



Руководителям медицинских организаций  
Курганской области  
**направлено по электронной почте**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО  
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Томина, 49, г.Курган,  
Курганская область, 640000  
Тел./факс (83522) 498501, (83522) 498503

<http://www.UZO.Kurgan-med.ru>

e-mail: DZO@kurganobl.ru

*03.12.15 № 01-12/10629*

на № \_\_\_\_\_

Департамент здравоохранения Курганской области направляет протокол видеоконференции от 19 ноября 2015 года для использования в работе. Все материалы видеоконференции размещены на сайте Департамента здравоохранения Курганской области и Государственного бюджетного учреждения «Курганская областная клиническая больница».

Материалы видеоконференции направить на фельдшерско-акушерские пункты для использования в работе.

Приложение: на 13 л. в 1 экз.

Директор Департамента здравоохранения  
Курганской области

*Л.И. Кокорина* Л.И. Кокорина

Косарева С.Р.  
46-51-03

*С.Р.*

**ПРОТОКОЛ № 9**  
**видеоконференции Департамента здравоохранения Курганской области**

**от 19 ноября 2015 года**

для заместителей главного врача по организационно-методической работе, фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов и скорой медицинской помощи.

**1. О работе «медицинско-социальных групп» в Курганской области.**

(Островских Е.В. – заместитель начальника управления организации медицинской помощи Департамента здравоохранения Курганской области – начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению)

**Формирование медицинско-социальных групп**

Приоритетной задачей демографической политики в Российской Федерации является увеличение продолжительности жизни и сокращение смертности населения Российской Федерации от основных причин.

Вместе с тем, указанная задача не может быть решена только за счет работы системы здравоохранения и требует эффективного межведомственного взаимодействия.

Для активного выявления факторов риска и своевременного принятия мер профилактической направленности, в особенности среди наиболее уязвимых групп населения, в соответствие с письмом Минздрава РФ на территории Курганской области проведена работа по формированию «медицинско-социальных групп», в состав которых входят медицинские работники социальные работники, при необходимости привлекается участковый полицейский, а также представители администрации сельских поселений, общественных организаций, опеки, комиссии по делам несовершеннолетних.

В основе работы лежит медицинско-социальный патронаж определенных групп населения.

Патронаж (от фр. «покровительство») - вид медицинско-социальной работы профилактической направленности, которая проводится на дому.

Медицинско-социальный патронаж - вид деятельности медицинских, социальных, общественных организаций и других организаций и ведомств, осуществляемый с целью удовлетворения потребности в медицинско-социальной помощи отдельных лиц, семей, групп населения.

**Задачами медицинско-социального патронажа являются:**

- оценка условий жизни объектов медицинско-социального патронажа;
- выявление медицинско-социальных проблем клиента;
- установление связи объекта медицинско-социального патронажа с медицинскими учреждениями, учреждениями социальной защиты, благотворительными организациями, фондами и т. д.;
- контроль за выполнением программ реабилитации;
- повышение уровня санитарно-гигиенических знаний объектов медицинско-социального патронажа;
- наблюдение за состоянием здоровья объекта медицинско-социального патронажа;
- первичная и вторичная профилактика;
- формирование установки объекта медицинско-социального патронажа на здоровый образ жизни.

### **Цели медико-социального патронажа:**

- социальная защита населения при решении проблем медико-социального характера,
- выявление факторов риска и своевременного принятия мер профилактической направленности,
- достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также неблагополучных в социальном плане,
- доступность медико-социальной помощи для населения.

Объектами медико-социального патронажа являются различные контингенты лиц, неблагополучные по медицинским и социальным показателям, взаимно потенцирующим друг друга, решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий, это: длительно и часто болеющие, социально дезадаптированные лица, инвалиды, лица пожилого и старческого возраста, дети-сироты, юные матери, многодетные и асоциальные семьи, больные СПИДом, наркоманиям, пострадавшие от стихийных бедствий, беженцы, безработные и т. д.

Непосредственными исполнителями медико-социального патронажа являются: специалисты по социальной работе, участковые терапевты, участковые медицинские сестры, фельдшера ФАПов, сотрудники различных обществ и фондов.

Медико-социальный патронаж предусматривает выполнение следующих этапов:

- 1) обследование;
- 2) выявление медико-социальных проблем;
- 3) планирование путей решения данных проблем;
- 4) реализация намеченных целей;
- 5) анализ проделанной работы, оценка ее результатов и, в случае необходимости, коррекция этой работы.

С целью поиска оптимальных и наиболее эффективных форм и методов медико-социальной работы разработана Базовая модель, которая основывается на 2-х положениях:

1) выделить наиболее однородные группы клиентов (выделяется пять групп клиентов:

- группа повышенного риска;
- члены семьи клиента и его ближайшее окружение;
- больные с выраженным социальными проблемами;
- длительно и часто болеющие;
- инвалиды.

2) и с каждой выделенной группой проводить медико-социальную работу в двух направлениях – профилактическом и патогенетическом.

Медико-социальная работа, имеющая профилактическую направленность, - это предупреждение социально зависимых отношений соматического, психического и репродуктивного здоровья; формирование установок на здоровый образ жизни; обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья.

Медико-социальная работа, имеющая патогенетическую направленность, предусматривает организацию медико-социальной помощи; проведение медико-социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; проведение коррекции психического статуса клиента; обеспечение преемственно взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

Медико-социальный патронаж проводится медицинскими работниками поэтапно.

Первый этап - выявление медико-социальных проблем, при котором определяется микроклимат в семье, есть ли у пациента отдельная комната, наличие

социального работника, достаточное ли он имеет денежное обеспечение, все ли лекарственные препараты он принимает, имеются ли в наличие предметы медицинского назначения для индивидуального контроля состояния здоровья, есть ли жалобы социального характера.

Второй этап - это реализация намеченных целей. Если в ходе проведения патронажа выявляются социальные проблемы или пациент одинок и не имеет социального работника, медицинский работник сообщает об этом в социальную службу.

Медицинский работник обучает пациента и его родственников правильному приему лекарственных препаратов, назначенных врачом, соблюдению режима двигательной активности, пользованию предметами медицинского назначения (тонометром, глюкометром, шприц-ручкой при наличии у пациента сахарного диабета), приемам ухода и самоухода и навыкам ведения здорового образа жизни.

Третий этап включает анализ проделанной работы, оценку ее результатов и, в случае необходимости, коррекцию этой работы.

При проведении медико-социального патронажа медицинский работник проводит динамический мониторинг здоровья пациента: измеряет артериальное давление, пульс, температуру тела пациента, контролирует состояние кожных покровов.

Он обучает пациентов и их родственников умению оценивать состояние здоровья, правилам оказания помощи в случае его ухудшения, проведению гигиенических мероприятий.

Особое внимание уделяется пациентам, у которых впервые выявлено заболевание, так как они мало знают о своей болезни, не имеют опыта оценки состояния и восстановления своего здоровья.

Очень важно помочь пациенту адекватно оценить симптомы заболевания, особенности действия лекарственных препаратов, оценить их побочные эффекты, совместимость с продуктами питания и другими лекарственными средствами, уметь контролировать здоровье и адаптироваться к новым условиям жизни.

Действуя в рамках медико-социального патронажа, медицинский работник исполняет самые разнообразные функции: доброжелательного и компетентного собеседника, помощника, посредника, советника, защитника.

Он способен стабилизировать сложившуюся ситуацию, контролировать ход патронажа на всех этапах, приобщать к решению медицинских проблем членов семьи, закреплять успехи, а также вносить необходимые коррективы в стратегию дальнейших действий.

Все данные о пациенте, полученные в ходе проведения медико-социального патронажа, медицинский работник фиксирует на бланке социального сестринского патронажа (медико-социальная карта) и вклеивает его в амбулаторную карту пациента.

#### **Медико - социальная карта клиента (образец)**

1. ФИО, возраст, группа инвалидности (да/нет, указать при наличии).
2. Жалобы.
3. Материально- бытовые условия.
4. Ближайшее окружение клиента.
5. История заболевания.
6. История жизни.
7. Данные осмотра.
8. Представленные документы и почерпнутая из них информация.
9. Описание трудной жизненной ситуации клиента, участники ситуации, отношение клиента к данной ситуации, обстоятельства и т. д.
10. Описание идеальной ситуации.

11. Медико- социальные проблемы клиента (медицинские, социально-бытовые, психологические).
12. Приоритетная медико- социальная проблема.
13. Пути решения медико- социальных проблем в процессе преобразования трудной жизненной ситуации: что есть и чего не хватает для преобразования ситуации на пути ее приближения к ситуации идеальной.
14. Какие вопросы необходимо решить в процессе преобразования трудной жизненной ситуации.
15. Первые шаги по преобразованию ситуации.
16. С кем нужно взаимодействовать для решения того или иного вопроса по решению медико- социальных проблем клиента.
17. Планируемый результат.

**Медико-социальный патронаж (результат):**

- дает возможность наблюдать пациента и его семью в естественных условиях,
- позволяет выявить больше информации, чем пациенты и их родственники могут сообщить о себе сами,
- помогает определить условия жизни, нуждаемости пациента и его семьи в различных видах помощи для предоставления эмоциональной поддержки и стабилизации благоприятных тенденций для лечения, реабилитации и адаптации к новым жизненным условиям и улучшения качества их жизни,
- снизить частоту обращаемости отдельной категории пациентов в поликлинику,
- уменьшить число вызовов скорой и неотложной помощи,
- сократить число госпитализаций в стационары круглосуточного пребывания,
- улучшить качество медицинского обслуживания.

**Медико-социальный патронаж** действует в отношении лиц, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, людей с особыми потребностями и пожилых, в том числе переживающих острую или хроническую психотравмирующую ситуацию

проводится в виде регулярного контакта с клиентом при непосредственном общении в центре, а также посредством телефонной связи

- 1 консультации по проблемам здоровья
- 2 практические советы и рекомендации по социально-медицинским вопросам (гигиена питания и жилища, избавление от избыточного веса, вредных привычек и пр.);
- 3 санитарно-просветительская работа для решения вопросов возрастной адаптации
- 4 обучение членов семьи основам медико-психологических и медико-социальных знаний для проведения реабилитационных мероприятий в домашних условиях
- 5 содействие в проведении медико-социальной экспертизы
- 6 информирование о возможности получения технических средств реабилитации
- 7 содействие в обеспечении лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения
- 8 содействие в госпитализации в лечебно-профилактические учреждения
- 9 содействие в оказании клиентам медицинской помощи в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования

*Рис. 10.17 – Содержание и формы социально-медицинского патронажа пожилых людей*

## 2. Об итогах диспансеризации определенных групп взрослого населения за 10 месяцев 2015 года.

(Носова Елена Геннадьевна – главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения Курганской области)

В 2015 году в соответствии с сетевым планом-графиком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения на территории Курганской области, диспансеризации подлежит 151 285 человек. Осмотрено 117 (77,6%).

Цели диспансеризации определенных групп взрослого населения:

- раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, основных факторов риска их развития, туберкулеза, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

- определение группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан, имеющих

заболевания (состояния) или факторы риска их развития, а также для здоровых граждан;

- проведение краткого профилактического консультирования больных и здоровых граждан, а также проведение индивидуального углубленного профилактического консультирования и групповых методов профилактики (школ пациентов) для граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;

- определение группы диспансерного наблюдения граждан, с выявленными заболеваниями (состояниями), а также здоровых граждан, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

#### **Алгоритм проведения диспансеризации:**

##### **Задачи фельдшера ФАП, фельдшерского участка:**

- подготовка списков граждан подлежащих диспансеризации (уже на 2016 год) и план проведения диспансеризации на 2016 год с учетом возрастной категории;
- активное привлечение населения к прохождению всеобщей диспансеризации взрослого населения (далее ВДВ), информирование о ее целях и задачах;
- выполнение доврачебных исследований **первого этапа**: заявления, анкетирование, антропометрические данные, измерение АД, забор анализов крови мочи согласно перечню, ЭКГ, ФОГ;
- осмотр фельдшером (акушеркой) включая взятие цитологического мазка шейки матки;
- определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (далее ХНИЗ);
- определение группы здоровья;
- формирование комплекта документов ВДВ заполнение карты учета диспансеризации;
- проведение краткого или индивидуального углубленного и группового консультирования;
- при наличии показаний дополнительного обследования гражданин направляется на второй этап диспансеризации.

##### **Второй этап:**

- Граждане, нуждающиеся в дообследовании, направляются на второй этап диспансеризации.
- Цель методов 2-го этапа предполагает не просто выявление патологии, а своевременное обнаружение злокачественных новообразований, атеросклероза брахиоцефальных артерий, сахарного диабета, уточнение характера выявленных факторов риска.
- При выявлении у пациентов показаний к проведению осмотров врачей-специалистов или исследований не входящие в программу диспансеризации – исследования проводятся в соответствии с порядками по профилям.

#### **Изменения и дополнения в п.17 Порядка диспансеризации («группы состояния здоровья»)**

I группа состояния здоровья – граждане у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в «Д» наблюдении по поводу других заболеваний - проводится краткое профилактическое консультирование.

II группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены ХНИЗ, имеются ФР развития заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном

суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

#### **Изменения и дополнения в п.17 Порядка диспансеризации («группы состояния здоровья»)**

Граждане со II группой здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики, а также фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта.

К этой группе относятся граждане с подозрением на наличие артериальной гипертонии (код R03.0 по МКБ10; повышенное кровяное давление при отсутствии диагноза гипертензии), до уточнения диагноза (обычно это лица с САД 130-140 мм рт.ст.). Ожирение (ИМТ 30 кг/м<sup>2</sup> более , дислипидемия- о. холестерин более 8 ммол/л, интенсивное курение – индекс курящего человека более 20 выкуриваемых сигарет

Граждане с высоким абсолютным суммарном сердечно-сосудистым риском и установленным диагнозом артериальной гипертонии относятся к IIIa группе состояния здоровья и нуждаются в диспансерном наблюдении по этому заболеванию.

#### **III группа состояния здоровья разделена на подгруппы IIIa и IIIб.**

IIIa группа состояния здоровья - граждане, имеющие ХНИЗ, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе ВТМП, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

IIIa группа состояния здоровья - граждане, имеющие ХНИЗ, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высоко-технологичная медицинская помощь (далее ВТМП), а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

1.	ХИБС без жизнеугрожающих нарушений ритма, ХСН* не более II ФК
2.	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
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 1-3 степени у лиц с контролируемым АД на фоне гипотенз терапии
6.	Легочная гипертензия I-II ФК со стабильным течением
7.	Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии 6 месяцев от даты операции
8.	Состояние после перенесенного осложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии более 12 месяцев от даты операции
9.	ХСН I-III функционального класса, стабильное состояние
10.	Фибрилляция и (или) трепетание предсердий при эффективной терапии
11.	Предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии при эффективной профилактической антиаритмической терапии
12.	Рецидивирующий и хронический бронхит
13.	ХОБЛ нетяжелого течения без осложнений, в стабильном состоянии
14.	Посттуберкулезные и постпневмонические изменения в легких без дыхательной недостаточности
15.	Состояние после перенесенного плеврита
16.	Бронхиальная астма (медикаментозно контролируемая)
17.	Инсулин-независимый СД (2 тип)
18.	Инсулин-зависимый СД (2 тип) с подобранный дозой инсулина и стабильным течением
19.	Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после острого периода
20.	Стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70 %

IIIб группа состояния здоровья - граждане, не имеющие ХНИЗ, но имеющие другие заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе ВТМП, а также граждане с подозрением на

наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344

1.	Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный)
2.	Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии)
3.	Язвенная болезнь желудка <u>неосложненное течение</u>
4.	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
5.	Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит
6.	Полипы (полипоз) желудка
7.	Дивертикулярная болезнь кишечника, легкое течение
8.	Полипоз кишечника, семейный полипоз толстой кишки, синдром Гартнера, синдром Пейца-Егерса, синдром Турко
9.	Состояние после резекции желудка (по прошествии более 2 лет после операции)
10.	Рубцовая структура пищевода не требующая оперативного лечения
11.	Остеопороз первичный
12.	Деменции, иные состояния, сопровождающиеся когнитивными нарушениями, со стабильным течением
13.	Последствия легких черепно-мозговых травм, не сопровождавшихся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после травмы
14.	Последствия травмы нервной системы, сопровождавшейся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением по истечении 6 месяцев после операции
15.	Пациенты, перенесшие острую почечную недостаточность, в стабильном состоянии, с хронической почечной недостаточностью 1 стадии
16.	Пациенты, страдающие хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии), в стабильном состоянии, с хронической почечной недостаточностью 1 стадии
17.	Пациенты, относящиеся к группам риска поражения почек

### Концепция профилактики НИЗ на врачебном участке

#### Диспансеризация и диспансерное наблюдение звенья одной цепи

Подлежат ДН (в т.ч. дистанциальному) на одном участке (1800 человек):

Больные АГ – около 700 человек

Больных ИБС - около 230 человек

Больных СД- около 50

Больных ХОБЛ – около 100 человек

Больные ХСН – около 70 человек

Больные НРС – около 100 человек

#### Диспансерное наблюдение

Формирование ЗОЖ, снижение риска

Увеличение группы диспансерного наблюдения

Выявление заболеваний и риска их развития

#### Диспансеризация

Активный эффективный контроль показателей здоровья в соответствии с рекомендациями

-Уменьшение обострений,  
-госпитализаций,  
-вызовов СМП  
-Снижение предотвратимой смертности

15947906

- 502 человека на 1 уч.врача
- 110 человек на 1 уч.фельдшера

15156722

## **Результат диспансеризации**

- По состоянию на 11 ноября 2015 года осмотрено 117 449 человек, в том числе жителей сельской местности 46 553 человека (33,0%), процент выполнения плана диспансеризации составляет 77,6%.
- Анализ результатов диспансеризации показал, что среди граждан, прошедших диспансеризацию, имеют 1 и 2 группу здоровья в Курганской области за 3 года 47,4%, в том числе за 10 месяцев 2015 года – 44,8% (в Российской Федерации 55,4%).
- За 3 года наибольшая доля граждан в Курганской области (52,6%, в том числе за 10 месяцев 2015 года 55,2%), прошедших диспансеризацию, имели НИЗ, или другие заболевания, которые подлежат диспансерному наблюдению участковым врачом- терапевтом или другим врачом-специалистом с проведением углубленного профилактического консультирования по назначению врача-терапевта.
- Результатом наблюдения за пациентами с факторами риска и пациентами, которые подлежат диспансерному наблюдению, должно стать уменьшение числа граждан, относящихся ко II и III группам здоровья, и увеличение числа граждан, относящихся к I группе здоровья.
- 2016 г позволит оценить результаты проведенной ВДВ за прошедшие 3 года, т.к. охвачено диспансерным осмотром будут граждане, прошедшие диспансеризацию в 2013 году.
- За 3 года направлено на 2 этап 83 419 человек, в том числе за 9 месяцев 2015 года 32 739 человек (завершило за 3 года – 37 082 человека (44,5%), в том числе за 9 месяцев 2015 года – 20 910 (64%)).
- **В структуре выявленных заболеваний:**
  - на 1 месте – болезни системы кровообращения (33,5%) (за АПП -2 место – 12,7%),
  - на 2-ом месте - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (25,2%) (за АПП -1 место - 40,0%),
  - на 3 месте- болезни органов пищеварения 9,2% (за АПП – 8,8%).
  - Диспансеризация также позволяет выявить социально значимые заболевания такие как туберкулез и онкологические заболевания. За 10 месяцев 2015 года выявлено:
    - - некоторых инфекционных и паразитарных болезней 0,2% (за АПП – 1,1%), в том числе туберкулеза – 0,07% (за АПП – 0,05%);
    - новообразований – 1,9% (за АПП – 1,1%).
- **По итогам диспансеризации:**
  - - число лиц, которым назначено лечение, увеличилось на 5,8% (за 10 месяцев 2015г. – 29 639 человек, за 10 месяцев 2014г. – 28 017 человек; (что обусловлено ростом выявленных заболеваний)
  - - направлено на ВМП - 389 человек (в 2014г.- 0 человек);
  - - направлено на СКЛ – 534 человека (в 2014г.- 0 человек).
  - В 2015 году на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации направлено 3 076 человек (2,9% от прошедших диспансеризацию).

# Методические рекомендации(33 тысячи экземпляров)



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



## 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.,  
Андреенко 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 неинфекциональными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития 5
- II. Частные вопросы проведения диспансерного наблюдения больных с различными неинфекциональными 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 эндокардиальных 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 легких 86
  - 2.10. Диспансерное наблюдение больных с хронической болезнью почек 99

## Контрольная карта диспансерного наблюдения

Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, ... в амбулаторных условиях...»

Наименование медицинской организации Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Адрес Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Медицинская документация

Учетная форма N 030/у

Утверждена приказом Минздрава России  
от 15 декабря 2014 г. N 834н

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА

ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ N \_\_\_\_\_

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: \_\_\_\_\_ Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_
2. Дата заполнения карты: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
3. Специальность врача \_\_\_\_\_ 4. ФИО врача \_\_\_\_\_
5. Дата установления диагноза \_\_\_\_\_ 6. Диагноз установлен: впервые - 1, повторно - 2.
7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением - 1, профилактическом осмотре - 2.
8. Дата начала диспансерного наблюдения \_\_\_\_\_ 9. Дата прекращения диспансерного наблюдения \_\_\_\_\_
10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление - 1, выбытие из района обслуживания - 2, смерть - 3.
11. Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_
12. Пол: муж. - 1, жен. - 2 13. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

14. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

15. Код категории льготы \_\_\_\_\_

16. Контроль посещений:

оборотная сторона ф. N 030/у

17. Сведения об изменении диагноза

18. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

19. Лечебно-профилактические мероприятия \_\_\_\_\_

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

Дата	Формулировка диагноза	Код по МКБ-10	ФИО врача

N п/п	Мероприятия	Дата начала	Дата окончания	Отметка о выполнении	ФИО врача

**Таким образом, целью диспансерного наблюдения является:**

- уменьшение обострений, вызовов СМП, госпитализаций, снижение предотвратимой смертности;
- снизить смертность в стране можно, только снизив ее на каждом терапевтическом участке.

**Способ достижения цели диспансерного наблюдения:**

достижение целевых значений АД, ЧСС, характера ритма, холестерина, глюкозы, МНО, массы тела у больных ХСН, параметров ФВД

## Диспансерное наблюдение больных АГ I-III ст. с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП

<b>АГ I-III степени с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП</b>	<b>Не менее 2 раз в год</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- сбор жалоб и анамнеза, активный 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, об объеме диуреза</li> <li>- уточнение факта и характера приема гипотензивных препаратов</li> <li>- уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрессивных и гипогликемических препаратов при наличии показаний</li> <li>- опрос и краткое консультирование по поводу курения, характера питания, физической активности</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> <li>-гемоглобин и/или гематокрит при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года</li> <li>- глюкоза плазмы натощак не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)</li> <li>- общий холестерин не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)</li> <li>-холестерин липопroteинов низкой плотности, холестерин липопroteинов высокой плотности, триглицериды в сыворотке при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года</li> <li>-калий и натрий сыворотки при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года</li> <li>-мочевая кислота сыворотки при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям</li> <li>-креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>-анализ мочи на микроальбуминурию при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года</li> <li>- ЭКГ в 12 отведениях с расчетом индекса Соколова-Лайона и Корнельского показателя не реже 1 раза в год</li> <li>- ЭхоКГ с определением ИММЛЖ и диастолической функции при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям, но не реже 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД и наличии признаков прогрессирования гипертрофии левого желудочка по данным расчета индекса Соколова-Лайона и Корнельского показателя</li> <li>- дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет при ИМТ<math>&gt;30 \text{ кг}/\text{м}^2</math> и более и общем холестерине <math>&gt;5 \text{ ммоль}/\text{л}</math> и более при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раз в 2 года с целью определения ТИМ и наличия атеросклеротических бляшек</li> <li>-УЗИ почек и дуплексное сканирование почечных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию</li> <li>-лодыжечно-плечевой индекс при наличии обоснованного подозрения на стеноз сосудов нижних конечностей</li> <li>- консультация окулиста на предмет наличия кровоизлияний или экссудата на глазном дне, отека соска зрительного нерва при взятии под ДН и по показаниям</li> <li>- оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по таблице величины риска при АГ и по шкале SCORE (при интерпретации уровня риска приоритет отдается более высокому показателю)</li> <li>- корректировка терапии (при необходимости)</li> <li>- объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая</li> </ul>

### Целевой уровень ХС ЛНП у больных ИБС

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

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

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 и ХС ЛНП. Целевой уровень гиполипидемической терапии, оценивается по уровню ХС ЛНП и составляет 1,8 ммоль/л. или уровню ХС, не связанного с ХС ЛВП (ОХО-ХС ЛВП),

который составляет <2,6 ммоль/л, и на который целесообразно ориентироваться у больных ИБС с гипертриглицеридемией, метаболическим синдромом или СД. В этих случаях целесообразно добавление к терапии фенофибрата, эффективность которого у пациентов с СД доказана в крупных клинических исследованиях. В случаях, когда целевой уровень по разным причинам достичь не удается, рекомендуется снизить значения ХС ЛНП или ХС не связанных с ХС ЛВП на 50% от исходного.

#### **Мониторинг эффективности проводимых мероприятий по снижению уровня смертности в медицинских организациях**

Одновременно с этим в целях обеспечения мониторинга эффективности проводимых мероприятий по снижению уровня смертности в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, Министерство здравоохранения Российской Федерации просит обеспечить предоставление участковыми терапевтами (фельдшерами) и врачами общей практики, обслуживающими население Российской Федерации по территориально-участковому принципу еженедельную и ежемесячную информацию по формам согласно приложению № 1, № 2 в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья для последующего направления в центр сбора информации ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Обобщенные данные по Российской Федерации еженедельно будут анализироваться Минздравом России.