

# Профилактическая работа участкового врача-терапевта

XX-начало XXI века – эра неинфекционных заболеваний, значительно сокращающих продолжительность жизни и ухудшающих демографическую ситуацию. Причины большинства заболеваний общеизвестны: курение, гиподинамия, несбалансированное питание, злоупотребление алкоголем, стрессы, экологическое неблагополучие.

Опыт экономически развитых стран свидетельствует, что увеличение продолжительности жизни их населения достигнуто не путем улучшения качества лечения, а путем снижения заболеваемости через первичную профилактику. Так, 20-летнее употребление низкокалорийной пищи в Финляндии привело к снижению заболеваемости ИБС на 57%. Анализ работы медицинских организаций показал, что в стране приемлемо развита профилактика неинфекционной патологии, вторичная (диагностика и лечение неинфекционной патологии) и третичная (реабилитация пациентов) профилактика. Первичная профилактика неинфекционной патологии (ППНИП) находится в зародышевом состоянии, хотя курс на нее был взят еще в 1925г. Профилактика в современном ее понимании имеет много сходного с диспансеризацией. Н.А. Семашко в 1925г. писал «Профилактика – это путь, которым мы идем, диспансеризация – метод решения профилактических задач». Профилактика и диспансеризация – стратегические рычаги демографической безопасности и декларированы в нашей стране перспективным направлением.

ППНИП – это совокупность мероприятий, направленных на устранение неблагоприятных для здоровья факторов и причин болезни, усиление благотворно влияющих факторов. Успешной может быть только комплексная медико-социально-экологическая профилактика, предусматривающая реализацию мероприятий системой здравоохранения, самим обществом и государством. Технологии ППНИП состоят из формирования групп риска, проведения скрининга; консультирования по образу жизни и его модификации; комплексной системы мер по предупреждению заболеваний; интеграции работы различных служб и ведомств, участвующих в ППНИП; вакцинации и химиопрофилактики; контроля за состоянием здоровья, повышения уровня здоровья, ответственности за здоровье самого человека.

В настоящее время определены место ППНИП, ведущая роль врача и среднего медицинского персонала первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в осуществлении профилактических мероприятий; разработаны концепции о факторах риска наиболее распространенных неинфекционных заболеваний, чувствительные и специфические скрининговые методы их выявления и коррекции, основанные на степени научной доказательности.

Наиболее глобальными проблемами сегодняшнего дня являются профилактика ишемической болезни сердца, мозга, почек, желудочно-кишечного тракта и конечностей: артериальной гипертензии, сахарного диабета, аллергической и онкологической патологии, а также профилактика смерти от внешних причин (травм, отравлений, странгуляционной асфиксии, утопления). Общеизвестно что заболевания внутренних органов, артериальная гипертензия и сахарный диабет в значительной степени обусловлены развитием атеросклероза, дислипидемии, гипергликемии, ожирения; злоупотреблением солью, углеводами и алкоголем; недостаточным употреблением овощей и фруктов; низкой физической активностью; курением и экологическим неблагополучием. Общеизвестно также, что атеросклероз начинает развиваться у плода еще в утробе матери. Поэтому профилактику этого заболевания, также, как и аллергии, алкоголизма и другой патологии у населения надо начинать с пре-перинатального периода и продолжать всю жизнь. ППНИП должна быть не проектом, а повседневной работой врача первичного звена и занимать в ней не менее 30% рабочего времени

Во второй половине XX века произошло принципиальное изменение основных причин смерти — на первый план вышли хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), к которым относятся болезни системы кровообращения (БСК), онкологические и хронические бронхолегочные заболевания, а также сахарный диабет. В России ХНИЗ являются причиной 75% всех смертей взрослого населения. Экономический ущерб только от этих заболеваний составляет около 1 трлн. рублей в год (около 3% ВВП).

Решающая роль ПМСП в сфере контроля ХНИЗ была подчеркнута Генеральным директором ВОЗ Маргарет Чен в речи на Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2011 года: «Безусловно, нам нужны профилактические меры в отношении неинфекционных заболеваний, охватывающие широкие слои населения, разработанные вместе с другими секторами, но нам также необходимо оказывать помощь отдельным людям. Нам необходимо в самые ранние сроки выявлять заболевания, лечить их, следить за осложнениями и часто предоставлять длительную или даже пожизненную медицинскую помощь. Я глубоко убеждена в том, что первичная медико-санитарная помощь является единственным реально действенным и эффективным способом достижения этого». В нашей стране фундаментальную роль в формировании структур медицинской профилактики и организации профилактики ХНИЗ на уровне ПМСП имеет приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», который включил в основные задачи поликлиники и центра общей врачебной практики (семейной медицины) организацию и проведение мероприятий по пропаганде ЗОЖ, раннее выявление ХНИЗ и ФР их развития, оказание медицинской помощи пациентам по медикаментозной и немедикаментозной коррекции выявленных ФР, диспансерное наблюдение лиц с высоким риском развития ХНИЗ.

Для выполнения вышеуказанных задач в структуре поликлиники предусматриваются следующие подразделения, их штаты и оснащение:

- отделение (кабинет) медицинской профилактики;
- кабинет медицинской помощи по отказу от курения;
- помещения (учебные классы, аудитории) для проведения групповой профилактики (школ здоровья).

Приказ ввел правила организации деятельности отделения (кабинета) медицинской профилактики и правила организации деятельности центра здоровья, его штаты и оснащение.

Основные мероприятия по формированию ЗОЖ и профилактике ХНИЗ включены в задачи не только врачебной амбулатории, но и врачебного (фельдшерского) здравпункта и фельдшерско-акушерского пункта, в частности они обязаны:

- осуществлять мероприятия по профилактике заболеваний среди населения и формированию ЗОЖ;
- проводить мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению и укреплению здоровья населения, включая обучение населения правилам оказания первой помощи;
- выявлять курящих, лиц, избыточно потребляющих алкоголь, с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;
- осуществлять оказание медицинской помощи курящим и лицам, избыточно потребляющим алкоголь, по отказу от курения и злоупотребления алкоголем, включая направление их для консультации и лечения в отделения (кабинеты) медицинской профилактики, центры здоровья и специализированные профильные медицинские организации.



Значительный вклад в развитие профилактического направления деятельности первичного звена здравоохранения внес приказ Минздрава России от 3 декабря 2012г., № 100бн «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», согласно которому диспансеризация взрослого населения проводится путем обследования населения в целях:

- раннего выявления ХНИЗ, основных ФР их развития, туберкулеза, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

- определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для лиц, имеющих заболевания (состояния) или ФР их развития, а также для здоровых лиц;
- проведения краткого профилактического консультирования больных и здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и групповых методов профилактики (школ пациентов) для пациентов с высоким и очень высоким суммарным СС риском;
- определения группы диспансерного (динамического) наблюдения граждан с выявленными заболеваниями (состояниями), а также здоровых граждан, имеющих высокий и очень высокий суммарный СС риск.

*Основными особенностями нового Порядка диспансеризации являются:*

- *участковый принцип ее организации;*
  - *возложение ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения на ее руководителя и на отделение (кабинет) медицинской профилактики (в том числе входящий в состав ЦЗ), а ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка — на врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики (семейного врача);*
  - *двухэтапный принцип проведения диспансеризации;*
- первый этап диспансеризации (скрининг) проводится для выявления признаков ХНИЗ, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе диспансеризации;*
- первый этап заканчивается приемом врача-терапевта, включающим определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения и проведение краткого профилактического консультирования;*
- второй этап проводится для дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включает проведение целого ряда инструментально-лабораторных методов исследования и осмотров специалистов по показаниям, определенным на первом этапе;*

- дифференцированный набор инструментально-лабораторных методов исследования в целях повышения вероятности раннего выявления наиболее часто встречающихся для данного пола и возраста ХНИЗ;
  - введение нового принципа определения группы состояния здоровья (сокращение до 3 групп) с дифференцированной тактикой для каждой группы;
- обязательное проведение профилактического консультирования в целях коррекции ФР уже в процессе медицинского осмотра в рамках диспансеризации.

Согласно нового Порядка диспансеризации ответственным за организацию и проведение диспансеризации населения обслуживаемого участка является участковый врач.

В настоящее время в стране менее половины поликлиник для взрослых (самостоятельных и в составе других ЛПУ) имеют отделения (кабинеты) медицинской профилактики, что определяет необходимость в короткие сроки провести большую организаторскую работу по формированию указанных подразделений в медицинских организациях, принимающих участие в диспансеризации.

Безусловно, проведение диспансеризации увеличит нагрузку на учреждения ПМСП.

Расчеты показывают, что нагрузка на участкового врача-терапевта возрастет ориентировочно на 10%. Проведение первого этапа увеличит нагрузку на кабинеты ультразвуковой диагностики, маммографии, флюорографии, при отсутствии в учреждении прибора для бесконтактного определения внутриглазного давления может возрасти нагрузка на кабинет офтальмолога.

Второй этап диспансеризации повысит нагрузку на лабораторную службу, врача-невролога, врача-хирурга, врача-уролога, врача-офтальмолога, кабинет дуплексного сканирования сонных артерий, фиброгастродуоденоскопии и фиброколоноскопии.

Организацию проведения профилактического медицинского осмотра регламентировал приказ Минздрава России от 6 декабря 2012 г., № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (зарегистрирован Минюстом

России 29 декабря 2012 г., регистрационный № 26511).

*Профилактический медицинский осмотр*, в отличие от диспансеризации, включает меньший объем обследования, проводится за один этап, одним врачом-терапевтом участковым в любом возрастном периоде взрослого человека по его желанию, но не чаще чем 1 раз в 2 года (в год проведения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится).

В спектр скрининговых исследований профилактического медицинского осмотра включаются преимущественно те исследования из перечня исследований первого этапа диспансеризации, которые имеют диагностическую значимость при более частом проведении, т.е. чаще чем проводится диспансеризация (1 раз в 3 года) — анкетирование, измерение АД, флюорография, маммография, исследование кала на скрытую кровь, определение общего ХС, глюкозы крови, определение суммарного СС риска. В отличие от диспансеризации, при профилактическом медицинском осмотре все дополнительные исследования и осмотры специалистов проводятся вне рамок профилактического медицинского осмотра.

Пациенты проходят необходимое дополнительное обследование и осмотры врачей-специалистов по обращению на основании результата профилактического осмотра и направления участкового врача.



Основными задачами участкового врача (фельдшера) *при проведении диспансеризации* являются:

- составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации с учетом возрастной категории граждан;
- активное привлечение населения участка на диспансеризацию, информирование об ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации населения к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованных коллективов;
- проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации, установление диагноза заболевания (состояния), определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;
- проведение краткого профилактического консультирования, направление граждан с выявленными ФР развития ХНИЗ в ОМП, КМП или ЦЗ для оказания медицинской помощи по коррекции ФР;
- участие в оформлении (ведении) учетной и отчетной медицинской документации, в том числе паспорта здоровья, форма которого утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- подведение итогов диспансеризации

В повседневном режиме *вне выполнения задач диспансеризации участковый врач* несет ответственность за проведение своим пациентам всего комплекса мероприятий первичной и вторичной профилактики ХНИЗ, включая проведение углубленного профилактического консультирования и школ здоровья, в частности он:

- 1) самостоятельно проводит углубленное профилактическое консультирование, коррекцию ФР и школу для больных своего участка, находящихся под его диспансерным наблюдением (таблица 4.1.), а также для других больных своего участка, получающих лекарственные препараты по поводу заболеваний и нуждающихся в применении лекарственных препаратов для коррекции факторов риска ХНИЗ; при необходимости участковый врач направляет пациентов этой группы к врачу-специалисту, в т.ч. врачу-психотерапевту или психологу;

№

Заболевание (состояние)

1. Хроническая ИБС без жизнеугрожающих нарушений ритма, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) не выше II ФК
2. Состояние после перенесенного инфаркта миокарда по прошествии более 12 мес, при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии I-II ФК со стабильным течением, ХСН не выше II ФК
3. Стенокардия напряжения I-II ФК со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста
4. Стенокардия напряжения I-IV ФК со стабильным течением у лиц пенсионного возраста
5. Артериальная гипертония I-III степени у лиц с контролируемым АД на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов
6. Легочная гипертензия I-II ФК со стабильным течением
7. Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии 6 мес от даты операции
8. Состояние после перенесенного осложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии более 12 мес от даты операции
9. ХСН I-III ФК, стабильное состояние
10. Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная и персистирующая формы при эффективной профилактической антиаритмической терапии)
11. Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы с эффективным контролем ЧСС на фоне приема лекарственных препаратов)

12. Предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии при эффективной профилактической антиаритмической терапии
13. Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный)
14. Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии — пищевода Барретта)
15. Язвенная болезнь желудка
16. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
17. Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит
18. Полипы (полипоз) желудка
19. Дивертикулярная болезнь кишечника. Легкое течение
20. Полипоз кишечника, семейный полипоз толстой кишки, синдром Гартнера, синдром Пейтца—Еггерса, синдром Турко
21. Состояние после резекции желудка (по прошествии более 10 лет после операции)
22. Рубцовая стриктура пищевода
23. Рецидивирующий и хронический бронхит
24. Хроническая обструктивная болезнь легких нетяжелого течения без осложнений, в стабильном состоянии
25. Посттуберкулезные и постпневмонические изменения в легких без дыхательной недостаточности
26. Состояние после перенесенного плеврита
27. Бронхиальная астма (медикаментозно контролируемая)
28. Пациенты, перенесшие острую почечную недостаточность, в стабильном состоянии, с хронической почечной недостаточностью I стадии
29. Пациенты, страдающие хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии), с подобранным лечением, в стабильном состоянии
30. Пациенты, относящиеся к группам риска поражения почек

31. Остеоартроз мелких и средних суставов, остеоартроз крупных суставов без синовита, не нуждающийся в эндопротезировании, в стабильном состоянии, после консультации врача-ревматолога
32. Воспалительные заболевания суставов и позвоночника и системные заболевания соединительной ткани вне обострения по рекомендации врача-ревматолога
33. Метаболические заболевания суставов (подагра, псевдоподагра, охроноз и другие) по рекомендации врача-ревматолога
34. Хронические ревматические заболевания сердца (пороки) без признаков воспалительной активности
35. Первичный остеопороз (постменопаузальный и сенильный) — по рекомендации врача-ревматолога или другого врача-специалиста
36. Инсулиннезависимый сахарный диабет (2-й тип)
37. Инсулинзависимый сахарный диабет с подобранной дозой инсулина и стабильным течением
38. Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения со стабильным течением по прошествии 6 мес после острого периода
39. Деменции, иные состояния, сопровождающиеся когнитивными нарушениями, со стабильным течением
40. Последствия легких черепно-мозговых травм, не сопровождавшихся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением
41. Последствия травмы нервной системы, сопровождавшейся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением по истечении 6 мес после операции
42. Стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70%

2) направляет пациентов без доказанного ХНИЗ и нуждающихся в применении лекарственных препаратов для коррекции факторов риска ХНИЗ к врачу КМП или центра здоровья, имеющему право на проведение фармакотерапии, который проводит углубленное профилактическое консультирование, коррекцию ФР и школу здоровья для этих пациентов (участковый врач принимает участие в проведении указанной школы); при отсутствии врача КМП или ЦЗ с правом на

проведение фармакотерапии, указанные профилактические мероприятия пациентам этой группы проводит участковый врач с участием врача (фельдшера) КМП, не имеющего права фармакотерапии;

3) направляет пациентов (больных и здоровых с риском заболеваний), не нуждающихся в применении лекарственных препаратов для коррекции факторов риска ХНИЗ к врачу (фельдшеру) КМП или ЦЗ, не имеющему право на проведение фармакотерапии, который проводит углубленное профилактическое консультирование, коррекцию ФР и школу здоровья для этих пациентов (участковый врач принимает участие в проведении указанной школы);

4) оказывает врачу (фельдшеру) КМП консультативную помощь по фармакокоррекции факторов риска ХНИЗ и участвует в проведении школ для пациентов.

Врачи-специалисты учреждений ПМСП проводят пациентам, находящимся под диспансерным наблюдением, полный комплекс мероприятий вторичной профилактики ХНИЗ, включая проведение углубленного профилактического консультирования и школ здоровья для пациентов.

В первую очередь, это относится к врачам-специалистам, осуществляющим лечение больных с ХНИЗ: кардиологам, неврологам, эндокринологам, пульмонологам и терапевтам-онкологам. На *врачей-диетологов* возлагается функция проведения первичной и вторичной профилактики заболеваний, обусловленных нездоровым (нерациональным) питанием, коррекции избыточной массы тела, особенно, абдоминального ожирения, оказания медицинской помощи пациентам с ожирением и алиментарно-зависимыми факторами риска.

*Врачи-специалисты нетерапевтического профиля, фельдшер здравпункта, фельдшер ФАП* в сфере профилактики ХНИЗ должны выявлять факторы риска ХНИЗ;

Проводить пациентам с ФР краткое профилактическое консультирование, убеждать в необходимости снижения повышенных уровней ФР, направлять их для коррекции ФР в кабинет медицинской профилактики или в центр здоровья.

Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики медицинской организации, в том числе находящегося в составе центра здоровья, *при проведении диспансеризации являются:*

- участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении диспансеризации, ее целях и задачах, проведение разъяснительной работы и мотивирование населения к прохождению диспансеризации;
- инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, последовательности проведения обследований;
- выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации (анкетирование, направленное на выявление ХНИЗ, ФР их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение АД, определение уровня общего ХС и глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом);



- определение ФР ХНИЗ на основании единых установленных диагностических критериев;
- формирование комплекта документов, включая заполнение учетных и отчетных форм, паспорта здоровья;
- учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации;
- индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению участкового врача для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации;
- разъяснение пациентам с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ними проживающим, правил действий (само- и взаимопомощи) при их развитии, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи.

В повседневном режиме *вне выполнения задач диспансеризации* врач *заведующий отделением* (кабинетом) медицинской профилактики несет ответственность за планирование, проведение и контроль всей работы по первичной и вторичной профилактике ХНИЗ в учреждении, за взаимодействие с территориальным (районным, городским) ЦМП и ЦЗ, а также с другими учреждениями здравоохранения, образовательными, научными и общественными организациями, имеющими отношение к профилактике ХНИЗ и формированию здорового образа жизни населения.

В повседневном режиме *вне задач диспансеризации* врач отделения (кабинета) медицинской профилактики, имеющий право на проведение фармакотерапии при работе с пациентами, выполняет следующие функции:

- 1) проводит углубленное профилактическое консультирование, коррекцию ФР у пациентов без доказанных ХНИЗ и нуждающихся в применении лекарственных средств для их коррекции; при показаниях направляет пациентов к врачу-специалисту, в т.ч. врачу-психотерапевту или психологу для консультации и специальных методов коррекции ФР;

- 2) организует и проводит с участием психотерапевта (психолога), участкового врача, а в необходимых случаях и других врачей-специалистов, школы здоровья для групп пациентов (здоровых и больных), нуждающихся в фармакологической коррекции факторов риска ХНИЗ;
- 3) направляет пациентов, без доказанных ХНИЗ и не нуждающихся в применении лекарственных средств для коррекции ФР, к врачу (фельдшеру) КМП, не имеющему права проведения фармакотерапии (при отсутствии в медицинской организации указанных специалистов самостоятельно проводит пациентам этой группы углубленное профилактическое консультирование и школы здоровья)
- 4) оказывает врачу (фельдшеру) КМП, не имеющему права на фармакотерапию, консультативную помощь по фармакокоррекции факторов риска ХНИЗ и принимает участие в проведении школ для пациентов.

В повседневном режиме вне задач диспансеризации врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики, не имеющий права на проведение фармакотерапии при работе с пациентами, выполняет следующие функции:

1) проводит углубленное профилактическое консультирование и коррекцию факторов риска ХНИЗ у пациентов, не нуждающихся в применении лекарственных средств для коррекции ФР;

при показаниях направляет пациентов к врачу-специалисту, в т.ч к врачу-психотерапевту или психологу для консультации и специальных методов коррекции ФР;

2) организует и проводит с участием психотерапевта (психолога), участкового врача, а в необходимых случаях и других врачей-специалистов, школы здоровья для пациентов;

3) направляет пациентов, нуждающихся в назначении лекарственных средств для коррекции ФР, к врачу (фельдшеру) КМП, имеющему право проведения фармакотерапии, или к участковому врачу и оказывает им помощь в проведении динамического наблюдения за указанными пациентами.