-социальную экспертизу пациентов для оценки ограничений жизнедеятельности.

14. Какие документы обязательно заполняются при диспансеризации:

- а) индивидуальная карта амбулаторного больного;
- б) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом;
- в) листок нетрудоспособности;
- г) выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного;
- д) справка о временной нетрудоспособности учащихся.

15. Показатели эффективности диспансеризации для здоровых людей, все кроме:

- а) отсутствие заболеваний;
- б) сохранение здоровья;
- в) уменьшение частоты и длительности заболеваний;
- г) сохранение трудоспособности;
- д) отсутствие факторов риска.

16. Показатели эффективности диспансеризации для людей с хроническими заболеваниями:

- а) отсутствие заболеваний;
- б) сохранение здоровья;
- в) уменьшение частоты и длительности заболеваний;

- г) сохранение трудоспособности;
- д) восстановление функции органа или системы органов.

17. Медицинская реабилитация включает в себя:

- а) лечебно-профилактические мероприятия;
- б) гигиеническое обучение и воспитание пациентов;
- в) пропаганду здорового образа жизни;
- г) восстановление здоровья и трудоспособности;
- д) все перечисленное

18. Основными задачами госпитального этапа медицинской реабилитации являются:

- а) выработка наиболее рациональной программы реабилитационных мероприятий с обеспечением ее преемственности на амбулаторно-поликлиническом и санаторном этапах;
- б) определение адекватного лечебно-двигательного режима;
- в) разработка диетических рекомендаций;
- г) предупреждение и устранение возможных осложнений заболеваний;
- д) все перечисленное

19. Основными задачами госпитального этапа медицинской реабилитации являются:

- а) достижение устойчивой компенсации нарушенных функций организма;

- б) подготовка больного к выписке;
- в) психотерапевтическая помощь;
- г) разработка рекомендаций по дальнейшей реабилитации;
- д) все перечисленное

20. Основными принципами организации медицинской реабилитации больных являются все, кроме:

- а) системность;
- б) массовость;
- в) эффективность;
- г) этапность;
- д) непрерывность;

24. На каком этапе медицинской реабилитации осуществляется санаторно-курортный отбор пациентов:

- а) госпитальном;
- б) амбулаторно-поликлиническом;
- в) санаторном;
- г) этап приемного покоя;
- д) все перечисленные.

21. Кем составляется реабилитационная программа:

- а) лечащим врачом;

б) реабилитационной комиссией;

в) пациентом;

г) заведующим санаторием;

д) заместителем главного врача по лечебной работе.

22. В состав реабилитационной комиссии входят все, кроме:

а) лечащий врач;

б) заведующий отделением;

в) специалисты по лечебной физкультуре;

г) главный врач санатория;

д) специалисты по функциональной диагностике.

23. В состав реабилитационной комиссии входят:

а) специалисты по лечебной физкультуре;

б) заведующий санаторием;

в) консилиум врачей;

г) массажист;

д) диетсестра.

24. В санаторно-курортных картах в обязательном порядке отражаются результаты диагностических исследований и консультаций специалистов всех, кроме:

а) клинического анализа крови и мочи;

- б) ЭКГ;
- в) рентгенологического обследования органов грудной клетки;
- г) заключение гинеколога для женщин;
- д) заключение нарколога и психиатра.

25. Выберите правильную комбинацию ответов:

Медицинская реабилитация осуществляется:

- 1. Амбулаторно
- 2. Стационарно
- 3. На дому

Варианты ответов:

- а) 1,2,3
- б) только 2
- в) 1,2
- г) только 1
- д) 1,3

26. Диспансеризация – это...

а) комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения);

б) метод динамического наблюдения за состоянием здоровья населения;

в) совокупность последовательных лечебно-профилактических мероприятий пропаганды здорового образа жизни;

г) метод динамического наблюдения за состоянием здоровья населения, уровнем трудоспособности, социального благополучия;

д) периодическое обследование населения и его активное оздоровление.

35. Основным этапом в системе реабилитации является:

а) амбулаторно-поликлинический этап медицинской реабилитации;

б) стационарный этап медицинской реабилитации;

в) санаторный этап медицинской реабилитации;

г) реабилитация на дому;

д) реабилитация в дневном стационаре.

36. Какой документ выдается пациенту для получения путевки при наличии у него показаний к санаторно-курортному лечению?

а) справка для получения путевки (у.ф.070);

б) санаторно-курортная карта (у.ф.072);

в) контрольная карта диспансерного наблюдения (у.ф.30);

г) направление на стационарное лечение;

д) направление на медико-социальную экспертизу (у.ф. 88)

37. Какой документ выдается пациенту при наличии у него путевки на санаторно-курортное лечение?

а) справка для получения путевки (у.ф.070);

б) санаторно-курортная карта (у.ф.072);

в) контрольная карта диспансерного наблюдения (у.ф.30);

г) направление на стационарное лечение;

г) направление на медико-социальную экспертизу (у.ф. 88)

38. Школа здоровья — это...

а) медицинская профилактическая технология, основанная на совокупности индивидуального и группового воздействия на пациентов;

б) медицинская профилактическая технология направленная на повышение уровня знаний, повышение приверженности пациентов к лечению;

в) медицинская профилактическая технология, основанная на совокупности индивидуального и группового воздействия на пациентов и направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению того или иного заболевания, повышение приверженности пациентов к лечению для профилактики осложнений заболевания, улучшения прогноза и повышения качества жизни;

г) медицинская организация, обеспечивающая рациональное лечение того или иного заболевания;

д) медицинская организация для профилактики осложнений заболевания, улучшения прогноза и повышения качества жизни.

39. Стадии формирования мотивации у пациента все, кроме:

а) непонимание проблемы

б) принятие решения

в) принятие алгоритма действий

г) срыв действий

д) начало действий

40. Вторичная профилактика - это ...

а) комплекс медицинских мероприятий, направленных на своевременное выявление и лечение уже имеющихся заболеваний;

б) медицинская профилактическая технология, основанная на совокупности индивидуального и группового воздействия на пациентов;

в) комплекс медицинских мероприятий, направленный на улучшения прогноза и повышения качества жизни;

г) рекомендации врача, обеспечивающие рациональное лечение того или иного заболевания,;

д) комплекс медицинских мероприятий для повышения приверженности пациентов к лечению.

41. Целью вторичной профилактики является:

а) предотвращение возможности обострения или осложнения течения возникших заболеваний, замедлить прогрессирование заболеваний;

б) разработка индивидуальной программы по ведению ЗОЖ;

в) обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек;

г) обучение граждан эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей.

д) повышение приверженности пациентов к лечению.

42. Возможность развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет менее 1 % относится:

а) риск I или группа низкого риска;

б) группа среднего риска;

в) группа высокого риска;

г) риск IV;

д) риска нет.

43. Возможность развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет 1-5 % относится :

а) риск I или группа низкого риска;

б) риск 2 или группа среднего риска;

в) риск 3 или группа высокого риска;

г) риск IV;

д) риска нет.

44. Возможность развития сердечнососудистых осложнений в ближайшие 10 лет 5-10 % относится:

а) риск I или группа низкого риска;

б) риск 2 или группа среднего риска;

в) риск 3 или группа высокого риска;

г) риска нет;

д) риск IV.

Ситуационная задача

Мужчина 52 лет, археолог, обратился на прием к врачу-терапевту для проведения дополнительного обследования после второго этапа диспансеризации. Из анамнеза известно, что наследственность по ССЗ отягощена по материнской линии (ГБ с 50 лет, ОНМК в 60 лет). Пациент курит около 30 лет, до 1,5 пачек сигарет в день. Употребляет алкоголь – примерно 100 мл крепких напитков в неделю. Рацион питания с избыточным содержанием животных жиров и углеводов. В течение 9 месяцев в году ведет малоподвижный образ жизни, а в течение 3 месяцев – с большими физическими нагрузками. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 176 см, вес – 101 кг (индекс массы тела – 32,8 кг/м²). Окружность талии – 108 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Ксантом нет. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 70 уд.в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

В анализах: общий холестерин – 5,8 ммоль/л, ТГ – 4,1 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП 3,22 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, тест толерантности к глюкозе: глюкоза через 2 часа 7,9 ммоль/л, HbA1c 6,3%, креатинин – 63 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 108 мл/мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите группу здоровья пациента по итогам диспансеризации.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Определите тактику лечения пациента и обоснуйте свой выбор.
6. Определите план диспансерного наблюдения.

Эталоны ответов:

1. Ожирение I ст, абдоминальный тип. Дислипидемия IV типа.
Нарушение толерантности к глюкозе
2. Диагноз метаболического синдрома установлен на основании наличия ожирения, степень ожирения определена по критериям ВОЗ, ИМТ 32,8 кг/м², окружность талии 108 см. Дислипидемия определена по классификации Фредрексона (повышение уровня ТГ, снижения уровня ЛПВП). Нарушенная толерантность к глюкозе определена на основании гипергликемии натощак и после нагрузки глюкозой, а также уровня HbA1c.
3. Группа здоровья 2, поскольку у пациента не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний. Несмотря на установленный средний абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск, у пациента выявлены изолированные ФР увеличивающие ССР: ожирение – ИМТ 38 кг/м² и интенсивное курение ИКТ ≥ 20 . При этом пациент не нуждается в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний.
4. Пациенту рекомендовано: ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; ультразвуковое исследование брахоцефальных артерий для оценки

ремоделирования сосудистой стенки, выявления атеросклероза, стенозов.
Проведение суточного мониторирования АД.

5. Пациенту следует рекомендовать немедикаментозные мероприятия: соблюдение диеты, достаточную физическую активность. При недостаточной эффективности немедикаментозных мероприятий пациенту следует назначить гиполипидемическую терапию. Препаратами первого ряда являются статины (аторвастатин, розувастатин). При недостаточной эффективности статинов может быть рассмотрена возможность комбинированной терапии, с применением ингибиторов абсорбции холестерина (эзетимиб), секвестантов желчных кислот (холестирамин), препаратов никотиновой кислоты (эндурацин). Назначение фибратов в качестве препаратов выбора у данного пациента не показано.

6. Через 4—6 недель лечения статинами следует оценить переносимость и безопасность лечения (повторный анализ крови на липиды, АСТ, АЛТ, КФК). При отсутствии побочных эффектов через 3, 6 месяцев следует провести повторный анализ крови на липиды, АСТ, АЛТ, КФК. Впоследствии контроль не реже 1 раза в год : оценка АД, риска SCORE, АСТ, АЛТ, КФК, глюкозы крови натощак, HbA1c, креатинина, ЭКГ. 1 раз в 3 года ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий.

ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ТЕМЫ:

Основная:

Поликлиническая терапия / Под ред. Давыдкина И.Л. - ГЭОТАР-Медиаб, 2016. - 688 с

Дополнительная:

1) Профилактика заболеваний [Текст] : учеб. пособие / С. Н. Алексеенко, Е. В. Дробот ; Российская Академия Естествознания, Издательский дом Академии естествознания. - М. : Издат. дом Акад. естествознания, 2015. - 449 с. :

2) Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

3) Федеральный закон от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"

4) Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"

5) Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств"

6) Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"

7) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 декабря 2005 г. N 765 "Об организации деятельности врача-терапевта участкового"

8) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 апреля 2007 г. N 282 "Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового"

9) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 февраля 2007 г. N 110 "О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания"

10) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. N 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг"

11) Приказ Минздрава РФ от 06 марта 2015 г. N 87н "Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению"

12) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

13) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 марта 2015 г., № 87н «О формах медицинской документации и статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров»

14) Приказ Минздравсоцразвития России от 9.03.2007 г. № 156 г. «О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине»

15) Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. N 419-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации"

Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов"

16) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1705н "О Порядке организации медицинской реабилитации"

17) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 июня 2018 г. № 321н "Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения"

18) Приказ МЗ РФ от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению".

19) Методические указания от 22.12.99 г. № 99/228 "Перечень курортов России с обоснованием их уникальности по природным климатическим факторам";

20) Методические указания от 22.12.99 г. № 99/229 "Перечень необходимых медицинских услуг и процедур, отпускаемых в специализированных санаториях больному по профилю его заболевания)";

21) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г. № 173н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"

22) Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации. Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. — 112 с. <http://www.gnicpm.ru>

23) Приказ Минздрава РФ от 16 мая 2003 г. N 207 "Об организации оздоровления беременных женщин в санаториях и санаториях-профилакториях"