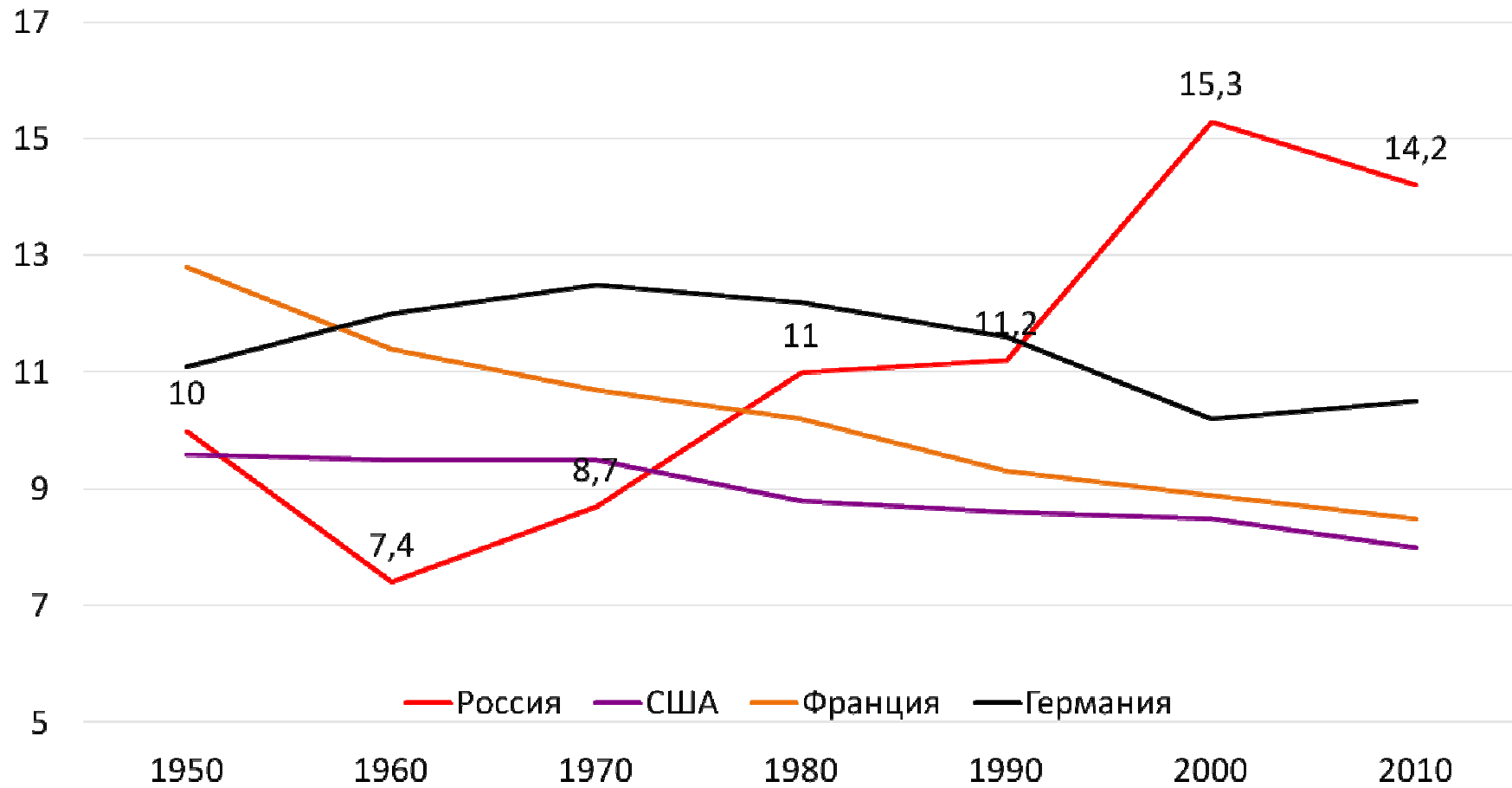


Региональная модель профилактики НИЗ и формирования ЗОЖ в субъектах РФ

Бойцов С.А.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва

Смертность населения в России, США, Франции и Германии

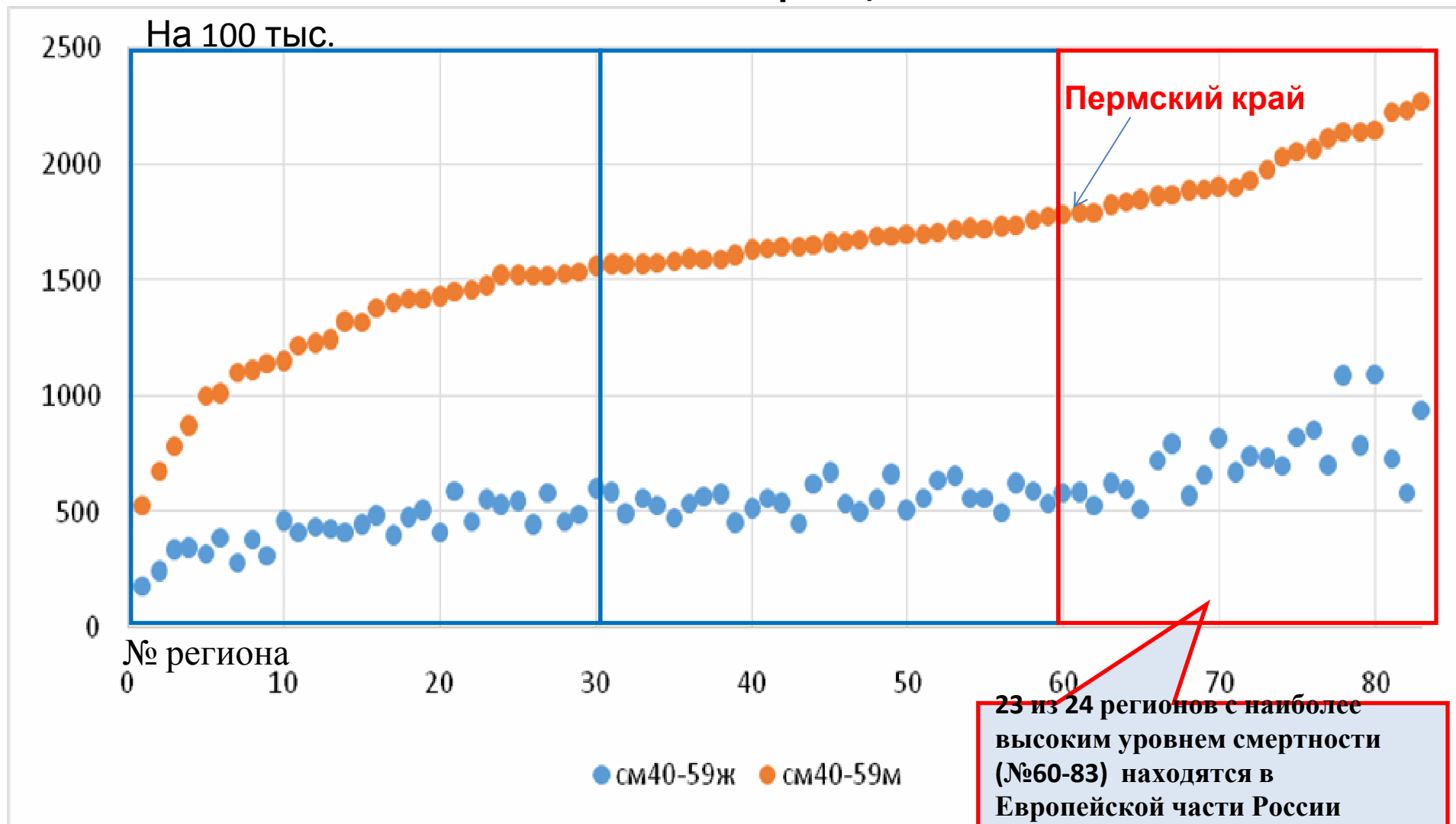


Изменения рейтинга регионов РФ по уровню смертности в результате стандартизации по возрасту

| | Нестандартизованная смертность на 100 тыс. | Смертность на 100 тыс. (стандартизация по Москве) |
|---------------------------|--|---|
| г.Москва | 10 | 2 |
| г.Санкт-Петербург | 23 | 4 |
| Воронежская область | 65 | 16 |
| Ростовская область | 47 | 18 |
| Пензенская область | 59 | 20 |
| Тамбовская область | 72 | 22 |
| Ульяновская область | 53 | 21 |
| | | |
| Калининградская область | 31 | 28 |
| Оренбургская область | 49 | 51 |
| | | |
| Ханты-Мансийский АО | 5 | 12 |
| Тюменская область | 6 | 19 |
| Ямало-Ненецкий авт. округ | 2 | 32 |
| Мурманская область | 15 | 44 |
| Красноярский край | 28 | 59 |
| Чеченская Республика | 3 | 35 |
| Пермский край | 52 | 61 |

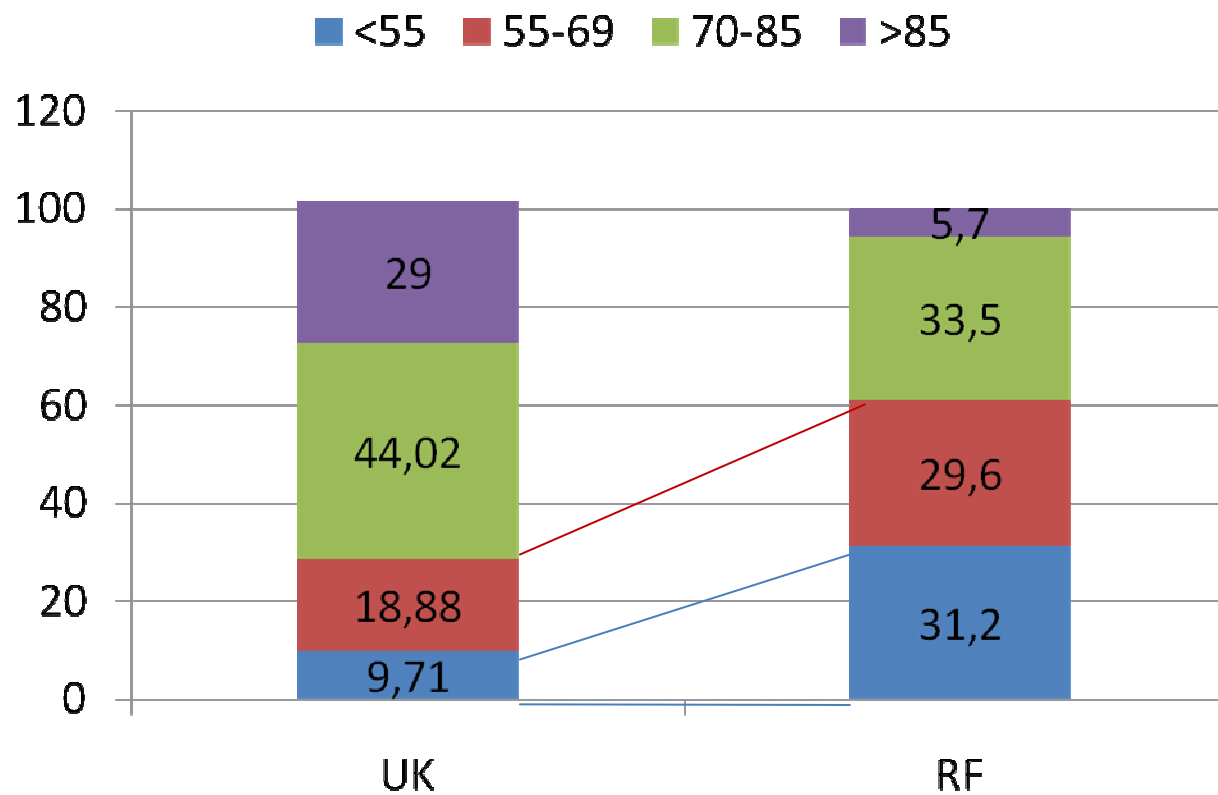
Смертность мужчин и женщин 40-59 лет в 83 регионах РФ, 2012 г.

(регионы перечислены в порядке возрастания смертности по оси абсцисс слева направо)



23 из 24 регионов с наиболее высоким уровнем смертности (№60-83) находятся в Европейской части России севернее Москвы, в Сибири и на Дальнем Востоке

Смертность мужчин в РФ и ВБ в различных возрастных группах

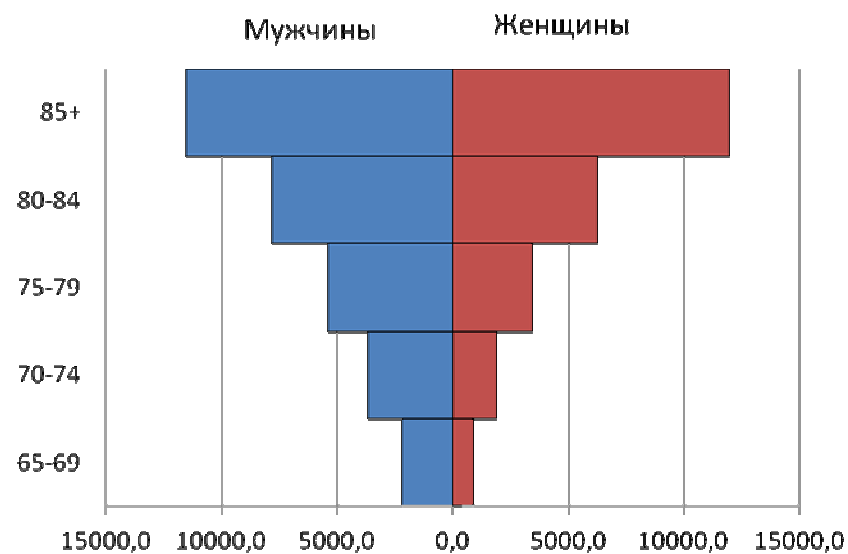
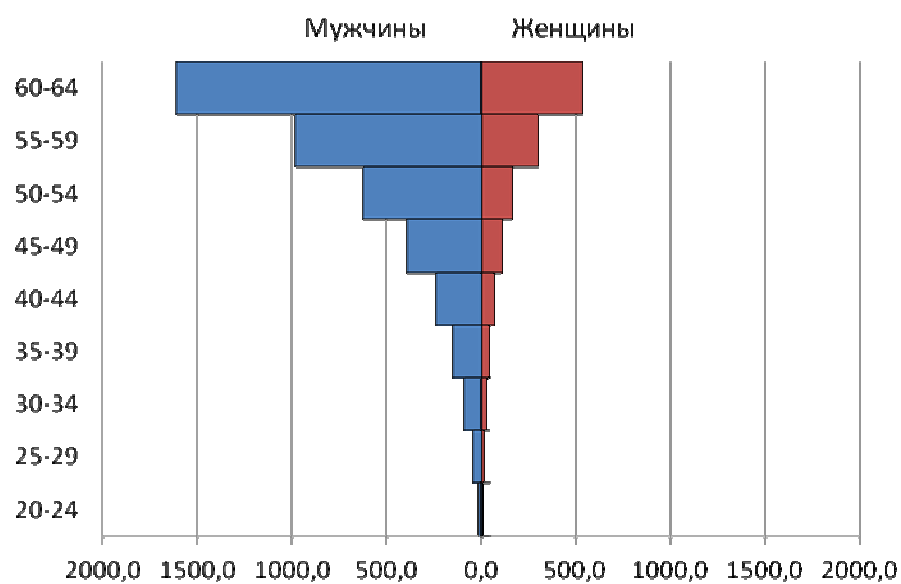


Смертность от БСК среди взрослого населения РФ за 2013 год в зависимости от возраста

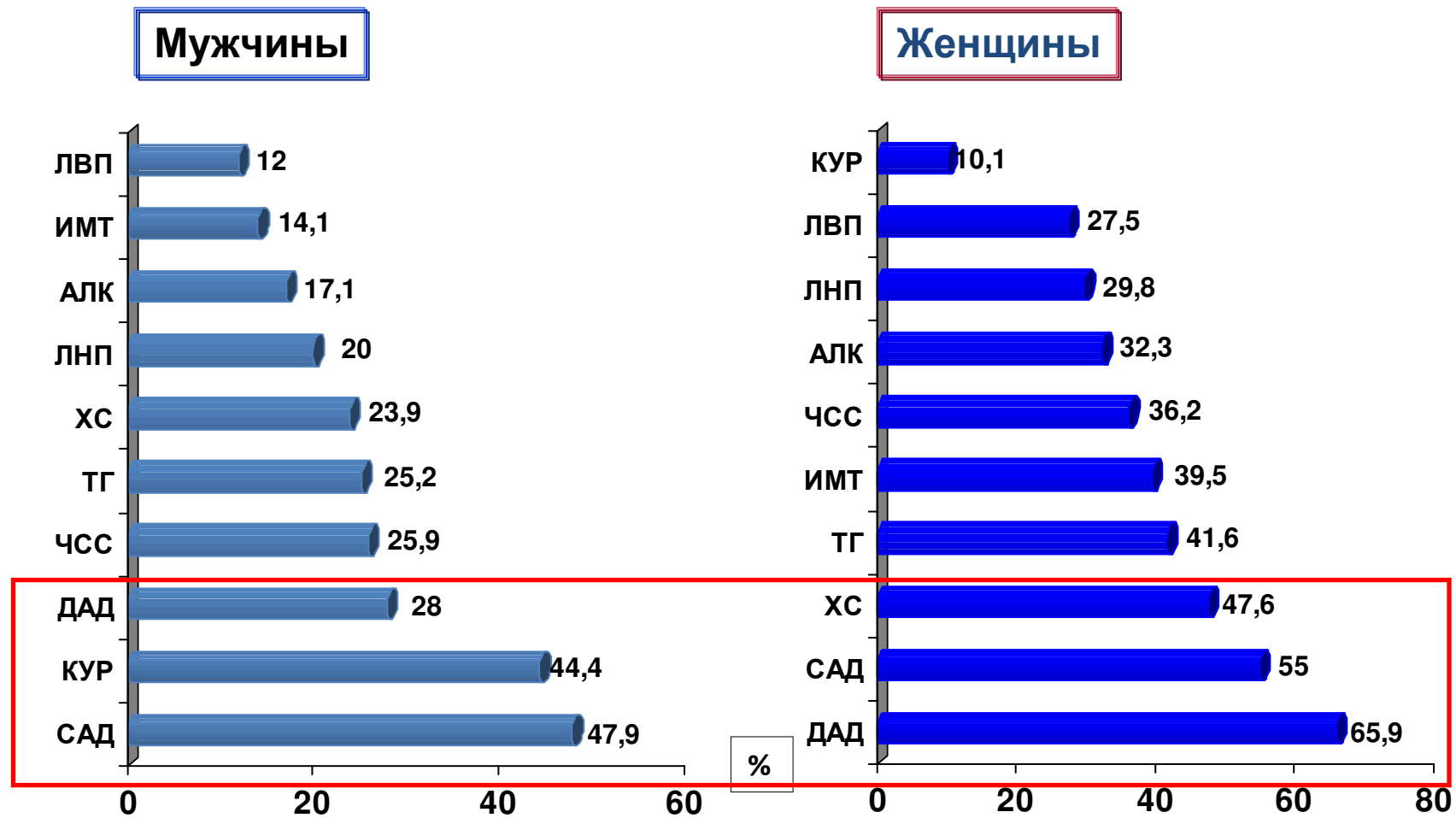
(на 100 000)

25-64

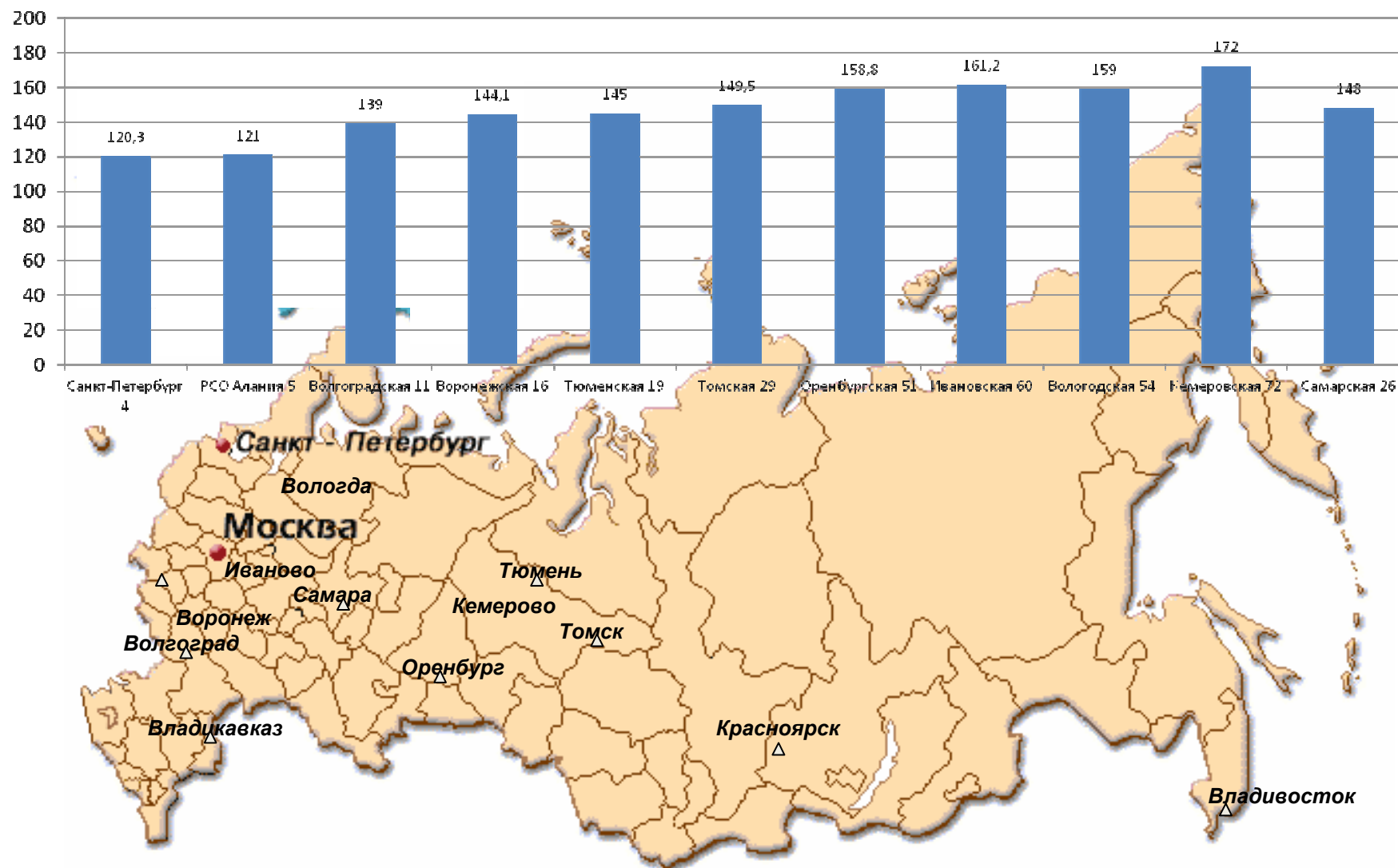
старше 64



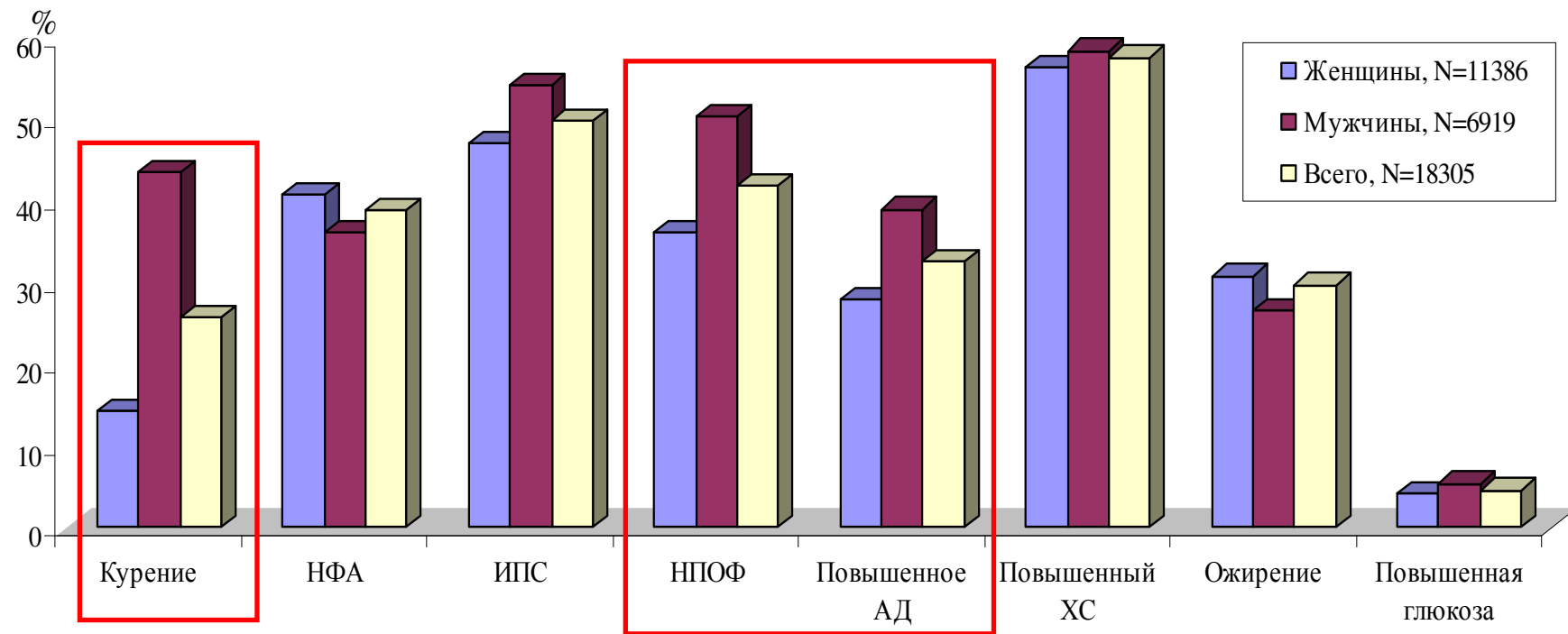
Вклад факторов риска в смертность от ССЗ в течение 10 лет в российской популяции мужчин и женщин



стандартизованный по Москве уровень смертности (на 10 000) в регионах-участниках исследования ЭССЕ-РФ

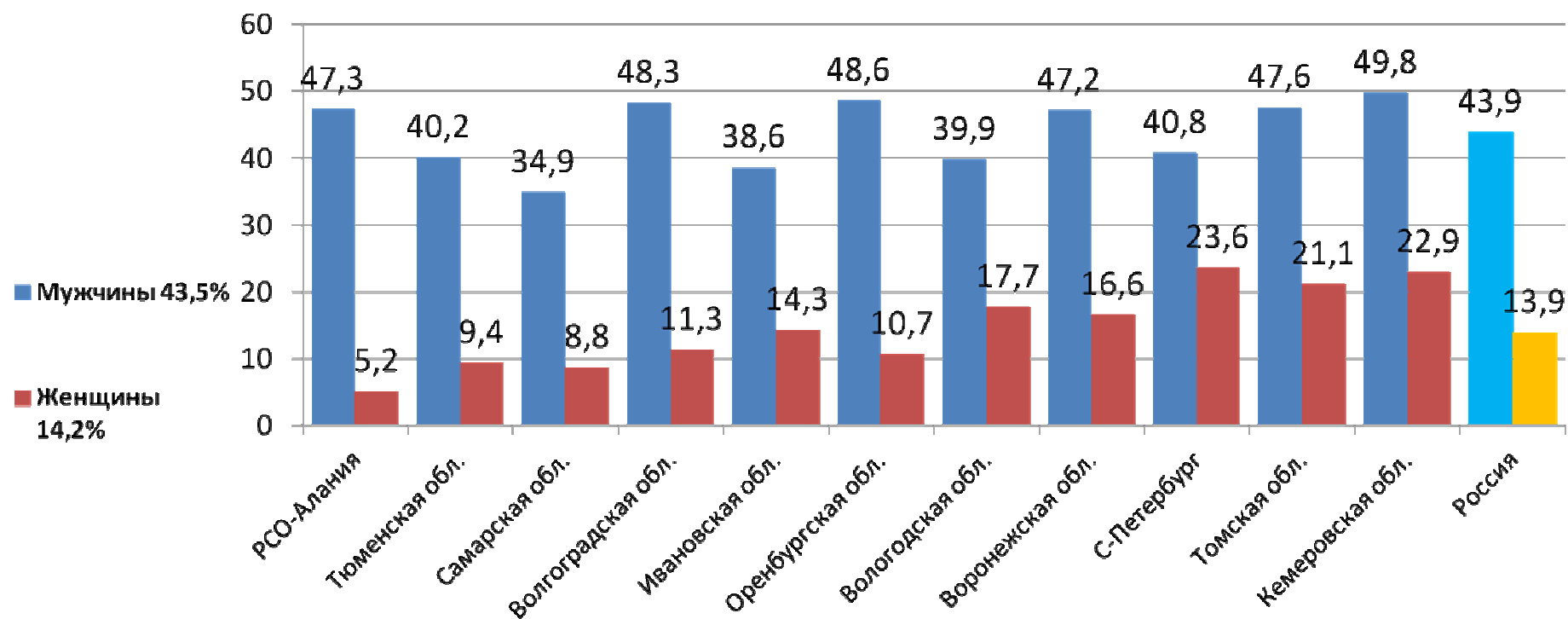


Распространенность индикаторов сердечно-сосудистого здоровья в зависимости от пола в регионах-участниках исследования ЭССЕ-РФ



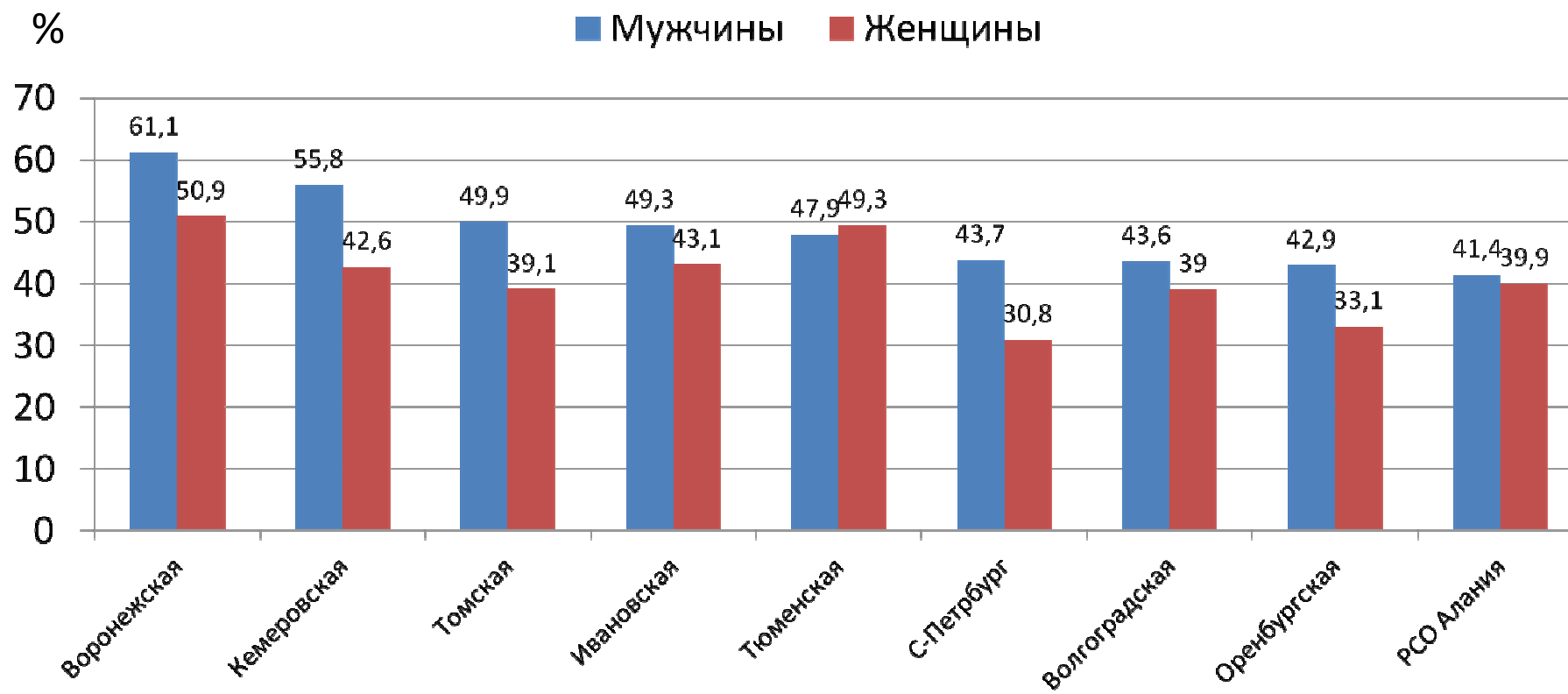
АД – артериальное давление;
ХС – общий холестерин;
НФА – низкая физическая активность;
ИПС – избыточное потребление соли;
НПОФ – недостаточное потребление овощей и фруктов

Распространенность курения (ЭССЕ-РФ)

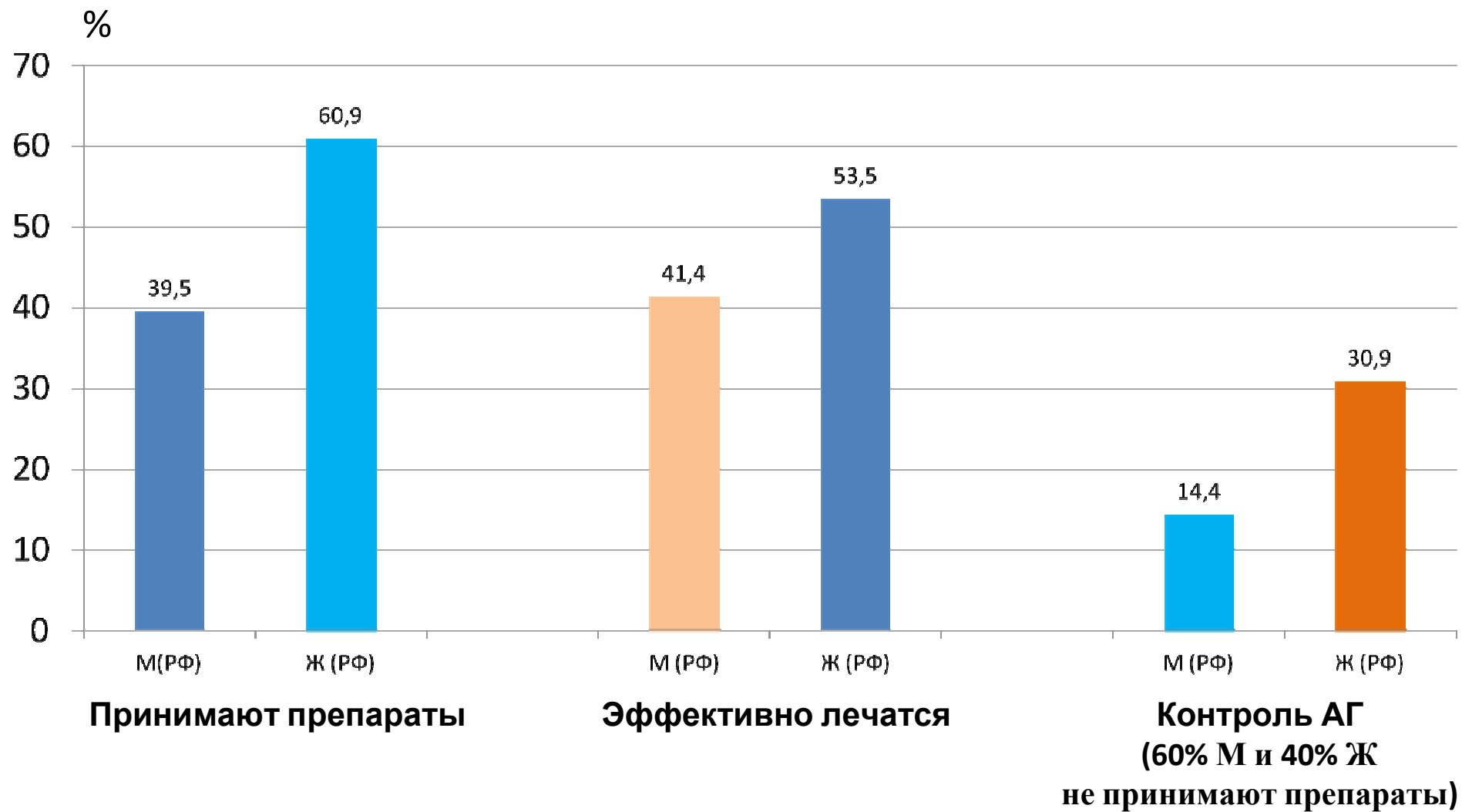


Распространенность артериальной гипертонии в регионах-участниках исследования ЭССЕ-РФ

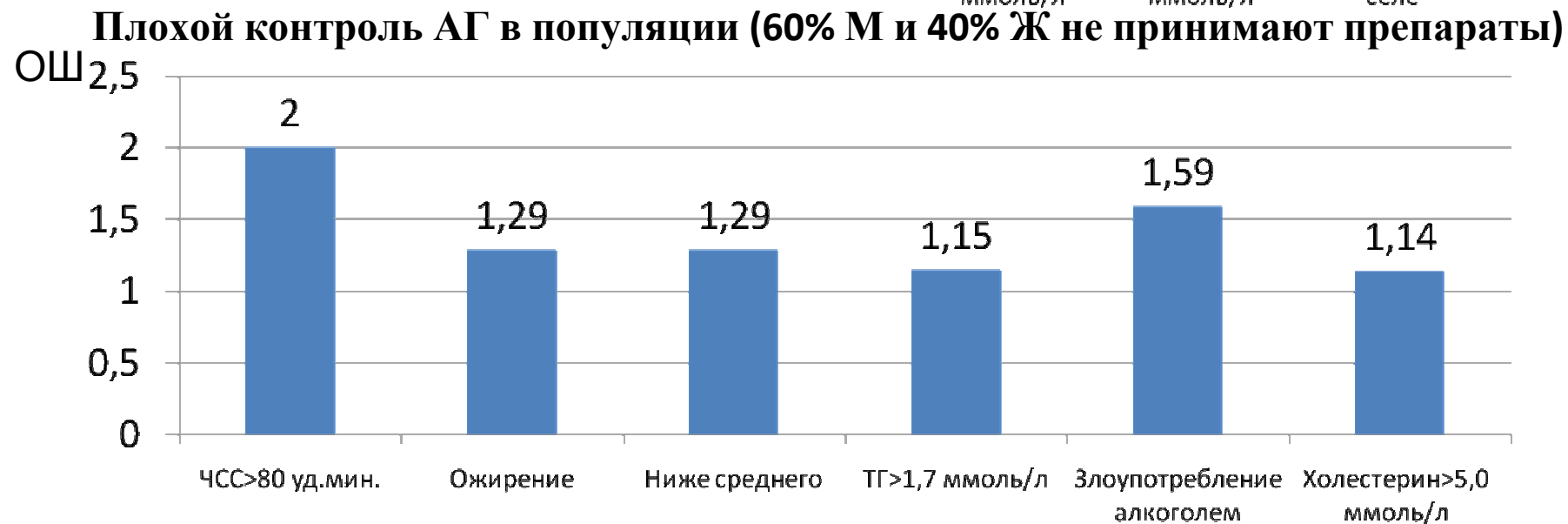
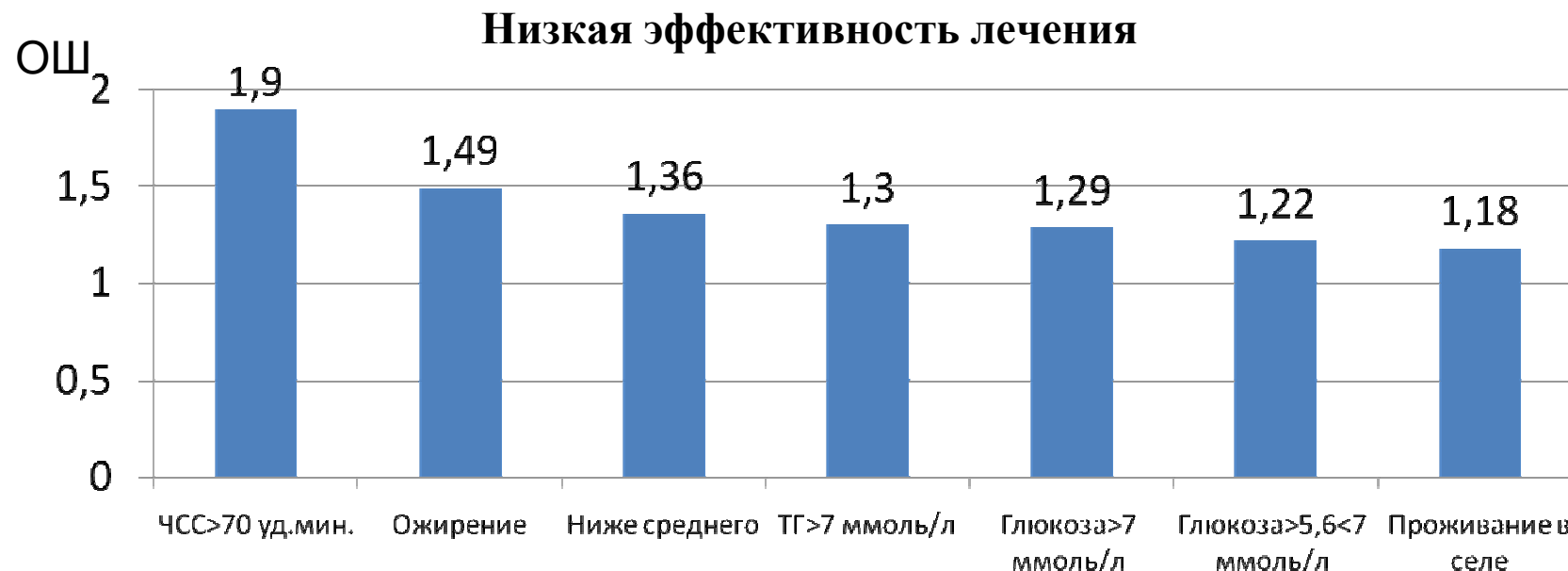
Мужчины 45,4%, женщины 41,6%, все 43,5%



Осведомленность и лечение артериальной гипертензии в РФ (ЭССЕ-РФ)



Факторы, определяющие низкую эффективность лечения больных АГ и контроля АГ в РФ ($p < 0,05$)

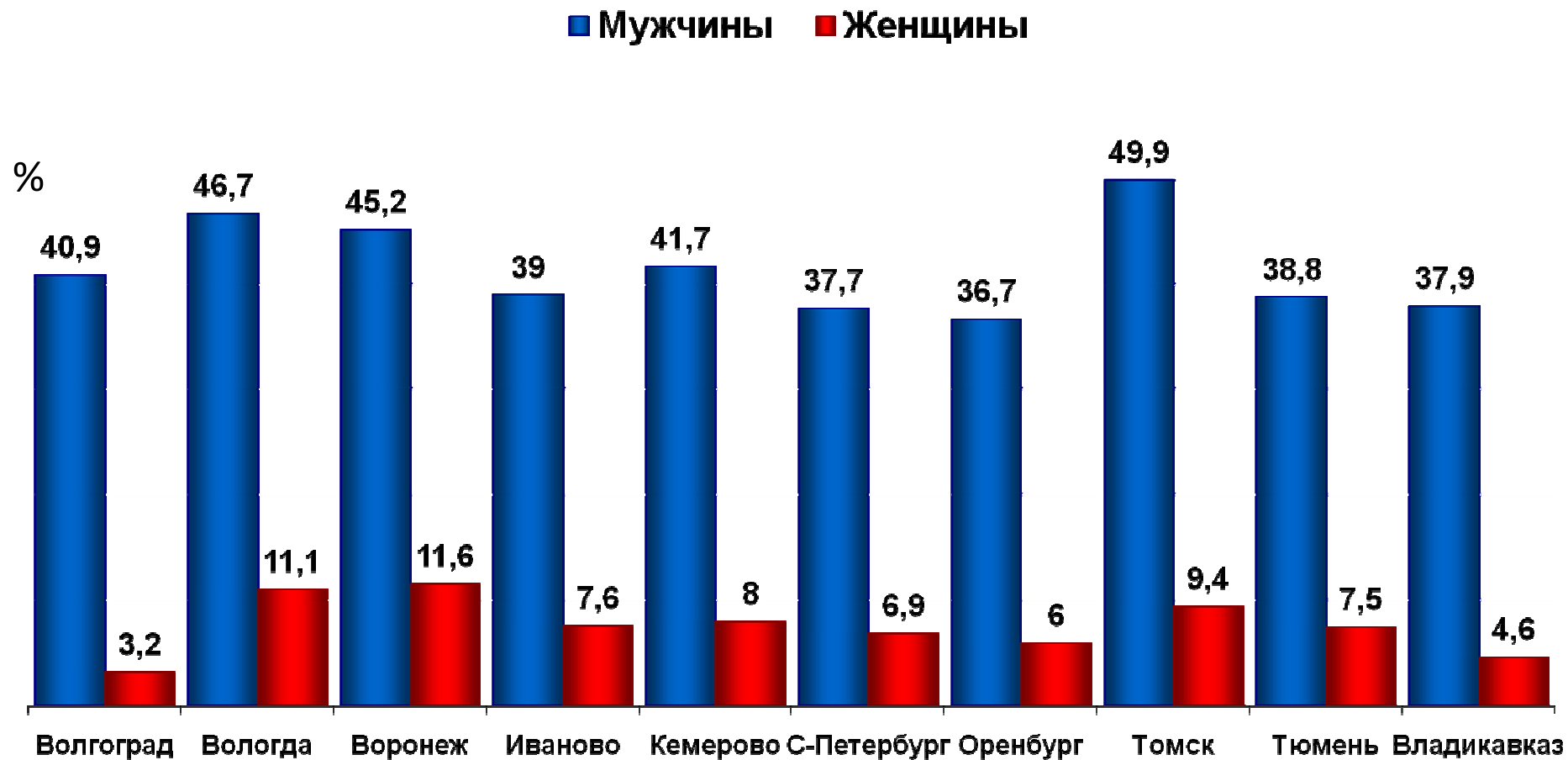


Распространенность ОХ>5 ммоль/л в регионах-участниках исследования ЭССЕ-РФ

Всего мужчины 58,4%, женщины 56,3%, Все 57,6%



Частота высокого риска (SCORE>5%) у лиц без ССЗ в регионах участниках исследования (%)

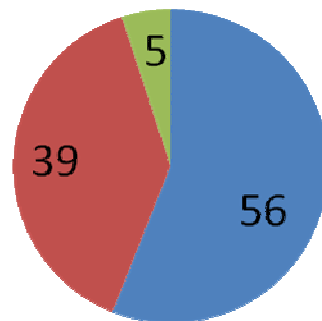


Корреляции между социально-экономическими показателями и показателями общей смертности в регионах РФ

| Социально-экономические показатели | Коэффициент корреляции Пирсона | P |
|---|--------------------------------|---------|
| Продажа водки, ликеро-водочных изделий и коньяка на душу трудоспособного и старше населения, л. на чел. | 0,568* | <0,0001 |
| Доля населения с доходами ниже прожиточного минимума, % | 0,265* | 0,016 |
| Плотность автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием, км дорог на 1000 кв км территории | -0,483** | <0,0001 |
| Плотность железнодорожных путей общего пользования, км путей на 10000 кв. км территории | -0,273* | 0,012 |
| Уровень освоенности территории, доля площади населенных пунктов в общей площади территории, % | -0,332** | 0,002 |
| Объем ВРП на душу населения, тыс. руб. на человека | -0,226* | 0,04 |

Одновременная реализация трех стратегий – залог успеха снижения смертности от НИЗ

Снижение смертности от ИБС на 20-80% за 10-20 лет (опыт 15 стран):



- снижение распространения ФР
- лечебные меры
- неопределенные факторы

Популяционная стратегия (формирование ЗОЖ)

- 30-40% вклад в снижение смертности
- %-->0 в прямых затратах на здравоохранение
- Эффект через 5-10 лет

Стратегия высокого риска (скрининг)

- 20-30% вклад в снижение смертности
- 1,3% от всех прямых затрат на здравоохранение или 3% от ФФОМС
- Эффект через 3-4 года

Лечение, вторичная профилактика

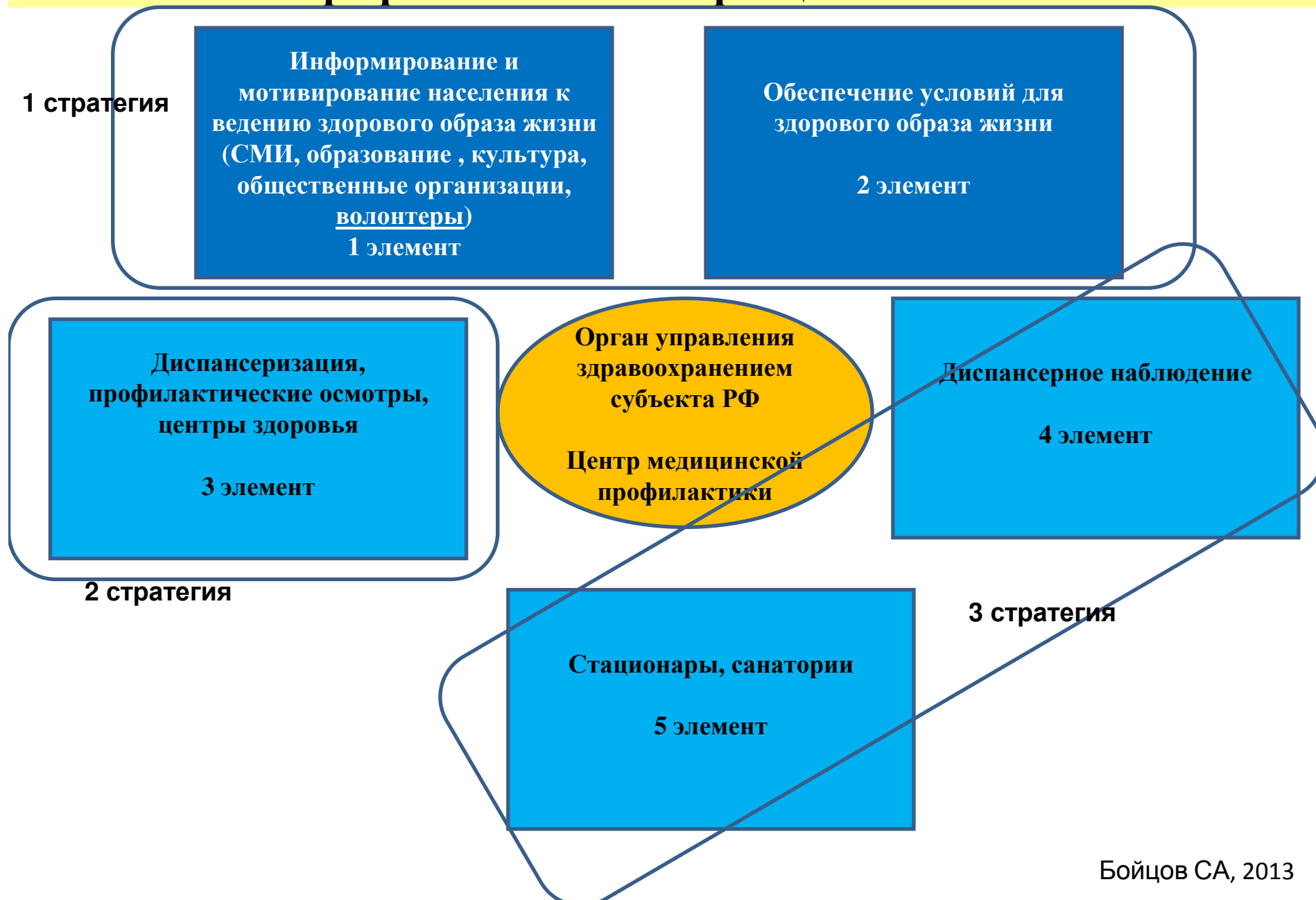
- 40% вклад в снижение смертности
- 98,7% от всех прямых затрат на здравоохранение
- Эффект через 3-4 года

из них на диспансерное наблюдение

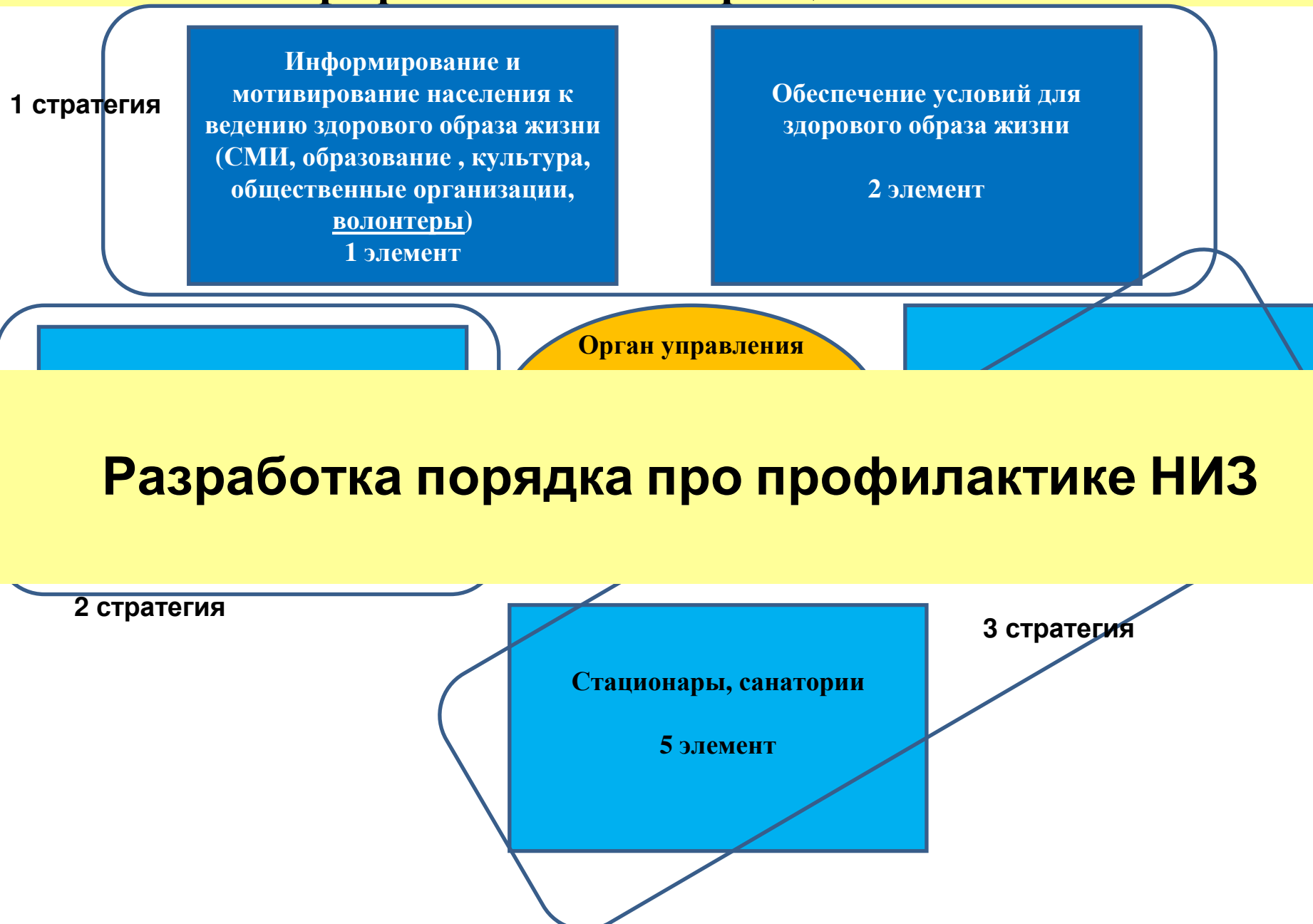
1,5%

Бойцов СА, 2013

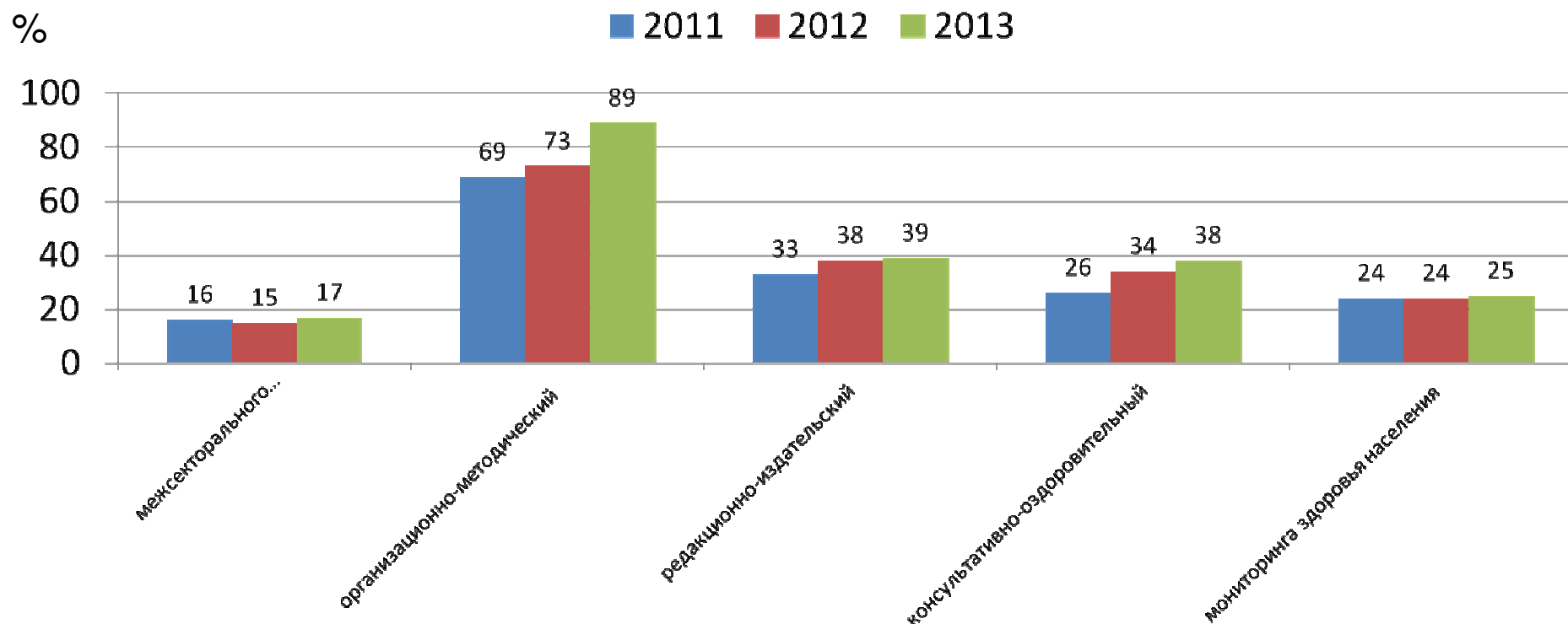
Основные пять элементов формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний



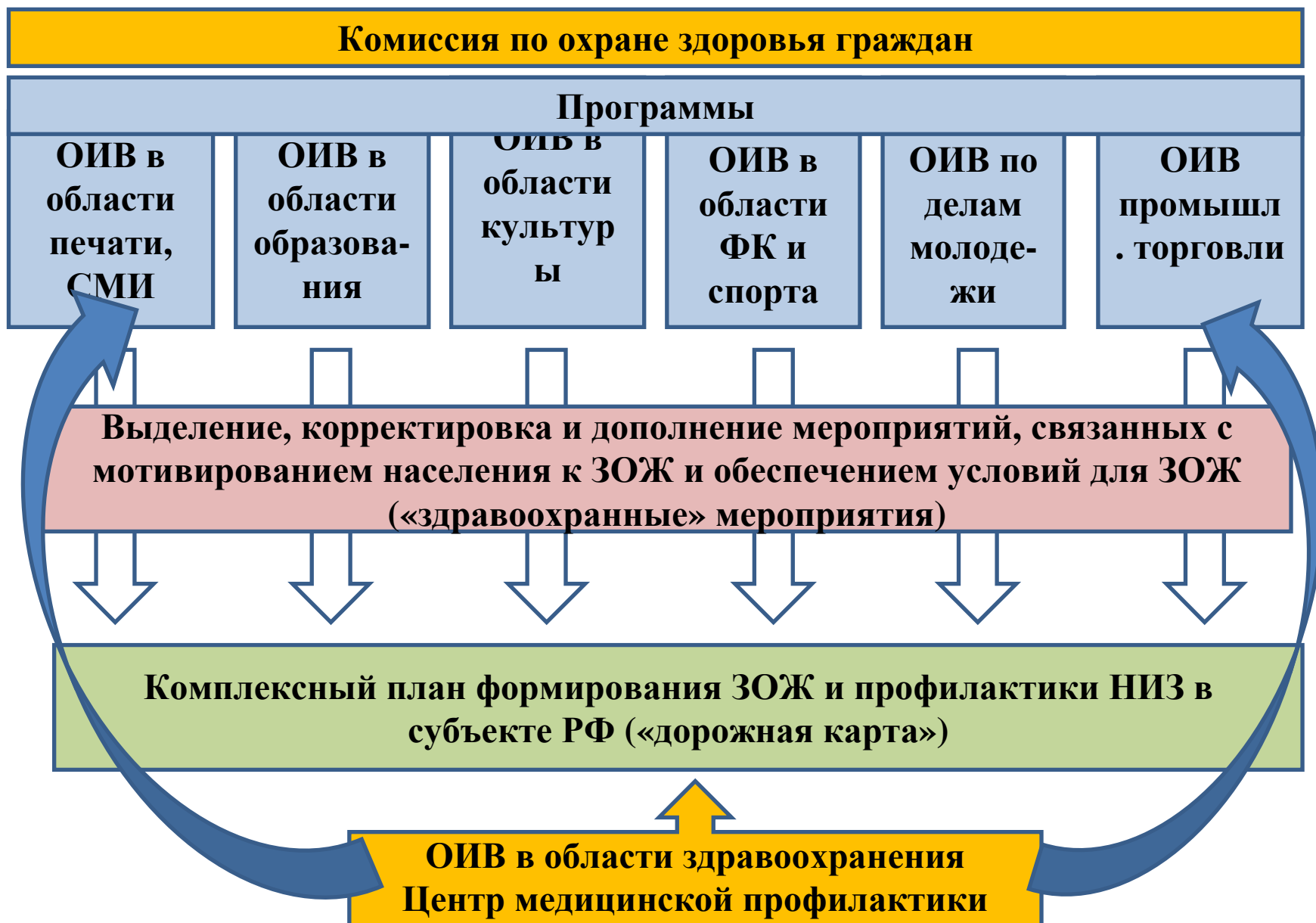
Основные пять элементов формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний



Структурные подразделения 77 центров медицинской профилактики с подчинением субъекту РФ и 65 центров с муниципальным уровнем подчинения (всего 142)



Как обеспечить межведомственное взаимодействие (первый и второй элементы модели)



Группы критериев «Комплексного плана формирования ЗОЖ и профилактики НИЗ в субъекте РФ», реализуемого на основе межведомственного взаимодействия

Рождаемость, смертность и заболеваемость среди населения субъекта РФ

Распространенность факторов риска НИЗ среди населения субъекта РФ

Информирование населения о факторах риска НИЗ и мотивирование к ведению здорового образа жизни

Обеспечение условий для здорового питания

Обеспечение условий для достаточной физической активности

Обеспечение социально-бытовых условий, условий труда, доступности образования и культуры

Обеспечение благоприятной экологической обстановки

Деятельность РОИВ в области здравоохранения субъекта РФ в вопросах профилактики НИЗ и формирования ЗОЖ

Дорожная карта

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Председателя

Правительства Российской Федерации

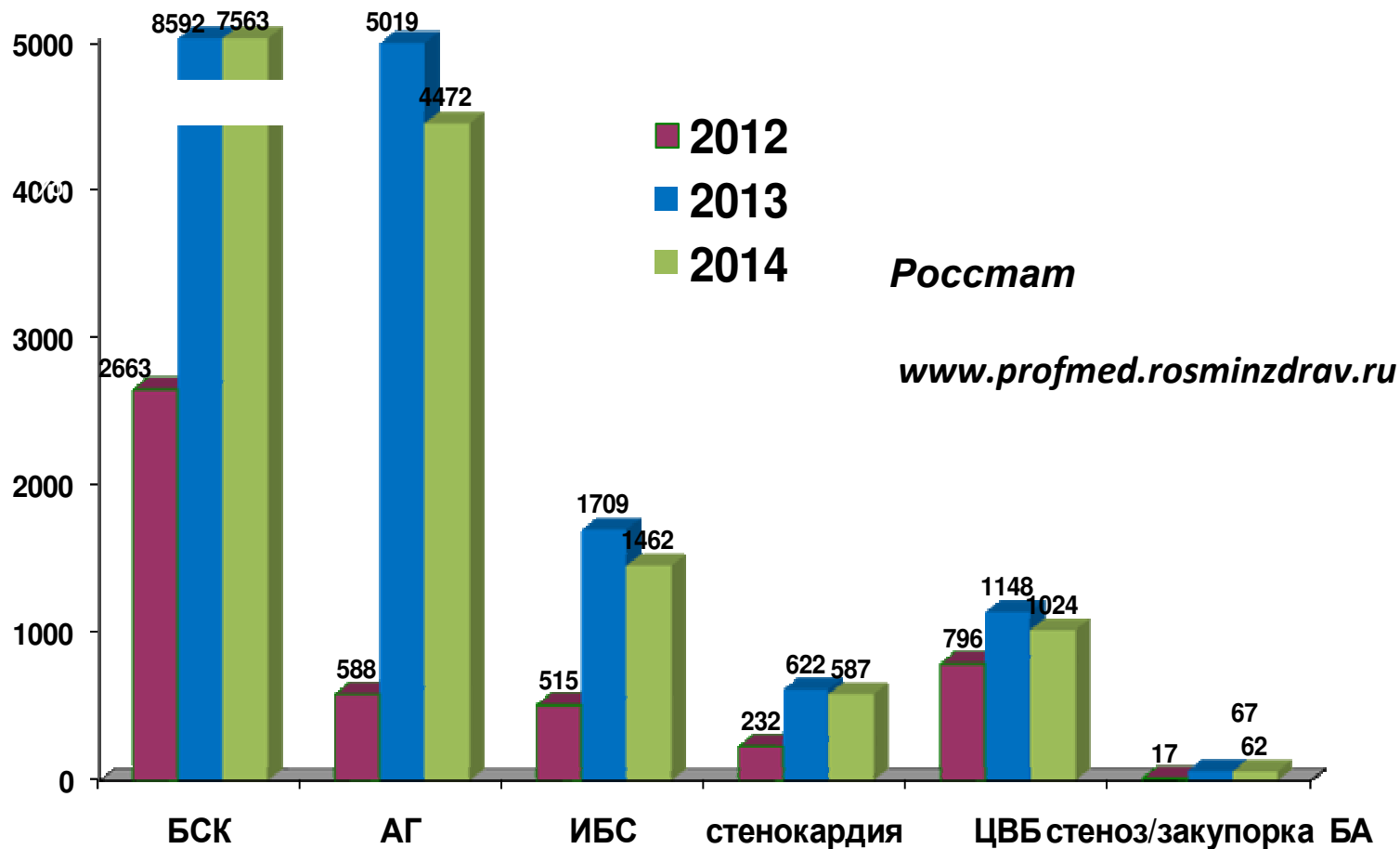
_____ О. Ю. Голодец

«----»----- 2014 г.

П Л А Н

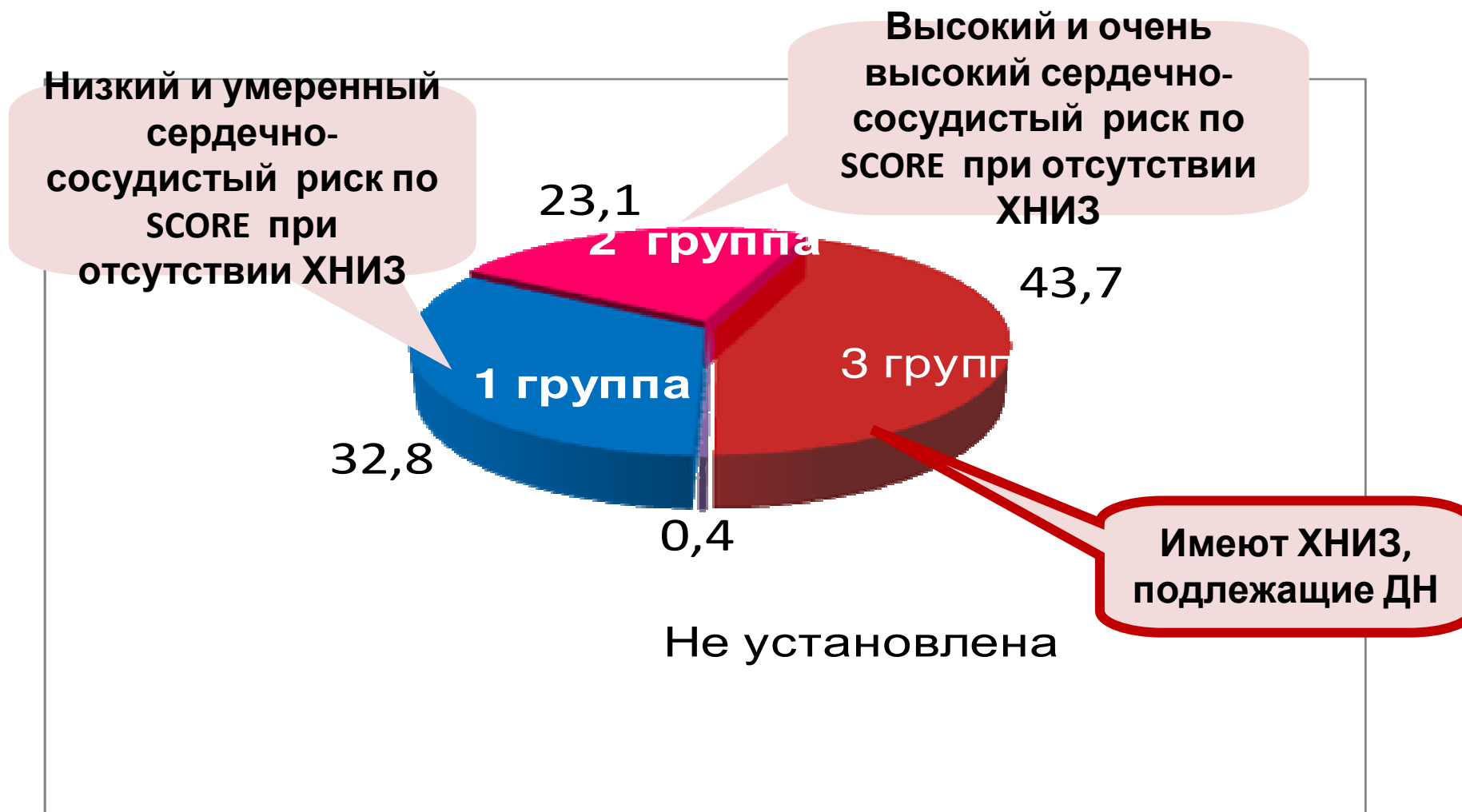
межведомственных мероприятий («дорожной карты»), направленных на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации и создание условий для ведения здорового образа жизни

Впервые выявленные БСК в рамках текущей деятельности участкового врача и диспансеризации 2013 и 1-ой половины 2014 года (на 100 тыс.)



Сколько людей подлежат диспансерному наблюдению в масштабах страны?

2013 год (20,5 млн.чел.)



Отделения и кабинеты медицинской профилактики поликлиник

1. Организация диспансеризации
2. Проведение углубленного профилактического консультирования
3. Диспансерное наблюдение граждан со 2 группой здоровья

| АПУ, обслуживающие менее 20 тысяч населения (42%) | | АПУ, обслуживающие более 20 тысяч населения (58%) | |
|---|-----|---|-----|
| ОМП | КМП | ОМП | КМП |
| 3% | 97% | 43% | 57% |

Неполноценное
исполнение
функций

В 42% случаев углубленное профилактическое консультирование проводит участковый терапевт

Основные проблемы качества проведения диспансеризации в 2014 году и пути их решения (третий элемент модели)

Выполнение плана в 2014 году: Пермская область – 68,3% (РФ – 78,9%)

| Недостатки в проведении диспансеризации | Пути устранения недостатков |
|---|--|
| Недостаточная частота выявления патологии на первом этапе | Строгое выполнение Методических рекомендаций по проведению диспансеризации Регулярная поверка и калибровка лабораторного и инструментального оборудования |
| Недостаточная частота направления на второй этап (Пермский край – 19,9%; РФ – 19,5%) | Внутренний и внешний контроль качества Полноценная оплата услуг второго этапа |
| Большой разброс между поликлиниками по частоте выполнения методов второго этапа | Заключение договоров с другими медицинскими организациями, включая частные Полноценная оплата услуг второго этапа |
| Большой разброс между поликлиниками по частоте выявления патологии на втором этапе | Подготовка методических рекомендаций для всех видов исследований под руководством главных специалистов Минздрава России и при участии профессиональных сообществ |
| Недостаточные частота и качество проведения УПК (Пермский край: 60,5% от направленных и 14,5% от необходимого РФ: 88,5% от направленных и 28,5% от необходимого) | Точное исполнение Порядка по диспансеризации и Методических рекомендаций по проведению диспансеризации Полноценная оплата услуги Подключение к работе центров здоровья |

Диспансеризация и диспансерное наблюдение звенья одной цепи

Паспорт участка

Больные АГ – около 700 человек

Больных ИБС - около 230 человек

Больных СД- около 50

Больных ХОБЛ – около 100 человек

Диспансерное наблюдение

Увеличение посещений с профилактической целью

Активный эффективный контроль показателей здоровья в соответствии с рекомендациями

Уменьшение обострений, госпитализаций

Снижение предотвратимой смертности

Формирование ЗОЖ, снижение риска



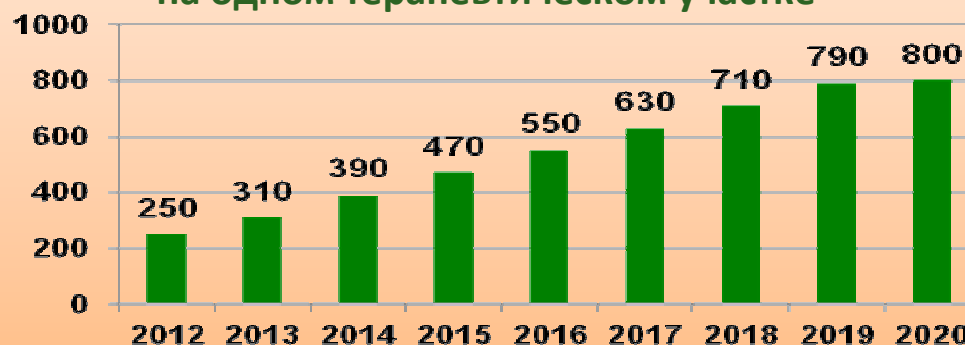
Увеличение группы диспансерного наблюдения



Выявление заболеваний и риска их развития

Диспансеризация

Прогноз численности пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении на одном терапевтическом участке



**Диспансерное наблюдение на терапевтическом участке. какое оно
есть и каким оно должно быть?
(четвертый элемент модели)**

**На конец 2013 года на терапевтическом участке под ДН в
среднем находилось 310 человек (50-1200)**

**На терапевтическом участке под ДН должно находиться около 800
человек**

Больные АГ – около 700 человек
Больных ИБС - около 230 человек
Больных СД- около 50
Больных ХОБЛ – около 100 человек
Больные со злокачественными
новообразованиями должны
находиться под наблюдением онкологов



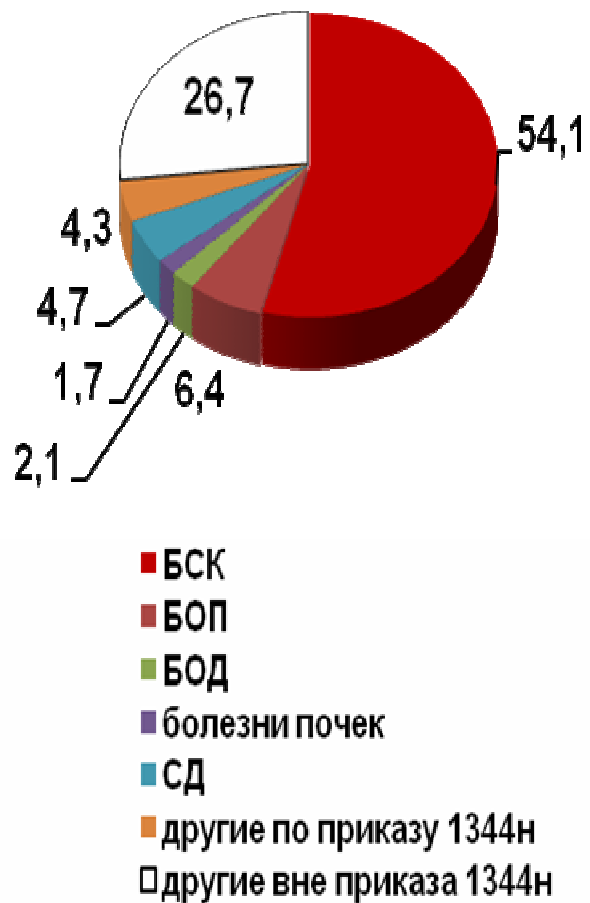
Какие больные ССЗ должны наблюдаться участковым терапевтом

Порядок диспансерного наблюдения (Приказ МЗ от 23.12.2012 №1344н)

| Заболевание (состояние), по поводу которого проводится ДН | Периодичность |
|---|--|
| ХИБС без жизнеугрожающих нарушений ритма, ХСН не более II ФК | 2 раза в год |
| Состояние после перенесенного ИМ по прошествии более 12 месяцев, при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии I- II ФК со стабильным течением, ХСН не более II ФК | 2 раза в год |
| Стенокардия напряжения I-II ФК со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста | 2 - 4 раза в год |
| Стенокардия напряжения I-IV ФК со стабильным течением у лиц пенсионного возраста | 2 - 4 раза в год |
| АГ 1-3 степени у лиц с контролируемым АД | 2 раза в год |
| Легочная гипертензия I-II ФК со стабильным течением | 1 - 2 раза в год |
| Состояние после перенесенного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения ССЗ по прошествии 6 месяцев от даты операции | 2 раза в течение 6 месяцев, далее 1-2 раза в год |
| ХСН I-III ФК, стабильное состояние | 1 - 2 раза в год |
| ФП, ТП, предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и ЖТ на фоне эффективной антиаритмической терапии | 2 раза в год |
| Последствия перенесенных ОНМК со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после острого периода | 1-2 раза каждые 6 месяцев |

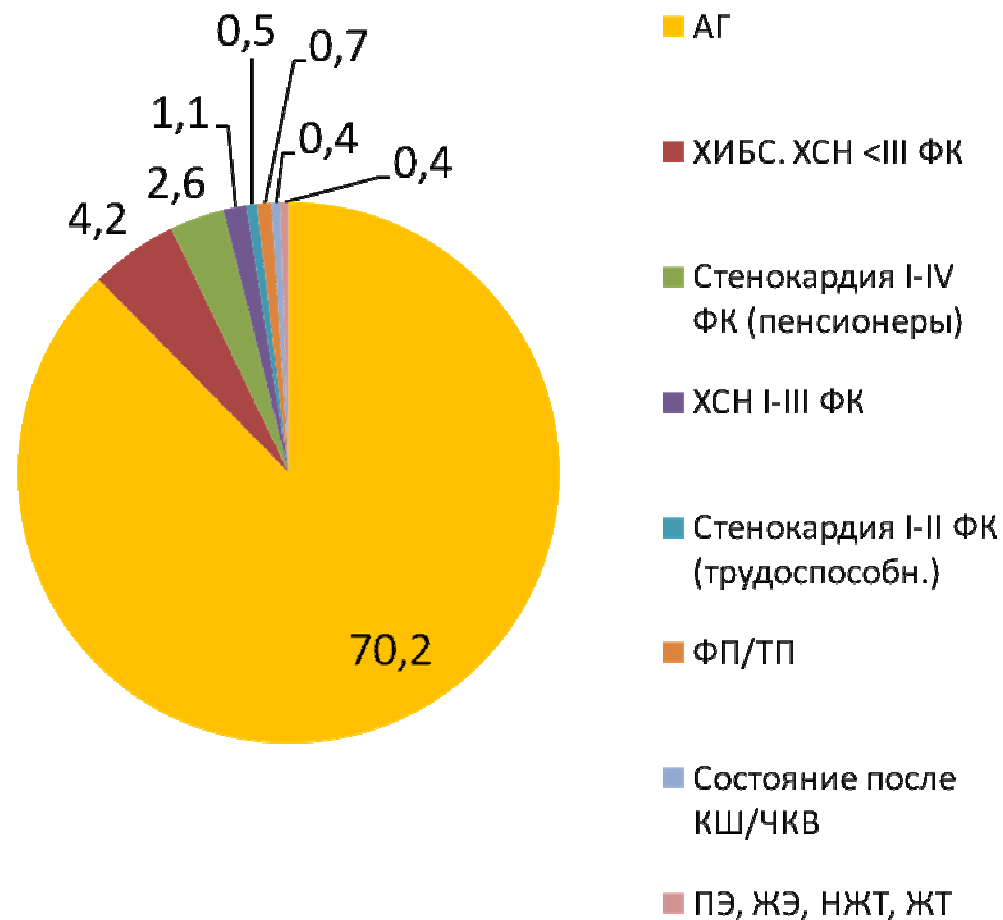
Кто реально находится под наблюдением участкового терапевта

Доля и структура диагнозов больных под ДН



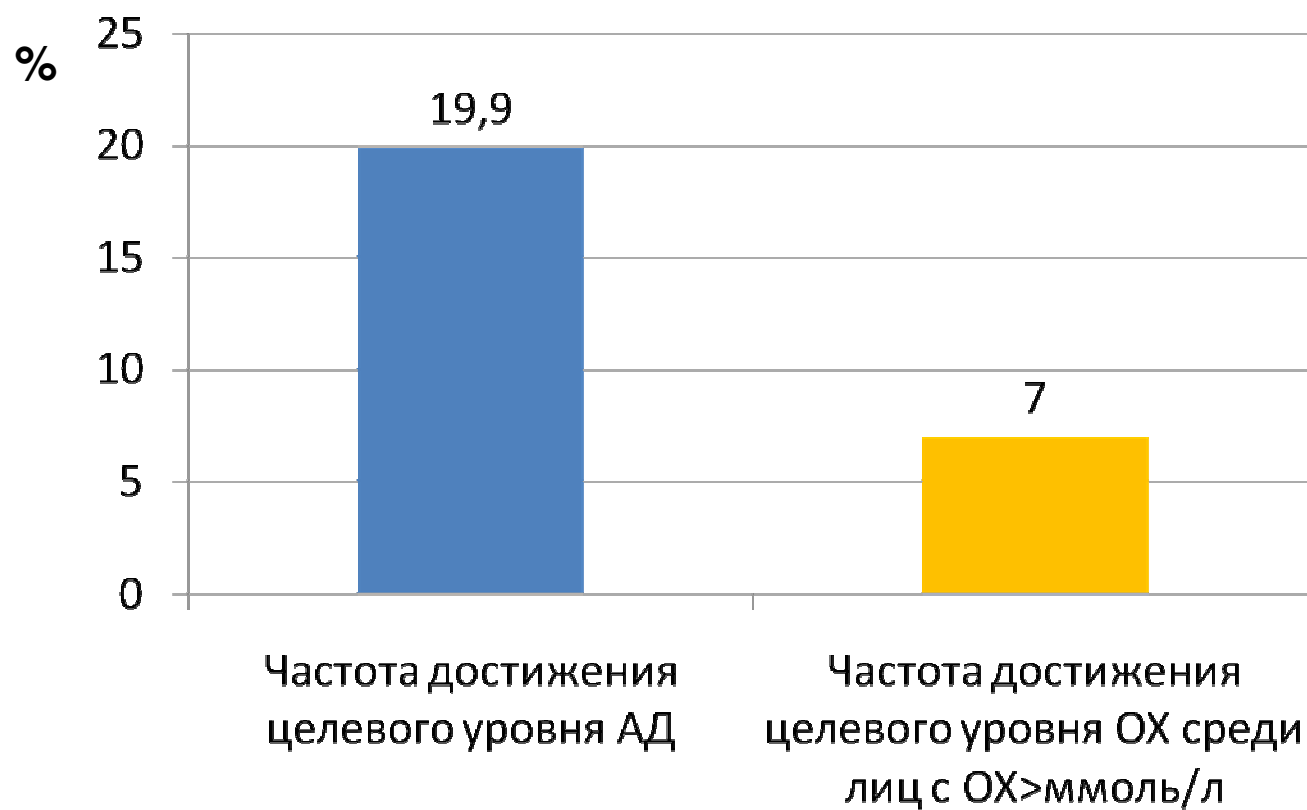
Мониторинг диспансеризации,
данные ГНИЦ ПМ

Доля и структура диагнозов больных ССЗ под ДН



Тульская область, n=1055,
Гомова ТА, Калинина АМ

Частота достижения целевого уровня АД и ОХ (регистр РЕКВАЗА, n=2945)



**Как повысить контроль АГ
(60% М и 40% Ж не принимают препараты)**

- 1. Выявить АГ**
- 2. Обучить врачей**
- 3. Назначить правильное лечение**
- 4. Убедить пациента принимать препараты**
- 5. Добиться целевых значений АД (140/90 мм рт.ст.)**
- 6. Регулярно контролировать АД (самоконтроль, диспансерное наблюдение)**
- 7. Обучить врачей**
- 8. Убедить пациента принимать препараты**
- 9. Добиться целевых значений АД (140/90 мм рт.ст.)**

Методические рекомендации



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний



ПРОЕКТ

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

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

Авторский коллектив: Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М., Андреев Е.Ю., Сердюк С.Е., Колос И.П., Творогова Т.В., Дудинская Е.Н., Пулин А.А., Биличенко Т.Н., Амелина Е.Л.,

Шилов Е.М., Бобкова И.Н., Швецов М.Ю.

Научный редактор: Ипатов П.В.

Экспертная оценка: Гендлин Г.Е., Мазуров В.И.

ОГЛАВЛЕНИЕ

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

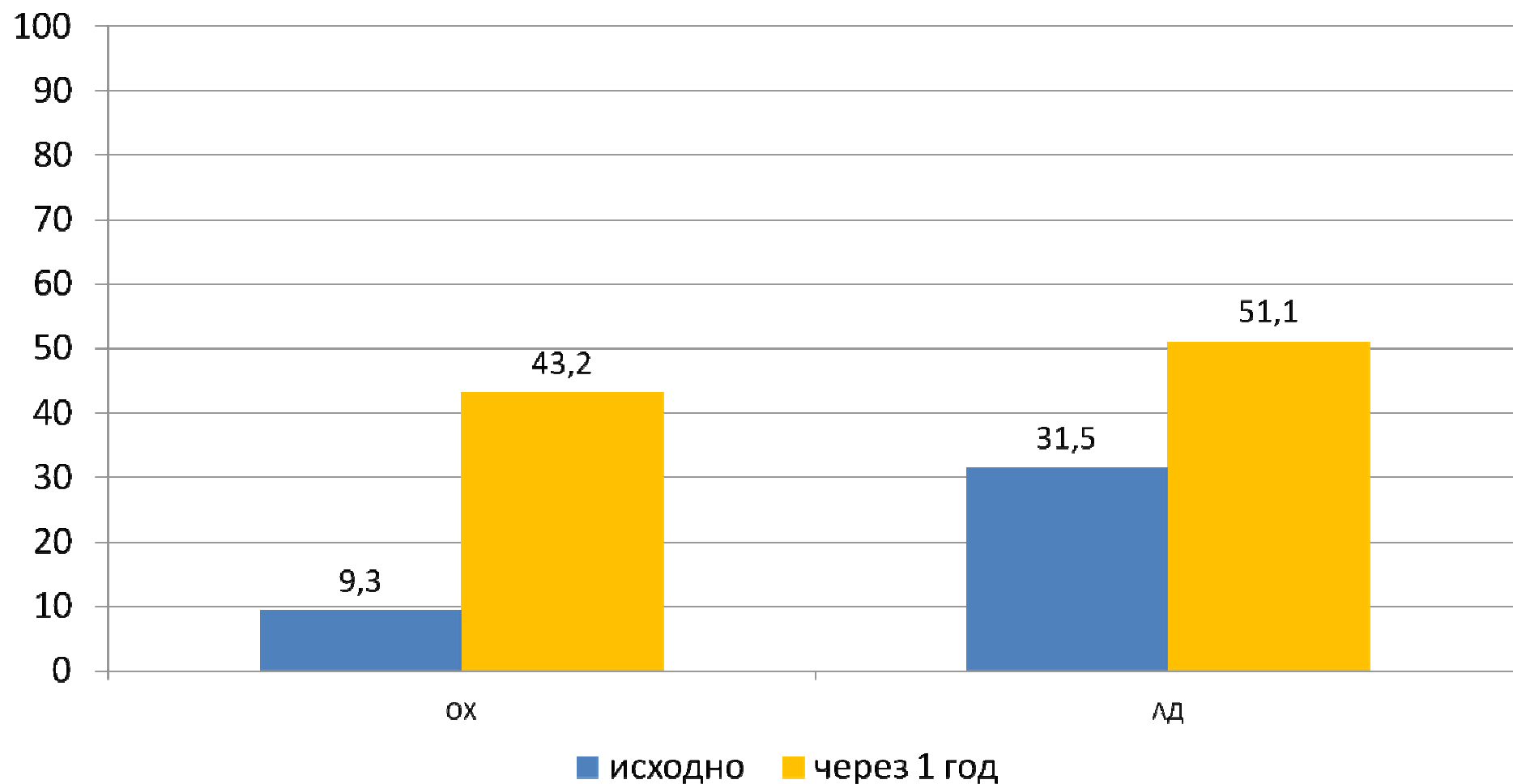
Построение алгоритма диспансерного наблюдения, включая содержание диспансерного приема больных

| Заболевание, состояние | Регулярность профилактических посещений | Рекомендуемые методы исследования во время профилактических посещений |
|------------------------|---|---|
| | | <p>Шаг 1: сбор жалоб, анамнеза (активный опрос), физикальное обследование</p> <p>Шаг 2: лабораторные исследования обязательные и по показаниям</p> <p>Шаг 3: инструментальные исследования обязательные и по показаниям</p> <p>Шаг 4: корректировка диагноза, лечения, краткое профилактическое консультирование, оценка прогноза и дальнейшей тактики.</p> |

**Цель диспансерного наблюдения:
уменьшение обострений, вызовов СМП, госпитализаций,
снижение предотвратимой смертности**

**Способ достижения цели диспансерного наблюдения:
достижение целевых значений АД, холестерина, глюкозы,
МНО**

Достижение целевых уровней АД у пациентов с ССЗ через год после цикла клинических разборов (Курская область, n=286)



Организация оказания помощи при отказе от курения

ФЗ №323

**Порядок профилактики
неинфекционных
заболеваний**

**Легкая и средняя зависимость
(80%) консультирование в
отделении/кабинете
медицинской профилактики
поликлиники, центр здоровья,
кабинет медицинской
профилактики стационара**

ФЗ №15

**Порядок оказания помощи
при отказе от табака,
лечения табачной
зависимости и
последствий потребления
табака**

**Тяжелая зависимость
(20%)
лечение в кабинете
помощи при отказе от
курения поликлиники,
наркодиспансера на
основе стандарта**

Регионы с числом Кабинетов по отказу от курения более 10:

Белгородская (20), Калужская (28), Московская (41), Смоленская (34), Калининградская (28), Новгородская (10), Астраханская (34), Курганская (30), Тюменская (26), Свердловская (34), ХМАО (18), Челябинская (51), Красноярский край (16), Новосибирская (44), Забайкальский край (38)

Всего в 45 регионах 613 кабинетов

В РФ должно быть около 3000

Спасибо за внимание!