

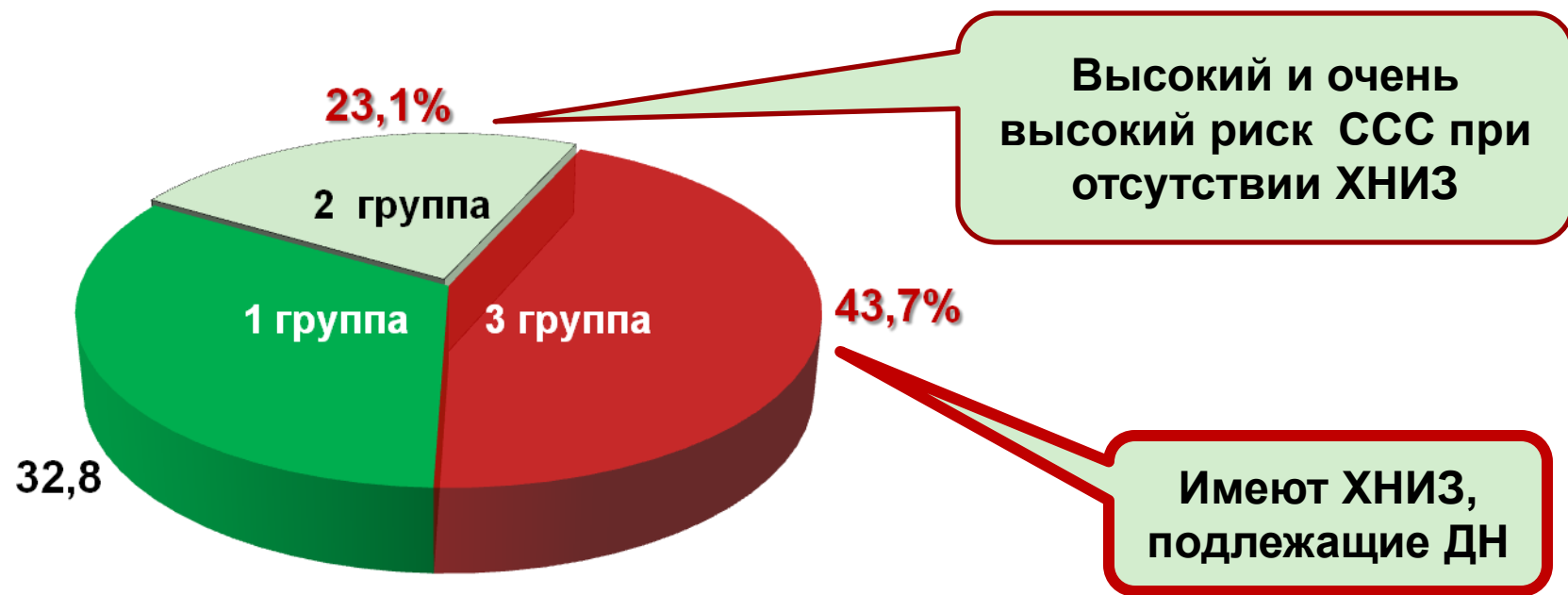
# **Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития** *(методические рекомендации)*

**под редакцией Бойцова С.А., Чучалина А.Г.**

*Москва - 2014*

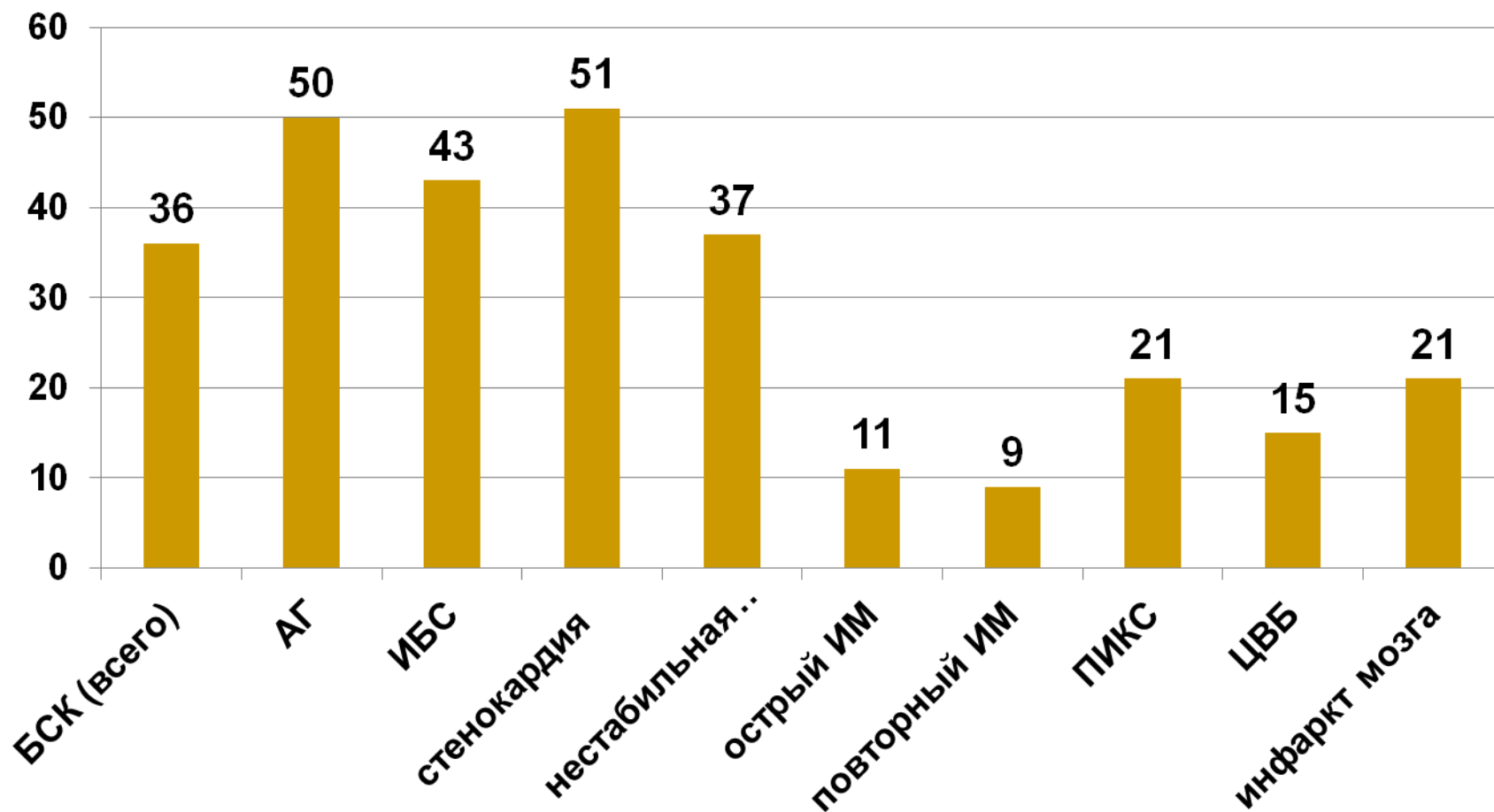
# Диспансеризация 2013 года показала высокую потребность в ДН

- **2/3** взрослого населения России имеют хронические НИЗ или высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск



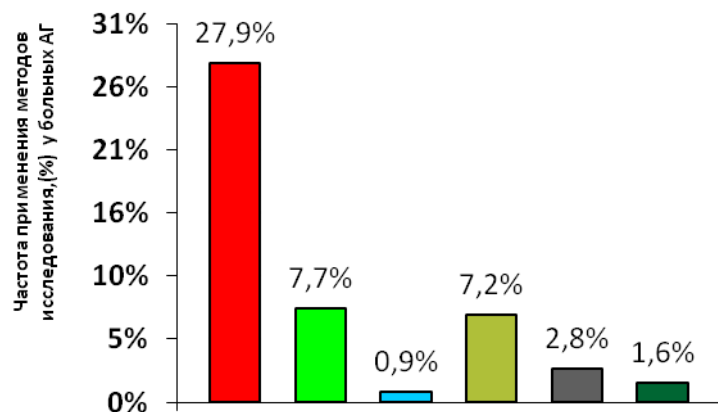
**Группы здоровья:**  
данные диспансеризации 2013  
(n=20,5 млн. чел.)

## Охват диспансерным наблюдением больных БСК (данные Росстата, 2012)

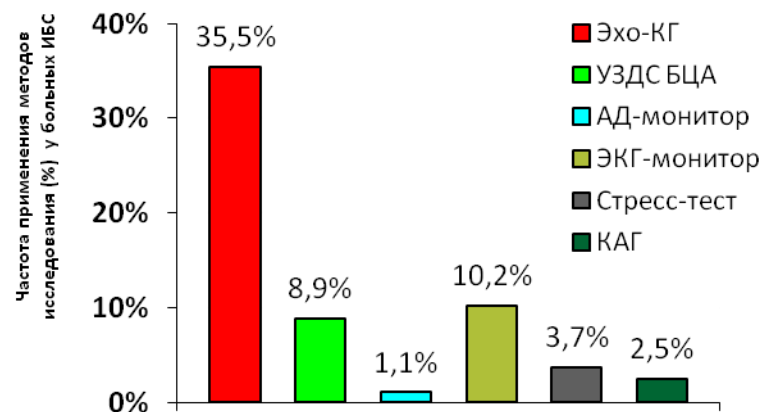


# Применение диагностических методов исследования у больных ССЗ (Регистр РЕКВАЗА, n=3690)

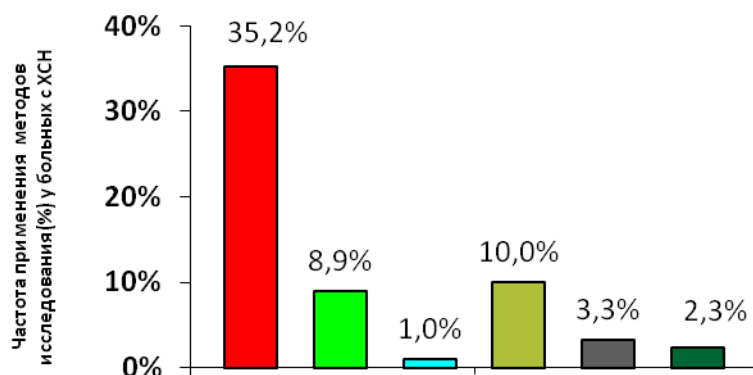
Исследования у больных артериальной гипертензией (n=3648)



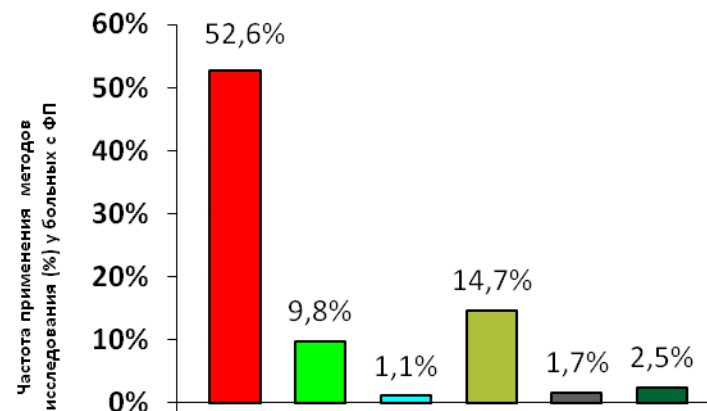
Исследования у больных ИБС (n=2548)



Исследования у больных с хронической сердечной недостаточностью (n=2726)



Исследования у больных с фибрилляцией предсердий (n=530)



---

**Какие нормативно-правовые документы  
регламентируют диспансерное  
наблюдение в настоящее время?**

---

# статья 46 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»

«*Диспансерное наблюдение* представляет собой динамическое наблюдение, в т.ч. необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями,

в целях

своевременного выявления,

предупреждения осложнений,

обострений заболеваний,

иных патологических состояний,

их профилактики и осуществления медицинской реабилитации»



Порядок диспансерного наблюдения

---

# Порядок диспансерного наблюдения

регламентирует приказ Минздрава России от  
21.12.2012 № 1344н

**«Об утверждении Порядка проведения  
диспансерного наблюдения»**

*(Зарегистрирован в Минюсте России 14.02.2013 N 27072)*

---

# Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» (Зарегистрировано в Минюсте России 14.02.2013 N 27072)

## ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ (перечень заболеваний) – 38 наименований

Хроническая ИБС без жизнеугрожающих нарушений ритма, ХСН не более II ФК  
После ИМ (более 12 мес.), без стенокардии или со стенокардией стабильного течения I-II ФК, ХСН не более II ФК  
Стенокардия стабильного течения I-II ФК у лиц трудоспособного возраста  
Стенокардия стабильного течения I-IV ФК у лиц пенсионного возраста  
Артериальная гипертония 1-3 степени у лиц с контролируемым АД на фоне приема АГП  
Легочная гипертензия I-II ФК со стабильным течением  
Состояние после неосл. хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения ССЗ (после 6 мес. от операции)  
Состояние после осл. хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения ССЗ (после 12 мес. от операции)  
ХСН I-III ФК, стабильное состояние  
Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная и персистирующая формы на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии)  
Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы с эффективным контролем ЧСС на фоне приема лекарственных препаратов)  
Предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии  
Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный)  
Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии – пищевода Баррета)  
Язвенная болезнь желудка, неосложненное течение В течение 5 лет с момента последнего обострения  
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки В течение 5 лет с момента последнего обострения  
Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит  
Полипы (полипоз) желудка  
Дивертикулярная болезнь кишечника, легкое течение



# Продолжение (приказ МЗ РФ № 1344н)

## ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО

НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ (перечень заболеваний) – 38 наименований

- Полипоз кишечника, семейный полипоз толстой кишки, синдром Гартнера, синдром Пейца-Егерса, синдром Турко
- Состояние после резекции желудка (по прошествии более 2 лет после операции)
- Рубцовая структура пищевода, не требующая оперативного лечения
- Рецидивирующий и хронический бронхиты
- ХОБЛ нетяжелого течения без осложнений, в стабильном состоянии
- Посттуберкулезные и постпневмонические изменения в легких без дыхательной недостаточности
- Состояние после перенесенного плеврита
- Бронхиальная астма (контролируемая на фоне приема лекарственных препаратов)
- Пациенты, перенесшие острую почечную недостаточность, в стабильном состоянии, с ХПН 1 стадии
- Пациенты, страдающие хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии), в стабильном состоянии с ХПН 1 стадии
- Пациенты, относящиеся к группам риска поражения почек
- Остеопороз первичный
- Инсулиннезависимый сахарный диабет (2 тип)
- Инсулинзависимый сахарный диабет с подобранной дозой инсулина и стабильным течением
- Последствия перенесенных ОНМК со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после острого периода
- Деменции, иные состояния, сопровождающиеся когнитивными нарушениями, со стабильным течением
- Последствия легких черепно-мозговых травм, не сопровождавшихся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после травмы
- Последствия травмы нервной системы, сопровождавшейся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением по истечении 6 месяцев после операции
- Стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70%



# Анализ нормативной базы по диспансерному наблюдению

Приказ Минздрава СССР 1986 года №770 (кратность и перечень методов исследования при ДН)	<b>абсолютно устарел</b>
Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 г. №1344н «Порядок диспансерного наблюдения» (Дан перечень нозологий для ДН участковым терапевтом, кратность посещений)	<b>нет перечня методов</b>
Приказ Минздрава РФ от 15.11.2012 г. №918н «Порядок оказания помощи больным ССЗ» (перечень нозологий для наблюдения кардиологом)	<b>нет содержания ДН</b>
Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 899н «Порядок оказания помощи больным по профилю «эндокринология»	<b>нет содержания ДН</b>
Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №916н «Порядок оказания помощи больным по профилю «пульмонология»	<b>нет содержания ДН</b>
Клинические рекомендации по АГ, ИБС, ФП, ХСН	<b>нет содержания ДН</b>
Клинические рекомендации профилактики кардио-васкулярных заболеваний, 2011	<b>нет содержания ДН</b>
Рекомендации по профилактике хронических неинфекционных заболеваний, 2013	<b>Нет содержания ДН</b>



Обоснование разработки методических рекомендаций по диспансерному наблюдению



**РОПНИЗ**

Российское общество  
профилактики  
неинфекционных  
заболеваний



**Диспансерное наблюдение  
больных хроническими  
неинфекционными  
заболеваниями и пациентов  
с высоким риском  
их развития**

Методические рекомендации

Москва 2014

---

## **Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций**

**Председатели: *Бойцов С.А., Чучалин А.Г.***

**Авторский коллектив:**

*Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М., Андрееенко Е.Ю.,  
Сердюк С.Е., Колос И.П., Дудинская Е.Н., Творогова Т.В.,  
Пулин А.А., Биличенко Т.Н., Шилов Е.М., Бобкова И.Н.,  
Швецов М.Ю., Амелина Е.Л.*

**Научный редактор: *Ипатов П.В.***

**Корректор: *Вохминцев Я.А.***

---

# Цель диспансерного наблюдения



**Для лиц, имеющих хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ)-**  
**достижение заданных значений параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования, а также коррекции факторов риска заболеваний для *предотвращение прогрессирования заболеваний, предупреждение обострений, снижение числа госпитализаций, повышение качества и увеличения продолжительности жизни***

**Для лиц без ХНИЗ с высоким риском их развития - контроль факторов риска, в том числе с помощью медикаментозных средств для *предотвращения прогрессии патологического процесса, осложнений, повышения качества и увеличения продолжительности жизни.***

# Кто осуществляет ДН?

(из приказа № 1344н)



**«... Диспансерное наблюдение осуществляется медицинскими работниками медицинской организации, где гражданин получает ПМСП:**

- 1) врач-терапевт (врач-терапевт участковый, цеховой, врач общей практики (семейный))**
- 2) врачи-специалисты (по профилю заболевания)**
- 3) врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики**
- 4) врач (фельдшер) центра здоровья**
- 5) фельдшер ФАПа (ФЗП) в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения (приказ МЗиСР России от 23 марта 2012 г. N 252н)...»**



# Структура методических рекомендаций

**1 часть рекомендаций (общая)** - содержание Порядка организации ДН, яснение по заполнению учетно-отчетных форм

**2 часть рекомендаций (специальная)** - ДН больных ХНИЗ (18 нозологий) и пациентов с высоким и очень высоким суммарным риском ССЗ, включает

- Алгоритм ДН  
(в форме таблиц)

Заболевание	Регулярность посещений	Рекомендуемые исследования
АГ I степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП	Не менее 1 раза в год года при контроле АД на уровне целевых значений Консультация кардиолога при отсутствии контроля АД на уровне целевых значений	- опрос на наличие, характер и выраженность боли в грудной клетке и одышки при физической нагрузке, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей, объеме диуреза - уточнение факта приема гипотензивных препаратов - уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний - опрос и краткое консультирование по поводу курения, характера питания, физической активности - измерение АД при каждом посещении - анализ данных СКАД - уточнение характера гипотензивной терапии

- краткую информационно-справочную информацию из национальных или европейских (американских) методических клинических рекомендаций

- перечень основных источников дополнительной медицинской информации по ДН больных с указанием адреса доступа по интернет-сети

# Методические рекомендации содержат **34 алгоритма** диспансерного наблюдения и **1 стандарт**



Болезни системы кровообращения - **18** алгоритмов

Высокий и очень высокий риск ССЗ - **1** алгоритм

Болезни органов дыхания - **11** алгоритмов

Хронические болезни почек - **4** алгоритма

Инсулиннезависимый сахарный диабет - **стандарт** первичной  
медико-санитарной помощи



# Методические рекомендации содержат **18** алгоритмов диспансерного наблюдения больных с ССЗ

1. АГ I степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП
2. АГ I-III степени с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП
3. АГ I-III степени с ССЗ, ЦВБ и ХБП
4. ХИБС с ХСН не выше II ФК, без жизнеугрожающих нарушений ритма
5. СТК I-II ФК
6. СТК III-IV ФК
7. ТБКА/АКШ неосложненные по прошествии 6 месяцев от даты операции
8. ТБКА/ АКШ осложненные по прошествии 12 месяцев от даты операции
9. ПИКС без СТК
10. ПИКС и СТК I-II ФК стабильное течение
11. Состояние после ОНМК (6 мес. и более после острого периода), стабильное течение
12. Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная и персистирующая формы на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии)
13. Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы с эффективным контролем частоты сердечных сокращений на фоне приема лекарств)
14. Наджелудочковая экстрасистолия, наджелудочковая тахикардия (на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии)
15. Желудочковая экстрасистолия, желудочковая тахикардия, у пациентов, не имеющих признаков органического заболевания сердечно-сосудистой системы (на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии)
16. Желудочковая экстрасистолия, желудочковая тахикардия, у пациентов, имеющих органическое заболевание сердечно-сосудистой системы (на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии)
17. ХСН I-IIA стадии, стабильное состояние
18. ХСН IIB-III стадии, стабильное состояние



# Методические рекомендации содержат **11** алгоритмов диспансерного наблюдения больных с БОД



1. Хронический необструктивный бронхит
2. Хроническая обструктивная болезнь легких с бронхиальной обструкцией 1-2 степени тяжести
3. Хроническая обструктивная болезнь легких с бронхиальной обструкцией 3-4 степени тяжести
4. Бронхиальная астма интермиттирующая легкая и лёгкая персистирующая контролируемая
5. Бронхиальная астма персистирующая средней тяжести и тяжёлая частично контролируемая и неконтролируемая
6. Кистозный фиброз (муковисцидоз)
7. Бронхоэктатическая болезнь с обострениями реже 3 раз в год. Дыхательная недостаточность 1-2 степени
8. Эмфизема лёгких Дыхательная недостаточность 1-2 степени
9. Интерстициальные заболевания лёгких. Дыхательная недостаточность 1-2 степени
10. Саркоидоз лёгких. Дыхательная недостаточность 1-2 степени
11. Перенесенные острые заболевания лёгких (пневмония, плеврит, абсцесс лёгких)

# Методические рекомендации содержат 4 алгоритма диспансерного наблюдения больных с ХБП



1. 1 и более факторов риска ХБП
2. ПУ  $< 0,5$  СКФ  $\geq 60$  (ХБП с умеренным риском ТПН и ССО)
3. ПУ  $\geq 0,5$  и СКФ  $\geq 60$  или СКФ 45-59, независимо от уровня ПУ (ХБП с высоким риском ТПН и ССО)
4. ПУ  $\geq 0,5$  и СКФ 30-59 или СКФ 30-44, независимо от уровня ПУ (ХБП с очень высоким риском ТПН и ССО)

ПУ — протеинурия (г/л),  
СКФ — скорость клубочковой фильтрации (мл/мин/1,73м<sup>2</sup>),  
ТПН — терминальная почечная недостаточность;  
ССО — сердечно-сосудистые осложнения;  
СКАД — самостоятельный контроль АД;  
АСБ — атеросклеротическая бляшка.



**Методические рекомендации содержат 1 алгоритм диспансерного наблюдения пациентов без заболеваний, имеющих высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск (по шкале SCORE) -**  
**Включено впервые в диспансерное наблюдение**  
*(регламентировано приказом МЗ РФ № 1006н от 03.12.12)*



# Что включает «диспансерный прием»?

(из приказа № 1344н)

«... 9. Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача (фельдшера) 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 т.ч. направление на оказание ВМП, СКЛ, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента)

**Таким образом, Порядок ДН определяет функции участкового врача (фельдшера) и врачей-специалистов при оказании амбулаторной медицинской помощи - расширять профилактическое направление, взаимодействовать со структурами медицинской профилактики**



# Построения каждого алгоритма ДН структурировано, включает содержание диспансерного приема

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

# Пример алгоритма диспансерного наблюдения «артериальная гипертония»

# Порядок проведения ДН больных АГ

## (сбор жалоб, анамнез, физикальное обследование – шаг 1)

Заболевание, состояние	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые методы исследования во время профилактических посещений
<p>АГ I степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП</p>	<p>Не менее 1 раза в год при контроле АД на уровне целевых значений.</p> <p>При стабильном течении возможно наблюдение в отделении/кабинете медицинской профилактики</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- сбор жалоб и анамнеза, активный опрос на наличие боли в грудной клетке при физической нагрузке, их характер, выраженность, об эпизодах кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей, об объеме диуреза</li> <li>- уточнение факта и характера приема гипотензивных препаратов,</li> <li>- при наличии показаний - уточнение приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов</li> <li>- опрос о поведенческих факторах риска и краткое консультирование (курение, питание, физическая активность)</li> <li>- измерение АД при каждом посещении</li> <li>- анализ данных СКАД</li> <li>- общий осмотр и физикальное обследование, включая пальпацию периферических сосудов и аускультацию подключичных, сонных, почечных и бедренных артерий, измерение индекса массы тела и окружности талии при каждом посещении</li> </ul>



# Порядок проведения диспансерного наблюдения больных АГ (лабораторные исследования – шаг 2)



Заболевание, состояние	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые методы исследования во время профилактических посещений
<p>АГ I степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП</p>	<p>Не менее 1 раза в год при контроле АД на уровне целевых значений.</p> <p>При стабильном течении возможно наблюдение в отделении/кабинете медицинской профилактики</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- глюкоза плазмы крови натощак не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)</li> <li>- общий ХС не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)</li> <li>- оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE</li> <li>- ХС ЛНП, ХС ЛВП, триглицериды в сыворотке при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года</li> <li>- калий и натрий сыворотки при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года</li> <li>- креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года</li> <li>- анализ мочи на микроальбуминурию при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года</li> </ul>

# Порядок проведения диспансерного наблюдения больных АГ (инструментальное обследование – шаг 3)



Заболевание, состояние	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые методы исследования во время профилактических посещений
<p>АГ I степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП</p>	<p>Не менее 1 раза в год при контроле АД на уровне целевых значений. При стабильном течении возможно наблюдение в отделении/кабинете медицинской профилактики</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ЭКГ в 12 отведениях с расчетом индекса Соколова-Лайона и Корнельского показателя <i>не реже 1 раза в год</i></li> <li>- ЭхоКГ с определением ИММЛЖ и диастолической функции при взятии под ДН, <i>далее по показаниям, но не менее 1 раза в 2 года</i> при отсутствии достижения целевых значений АД и наличии признаков прогрессирования ГЛЖ</li> <li>- ДСБА у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет при ИМТ &gt; 30 кг/м<sup>2</sup> и более и общем ХС &gt; 5 ммоль/л и более при взятии под ДН, <i>далее по показаниям, но не реже 1 раз в 3 года</i> с целью определения ТИМ и наличия атеросклеротических бляшек*</li> <li>- измерение скорости пульсовой волны на каротидно-фemorальном участке артериального русла при взятии под ДН, <i>далее по показаниям, но не реже 1 раза в 3 года</i> при отсутствии достижения целевых значений АД*</li> </ul>

\*при наличии возможностей

# Порядок проведения диспансерного наблюдения больных АГ (тактика – шаг 4)

Заболевание, состояние	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые методы исследования во время профилактических посещений
АГ I степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП	Не менее 1 раза в год при контроле АД на уровне целевых значений. При стабильном течении возможно наблюдение в отделении/кабинете медицинской профилактики	- корректировка терапии (при необходимости) - объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая

# Основные индикаторы оценки эффективности ДН?

*(из приказа № 1344н)*

## Среди больных, находящихся на ДН

- 1) уменьшение числа случаев и количества дней ВН
- 2) уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний
- 3) отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности
- 4) уменьшение частоты обострений хронических заболеваний
- 5) снижение числа вызовов СМП
- 6) снижение показателей смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций

# Концепция профилактики НИЗ на терапевтическом участке (реализация стратегий высокого риска и вторичной профилактики)



**Диспансерное наблюдение**

**Уменьшение обострений, госпитализаций**  
**Снижение предотвратимой смертности**

Увеличение посещений с профилактической целью

Активный эффективный контроль показателей здоровья в соответствии с рекомендациями

Формирование ЗОЖ, снижение риска

Увеличение группы диспансерного наблюдения

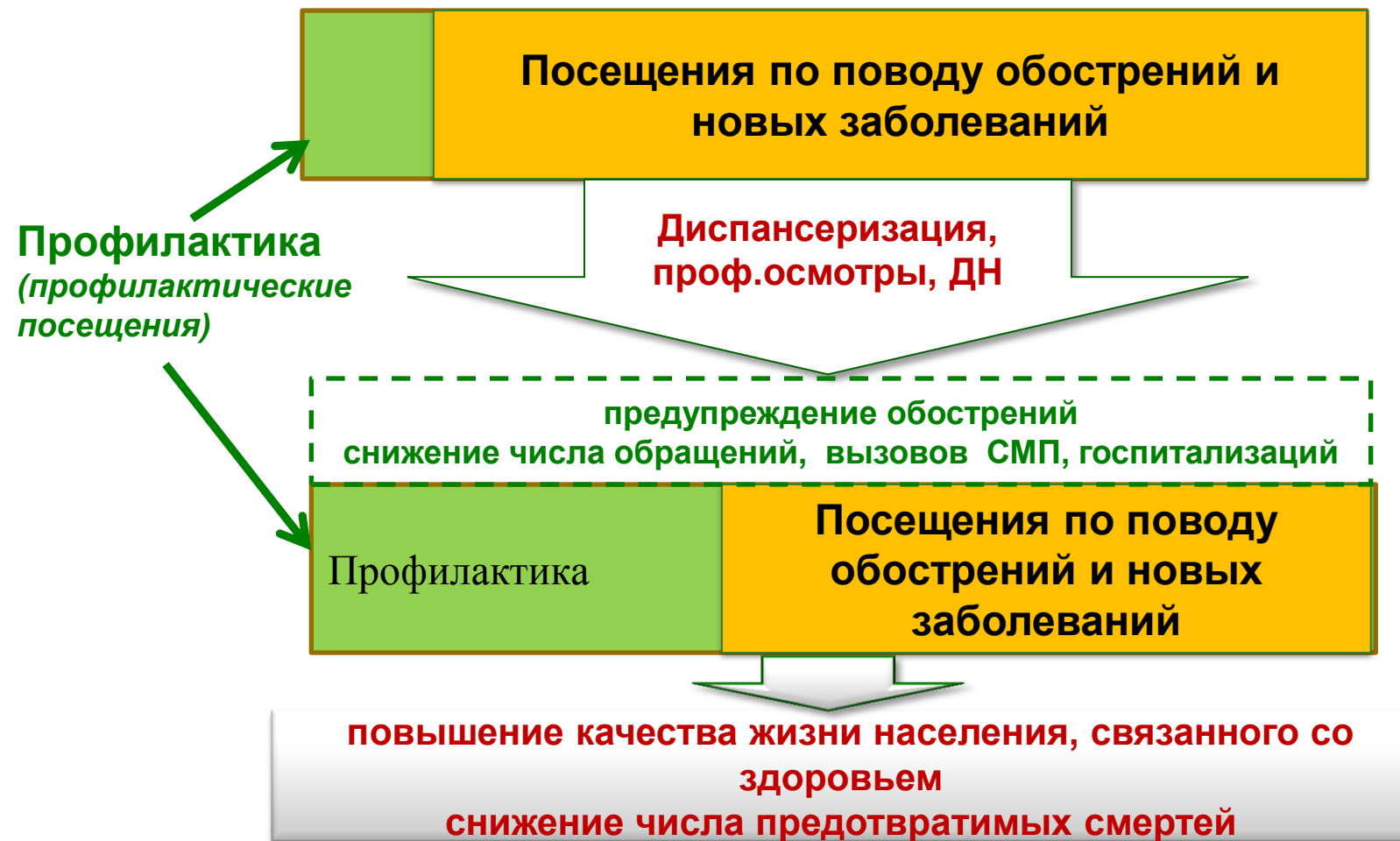
Выявление заболеваний и риска их развития

**Диспансеризация**



# Диспансеризация и ДН - переориентация направлений деятельности и эффективности ПМСП

В учреждениях ПМСП оказывается 60% всего объема медицинской помощи



**Снизить смертность в стране можно только снизив ее на каждом конкретном терапевтическом участке**



**Спасибо за внимание!**

---