

Проведение медицинских осмотров и диспансеризация.

1. Понятие профилактики. Группы здоровья по результатам профилактического медицинского осмотра

Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на устранение факторов риска и предупреждение развития неблагоприятных процессов

Примордиальная профилактика – направлена на недопущение факторов риска развития заболеваний, связанных с образом жизни, неблагоприятными условиями жизнедеятельности окружающей и промышленной среды

Первичная профилактика – мероприятия, направленные на выявление факторов риска у здоровых людей и предупреждение развития заболеваний и патологических состояний.

Направление воздействия первичной профилактики – нормализация условий окружающей среды, повышение иммунитета (вакцинация, программы оздоровления), гигиеническое и санитарное просвещение

Вторичная профилактика - комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление заболеваний, предупреждение обострений, осложнений и хронизации патологического процесса, а также инвалидизации и смертности

Направление воздействия вторичной профилактики – раннее начало и эффективное лечение заболевания и устранение факторов риска

Третичная профилактика – реабилитация – это комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, создание условия для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов

Направление воздействия третичной профилактики - лечение заболевания, устранение факторов риска, реабилитационные мероприятия

Специфические профилактические мероприятия – например вакцинация это может быть против гриппа, вирусного гепатита и др

Неспецифические профилактические мероприятия – охрана окружающей среды

Классификация в зависимости от уровня проведения: индивидуальная, групповая, популяционная

ФЗ № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», где определен **профилактический медицинский осмотр** с целью раннего выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедикаментозного потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения **групп здоровья** и выработки рекомендаций для пациентов.

Для определения по **результатам профилактического медицинского осмотра** или диспансеризации группы здоровья гражданина и группы диспансерного наблюдения используются следующие критерии:

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

II группа здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, а также граждане, у которых выявлено ожирение и (или) гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) лица, курящие более 20 сигарет в день, и (или) лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потреблением наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Граждане со II группой здоровья с высоким или очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, за исключением пациентов с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом. Гражданам со II группой здоровья при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции выявленных факторов риска;

IIIа группа здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании;

IIIб группа здоровья - граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

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



По результатам дополнительного обследования группа здоровья гражданина может быть изменена. При наличии у пациента хронических неинфекционных заболеваний и одновременно других заболеваний (состояний), требующих диспансерного наблюдения, его включают в IIIа группу здоровья.

2. Задачи фельдшера при проведении профилактических мероприятий

В профилактические мероприятия входят 2 раздела: диспансеризация (комплекс мероприятий, который включает в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований. Его цель — оценить состояние здоровья, выявить заболевания на ранней стадии и предупредить риски их развития); санитарно-просветительная работа, основной задачей которой является повышение санитарно-гигиенического уровня населения.

Фельдшер фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта является ответственным за проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации населения фельдшерского участка в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по проведению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. N 252н "Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты"

Основными задачами фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации являются:

1) привлечение населения, прикрепленного к фельдшерскому участку, к прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, информирование 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) инструктаж граждан, прибывших на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию, о порядке их прохождения и последовательности проведения обследования;

3) выполнение приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации;

4) опроса (анкетирования) граждан и подготовки заключения по его результатам, а также установления факта наличия дополнительных жалоб на состояние здоровья, не выявленных при опросе (анкетировании) (далее - анкетирование);

5) расчета на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела;

6) измерения артериального давления на периферических артериях;

7) определения уровня общего холестерина и глюкозы в крови;

8) электрокардиографии в покое;

9) измерения внутриглазного давления;

10) осмотра фельдшером (акушеркой) и (или) взятия мазка с шейки матки в рамках проведения скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний,

11) определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев;

12) 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 хронической болезни почек;

13) приема (осмотра) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотра на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающего осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов;

14) проведения краткого индивидуального профилактического консультирования в рамках первого этапа диспансеризации;

15) 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 минут от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи;

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

17) формирование комплекта документов, заполнение карты учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации) по форме,

18) информирование граждан о возможности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)"

3. Определение и виды медицинских осмотров

Согласно статьи 46 Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 04.08.2026) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Видами медицинских осмотров являются:

1) профилактический медицинский осмотр, проводимый 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;

2) предварительный медицинский осмотр, проводимый при поступлении на работу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, а также при приеме на обучение.

3) периодический медицинский осмотр, проводимый с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового процесса на состояние здоровья работников в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ;

4) предсменные, предрейсовые медицинские осмотры, проводимые перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения;

4.1) медицинские осмотры в течение рабочего дня (смены), проводимые в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;

5) послесменные, послерейсовые медицинские осмотры, проводимые по окончании рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;

6) иные установленные законодательством Российской Федерации виды медицинских осмотров.

4. Мероприятия первого этапа диспансеризации

Диспансеризация — это комплекс мероприятий, который включает в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований. Его цель — оценить состояние здоровья, выявить заболевания на ранней стадии и предупредить риски их развития.

Диспансеризация проводится:

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.

Целевые группы для проведения профилактического осмотра взрослого населения (в возрасте от 18 лет и старше) находящиеся на медицинском обслуживании в медицинской организации где получают первичную медико-санитарную помощь подразделяются:

- работающие.
- неработающие
- обучающиеся в образовательных организациях очно.

Годом прохождения диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

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

При отсутствии в населенном пункте, в котором проживает гражданин старше 65 лет, медицинской организации, в которой могут быть проведены профилактический медицинский осмотр или диспансеризация, может осуществляться перевозка гражданина в медицинскую организацию в рамках мер социальной поддержки, предусмотренных в субъекте Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 6 октября 1999 г. № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации».

Необходимым предварительным условием проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации является дача информированного добровольного согласия гражданина.

Объем медицинских мероприятий первого этапа ДВН

Объем медицинских мероприятий первого этапа ДВН	Периодичность	ФАП	ОМП/ КМП	Врач- терапевт
1. Анкетирование	От 18 до 39 лет – 1 раз в 3 года 40 лет и старше – 1 раз в год	Самостоятельно	Самостоятельно	Участковая м/с
2. Антропометрия (измерение роста, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела	От 18 до 39 лет – 1 раз в 3 года 40 лет и старше – 1 раз в год	Самостоятельно	Самостоятельно	Участковая м/с
3. Измерение артериального давления на периферических артериях	От 18 до 39 лет – 1 раз в 3 года 40 лет и старше – 1 раз в год	Самостоятельно	Самостоятельно	Самостоятельно
4. Определение уровня общего холестерина в крови (допускается экспресс-метод)	От 18 до 39 лет – 1 раз в 3 года 40 лет и старше – 1 раз в год	Самостоятельно	Самостоятельно	Самостоятельно
5. Определение уровня глюкозы в крови натощак (допускается экспресс-метод)	От 18 до 39 лет – 1 раз в 3 года 40 лет и старше – 1 раз в год	Самостоятельно	Самостоятельно	Самостоятельно
6. Определение относительного сердечно-сосудистого риска	1 раз в 3 года (для граждан в возрасте От 18 до 39 лет)	Самостоятельно	Самостоятельно	Самостоятельно
7. Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска	1 раз в год (для граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно, не имеющих заболеваний, связанных с	Самостоятельно	Самостоятельно	Самостоятельно

	атеросклерозом, сахарного диабета второго типа и хронических болезней почек)			
8. Электрокардиография (в покое)	При первом прохождении диспансеризации в возрасте 35 лет и старше – 1 раз в год	Самостоятельно	Самостоятельно	Направление
9. Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом – акушером-гинекологом. Мазок с шейки матки на цитологическое исследование (окрашивание по Папаниколау)	1 раз в год (для женщин в возрасте От 18 до 64 лет включительно)	Самостоятельно	Самостоятельно	Направление
10. Измерение внутриглазного давления	При первом прохождении диспансеризации в возрасте 40 лет и старше – 1 раз в год	Самостоятельно	Самостоятельно	Направление
11. Флюорография легких	1 раз в 2 года	Направление	Направление	Направление
12. Маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм	(для женщин) 1 раз в 2 года (для женщин в возрасте От 40 до 75 лет)	Направление	Направление	Направление
13. Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом.	1 раз в 2 года (От 40 до 64 лет включительно) 1 раз в год (От 65 до 75 лет включительно)	Самостоятельно	Самостоятельно	Направление
14. Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ	1 раз в год (в возрасте 40 лет и старше)	Направление	Направление	Направление

15. Определение ПСА (простатспецифического антигена) в крови	Для мужчин в возрасте 45, 50, 55, 60, 64 лет	Направление	Направление	Направление
16. ЭГДС (эзофагогастродуоденоскопия)	В возрасте 45 лет	Направление	Направление	Направление
17. Краткое индивидуальное профилактическое консультирование	Всем 1 раз в 3 года	Самостоятельно	Самостоятельно	Самостоятельно
18. Прием врача терапевта: определение группы здоровья, диспансерного наблюдения, краткое профилактическое консультирование	1 раз в 3 года (в возрасте От 18 до 39 лет) 1 раз в год (в возрасте 40 лет и старше)	Направление	Направление	Самостоятельно

5. Мероприятия второго этапа диспансеризации

С целью дополнительного обследования и уточнения диагноза:

1. Осмотр (консультация) врачом-неврологом – для мужчин и женщин от 65 лет и старше в случаях первичного выявления нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрения на депрессию.

2. Дуплексное сканирование брахицефальных артерий (для мужчин от 45 до 72 лет и для женщин от 54 до 72 лет):

- при наличии факторов риска (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, избыточная масса тела или ожирение);

- по назначению невролога для граждан в возрасте 65–90 лет при подозрении на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения.

3. Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом;

- для мужчин 45, 50, 55, 60 и 64 лет при повышении уровня ПСА (простат-специфического антигена) в крови более 4 нг/мл.

4. Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии:

- для мужчин и женщин в возрасте от 40 до 75 лет при положительном анализе кала на скрытую кровь, по показаниям.

5. Колоноскопия – по назначению хирурга или колопроктолога для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования толстого кишечника.

6. Эзофагогастродуоденоскопия – по назначению врача-терапевта в случае подозрения на злокачественные новообразования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

7. Рентгенография легких, компьютерная томография легких – по назначению врача-терапевта в случае подозрения на злокачественные новообразования легкого.

8. Спирометрия для мужчин и женщин с подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание, курящих граждан – по направлению врача-терапевта.

9. Осмотр (консультация) 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 (консультация) врачом-оториноларингологом:

- для мужчин и женщин от 65 лет и старше при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или приема (осмотра) врача-терапевта.

11. Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом:

- для мужчин и женщин от 40 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление;
- для мужчин и женщин от 65 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся коррекции очками.

12. Проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования:

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

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

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

- 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 курения более 20 сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя и (или) риске немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

13. Прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершении исследований второго этапа диспансеризации.

6. Диспансерное наблюдение за пациентами

Диспансерное наблюдение — это периодическое обследование состояния здоровья пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами или иными состояниями, требующими постоянного контроля. Регламентируется статьей 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

Основным нормативно-правовым документом, регламентирующим организацию диспансерного наблюдения за состоянием здоровья граждан, является Порядок проведения диспансерного наблюдения, утвержденный Приказом Минздрава России от 15 марта 2022 года N 168н.

Контингенты, подлежащие диспансерному наблюдению

Диспансерному наблюдению подлежат граждане, страдающие хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями или имеющие высокий риск их развития и граждане, находящиеся в восстановительном периоде после острых заболеваний (в том числе травм и отравлений).

К таким ХНИЗ, имеющим общие факторы риска, относятся болезни системы кровообращения, обусловленные, прежде всего, атеросклерозом (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания), злокачественные новообразования, болезни органов дыхания (хроническая обструктивная болезнь легких, хронический бронхит, бронхиальная астма) и сахарный диабет.

Основная цель и задачи диспансерного наблюдения

Для лиц, имеющих доказанные хронические неинфекционные заболевания, основное предназначение диспансерного наблюдения заключается в достижении заданных значений параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования, а также коррекции факторов риска развития данных заболеваний с целью предотвращения прогрессии патологического процесса и развития обострений, снижения числа госпитализаций и осложнений, повышения качества и увеличения продолжительности жизни.

Для лиц, не имеющих доказанных ХНИЗ, но имеющих высокий риск их развития, основное предназначение диспансерного наблюдения заключается в контроле факторов риска этих заболеваний путем достижения заданных значений параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования, в том числе с помощью медикаментозных средств, с целью предотвращения прогрессии патологического процесса и развития внезапных осложнений, повышения качества и увеличения продолжительности жизни.

Диспансерное наблюдение осуществляют следующие медицинские работники медицинской организации, где гражданин получает первичную медико-санитарную помощь:

1. врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач));
2. врачи-специалисты (по профилю заболевания гражданина);
3. врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики;
4. врач (фельдшер) центра здоровья;
5. фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения.

Врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики осуществляет диспансерное наблюдение не только за гражданами, отнесенными по результатам диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) ко II группе состояния здоровья, и имеющими высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск, но также за гражданами, отнесенными к III группе здоровья. В отношении граждан, отнесенных к III группе здоровья, то есть имеющих ХНИЗ, врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики осуществляет диспансерное наблюдение только в части касающейся контроля за факторами риска и, главным образом, коррекции этих факторов риска.

7. Понятие о скрининге

Скрининг – обследование людей, не имеющих симптомов заболевания для его раннего выявления и лечения.

Это стратегия в организации здравоохранения, направленная на выявление заболеваний у клинически бессимптомных лиц в популяции.

Основные принципы скрининга, согласно ВОЗ:

1. Заболевание должно представлять важную медицинскую проблему
2. Должно существовать лечение заболевания
3. Возможности диагностики и лечения заболевания должны быть доступны
4. Заболевание должно иметь скрытый период
5. Для заболевания должен существовать метод исследования
6. Метод исследования должен быть приемлем для использования в популяции
7. Необходимо адекватно понимать естественное течение болезни
8. Должна существовать согласованная политика в необходимости лечения
9. Экономические расходы на выявление случаев заболевания должны быть сбалансированы с общим объемом расходов
10. Скрининг должен осуществляться непрерывно, а не «раз и навсегда»

Всем вышеперечисленным критериям соответствует программа диспансеризации определенных групп взрослого населения. Ее первый этап направлен на скрининг хронических неинфекционных заболеваний – сердечно-сосудистых, бронхолегочных, сахарного диабета и рака.

Простым языком, скрининг – это процесс сортировки. Его можно представить, как сито, предназначенное для отделения (выявления) людей, которые возможно имеют заболевание, от тех, кто, предположительно, его не имеет. Результат скрининг-теста – это не диагноз! Он указывает лишь на вероятность риска наличия искомого заболевания (или его отсутствие). И если такой риск выявлен человек направляется на дополнительные обследования, чтобы уточнить диагноз.

Скрининг – это предположительная идентификация невыявленной болезни или дефекта путем использования тестов, анализов или других процедур, которые можно применить быстро. Скрининг-тесты позволяют выделить внешне здоровых лиц, которые предположительно страдают от тех или иных болезней, среди тех, которые предположительно этих болезней не имеют. Скрининг-тесты не претендуют на диагностическое значение. Лица с положительными или подозрительными результатами должны направляться к врачам для установления диагноза и необходимого лечения.

Скрининг и ранняя диагностика – различные понятия. Скрининг предлагает тестирование людей, у которых нет никаких симптомов заболевания (они считают себя здоровыми), а ранняя диагностика

предназначена для максимально раннего выявления патологических состояний у пациентов, у которых уже есть жалобы и симптомы.

ЭФФЕКТИВНЫЙ СКРИНИНГ



Вид и периодичность скрининга зависит от возраста человека, его пола, личной истории заболеваний, наследственной предрасположенности. Перечень и календарь обследований подбирается с учетом риска развития заболеваний, которые планируется выявлять.

8. Виды скрининговых обследований

Виды скрининговых обследований для предотвращения заболеваний подразделяются на:

Массовый скрининг — охватывает большие группы, позволяет отследить распространение заболеваний в обществе и определить, какие группы населения наиболее уязвимы.

Скрининг высокого риска — фокусируется на узкой группе с высоким риском развития заболевания (из-за генетической предрасположенности, образа жизни, факторов окружающей среды или производства и т. п.).

Комплексный (многофазный) скрининг — применение нескольких методик обследования (например, диспансеризация).

По охвату населения скрининговые обследования делятся на:

Популяционный — широкомасштабный процесс, в ходе которого пройти скрининг приглашают значительные группы населения. Например, скрининг на туберкулёз с помощью флюорографии.

Выборочный — осуществляется в определённых популяционных группах населения.

Целевой — проводится в отдельных группах высокого риска развития определённого заболевания в составе популяции. Например, скрининг на туберкулёз, ВИЧ или гепатит среди лиц с высоким риском развития этих инфекций.

По методике проведения:

С использованием *одного метода* на выявление одного заболевания. Например, маммография для скрининга на рак молочной железы, измерение АД для выявления артериальной гипертензии.

Множественный — применение двух или более скрининг-тестов для выявления одного или нескольких заболеваний. Пример — диспансеризация населения в России.

Проведение скрининговых обследований для предотвращения заболеваний поднимает несколько *этических вопросов*. Некоторые из них:

Информированное согласие — важно убедиться, что пациенты полностью понимают, на что они соглашаются.

Конфиденциальность — личная информация должна быть защищена.

Справедливость доступа к скринингу — у всех должен быть равный доступ к обследованию.

9. Диспансерное наблюдение хирургических больных

Диспансерный приём (диспансерное наблюдение) — это периодическое обследование пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами или иными состояниями.

Диспансерное наблюдение устанавливается в течение 3-х рабочих дней после: 1) установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях; 2) получения выписного

эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Содержание диспансерного приема

Диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом (фельдшером) включает:

1. оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
2. назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
3. установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
4. проведение краткого профилактического консультирования;
5. назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление гражданина в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента).

Фельдшеру ФАП необходимо знать то, что результаты лечения больных с *острыми хирургическими заболеваниями*, в том числе с болезнями органов брюшной полости, зависят, в конечном итоге, от двух основных причин (наиболее важных на догоспитальном этапе). Это ранняя обращаемость больных за медицинской помощью к фельдшеру. Здесь ведущими являются санитарно-просветительная работа и качественно проведенная диспансеризация. Это полностью зависит от медицинских знаний фельдшера, его способностей к клиническому мышлению, клинической интуиции.

Необходимо помнить, что любой остро возникший процесс может привести к самым серьезным осложнениям, вплоть до летального исхода. Поэтому при малейших подозрениях, неясностях всегда нужно проконсультировать больного у врача, а при подозрении на острое хирургическое заболевание необходима экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

Необходимо помнить, что любой остро возникший процесс может привести к самым серьезным осложнениям, вплоть до летального исхода. Поэтому при малейших подозрениях, неясностях всегда нужно проконсультировать больного у врача, а при подозрении на острое хирургическое заболевание необходима экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

Организация амбулаторного приема хирургических больных (ФАП)

Часы приема больным должны назначаться в наиболее удобное для населения время с обязательным учетом сезонности работ. В графике работы ФАП указываются даты приезда участкового врача-терапевта и специалистов-кураторов. Эти даты должны быть согласованы заранее. Ко дню приезда хирурга фельдшер должен вызвать всех хирургических, травматологических, урологических больных, находящихся в данное время на лечении в ФАП.

Диспансеризация хирургических больных — это система мероприятий, направленных на систематическое наблюдение за состоянием здоровья пациентов с заболеваниями хирургического профиля, а также после перенесённых операций и травм.

Диспансеризацию хирургических больных проводит фельдшер ФАП под руководством своего хирурга-куратора.

Два вида диспансеризации:

- диспансеризация больных, страдающих определенными хроническими заболеваниями;
- диспансеризация отдельных контингентов здоровых.

Основным документом при диспансеризации является «Карта амбулаторного больного» (форма № 25), которая заполняется хирургом и хранится на ФАП.

Периодичность диспансерных приёмов зависит от заболевания, которым страдает пациент. В среднем необходимо обращаться к специалистам 2–3 раза в год. В большинстве случаев пациент находится под диспансерным наблюдением пожизненно.

Наименование медицинской организации _____

Адрес: _____

Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация

Форма № 025/у

Утверждена приказом Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. № 834н

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____

- Дата заполнения медицинской карты: число _____ месяц _____ год _____
- Фамилия, имя, отчество _____
- Пол: муж. – 1, жен. – 2. _____
- Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
- Место регистрации: субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____ населенный пункт _____ улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
- Местность: городская – 1, сельская – 2. _____
- Полис ОМС: серия _____ № _____
- СНИЛС _____

- Наименование страховой медицинской организации _____
- Код категории льготы _____
- Документ _____ серия _____ № _____
- Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение: _____

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

Кроме того, на каждого пациента, прошедшего диспансерный осмотр, заводится «Учетно-контрольная карта диспансерного наблюдения» (форма № 30). Обычно контрольные карты хранятся в кабинетах врачей по специальности (хирург, травматолог, уролог, онколог).

Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация

Учетная форма № 030/у

Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА

ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № _____

- Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: _____ Код по МКБ-10 _____
- Дата заполнения карты: число _____ месяц _____ год _____
- Специальность врача _____
- Ф.И.О. врача _____
- Дата установления диагноза _____
- Диагноз установлен: впервые – 1, повторно – 2. _____
- Заболевание выявлено при: обращении за лечением – 1, профилактическом осмотре – 2. _____
- Дата начала диспансерного наблюдения _____
- Дата прекращения диспансерного наблюдения _____
- Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление – 1, выбытие из района обслуживания – 2, смерть – 3. _____
- Фамилия, имя, отчество пациента _____
- Пол: муж. – 1, жен. – 2. _____
- Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
- Место регистрации: субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____ населенный пункт _____ улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
- Код категории льготы _____
- Контроль посещений: _____

Даты посещений

Назначено явиться							
Явился(лась)							

оборотная сторона ф. № 030/у

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

17. Сведения об изменении диагноза			
Дата	Формулировка диагноза	Код по МКБ-10	Ф.И.О. врача

18. Сопутствующие заболевания _____

19. Лечебно-профилактические мероприятия					
№ п/п	Мероприятия	Дата начала	Дата окончания	Отметка о выполнении	Ф.И.О. врача

10. Диспансерные группы хирургических больных

Диспансеризация хирургических больных проводится по трем группам:

- пациенты, перенесшие острые заболевания (холецистэктомия, резекция желудка, устранение кишечной непроходимости),
- пациенты, страдающие хроническими заболеваниями (варикозное расширение вен, хронические облитерирующие заболевания артерий),
- пациенты, страдающие врожденными заболеваниями (пороки сердца, сосудов, опорно-двигательного аппарата).

При выявлении каких-либо хронических заболеваний, требующих оперативного, планового лечения, составляется план направления этих больных в стационар. Фельдшер контролирует сроки направления этих пациентов.

Диспансерному наблюдению и плановому оздоровлению подлежат больные с приобретенными и врожденными наружными грыжами живота, хроническими облитерирующими заболеваниями артерий

нижних конечностей, вен конечностей, хроническим остеомиелитом, осложненными формами язвенной болезни желудка и/или 12-перстной кишки, желчнокаменной болезнью, доброкачественными опухолями молочных желез (узловые формы мастопатий), спаечной болезнью брюшной полости и после операций на органах брюшной полости.

Выбор патологий для этих групп больных обусловлен частыми осложнениями, нередко фатальными, при этих нозологиях. К примеру, заболевания периферических вен чреваты тромбоэмболическими осложнениями, наиболее опасное из них — тромбоэмболия легочных артерий или их ветвей. Наружные грыжи живота опасны возможностью ущемления с вытекающими отсюда последствиями в виде перитонита и гибели больного. Такая же картина возможна и при желчнокаменной болезни. Возможность перехода в злокачественное заболевание локальных узлов — фиброаденом молочной железы — общеизвестный факт. Неизбежный финал облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей — гангрена и ампутация, которая в значительной мере снижает качество жизни больного. Хронический остеомиелит костей может привести к амилоидному перерождению внутренних органов. Исходя из вышеизложенного, целью диспансерного наблюдения и оздоровления является профилактика фатальных осложнений.

Критерии формирования групп диспансерного наблюдения и кратность наблюдения в них

Группа учета	Критерии взятия	Кратность наблюдения
1-я	Жалоб нет. Наличие перенесенных заболеваний (заболевания) со стойкой ремиссией. Данные лабораторных и инструментальных исследований не отклонены от нормы	1 раз в год
2-я	Жалоб нет. Данные лабораторных и инструментальных исследований не отклонены от нормы. Есть указание на перенесенные значимые заболевания	1 раз в год
3-я	Острое заболевание или обострения хронического процесса, при котором функции пораженного органа в стадии компенсации	2 раза в год
4-я	То же самое, однако функции пораженного органа в стадии субкомпенсации	4 раза в год
5-я	То же самое, но функции пораженного органа в стадии декомпенсации	По необходимости

Диспансерное наблюдение должно быть активным, во время посещения больных определяется не только их общее состояние, но и проводятся необходимые лабораторные и инструментальные исследования для объективной оценки динамики болезни, характеристики степени нарушения функций пораженного органа и, конечно, коррекции противорецидивного лечения.