

Приложение № 1
к приказу Минздрава
Республики Татарстан
от 24.04.24 № 946

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2022 г. N 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (с изменениями и дополнениями)

С изменениями и дополнениями от:

28 февраля 2024 г.

В соответствии с частью 7 статьи 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2016, N 27, ст. 4219) приказываю:

1. Утвердить прилагаемый порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми.
2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 г. N 173н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 апреля 2019 г., регистрационный N 54513).
3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 сентября 2022 г. и действует до 1 сентября 2028 г.

Министр

М.А. Мурашко

Зарегистрировано в Минюсте РФ 21 апреля 2022 г.
Регистрационный N 68288

УТВЕРЖДЕН
приказом **Министерства здравоохранения**
Российской Федерации
от 15 марта 2022 г. N 168н

Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми

С изменениями и дополнениями от:

28 февраля 2024 г.

1. Настоящий Порядок устанавливает правила проведения медицинскими организациями диспансерного наблюдения за взрослыми (в возрасте 18 лет и старше).

Настоящий Порядок не применяется в случаях, если нормативными правовыми актами Российской Федерации установлен иной порядок проведения диспансерного наблюдения за лицами с отдельными заболеваниями или состояниями (группами заболеваний или состояний).

2. Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц¹.

3. Диспансерному наблюдению подлежат лица, страдающие отдельными хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями или имеющие высокий риск их развития, а

также лица, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

В рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) организуется проведение профилактического медицинского осмотра².

4. 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.

5. Организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации осуществляет руководитель медицинской организации либо уполномоченный им заместитель руководителя медицинской организации (далее - руководитель).

Руководитель обеспечивает:

1) охват диспансерным наблюдением лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями и инфекционными заболеваниями и лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском, не менее 70%;

2) охват диспансерным наблюдением лиц старше трудоспособного возраста, из числа подлежащих ему, не менее 90%;

3) установление диспансерного наблюдения медицинским работником, указанным в пункте 6 настоящего Порядка, в сроки, указанные в пункте 4 настоящего Порядка;

4) достижение целевых значений показателей состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями;

5) сокращение числа обращений по поводу обострений хронических заболеваний среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;

6) снижение числа вызовов скорой медицинской помощи среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением;

7) уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;

8) уменьшение числа госпитализаций, в том числе по экстренным медицинским показаниям, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением;

9) снижение показателей смертности, в том числе внебольничной смертности, лиц, находящихся под диспансерным наблюдением.

Руководитель ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным, организует обобщение и проводит анализ результатов диспансерного наблюдения за лицами, находящимися на медицинском обслуживании в медицинской организации, с целью оптимизации проведения диспансерного наблюдения.

Информация об изменениях:

Пункт 6 изменен с 23 марта 2024 г. - Приказ Минздрава России от 28 февраля 2024 г. N 91Н

См. предыдущую редакцию

6. Диспансерное наблюдение осуществляют следующие медицинские работники медицинской организации (структурного подразделения иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность), где пациент получает первичную медико-санитарную помощь:

1) врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового лечебного участка, врач общей практики (семейный врач) (далее - врач-терапевт);

2) врачи-специалисты (по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний);

3) врач по медицинской профилактике (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской

профилактики или центра здоровья;

4) фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта, фельдшер фельдшерского здравпункта в случае возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, 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"³ (далее соответственно - фельдшер, акушер пункта).

Работодатель вправе организовать диспансерное наблюдение в отношении работников, а работающие застрахованные лица вправе пройти диспансерное наблюдение по месту работы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый период³⁽¹⁾.

7. При осуществлении диспансерного наблюдения медицинский работник, уполномоченный руководителем медицинской организации, обеспечивает:

1) формирование списков лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном году, их поквартальное распределение;

2) информирование лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году, или их законных представителей о необходимости явки в целях диспансерного наблюдения;

3) обучение пациентов навыкам самоконтроля показателей состояния здоровья, определённых врачом-терапевтом (фельдшером) или врачом-специалистом, осуществляющим диспансерное наблюдение, и алгоритмам действия в случае развития жизнеугрожающих состояний.

8. Наличие медицинских показаний для проведения диспансерного наблюдения, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), длительность диспансерного наблюдения, объем профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются медицинским работником, указанным в пункте 6 настоящего Порядка, в соответствии с настоящим Порядком, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

При проведении диспансерного наблюдения учитываются рекомендации врачей-специалистов, содержащиеся в медицинской документации пациента, в том числе вынесенные по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

9. Перечень хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-терапевтом, Перечень хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-кардиологом, а также Перечень хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, которые предшествуют развитию злокачественных новообразований, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачами-специалистами, включая длительность и минимальную периодичность диспансерного наблюдения, определены в приложениях N 1-3 к настоящему Порядку.

В случае проведения диспансерного наблюдения за пациентами с несколькими заболеваниями, перечень контролируемых показателей состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения должен включать все параметры, соответствующие каждому заболеванию.

10. В случае если пациент нуждается в диспансерном наблюдении врачом-специалистом по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и такой врач-специалист отсутствует в медицинской организации, в которой пациент получает первичную

медико-санитарную помощь, врач-терапевт организует консультацию пациента соответствующим врачом-специалистом другой медицинской организации, в том числе с применением телемедицинских технологий, и осуществляет диспансерное наблюдение по согласованию и с учетом рекомендаций этого врача-специалиста.

11. Врач по медицинской профилактике (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшер, акушер пункта (для фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, расположенных в удаленной или труднодоступной местности) осуществляют диспансерное наблюдение за лицами, отнесенными по результатам профилактического медицинского осмотра и диспансеризации ко II группе здоровья, имеющими высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск, за исключением пациентов с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом.

12. Медицинский работник, указанный в пункте 6 настоящего Порядка, при проведении диспансерного наблюдения:

- 1) устанавливает группу диспансерного наблюдения;
- 2) ведет учет лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 3) информирует о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения;
- 4) организует и осуществляет проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий;
- 5) организует в случае невозможности посещения лицом, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций проведение диспансерного приема (осмотра, консультации) в амбулаторных условиях, в том числе на дому;

б) организует консультацию пациента врачом-специалистом по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) другой медицинской организации, в том числе с применением телемедицинских технологий, и осуществляет диспансерное наблюдение по согласованию и с учетом рекомендаций этого врача-специалиста;

7) осуществляет при необходимости дистанционное наблюдение за пациентами в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий⁴.

13. Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинским работником, указанным в пункте 6 настоящего Порядка, включает:

- 1) оценку состояния лица, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- 2) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 3) оценку приверженности лечению и эффективности ранее назначенного лечения, достижения целевых значений показателей состояния здоровья, необходимую коррекцию проводимого лечения, а также повышение мотивации пациента к лечению;

4) проведение краткого профилактического консультирования и разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи;

5) назначение по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования (индивидуального или группового).

Информация об изменениях:

Пункт 14 изменен с 23 марта 2024 г. - Приказ Минздрава России от 28 февраля 2024 г. N 91Н

См. предыдущую редакцию

14. Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию пациента, а также в учетную форму N 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"⁵ (далее - контрольная карта), за исключением случаев заполнения контрольных карт на заболевания по профилям онкология, фтизиатрия, психиатрия, наркология, дерматология, стоматология и ортодонтия, и других случаев, когда законодательством Российской Федерации предусмотрено заполнение специальных карт диспансерного наблюдения за лицами с отдельными заболеваниями или состояниями (группами заболеваний или состояний).

Медицинская организация, осуществляющая диспансерное наблюдение граждан, обеспечивает посредством информационных систем в сфере здравоохранения⁶ доступность информации о результатах приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, результатах исследований и иных медицинских вмешательств при проведении диспансерного наблюдения медицинскими организациями субъекта Российской Федерации, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, независимо от места прикрепления работающего застрахованного лица.

Посредством медицинской информационной системы медицинской организации и (или) государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации при проведении диспансерного наблюдения информация о результатах приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, включая сведения о медицинской документации, сформированной в виде электронных документов, представляется в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения⁷, в том числе с целью предоставления гражданам услуг в сфере здравоохранения в электронной форме посредством использования федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)"⁸ и иных информационных систем, предусмотренных частью 5 статьи 91 Федерального закона N 323-ФЗ.

Медицинская организация, осуществляющая диспансерное наблюдение работающего застрахованного лица, обеспечивает передачу информации между медицинскими организациями, в которых граждане получают первичную медико-санитарную помощь, в том числе расположенными в других субъектах Российской Федерации, предусмотренной в контрольной карте.

15. Медицинский работник, указанный в пункте 6 настоящего Порядка, проводит анализ результатов проведения диспансерного наблюдения на основании сведений, содержащихся в контрольных картах, при этом врач-терапевт, фельдшер, акушер пункта в том числе ведет учет лиц, находящихся под диспансерным наблюдением у врачей-специалистов, и формирует сводный план проведения диспансерного наблюдения для каждого лица с учетом всех заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), по поводу которых оно нуждается в диспансерном наблюдении.

Информация об изменениях:

Сноски изменены с 23 марта 2024 г. - Приказ Минздрава России от 28 февраля 2024 г. N 91Н

См. предыдущую редакцию

¹ Часть 5 статьи 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2016, N 27, ст. 4219).

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. N 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 июня 2021 г., регистрационный N 64042), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 февраля 2022 г. N 44н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 февраля 2022 г., регистрационный N 67206).

³ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный N 23971, с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября

2017 г. N 882н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 января 2018 г., регистрационный N 49561).

³⁽¹⁾ Раздел IV "Базовая программа обязательного медицинского страхования" Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 N 2353.

⁴ Утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. N 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 января 2018 г., регистрационный N 49577).

⁵ Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный N 36160), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 января 2018 г. N 2н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2018 г., регистрационный N 50614) и от 2 ноября 2020 г. N 1186н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 ноября 2020 г., регистрационный N 61121).

⁶ Часть 1 статьи 91 Федерального закона N 323-ФЗ.

⁷ Постановление Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 N 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения".

⁸ Положение о федеральной государственной информационной системе "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)", утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 24.10.2011 N 861.

Приложение N 1
к Порядку проведения диспансерного
наблюдения за взрослыми,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 марта 2022 г. N 168н

Перечень

хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-терапевтом

N п/п	Код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра ¹	Хроническое заболевание, функциональное расстройство, иное состояние, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
1	I10-I15	Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Вес (индекс массы тела ²), окружность талии, статус курения; артериальное давление ³ , частота сердечных сокращений ⁴ ; скорость клубочковой фильтрации (не реже 1 раза в год); холестерин-липопротеины низкой плотности ⁵ (не реже 1	Пожизненно	Диспансерное наблюдение врачом-терапевтом осуществляется при артериальной гипертензии 2-3 степени, за исключением артериальной гипертензии резистентной к медикаментозной терапии.

				<p>раза в год); альбинурия в разовой порции мочи (не реже 1 раза в год); отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам электрокардиограммы⁶ (не реже 1 раза в год); отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам эхокардиограммы⁷ (не реже 1 раза в год)</p>		<p>Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям</p>
2	I20-I25 Z95.1 Z95.5	<p>Ишемическая болезнь сердца Наличие аортокоронарного шунтового трансплантата Наличие коронарного ангиопластического имплантата и трансплантата</p>	<p>В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год</p>	<p>Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; АД, ЧСС; скорость клубочковой фильтрации (не реже 1 раза в год); ХС-ЛПНП (не реже 2 раз в год); пациентам при терапии варфарином - международное нормализованное отношение⁸ (не реже 2 раз в год); отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭКГ (не реже 2 раз в год);</p>	<p>Пожизненно</p>	<p>Диспансерное наблюдение врачом-терапевтом осуществляется: - после перенесенного инфаркта миокарда и его осложнения, а также после применения высокотехнологичных методов лечения на коронарных артериях (чрескожное коронарное вмешательство и аортокоронарное и(или) маммарокоронарное шунтирование) по</p>

				отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭхоКТ (не реже 1 раза в год); отсутствие признаков ишемии миокарда по результатам нагрузочного тестирования у пациентов после применения высокотехнологичных методов лечения коронарных артерий (не реже 1 раза в 2 года)		завершению диспансерного наблюдения у врача-кардиолога; - при стенокардии напряжения I-II функционального класса. Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
3	I44-I49 Z95.0	Предсердно-желудочковая [атриовентрикулярная] блокада и блокада левой ножки пучка [Гиса]; другие нарушения проводимости; остановка сердца; пароксизмальная тахикардия; фибрилляция и трепетание предсердий; другие нарушения сердечного ритма Наличие искусственного водителя сердечного ритма	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; АД, ЧСС; скорость клубочковой фильтрации (не реже 1 раза в год); ХС-ЛПНП (не реже 2 раз в год); пациентам при терапии варфарином - МНО (не реже 2 раз в год); отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭКГ (не реже 1 раза в год); отсутствие признаков прогрессирования заболевания по	Пожизненно	Диспансерное наблюдение врачом-терапевтом осуществляется при предсердной экстрасистолии, желудочковой экстрасистолии, наджелудочковой тахикардии, желудочковой тахикардии на фоне эффективной антиаритмической терапии. Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским

				результатам ЭхоКГ (не реже 1 раза в год); отсутствие признаков прогрессирования заболевания и подтверждение эффективности антиаритмического лечения по данным мониторинга ЭКГ (не реже 1 раза в год)		показаниям
4	I50	Сердечная недостаточность	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; АД, ЧСС; общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом скорости клубочковой фильтрации (не реже 1 раза в год); отсутствие снижения уровня эритроцитов, гемоглобина (не реже 1 раза в год); пациентам при терапии варфарином - МНО (не реже 2 раз в год); уровень N-концевого пропептида натрийуретического гормона (В-типа) (не реже 1 раза в 2 года); отсутствие признаков прогрессирования	Пожизненно	Диспансерное наблюдение врачом-терапевтом осуществляется при хронической сердечной недостаточности 1-2а стадии и I-II функционального класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA, 1964) и фракцией выброса $\geq 40\%$, за исключением сочетания с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек 4 и выше стадии. Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по

				заболевания по результатам ЭКГ (не реже 1 раз в год); отсутствие признаков застоя в легких по данным рентгенографии органов грудной клетки (не реже 1 раза в год); отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭхоКГ-фракция выброса левого желудочка (не реже 2 раз в год); отсутствие жизнеугрожающих нарушений ритма сердца по данным мониторингования ЭКГ (не реже 1 раза в год)		медицинским показаниям
5	I65.2	Закупорка и стеноз сонной артерии	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; АД, ЧСС; ХС-ЛПНП (не реже 2 раз в год); уровень стеноза сонных артерий по данным ультразвукового доплеровского исследования сонных артерий (не реже 1 раза в год)	Пожизненно	Диспансерное наблюдение врачом-терапевтом осуществляется при стенозе внутренней сонной артерии от 40%, за исключением сочетания с ишемической болезнью сердца и симптомным атеросклеротическим поражением

						периферических артерий или артерий другого сосудистого русла
6	E78	Нарушения обмена липопротеинов и другие липидемии	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; АД, ЧСС; ХС-ЛПНП и триглицеридов (не реже 1 раза в год); при терапии статинами - трансаминазы и креатинкиназы ⁹ (через 4 недели от начала терапии или при мышечных симптомах); уровень стеноза сонных артерий по данным ультразвукового доплеровского исследования брахиоцефальных артерий - (не реже 1 раза в год)	Пожизненно	Диспансерное наблюдение врачом-терапевтом осуществляется при гиперхолестеринемии, за исключением тяжелой дислипидемии (общий холестерин сыворотки >8,0 ммоль/л и(или) ХС-ЛПНП >5,0 ммоль/л и(или) триглицериды >10 ммоль/л) и (или) подозрения на непереносимость гиполипидемической терапии ввиду развития побочных эффектов или недостаточной ее эффективности и (или) раннего анамнеза сердечно-сосудистых заболеваний (до 50 лет), в том числе после реваскуляризации вследствие атеросклеротического

						поражения сосудистого русла. При гиперхолестеринемии (при уровне общего холестерина больше 8,0 ммоль/л - прием (осмотр, консультация) врача- кардиолога по медицинским показаниям
7	R73.0, R73.9	Предиабет	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Вес (ИМТ), окружность тали, статус курения; глюкоза плазмы натощак и через 2 часа после нагрузки	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача- эндокринолога (по медицинским показаниям)
8	E11	Инсулиннезависимый сахарный диабет	В соответствии с клиническими рекомендациями	Вес (ИМТ), окружность тали, статус курения АД; ХС-ЛПНП, гликированный гемоглобин,	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача- эндокринолога (по медицинским показаниям)
9	I69.0-I69.4	Последствия субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствия инфаркта мозга и инсульта, не уточненные как кровоизлияния или	В соответствии с клиническими рекомендациями, при этом в первый год диспансерного наблюдения не реже 1 раз в 3 месяца, затем не реже 1 раза в 6 месяцев	Вес (ИМТ), окружность тали, статус курения; глюкоза плазмы крови (натощак); АД, ЧСС; ЭКГ; при терапии статинами - трансаминазы и КФК (через 4 недели от начала терапии или при мышечных симптомах); ХС-ЛПНП	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача- невролога

	I67.8	инфаркт мозга Другие уточненные поражения сосудов мозга				
10	K20	Эзофагит	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 6 месяцев	Отсутствие рецидивов эрозивного процесса по данным эзофагогастродуоденоскопии ¹⁰	В течение 3 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям
11	K21.0	Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 6 месяцев или по рекомендации врача-гастроэнтеролога	При гастроэзофагеальном рефлюксе с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии - без пищевода Барретта) - отсутствие рецидивов эрозивного процесса по данным ЭГДС; при гастроэзофагеальном рефлюксе с эзофагитом и цилиндроклеточной метаплазией - пищевод Барретта - отсутствие прогрессирования эндоскопических и морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям; При гастроэзофагеальном рефлюксе с эзофагитом и цилиндроклеточной метаплазией - пищевод Барретта - прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год. Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям, прием (осмотр, консультация) врача-хирурга по медицинским показаниям
12	K25	Язва желудка	В соответствии с	Отсутствие или	В течение всей	Прием (осмотр,

			клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 6 месяцев	уменьшение частоты рецидивов	жизни с момента установления диагноза (или до выявления малигнизации)	консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год. Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям
13	K26	Язва двенадцатиперстной кишки	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие или уменьшение частоты рецидивов	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям
14	K31.7	Полип желудка	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие прогрессирования и морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией	В течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления малигнизации)	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год. Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям
15	K86	Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Отсутствие прогрессирования белково-энергетической неадекватности	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год. Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга по медицинским показаниям
16	J41.0, J41.1, J41.8	Рецидивирующий и хронический бронхиты	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в	Отсутствие или уменьшение частоты обострений; сатурация кислорода в	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога (по медицинским

			год	крови (согласно клиническим рекомендациям)		показаниям)
17	J44.0 J44.8 J44.9	Хроническая обструктивная легочная болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей Другая уточненная хроническая обструктивная легочная болезнь Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1-3 раз в год	Отсутствие или уменьшение частоты обострений; функция внешнего дыхания ¹¹ (согласно клиническим рекомендациям); сатурация кислорода в крови (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога (по медицинским показаниям)
18	J47.0	Бронхоэктатическая болезнь	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1-3 раз в год	Отсутствие или уменьшение частоты обострений ФВД (согласно клиническим рекомендациям); сатурация кислорода в крови (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога (по медицинским показаниям)
19	J45.0 J45.1 J45.8 J45.9	Астма с преобладанием аллергического компонента Неаллергическая астма Смешанная астма Астма неуточненная	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1-3 раз в год	Достижение полного или частичного контроля бронхиальной астмы ФВД (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога, врача-аллерголога (по медицинским показаниям)
20	J12, J13, J14	Состояние после перенесенной	В соответствии с клиническими	Сатурация кислорода в крови (согласно	Срок диспансерного	Прием (осмотр, консультация) врача-

		пневмонии	рекомендациями, но не реже 1 раза в год	клиническим рекомендациям)	наблюдения определяется лечащим врачом индивидуально с учетом рекомендаций врача - пульмонолога	пульмонолога (по медицинским показаниям)
21	J84.1	Интерстициальные заболевания легких	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие или уменьшение частоты обострений ФВД (согласно клиническим рекомендациям); сатурация кислорода в крови (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога (по медицинским показаниям)
22	N18.1	Состояние после перенесенной острой почечной недостаточности, пациенты в стабильном состоянии, с хронической почечной недостаточностью 1 стадии, а также пациенты, страдающие хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии), в стабильном состоянии с хронической почечной недостаточностью 1	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 4 раз в год	АД (согласно клиническим рекомендациям); ХС-ЛПНП (согласно клиническим рекомендациям); скорость клубочковой фильтрации (согласно клиническим рекомендациям)	После перенесенной острой почечной недостаточности и -срок диспансерного наблюдения определяется лечащим врачом индивидуально с учетом рекомендаций врача-нефролога;	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога 1 раз в год

		стадии			пациенты, страдающие хронической болезнью почек - пожизненно	
23	N18.9	Хроническая болезнь почки неуточненная	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	АД (согласно клиническим рекомендациям); скорость клубочковой фильтрации (согласно клиническим рекомендациям)	Срок диспансерного наблюдения определяется лечащим врачом индивидуально с учетом рекомендаций врача-нефролога	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога 1 раз в год
24	M81.5	Идиопатический остеопороз	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Биохимический анализ крови с определением уровня общего кальция, креатинина и щелочной фосфатазы (согласно клиническим рекомендациям); денситометрия шейки бедра и поясничного отдела позвоночника (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача - акушера-гинеколога (для женщин с остеопорозом, развившимся в течение 3 лет после наступления менопаузы), врача-эндокринолога, врача-ревматолога по медицинским показаниям
25	K29.4 K29.5	Хронический атрофический гастрит Хронический гастрит неуточненный	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие данных о злокачественных новообразованиях ¹² по результатам ЭГДС с множественной биопсией	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (дисплазия или

						аденокарцинома по результатам биопсии)
26	D12.6	Семейный полипоз толстой кишки, синдром Гартнера, синдром Пейца-Егерса, синдром Турко	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие данных о ЗНО по результатам колоноскопии с множественной биопсией	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (дисплазия или аденокарцинома по результатам биопсии)
27	K31.7	Полипы желудка и двенадцатиперстной кишки	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие данных о ЗНО по результатам ЭГДС с множественной биопсией.	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (дисплазия или аденокарцинома по результатам биопсии)
28	D12.8, K62.1	Полип прямой кишки	В соответствии с клиническими рекомендациями, при наличии: гиперпластического полипа - не реже 2 раз в год; тубулярного полипа - не реже 4 раз в год	Отсутствие данных о ЗНО по результатам колоноскопии с множественной биопсией.	В течение 3-х лет при отсутствии рецидива	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (дисплазия или аденокарцинома по результатам биопсии)
29	K50 K51	Болезнь Крона (регионарный энтерит) Язвенный колит	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие данных о ЗНО по результатам колоноскопии с множественной биопсией.	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (дисплазия или аденокарцинома по

30	K22.0 K22.2	Ахалазия кардиальной части пищевода Непроходимость пищевода	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие данных о ЗНО по результатам ЭГДС с множественной биопсией	Пожизненно	результатам биопсии) Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (дисплазия или аденокарцинома по результатам биопсии)
31	K22.7	Пищевод Барретта	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие данных о ЗНО по результатам ЭГДС с множественной биопсией	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (дисплазия или аденокарцинома по результатам биопсии)
32	K70.3 K74.3-K74.6	Алкогольный цирроз печени Первичный билиарный цирроз, вторичный билиарный цирроз, билиарный цирроз неуточненный, другое и неуточненный цирроз печени	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 3-4 месяца	Отсутствие данных о ЗНО по результатам ультразвукового исследования ¹³ или компьютерной томографии ¹⁴ , или магнитно-резонансной томографии ¹⁵ ; повышение уровня альфа-фетопротейна ¹⁶ крови	Пожизненно или до выявления/лечения гепатоцеллюлярной карциномы	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (изменения уровня АФП сыворотки крови отличающиеся от референсных значений, появление и(или) рост дополнительных объемных образований в паренхиме печени)
33	D13.4	Гепатоцеллюлярная аденома	В соответствии с клиническими рекомендациями,	Отсутствие данных о ЗНО по результатам УЗИ или КТ, или МРТ;	Пожизненно или до удаления	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по

			но не реже 2 раз в год	отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии; повышение уровня АФП крови	гепатоцеллюлярной аденомы	медицинским показаниям (изменения уровня АФП сыворотки крови отличающиеся от референсных значений, или увеличение размеров и/или васкуляризации аденомы, злокачественный рост по данным биопсии)
34	D37.6	Полип желчного пузыря	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие данных об увеличении размеров по результатам УЗИ или КТ, или МРТ (размеры полипа и глубина инвазии в стенку желчного пузыря)	Пожизненно или до оперативного удаления желчного пузыря	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (увеличение размеров полипа, появление инвазии)

¹ Далее - МКБ-10

² Далее - ИМТ

³ Далее - АД

⁴ Далее - ЧСС

⁵ Далее - ХС-ЛПНП

⁶ Далее - ЭКГ

⁷ Далее - ЭхоКГ

⁸ Далее - МНО

⁹ Далее - КФК

¹⁰ Далее - ЭГДС

¹¹ Далее - ФВД

¹² Далее - ЗНО

¹³ Далее - УЗИ

¹⁴ Далее - КТ

¹⁵ Далее - МРТ

¹⁶ Далее - АФП

Приложение N 2
к Порядку проведения диспансерного
наблюдения за взрослыми,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 марта 2022 г. N 168н

Перечень
заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за
взрослым населением врачом-кардиологом

N	Код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра ¹	Хроническое заболевание, функциональное расстройство, иное состояние, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
1	I05-I09 I34-I37 I51.0-I51.2	Хронические ревматические болезни сердца Неревматические поражения митрального клапана, аортального клапана, трехстворчатого клапана, поражения клапана легочной артерии Дефект перегородки	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Вес (индекс массы тела ²), окружность талии, статус курения; артериальное давление ³ , частота сердечных сокращений ⁴ (согласно клиническим рекомендациям); общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом	Пожизненно	Диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при пороках сердца и крупных сосудов

	<p>I71 Z95.2-Z95.4, Z95.8, Z95.9</p>	<p>сердца приобретенный, разрыв сухожилий хорды, не классифицированный в других рубриках, разрыв сосочковой мышцы, не классифицированный в других рубриках Аневризма и расслоение аорты Наличие протеза сердечного клапана, наличие ксеногенного сердечного клапана, наличие другого заменителя сердечного клапана, наличие других сердечных и сосудистых имплантатов и трансплантатов, наличие сердечного и сосудистого имплантата и трансплантата неуточненных</p>		<p>скорости клубочковой фильтрации ⁵⁾ (не реже 1 раза в год); клинический анализ крови (не реже 1 раза в год); пациентам при терапии варфарином - международное нормализованное отношение ⁶⁾ (не реже 2 раз в год); отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам электрокардиограммы ⁷⁾ (не реже 1 раз в год); отсутствие признаков застоя в легких по данным рентгенографии органов грудной клетки (не реже 1 раз в год); отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам эхокардиограммы ⁸⁾ - диаметр аорты (не реже 1 раза в год); для пациентов с аневризмой грудной аорты (расширение любого отдела грудной</p>		
--	--	--	--	---	--	--

			<p>аорты >40 мм) - компьютерная томографическая ангиография⁹ - через 6 мес. после постановки диагноза, далее при стабильном состоянии грудной аорты и ее максимальном диаметре 40-50 мм - ежегодно; при наличии факторов риска (неконтролируемая артериальная гипертензия, двустворчатый аортальный клапан, планируемая беременность, тяжелая аортальная, митральная регургитация, коарктация аорты, семейный анамнез аневризм, расслоений аорты, внезапной смерти, прогрессии расширения аорты >3 мм/год, аневризма или расслоение любого другого артериального бассейна), а также при диаметре аорты 50-54 мм - не реже 2 раз в год с решением вопроса о хирургической</p>		
--	--	--	---	--	--

				(транскатетерной, гибридной) коррекции; пациентам после хирургической коррекции аорты и/или ее магистральных ветвей КТ-ангиография через 1, 6 и 12 мес. после вмешательства, далее - ежегодно		
2	II0-II5	Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; АД, ЧСС; оценка домашнего мониторинга артериального давления и дневников с указанием доз принимаемых препаратов; общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ) (не реже 1 раз в год); клинический анализ крови (не реже 1 раза в год); холестерин-липопротеины низкой плотности ¹⁰ (не реже 2 раз в год); альбуминурия в разовой порции мочи (не реже 2 раз в год);	Пожизненно	Диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при артериальной гипертензии, резистентной к медикаментозной терапии и (или) в сочетании с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек С4 и выше стадии

				ЭКГ (не реже 1 раза в год); Рентгенография органов грудной клетки (не реже 1 раза в год); ЭхоКГ (не реже 1 раза в год)		
3	I20-I25 Z95.1 Z95.5	Ишемическая болезнь сердца Наличие аортокоронарного шунтового трансплантата Наличие коронарного ангиопластического имплантата трансплантата	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; АД, ЧСС; общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ) (не реже 1 раза в год); клинический анализ крови (не реже 1 раза в год); ХС-ЛПНП (не реже 2 раз в год); пациентам при терапии варфарином - МНО (не реже 2 раз в год); ЭКГ (не реже 1 раза в год); Рентгенография органов грудной клетки (не реже 1 раз в год); ЭхоКГ (не реже 1 раза в год); пациентам после применения высокотехнологичных методов лечения на коронарных артериях - нагрузочное тестирование (не реже	Пожизненно	Диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при следующих заболеваниях, состояниях, функциональных расстройствах: перенесенный инфаркт миокарда и его осложнения в первые 12 месяцев после установки диагноза, стенокардия напряжения III-IV функционального класса ¹¹ , состояния после высокотехнологичных методов лечения на коронарных артериях (чрескожное коронарное вмешательство и аортокоронарное и

				1 раза в 2 года)		(или) маммарокоронарное шунтирование) в первые 12 мес. после вмешательства, ишемическая болезнь сердца при неэффективности медикаментозной терапии (рефрактерные симптомы, недостижение целевых уровней АД, ЧСС, ХС- ЛПНП), ишемическая болезнь сердца при наличии сердечной недостаточности и (или) жизнеугрожающих нарушений ритма, ишемическая болезнь сердца в сочетании с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек С4 и более стадии, при комбинированной анти тромботическо й терапии, ишемическая
--	--	--	--	------------------	--	--

						болезнь сердца в сочетании с симптомным заболеванием периферических артерий и атеросклерозом другого сосудистого бассейна при назначении двойной антиагрегантной или комбинированной антитромботической терапии
4	I26	Легочная эмболия	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 4 раз в год	Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; АД, ЧСС; общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ) (не реже 1 раза в год); клинический анализ крови (не реже 1 раза в год); пациентам при терапии варфарином - МНО (не реже 4 раз в год); ЭКГ (не реже 1 раз в год); Рентгенография органов грудной клетки (не реже 1 раз в год);	12 месяцев	Диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при тромбоэмболии легочной артерии - в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях

				ЭхоКГ (не реже 2 раз в год)		
5	I27.0 I28 I27.2 I27.8	Первичная легочная гипертензия Другие болезни легочных сосудов с их соответствующим описанием Другая вторичная легочная гипертензия Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Статус курения; АД, ЧСС, пульсоксиметрия в покое; общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ) (не реже 1 раза в год); клинический анализ крови (не реже 1 раза в год); уровень N-концевого пропептида натрийуретического гормона (В-типа) ¹² (не реже 1 раза в год); пациентам при терапии варфарином - МНО (не реже 2 раз в год); ЭКГ (не реже 1 раз в год); Рентгенография органов грудной клетки (не реже 1 раз в год); тест 6-минутной ходьбы (не реже 1 раза в год); ЭхоКГ (не реже 1 раза в год); эргоспирометрия (не реже 1 раза в год)	Пожизненно	
6	I33	Острый и подострый эндокардит	В соответствии с клиническими	Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения;	12 месяцев после	Диспансерное наблюдение

	I38-I39	Эндокардит, клапан не уточнен, эндокардит и поражения клапанов сердца при болезнях, классифицированных в других рубриках	рекомендациями, но не реже 2 раз в год	АД, ЧСС; общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ и определением уровня С-реактивного белка ¹³) (не реже 2 раз в год); клинический анализ крови (не реже 2 раз в год); пациентам при терапии варфарином - МНО (не реже 2 раз в год); ЭКГ (не реже 1 раза в год); Рентгенография органов грудной клетки (не реже 1 раза в год); ЭхоКГ (не реже 1 раза в год)	выздоровления	врачом-кардиологом осуществляется при перенесенном инфекционном эндокардите
7	I40 I41 I51.4	Острый миокардит Миокардит при болезнях, классифицированных в других рубриках Миокардит неуточненный	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; АД, ЧСС; общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ) (не реже 1 раза в год); клинический анализ крови (не реже 1 раза в год; ежемесячно - на фоне иммуносупрессивной терапии); пациентам при терапии	12 месяцев после выздоровления	Диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при следующих заболеваниях, состояниях, функциональных расстройствах: перенесенный острый миокардит, подострый, хронический активный

				<p>варфарином - МНО (не реже 2 раз в год); ЭКГ (не реже 1 раз в год); Рентгенография органов грудной клетки (не реже 1 раз в год); ЭхоКГ (не реже 2 раз в год); СРБ и NT-проBNP - при наличии признаков прогрессии заболевания.</p>		миокардит
8	I42	Кардиомиопатия	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	<p>Вес (ИМТ), статус курения; АД, ЧСС; общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ) (не реже 1 раза в год); клинический анализ крови (не реже 1 раза в год); пациентам при терапии варфарином - МНО (не реже 2 раз в год); ЭКГ (не реже 2 раз в год); рентгенография органов грудной клетки (не реже 1 раз в год); ЭхоКГ (не реже 2 раз в год); мониторинг ЭКГ (не реже 1 раза в год)</p>	Пожизненно	

						по поводу сердечно-сосудистых заболеваний
10	I50	Сердечная недостаточность	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; АД, ЧСС; общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ) (не реже 2 раз в год); клинический анализ крови (не реже 2 раз в год); пациентам при терапии варфарином - МНО (не реже 2 раз в год); NT-proBNP (не реже 1 раза в 2 года); ЭКГ (не реже 1 раза в год); рентгенография органов грудной клетки (не реже 1 раза в год); ЭхоКГ (не реже 2 раз в год); мониторинг ЭКГ (не реже 1 раза в год)	Пожизненно	Диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при следующих заболеваниях, состояниях, функциональных расстройствах: хроническая сердечная недостаточность 2Б-3 стадии и (или) с фракцией выброса ¹⁴ левого желудочка <40% и (или) III-IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA, 1964), хроническая сердечная недостаточность 1-2а стадии и I-II функционального класса по классификации

						Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA, 1964) и ФВ $\geq 40\%$ 40% в сочетании с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек 4 и 5 стадии
11	I65.2	Закупорка и стеноз сонной артерии	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; АД, ЧСС; общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ) (не реже 1 раза в год); клинический анализ крови (не реже 1 раза в год); ХС-ЛПНП (не реже 2 раз в год); ЭКГ (не реже 1 раз в год); дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (не реже 1 раза в год)	Пожизненно	Диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при следующих заболеваниях, состояниях, функциональных расстройствах: стеноз внутренней сонной артерии от 40% при сочетании с ишемической болезнью сердца и симптомным атеросклеротическим поражением периферических артерий или артерий другого сосудистого русла
12	E78	Нарушения обмена липопротеинов и другие липидемии	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; АД, ЧСС; общетерапевтический	Пожизненно	Диспансерное наблюдение врачом-кардиологом

				<p>биохимический анализ крови (с расчетом СКФ) (не реже 1 раза в год);</p> <p>клинический анализ крови (не реже 1 раза в год);</p> <p>ХС-ЛПНП и триглицериды (не реже 2 раз в год);</p> <p>ЭКГ (не реже 1 раза в год);</p> <p>дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (не реже 1 раза в год)</p>		<p>осуществляется при следующих заболеваниях, состояниях, функциональных расстройствах: тяжелая дислипидемия (общий холестерин сыворотки >8,0 ммоль/л и (или) ХС-ЛПНП >5,0 ммоль/л и(или) триглицериды >10 ммоль/л) и (или) подозрение на непереносимость гиполипидемической терапии ввиду развития побочных эффектов или недостаточная ее эффективность и (или) ранний анамнез сердечно-сосудистых заболеваний (до 50 лет), в том числе после реваскуляризации вследствие атеросклеротического поражения сосудистого русла</p>
13	Q20-Q28	Врожденные аномалии	В соответствии с	ЭхоКГ (не реже 1 раз в	Не менее 5 лет	Прием (осмотр,

		(пороки развития) системы кровообращения (Состояние после оперативного лечения врожденных аномалий [пороков развития] системы кровообращения)	клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год (при кодах Q21.3, Q22.4, Q22.5 - не реже 2 раз в год)	год)	при кодах Q21.0, Q21.1, Q21.4. после оперативного лечения Пожизненно при других кодах в группе	консультация) врача сердечно-сосудистого хирурга при отклонении соответствующих контролируемых показателей по данным ЭхоКГ
--	--	---	--	------	--	--

¹ Далее - МКБ-10

² Далее - ИМТ

³ Далее - АД

⁴ Далее - ЧСС

⁵ Далее - СКФ

⁶ Далее - МНО

⁷ Далее - ЭКГ

⁸ Далее - ЭхоКГ

⁹ Далее - КТ-ангиография

¹⁰ Далее - ХС-ЛПНП

¹¹ Далее - ФК

¹² Далее - NT-proBNP

¹³ Далее - СРБ

¹⁴ Далее - фракция выброса

Приложение N 3
к Порядку проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. N 168н

Перечень

хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, которые предшествуют развитию злокачественных новообразований, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачами-специалистами

N п/п	Код по Международной статистической Классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра ¹	Хроническое заболевание, функциональное расстройство, иное состояние, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
Диспансерное наблюдение у врача-инфекциониста						
1.	B18.0-B18.2	Хронический вирусный гепатит В и (или) хронический вирусный гепатит С	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 12 месяцев для пациентов без фиброза или цирроза печени и не реже 1 раза в 6 месяцев для пациентов с тяжелым фиброзом или циррозом печени	Отсутствие прогрессирования по данным ультразвукового исследования ² или магнитно-резонансной томографии ³ ; повышение уровня альфа-фетопротеина ⁴ крови	Пожизненно или до выявления/лечения гепатоцеллюлярной карциномы	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (изменения уровня АФП сыворотки крови отличающиеся от референсных значений, появление или увеличение размеров дополнительных объемных образований в паренхиме печени)
2.	B20-B24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита	Наблюдение врачом-инфекционистом в соответствии с клиническими	Контроль лабораторных показателей в соответствии с клиническими	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога 1 раз в год. У женщин при 3 стадии

		человека (ВИЧ)	рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции	рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции		и количестве CD4+ клеток 200 и более на мкл - 1 раз в год консультация врача-акушера-гинеколога, при других стадиях и количестве CD4+ клеток менее 200 на мкл - консультация врача-акушера-гинеколога 1 раз в 6 месяцев
Диспансерное наблюдение у врача-эндокринолога						
3.	E34.8, D13.7, D35.0-D35.2, D35.8	Множественный эндокринный аденоматоз, тип I (МЭА-I, синдром Вернера) (Синдром множественной эндокринной неоплазии I типа (МЭН I))	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год. При стойкой ремиссии увеличение интервала до 3-5 лет	Уровень глюкозы, инсулина, пролактина, инсулиноподобного фактора роста-1 крови, хромогранина А, глюкагона, гастрин вазоинтестинального полипептида, панкреатического полипептида крови, паратиреоидного гормона, кальция (общий и ионизированный), фосфора крови; уровень кальция мочи; отсутствие структурных изменений паращитовидных желез, поджелудочной железы, надпочечников;	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии патолого-анатомического подтверждения злокачественного новообразования ⁵	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (атипия клеток в пунктате) (TIRADS \geq 4, и (или) наличие атипии клеток по результатам цитологического исследования пунктата (Bethesda \geq III). Дисплазия или аденокарцинома по результатам ЭГДС с множественной биопсией, изменения уровня, хромогранина А, глюкагона, гастрин вазоинтестинального

				отсутствие объемных образований по данным МРТ гипофиза, УЗИ шеи, УЗИ органов брюшной полости; отсутствие данных о ЗНО по результатам эзофагогастродуоденоскопии с биопсией		полипептида, панкреатического полипептида крови, паратиреоидного гормона, кальция (общего и ионизированного), фосфора крови, кальция мочи отличающиеся от референсных значений)
4.	D44.8, D35.0, D35.1-D35.8	Множественная эндокринная неоплазия: тип 2А (Синдром Сиппла); тип 2В (Синдром Горлина)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Исключение ЗНО щитовидной железы, паращитовидных желез; уровень гормонов щитовидной железы (согласно клиническим рекомендациям) и паратиреоидного гормона; уровень кальцитонина крови, хромогранина А; уровень метанефринов и норметанефринов суточной мочи или крови	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии патолого-анатомического подтверждения ЗНО	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (TIRADS ≥ 4 , и (или) наличие атипии клеток по результатам цитологического исследования пунктата (Bethesda \geq III), изменение уровня гормонов щитовидной железы (согласно клиническим рекомендациям) и паратиреоидного гормона, кальцитонина крови, раково-эмбриональный антиген ⁶ ,

						хромогранина А, метанефринов и норметанефринов суточной мочи или крови отличающиеся от референсных значений), кальция крови, скорректированного по альбумину или ионизированного, отличающиеся от референсных значений, наличие объемных образований по результатам УЗИ шеи, компьютерной томографии ⁷ или МРТ надпочечников
5.	E34.5	Группа заболеваний с нарушением формирования пола (варианты дисгенезии гонад и синдромов резистентности к андрогенам)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие структурных изменений по данным УЗИ органов малого таза, УЗИ органов мошонки (яички), МРТ органов малого таза по показаниям; уровень АФП, бета хорионического гормона ⁸ , уровень лактатдегидрогеназы крови ⁹	До момента удаления гонад (при наличии показаний)	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (изменение уровня АФП, ХГЧ, ЛДГ в крови отличающиеся от референсных значений, наличие объемных образований по данным УЗИ)
6.	E22.0	Акромегалия	В соответствии с клиническими	Отсутствие данных о ЗНО по результатам	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-

			рекомендациями, но не реже 1 раза в год	колоноскопии с множественной биопсией; отсутствие объемных образований щитовидной железы по данным УЗИ и молочных желез по данным УЗИ и маммографии		онколога по медицинским показаниям (дисплазия или аденокарцинома по результатам биопсии, наличие объемных образований щитовидной железы по данным УЗИ и молочных желез по данным УЗИ и маммографии). При семейном полипозе толстой кишки - решение вопроса о выполнении профилактической колэктомии
7.	E04.1 E04.2 E05.1 E05.2	Нетоксический одноузловой зоб Нетоксический многоузловой зоб Тиреотоксикоз с токсическим одноузловым зобом Тиреотоксикоз с токсическим многоузловым зобом	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие структурных изменений ткани/ложа щитовидной железы по данным УЗИ; уровень тиреотропного гормона в крови (согласно клиническим рекомендациям); уровень кальцитонина в сыворотке крови при первичном обращении; отсутствие данных о ЗНО по результатам пункционной биопсии с цитологическим или морфологическим исследованием;	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии патолого-анатомического подтверждения ЗНО	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям, TIRADS ≥ 4 и/или наличие атипии клеток по результатам цитологического исследования пунктата (Bethesda > III), повышение кальцитонина крови у женщин более 10 пг/мл, у мужчин более 15 пг/мл.

				цитологическая/ морфологическая повторная верификация при изменении признаков риска по данным УЗИ		
8.	D35.1 E21.0	Аденома паращитовидной железы. Первичный гиперпаратиреоз	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Оценка размеров образования паращитовидной железы при УЗИ; уровень кальция, (скорректированный на альбумин), фосфора, креатинина и паратгормона в сыворотке крови; сцинтиграфия с технецием [^{99m} Tc] сестамиби (по показаниям); денситометрия (по показаниям)	Без хирургического лечения - пожизненно. После хирургического лечения - не менее 5 лет после операции.	Прием (осмотр, консультация) врача- онколога по медицинским показаниям: уровень общего кальция, скорректированного на альбумин >3 ммоль/л, размер опухоли >3 см. Морфологическая картина атипической аденомы по данным послеоперационного гистологического исследования. Множественные аденомы паращитовидных желез (синдром МЭН1, МЭН2А и др.)
9.	D35.0	Аденома надпочечника	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 2 года	Оценка размеров образования надпочечника и характер накопления и вымывания контрастного вещества (при компьютерной томографии или МРТ); уровень калия, натрия, глюкозы. АД;	Не менее 5 лет при гормонально неактивных инциденталом надпочечника. В остальных случаях не менее 10 лет или до	Прием (осмотр, консультация) врача- онколога по медицинским показаниям: размер опухоли >4 см. Подозрение на ЗНО надпочечника по данным компьютерной

				проба с дексаметазоном 1 мг. (Нор) метанефрины в суточной моче или плазме крови; при артериальной гипертензии - уровень альдостерона и ренина	хирургического лечения.	томографии с контрастом (высокая нативная плотность более 20 ЕД Н и низкое выведение контраста). Морфологическая картина феохромоцитомы, адренокортикального рака или метастаза в надпочечник по данным послеоперационного гистологического исследования
--	--	--	--	---	-------------------------	--

Диспансерное наблюдение у врача-невролога

10.	Q85.1	Туберозный склероз	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие объемных образований по данным МРТ головного мозга	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (наличие объемных образований по данным МРТ)
-----	-------	--------------------	---	---	------------	--

Диспансерное наблюдение у врача-хирурга

11.	D11	Доброкачественное новообразование больших слюнных желез	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие структурных изменений ткани больших слюнных желез по данным осмотра и УЗИ; отсутствие данных о ЗНО по результатам пункции/ биопсии больших слюнных желез	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии патолого-анатомического подтверждения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (рост образований, наличие данных за злокачественный
-----	-----	---	---	---	---	--

					ЗНО	процесс по результатам пункции/биопсии)
12.	Q78.1	Полиостозная фиброзная дисплазия	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие признаков прогрессирования: появление и (или) увеличение структурных изменений костной ткани; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и(или) изменение клинических параметров образования)
Диспансерное наблюдение у врача-уролога						
13.	D30.3	Папилломы, полипы мочевого пузыря	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие ультразвуковых признаков роста образования по результатам УЗИ органов малого таза; отсутствие данных о ЗНО по результатам цистоскопии с биопсией	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (рост образований, наличие данных за злокачественный процесс по результатам пункции/биопсии)
14.	D30.4	Папилломы, полипы мочеиспускательного канала	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие ультразвуковых признаков роста образования по результатам УЗИ органов малого таза; отсутствие данных о ЗНО	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (рост образований, наличие данных за

				по результатам уретероскопии с биопсией		злокачественный процесс по результатам пункции/биопсии)
15.	N48.0	Лейкоплакия полового члена	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие структурных изменений при физикальном осмотре с контролем размеров, структуры, толщины очага лейкоплакии; отсутствие данных о ЗНО по результатам цитологического исследование мазка/соскоба, биопсии по показаниям	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (рост образований, наличие данных за злокачественный процесс по результатам морфологического исследования (дисплазия, рак in situ, инвазивный рак)
16.	D41.0	Сложные кисты почки	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие признаков прогрессирования по результатам УЗИ или КТ или МРТ забрюшинного пространства: оценка размеров кист и тенденции к их увеличению, наличие внутренних перегородок и увеличение их количества, накопления контраста в кистах и их капсуле, изменение градации по Bosniak	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (рост образований, накопления контрастного вещества, наличие внутренних перегородок и увеличение их количества, изменение градации по Bosniak)
17.	D30.0	Ангиомиолипома почки	В соответствии с клиническими рекомендациями, но	Отсутствие признаков прогрессирования по результатам УЗИ или КТ	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по

			не реже 1 раза в год	или МРТ забрюшинного пространства: оценка размеров и васкуляризации		медицинским показаниям (рост образований, накопление контрастного вещества)
18.	D29.1	Простатическая интраэпителиальная неоплазия простаты	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие признаков прогрессирования по результатам физикального осмотра и УЗИ предстательной железы; отсутствие данных о ЗНО по результатам пункционной биопсии; уровень простатспецифического антигена ¹⁰ в сыворотке крови	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (рост образования по данным УЗИ и физикального осмотра, изменение уровня ПСА в сыворотке крови отличающиеся от референсных значений, наличие данных о ЗНО по результатам морфологического исследования пунктата)
Диспансерное наблюдение у врача-травматолога-ортопеда						
19.	M96	Поражения костно-мышечной системы после медицинских процедур на опорно-двигательном аппарате в связи с опухолевым и	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже чем ежеквартально в течение первого года, затем 2 раза в год	Отсутствие признаков гиперостоза или деструкции по результатам рентгенографии костей и суставов и(или) КТ и(или) МРТ костей и суставов	До 10 лет	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (наличие признаков гиперостоза или деструкции по результатам рентгенографии

		системным поражением				костей и суставов и(или) КТ и(или) МРТ костей и суставов)
20.	M88	Болезнь Педжета (костей) деформирующий остеит	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие структурных изменений костной ткани по данным рентгенографии костей и суставов и(или) КТ и(или) МРТ; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии (при наличии медицинских показаний для ее проведения)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (наличие структурных изменений костной ткани по данным рентгенографии костей и суставов и(или) КТ и(или) МРТ, наличие данных о ЗНО по результатам биопсии)
21.	D16	Солитарные и множественные остеохондромы	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие структурных изменений костной ткани по данным рентгенографии костей и суставов и(или) КТ и(или) МРТ и(или) сцинтиграфии; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии	Пожизненно при наличии неудаленных новообразований	Прием, осмотр, консультация врача-онколога по медицинским показаниям (при росте опухоли по данным осмотра и лучевых методов диагностики, появлении болевого синдрома, нарушении функции, наличие данных о ЗНО по результатам биопсии)
22.	M85	Фиброзная дисплазия	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие структурных изменений костной ткани по данным рентгенографии костей и суставов и(или) КТ	Пожизненно при наличии неудаленных новообразований	Прием, осмотр, консультация врача-онколога по медицинским показаниям (при росте

				и(или) МРТ		опухоли по данным осмотра и лучевых методов диагностики, появлении болевого синдрома, нарушении функции, наличие данных о ЗНО по результатам биопсии)
23.	Q78.4	Энхондроматоз (дисхондроплазия, болезнь Оллье).	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие структурных изменений костной ткани по данным рентгенографии костей и суставов и(или) КТ и(или) МРТ	Пожизненно при наличии неудаленных новообразований	Прием, осмотр, консультация врача-онколога по медицинским показаниям (при росте опухоли по данным осмотра и лучевых методов диагностики, появлении болевого синдрома, нарушении функции, наличие данных о ЗНО по результатам биопсии)
Диспансерное наблюдение у врача-офтальмолога						
24.	D31 D23.1	Доброкачественное новообразование глаза и его придаточного аппарата Доброкачественные новообразования кожи века, включая спайку век	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год в течение первых 2 лет диспансерного наблюдения, далее - 1 раз в год	Отсутствие изменений при фоторегистрации переднего и заднего отрезков глаза, при ультразвуковом исследовании переднего и заднего отрезка глаза, орбиты, флюоресцентной ангиографии, оптической когерентной томографии,	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (изменения при фоторегистрации переднего и заднего отрезков глаза, при ультразвуковом исследовании переднего и заднего

				КТ и (или) МРТ орбит; признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменения клинических параметров образования кожи века		отрезка глаза, орбиты, флюоресцентной ангиографии, оптической когерентной томографии, КТ/МРТ орбит, признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменения клинических параметров образования кожи века)
--	--	--	--	--	--	---

Диспансерное наблюдение у врача-оториноларинголога

25.	J38.1	Полип голосовой складки и гортани	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие изменений (увеличения размера полипа, изъязвления) по результатам осмотра врача-специалиста; отсутствие данных о ЗНО по результатам ларингоскопии с биопсией	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии патолого-анатомического подтверждения ЗНО	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (нарастающая осиплость, фиксация голосовой складки, признаки атипии при морфологическом исследовании биоптата)
26.	D14.1	Папилломатоз, фиброматоз гортани	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие изменений по результатам осмотра врача-специалиста, ларингоскопии с биопсией	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии патолого-	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям

					анатомического подтверждения ЗНО	(нарастающая осиплость, фиксация голосовой складки, признаки атипии при морфологическом исследовании биоптата)
27.	D14.2	Доброкачественное новообразование трахеи	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие изменений по результатам осмотра врача-специалиста, трахеоскопии с биопсией	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (увеличение размеров дополнительного объемного образования, появление новых очагов, контактная кровоточивость, появление эрозий на его поверхности, а также дисплазия/ рак по результатам биопсии)
28.	D14.0	Инвертированная папиллома полости носа	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие изменений по результатам осмотра врача-специалиста, зеркальной фиброскопии полости носа и носоглотки, КТ или МРТ лицевого скелета; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии патолого-анатомического подтверждения ЗНО	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (увеличение размеров дополнительного объемного образования, появление новых очагов, контактная

						кровоточивость, появление эрозий на его поверхности, а также дисплазия/ рак по результатам биопсии)
29.	J33	Полип носа	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Отсутствие изменений по результатам осмотра врача-специалиста, зеркальной фиброскопии полости носа и носоглотки, КТ или МРТ лицевого скелета; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии	В течение 5 лет с момента хирургического лечения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (увеличение размеров дополнительного объемного образования, появление новых очагов, контактная кровоточивость, появление эрозий на его поверхности, а также дисплазия/ рак по результатам биопсии)
30.	D14	Новообразование среднего уха	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие изменений по результатам осмотра врача-специалиста, микроотоскопии, КТ или МРТ височных костей; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (увеличение размеров дополнительного объемного образования, появление новых очагов, контактная кровоточивость,

						появление эрозий на его поверхности, а также дисплазия/рак по результатам биопсии)
31.	D10.4 D10.5 D10.6 D10.7 D10.9	Доброкачественное новообразование миндалина Доброкачественное новообразование других частей ротоглотки Доброкачественное новообразование носоглотки Доброкачественное новообразование гортаноглотки Доброкачественное новообразование глотки неуточненной локализации	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие изменений по результатам осмотра врача-специалиста и эндоскопического исследования; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (увеличение размеров дополнительного объемного образования, появление новых очагов, контактная кровоточивость, появление эрозий на его поверхности, а также дисплазия/рак по результатам биопсии)
32.	J37	Хронический ларингит и ларинготрахеит	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие изменений по результатам осмотра врача-специалиста, Фиброларингоскопии; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (увеличение размеров дополнительного

						объемного образования, появление новых очагов, контактная кровоточивость, появление эрозий на его поверхности, а также дисплазия/рак по результатам биопсии)
33.	J31	Хронический ринит, назофарингит, фарингит	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие изменений по результатам осмотра специалиста, зеркальной фиброскопии полости носа и глотки, КТ или МРТ лицевого скелета; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (увеличение размеров дополнительного объемного образования, появление новых очагов, контактная кровоточивость, появление эрозий на его поверхности, а также дисплазия/рак по результатам биопсии)
Диспансерное наблюдение у врача-стоматолога						
34.	K13.2	Лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта, включая языка	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Отсутствие данных о ЗНО по результатам люминесцентной стоматоскопии с прицельной	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (дисплазия/ рак по

				биопсией	подтверждения	результатам биопсии)
35.	K13.0	Абразивный хейлит Манганотти, ограниченный гиперкератоз, бородавчатый предрак	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие данных о ЗНО по результатам люминесцентной стоматоскопии с прицельной биопсией	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и(или) изменение клинических параметров образования)
36.	D10.0 D10.1 D10.2 D10.3	Доброкачественное новообразование губы Доброкачественное новообразование языка Доброкачественное новообразование дна полости рта Доброкачественное новообразование других неуточненных частей рта	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие признаков прогрессирования: изменения размеров, консистенции, формы образований по данным обследования, рецидивов после проведенного лечения; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и(или) изменение клинических параметров образования)
37.	K13.7	Меланоз полости рта	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие признаков прогрессирования: изменения размеров, консистенции, формы	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским

				образований по данным обследования; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии	гистологического подтверждения	показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и(или) изменение клинических параметров образования)
38.	Q78.1	Полиостозная фиброзная дисплазия	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие признаков прогрессирования: появление и (или) увеличение структурных изменений костной ткани; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и(или) изменение клинических параметров образования)
39.	L43	Красный плоский лишай (плоский лишай слизистой оболочки рта)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Отсутствие данных о ЗНО по результатам люминесцентной стоматоскопии с прицельной биопсией	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и(или) изменение клинических параметров образования)
Диспансерное наблюдение у врача-дерматовенеролога						
40.	D22	Синдром	В соответствии с	Отсутствие признаков	Пожизненно	Прием (осмотр,

		диспластических невусов, синдром FAMM (семейный синдром атипических множественных невусов), синдром FAMMM (семейный синдром атипических множественных невусов с меланомой)	клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	малигнизации новообразований кожи или появления новых злокачественных новообразований кожи по данным клинического осмотра и инструментальных исследований (дерматоскопии, цифрового картирования кожи)		консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и(или) изменение клинических параметров образования)
41.	Q82.5	Врожденные гигантские и крупные невусы	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие признаков малигнизации новообразований кожи по данным клинического осмотра и инструментальных исследований (дерматоскопии, цифрового картирования кожи)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и(или) изменение клинических параметров образования)
42.	D23	Невус Ядассона, синдром Горлина-Гольца, синдром Базекса, синдром Рембо	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие признаков малигнизации новообразований кожи или появления новых злокачественных новообразований кожи по данным клинического	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического

				осмотра и инструментальных исследований (дерматоскопии, цифрового картирования кожи)		исследования и(или) изменение клинических параметров образования)
43.	L57.1	Актинический кератоз	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие признаков малигнизации новообразований кожи или появления новых злокачественных новообразований кожи по данным клинического осмотра и инструментальных исследований (дерматоскопии, цифрового картирования кожи)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и(или) изменение клинических параметров образования)
44.	L82	Эруптивный себорейный кератоз (как проявление фотоповреждения кожи)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раза в год	Отсутствие признаков малигнизации новообразований кожи или появления новых злокачественных новообразований кожи по данным клинического осмотра и инструментальных исследований (дерматоскопии, цифрового картирования кожи)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и(или) изменение клинических параметров образования)
45.	Q82.1	Ксеродерма пигментная	В соответствии с клиническими рекомендациями, но	Отсутствие признаков малигнизации новообразований кожи	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по

			не реже чем ежеквартально в течение первого года диспансерного наблюдения, далее - 2 раза в год	или появления новых злокачественных новообразований кожи по данным клинического осмотра и инструментальных исследований (дерматоскопии, цифрового картирования кожи)		медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и(или) изменение клинических параметров образования)
Диспансерное наблюдение у врача-акушера-гинеколога						
46.	N84	Полипы шейки матки и эндометрия	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже чем 1 раз в 6 месяцев в течение первого года, далее - ежегодно до 5 лет	Отсутствие изменений по данным УЗИ органов малого таза. Отсутствие данных о ЗНО по результатам морфологического исследования материала, полученного при полипэктомии или отдельном диагностическом выскабливании	5 лет - при отсутствии рецидива	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (наличие в полученном материале интраэпителиальной неоплазии, атипической гиперплазии эндометрия, аденокарциномы, рака (in situ, инвазивного))
47.	E28.2	Синдром поликистоза яичников	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Уровень половых гормонов (согласно клиническим рекомендациям); отсутствие объемных образований по результатам УЗИ щитовидной железы, паращитовидных желез и органов малого таза;	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (тенденция к увеличению уровня онкомаркеров СА-125 и НЕ4 при динамическом

				<p>уровень онкомаркеров СА-125 и НЕ-4 сыворотки крови;</p> <p>уровень глюкозы по результатам перорального глюкозотолерантного теста (каждые 1-3 года в зависимости от наличия факторов риска развития нарушений углеводного обмена), липидный профиль (при отсутствии нарушений - 1 раз в 2 года, при отклонениях от нормы - ежегодно);</p> <p>индекс массы тела, окружность талии, уровень артериального давления</p>		<p>наблюдения, гиперплазия эндометрия, а также появление ультразвуковых признаков малигнизации, появление объемных образований по результатам УЗИ щитовидной железы, парашитовидных желез и органов малого таза).</p> <p>Консультация врача-эндокринолога для проведения перорального глюкозотолерантного теста при необходимости.</p> <p>Консультация врача-дерматовенеролога при наличии жалоб на акне и выпадение волос.</p> <p>Консультация врача-диетолога с целью модификации образа жизни</p>
48.	N88.0	Лейкоплакия шейки матки	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие атипических клеток по результатам цитологического исследования мазков с шейки матки (1 раз в год)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (наличие

						атипических клеток по результатам цитологического исследования, тяжелой дисплазии (CIN III), рака in situ, инвазивного рака по результатам морфологического исследования биоптата шейки матки)
49.	N85.0	Железистая гиперплазия эндометрия	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие рецидива заболевания, по результатам УЗИ органов малого таза - отсутствие увеличения толщины эндометрия более 5 мм на 5-7 день цикла или более 4 мм в постменопаузе; отсутствие признаков рецидива гиперплазии эндометрия или злокачественной трансформации по результатам морфологического исследования биоптата эндометрия (1 раз в год); отсутствие данных о ЗНО по результатам морфологического исследования материала, полученного при аспирационной биопсии эндометрия и (или)	5 лет	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (наличие рецидивирующей гиперплазии в постменопаузе по результатам УЗИ), увеличение М-эхо в динамике по результатам УЗИ, наличие атипичных клеток в полученном материале (эндометриальная интраэпителиальная неоплазия, атипичная гиперплазия эндометрия, аденокарцинома)

				гистероскопии, отдельном диагностическом выскабливании полости матки и цервикального канала		
50.	N85.1	Аденоматозная гиперплазия эндометрия	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Отсутствие рецидива заболевания по результатам УЗИ органов малого таза - отсутствие увеличения толщины эндометрия более 5 мм на 5-7 день цикла и более 4 мм в постменопаузе; отсутствие признаков рецидива гиперплазии эндометрия или злокачественной трансформации по результатам морфологического исследования биоптата эндометрия (каждые 6 месяцев в течение первого года и далее 1 раз в год); отсутствие данных о ЗНО по результатам морфологического исследования материала, полученного при аспирационной биопсии эндометрия и (или) гистероскопии, отдельного	5 лет	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (наличие патологии эндометрия (полип, гиперплазия по результатам УЗИ), увеличение М-эхо в динамике по результатам УЗИ, наличие атипичных клеток в полученном материале (эндометриальная интраэпителиальная неоплазия, атипичная гиперплазия эндометрия, аденокарцинома)

				диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала		
51.	N87.1	Умеренная дисплазия шейки матки Цервикальная интраэпителиальн ая неоплазия (CIN) II степени	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раза в год в течение 1 года после хирургического лечения, далее не реже 1 раза в год в течение 20 лет	Отсутствие данных о ЗНО по результатам цитологического исследования мазков с шейки матки	20 лет	Прием (осмотр, консультация) врача- онколога по медицинским показаниям (наличие атипических клеток по результатам цитологического исследования, тяжелой дисплазии (CINIII), рака in situ, инвазивного рака по результатам морфологического исследования биоптата шейки матки)
52.	N87.2	Резко выраженная дисплазия шейки матки, не классифицирован ная в других рубриках Цервикальная интраэпителиальн ая неоплазия (CIN) III степени	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не позднее 3 месяцев после хирургического лечения, далее - не реже 2 раз в год в течение 2 лет, далее ежегодно в течение 20 лет	Отсутствие атипических клеток по результатам цитологического исследования мазков с шейки матки	20 лет	Прием (осмотр, консультация) врача- онколога по медицинским показаниям (наличие атипических клеток по результатам цитологического исследования, тяжелой дисплазии (CINIII), рака in situ, инвазивного рака по результатам морфологического исследования биоптата

53.	D39.1	Новообразования неопределенного или неизвестного характера яичника	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже чем 2 раза в год	Уровень сывороточного онкомаркера СА-125, НЕ4, ингибин В, ЛДГ, АФП, РЭА, ХГЧ; отсутствие прогрессирования по результатам УЗИ и (или) МРТ органов малого таза и брюшной полости: увеличение размеров и кистозно-солидная структура яичников, васкуляризация кист, наличие папиллярных разрастаний по наружной или внутренней поверхности кист, появление солидного компонента в кистах, объем и характер свободной жидкости в полости малого таза	Пожизненно (до излечения)	шейки матки) Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (появление ультразвуковых признаков малигнизации, тенденция к увеличению уровня сывороточных онкомаркеров СА-125, НЕ4, ингибин В, ЛДГ, АФП, РЭА, ХГЧ;.при выявлении мутации генов BRCA1 и BRCA2, CHEC)
Диспансерное наблюдение у врача-онколога						
54.	D24	Доброкачественное новообразование молочной железы	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже чем 1 раз в год	Отсутствие изменений по данным осмотра, пальпации молочных желез, шейно-надключичных и подмышечных зон; отсутствие признаков роста и изменения степени васкуляризации по инструментальным	До наступления менопаузы, но не менее 5 лет	

				методам исследования (УЗИ, маммография); отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии, цитологического исследования пункционного материала		
55.	N60	Доброкачественная дисплазия молочной железы	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже чем 1 раз в год	Отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии, цитологического исследования пункционного материала	До 60 лет, но не менее 5 лет	

¹ Далее - МКБ-10

² Далее - УЗИ

³ Далее - МРТ

⁴ Далее - АФП

⁵ Далее - ЗНО

⁶ Далее - РЭА

⁷ Далее - КТ

⁸ Далее - ХГЧ

⁹ Далее - ЛДГ

¹⁰ Далее - ПСА

Приложение № 2
к приказу Минздрава
Республики Татарстан
от 24.04.24 № 946

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2024 г. N 91н "О внесении изменений в порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. N 168н"

В соответствии с частью 7 статьи 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и подпунктом 5.2.65 пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608, приказываю:

1. Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. N 168н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2022 г., регистрационный N 68288).

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня, следующего за днем его официального опубликования и действует до 1 сентября 2028 г.

Министр

М.А. Мурашко

Зарегистрировано в Минюсте России 22 марта 2024 г.
Регистрационный N 77594

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 28 февраля 2024 г. N 91н

Изменения,
которые вносятся в порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми,
утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта
2022 г. N 168н

1. Пункт 6 дополнить абзацем следующего содержания:

"Работодатель вправе организовать диспансерное наблюдение в отношении работников, а работающие застрахованные лица вправе пройти диспансерное наблюдение по месту работы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый период³⁽¹⁾".

2. Пункт 6 дополнить сноской 3(1) следующего содержания:

"³⁽¹⁾ Раздел IV "Базовая программа обязательного медицинского страхования" Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 N 2353."

3. Пункт 14 дополнить абзацами следующего содержания:

"Медицинская организация, осуществляющая диспансерное наблюдение граждан, обеспечивает посредством информационных систем в сфере здравоохранения⁶ доступность информации о результатах приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, результатах исследований и иных медицинских вмешательств при проведении диспансерного наблюдения медицинским организациям субъекта Российской Федерации, оказывающим

первичную медико-санитарную помощь, независимо от места прикрепления работающего застрахованного лица.

Посредством медицинской информационной системы медицинской организации и (или) государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации при проведении диспансерного наблюдения информация о результатах приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, включая сведения о медицинской документации, сформированной в виде электронных документов, представляется в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения⁷, в том числе с целью предоставления гражданам услуг в сфере здравоохранения в электронной форме посредством использования федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)"⁸ и иных информационных систем, предусмотренных частью 5 статьи 91 Федерального закона N 323-ФЗ.

Медицинская организация, осуществляющая диспансерное наблюдение работающего застрахованного лица, обеспечивает передачу информации между медицинскими организациями, в которых граждане получают первичную медико-санитарную помощь, в том числе расположенными в других субъектах Российской Федерации, предусмотренной в контрольной карте."

4. Пункт 14 дополнить сносками 6, 7 и 8 следующего содержания:

"⁶ Часть 1 статьи 91 Федерального закона N 323-ФЗ.";

"⁷ Постановление Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 N 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения".";

"⁸ Положение о федеральной государственной информационной системе "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)", утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 24.10.2011 N 861.".

Приложение № 3
к приказу Минздрава
Республики Татарстан
от 24.04.24 № 946

Министерство здравоохранения Российской Федерации Минздрав России
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский
исследовательский центр терапии и профилактической медицины»
здравоохранения Российской Федерации

Вр-2482763

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ
ПРИОРИТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРНОГО
НАБЛЮДЕНИЯ**

Москва, 2022

УДК
ББК

Авторы:

Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Фисенко В.С., Камкин Е.Г., Котова Е.Г., Флек В.О.,
Каракулина Е.В., Раковская Ю.С.

Рецензент:

ректор ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава
России, главный внештатный специалист по терапии Сибирского федерального округа
Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Ливзан М.А.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРИОРИТИЗАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ/** Драпкина О.М.,
Дроздова Л.Ю., Фисенко В.С., Камкин Е.Г., Котова Е.Г., Флек В.О., Каракулина Е.В.,
Раковская Ю.С. – М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2022 – 42с.

ISBN

Методические рекомендации содержат описание основных методов приоритизации пациентов в рамках диспансерного наблюдения, описывают ключевые роли участников при организации приоритизации, скрипт приглашения приоритетной группы коморбидных пациентов на диспансерное наблюдение.

Методические рекомендации адресованы руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, специалистам системы обязательного медицинского страхования, руководителям медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участковым врачам-терапевтам, врачам общей практики, среднему медицинскому персоналу, участвующему в процессе диспансерного наблюдения.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России от 19.04.2022 (протокол №5).

УДК
ББК

ISBN

© Коллектив авторов 2022г.

© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, Москва, 2022г.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И ТЕРМИНОВ.....	4
АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ПРИОРИТИЗАЦИЯ ГРУПП ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ.....	7
Этапы проведения диспансерного наблюдения с учетом формирования приоритетной группы коморбидных пациентов.....	10
Скрипт приглашения пациентов из приоритетной группы коморбидных пациентов на диспансерный прием.....	14
НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХНИЗ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	16
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	17
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	18

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И ТЕРМИНОВ

Минздрав России



Вр-2482763

ЕПГУ	–	единый портал государственных услуг
ВМП	–	высокотехнологичная медицинская помощь
ОКС	–	острый коронарный синдром
ОНМК	–	острое нарушение мозгового кровообращения
МО	–	медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь
МИС	–	медицинская информационная система
ПМО	–	профилактический медицинский осмотр
ТИА	–	транзиторная ишемическая атака
ТФОМС	–	территориальный фонд обязательного медицинского страхования
ФФОМС	–	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ХНИЗ	–	хронические неинфекционные заболевания
Приоритетная группа коморбидных пациентов	–	приоритетная группа коморбидных пациентов с высоким риском преждевременной смерти

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

- Драпкина О.М. – директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, профессор, д.м.н., академик РАН
- Дроздова Л.Ю. – руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, к.м.н.
- Фисенко В.С. – первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации
- Камкин Е.Г. – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации
- Котова Е.Г. – директор Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации
- Флек В.О. – помощник Министра здравоохранения Российской Федерации
- Каракулина Е.В. – директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации
- Раковская Ю.С. – младший научный сотрудник лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

ВВЕДЕНИЕ

Основным механизмом снижения преждевременной смертности, а также профилактики осложнений ХНИЗ, является повышение эффективности диспансерного наблюдения в первичном звене здравоохранения.

Диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Критически важным в процессе диспансерного наблюдения является достижение целевых значений показателей состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями.

Диспансерное наблюдение осуществляется:

- врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом участковым цехового лечебного участка, врачом общей практики (семейным врачом);
- врачом специалистом;
- врачом по медицинской профилактике (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;
- фельдшером (акушером) фельдшерско-акушерского пункта, фельдшером фельдшерского здравпункта (в случае возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача).

Ограничения, введенные в период пандемии COVID-19, привели к вынужденной приостановке профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения и снижению эффективности контроля за течением ХНИЗ. В тоже время вклад ХНИЗ в преждевременную смертность является определяющим.

По данным регистров ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России наиболее высокие показатели смертности среди пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении, отмечаются у коморбидных пациентов. Наиболее высокий риск – у пациентов с наличием сердечно-сосудистой коморбидности, а также у пациентов с сочетанием сердечно-сосудистых заболеваний и других хронических неинфекционных заболеваний. Это диктует необходимость актуализации подходов к проведению диспансерного наблюдения пациентов с ХНИЗ с целью повышения его эффективности и снижения смертности.

ПРИОРИТИЗАЦИЯ ГРУПП ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Процесс приоритизации необходимо начать с актуализации списка пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению, из числа застрахованных лиц, с учетом сведений об оказанной им медицинской помощи, на основании счетов-реестров в разрезе медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, для выделения приоритетной группы коморбидных пациентов для прохождения диспансерного наблюдения.

Приоритетная группа коморбидных пациентов для проактивного приглашения на диспансерный прием

Формирование приоритетной группы коморбидных пациентов для проактивного приглашения на диспансерный прием основывается на оценке риска преждевременной смертности, в основе которых лежит сочетание заболеваний, относящихся к ХНИЗ, в первую очередь, сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, болезней органов дыханий, болезней почек, а также их осложнений. Необходимо учитывать, что в наибольшей степени высокий риск обусловлен наличием сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистой коморбидностью.

Для формирования группы разработан алгоритм, который учитывает комбинацию заболеваний в соответствии с кодами МКБ-10 (табл. 1).

К группам диагнозов, обуславливающих высокий риск смерти, целесообразно относить любое сочетание сопутствующих заболеваний и осложнений с основным диагнозом (а также сочетание нескольких диагнозов из группы основных), из указанных в таблице (табл. 1).

Учитывается сочетание диагнозов в соответствии с кодами по МКБ-10, из числа входящих в группы 1,2 или 3, в одном из трех вариантов:

- группа 1 + группа 2 *или* группа 3
- группа 1 + группа 2 + группа 3
- два и более заболеваний из группы 1.

Целесообразно также ранжировать риск пациентов, перенесших **ОКС, ОНМК и/или ТИА** по времени, прошедшему с момента события: наибольший риск имеют пациенты, которые перенесли ОКС, ОНМК и/или ТИА **в срок до года**, далее пациенты, которые перенесли ОКС, ОНМК и/или ТИА **в срок более года**. В соответствии с годовым планом в первую очередь проактивно приглашаются на диспансерный прием коморбидные пациенты, перенесшие сердечно-сосудистые и мозговые катастрофы в срок до года, далее коморбидные пациенты, перенесшие вышеуказанные события более года назад,

затем – остальные пациенты из приоритетной группы коморбидных пациентов, соответствующие критериям приоритизации

Необходимо отметить, что пациенты, не отнесенные к приоритетным группам коморбидных пациентов, и подлежащие диспансерному наблюдению по профилю имеющегося заболевания, проходят диспансерное наблюдению в установленном порядке в рамках действующих нормативных правовых актов.



Таблица 1. Группы заболеваний в соответствии с кодами МКБ-10 для формирования приоритетной группы коморбидных пациентов.

ГРУППА 1	ГРУППА 2	ГРУППА 3
ОСНОВНОЙ ДИАГНОЗ	СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	ОСЛОЖНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
I20-I25 Ишемические болезни сердца I10-I11; I12-I13 Гипертензивные болезни I60-I69 Цереброваскулярные болезни	E10-E11 Сахарный диабет J44.0-J44.9 Хроническая обструктивная легочная болезнь N18.1-N18.9 Хроническая болезнь почек, гипертензивная болезнь с поражением почек	I50.0-I50.9 Недостаточность сердечная I48-I49 Нарушение ритма I44-I45 Нарушения проводимости I27.9 Сердце легочное хроническое J18.2 Гипостатическая пневмония N18.9 Недостаточность почечная N19 Уремия R02 Гангрена J98.4 Недостаточность легочная J43.9 Эмфизема

Этапы проведения диспансерного наблюдения с учетом формирования приоритетной группы коморбидных пациентов

Минздрав России



Данный процесс состоит из 6 шагов (схема 1).

Шаг 1. Формирование приоритетной группы коморбидных пациентов при проведении диспансерного наблюдения.

Вр-2482763

Ежеквартально орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья совместно с МО, ТФОМС, страховыми медицинскими организациями формируют поименные списки приоритетной группы пациентов для проактивного приглашения на диспансерный прием в соответствии с указанным ранее алгоритмом: принципом формирования приоритетной группы коморбидных пациентов и категорией риска.

Шаг 2. Проактивное приглашение пациентов на диспансерный прием в рамках диспансерного наблюдения (в МО или организация диспансерного приема на дому).

С целью стандартизации процесса разработан скрипт приглашения приоритетной группы коморбидных пациентов на диспансерный прием (см. стр. 15).

Проактивное приглашение пациентов может проводиться посредством смс-рассылки и/или телефонного разговора. Важным является возможность записи пациента на диспансерный прием в соответствии с доступными источниками записи в дистанционном формате (по телефону, посредством региональной МИС, в личном кабинете на ЕПГУ и др.).

Данный шаг реализуется при участии МО, к которой прикреплены пациенты из поименного списка приоритизации. К реализации данного шага также могут привлекаться страховые медицинские организации.

К проактивному приглашению пациентов путем телефонного звонка должен преимущественно привлекаться немедицинский персонал (в рамках МО). В случае отсутствия данной категории работников – младший или средний медицинский персонал.

Следует отметить, что в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) организуется проведение профилактического медицинского осмотра.

Таким образом, при записи пациента на диспансерный прием при необходимости (в случае, если ранее в течение года пациент не проходил данное профилактическое мероприятие), должна быть предусмотрена одномоментная запись на ПМО, диспансеризацию, в т.ч. углубленную.

Важно обеспечить проведение ПМО и диспансеризации, в т.ч. углубленной, в минимальные сроки и с учетом оптимальной маршрутизации пациента (например, направить в день диспансерного приема в кабинет по медицинской профилактике для определения объема исследований и начала прохождения профилактических мероприятий).

В случае невозможности самостоятельного посещения медицинской организации гражданином по состоянию здоровья, организуется выход медицинского работника на дом, для проведения диспансерного осмотра на дому.

Шаг 3. В соответствии с записью пациентов из поименного списка приоритизации МО формирует план проведения диспансерного наблюдения.

В случае, если не удалось установить контакт с пациентом, необходимо провести повторное информирование в течение месяца, после чего организовать выход медицинского работника к пациенту на дом с целью диспансерного наблюдения.

Для повышения качества привлечения пациентов из приоритетной группы коморбидных пациентов на диспансерный прием, рекомендуется проводить анализ отклика на приглашение, который рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число лиц, записанных на прием к врачу по итогам обзвона}}{\text{Число лиц, которым удалось дозвониться}} \times 100\%$$

Данный показатель должен стремиться к 100%.

Шаг 4. Непосредственное проведение диспансерного приема пациентов.

Осмотр и обследование подлежащего контингента в рамках диспансерного приема проводится в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи с определением целевых значений контролируемых показателей состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения. Мониторинг достижения целевых значений вышеуказанных показателей может осуществляться с использованием дистанционных технологий. По итогам диспансерного приема врач при необходимости проводит коррекцию лечения (в соответствии с клиническими рекомендациями по профилю заболевания), краткое профилактическое консультирование, оценивает необходимость госпитализации (в т. ч. с целью оказания ВМП), а также при необходимости направляет на реабилитационные

мероприятия. Ведется учет граждан, нуждающихся в госпитализации (в т. ч. с целью оказания ВМП) и результатов оказания данного вида помощи.

Отдельное внимание стоит уделить приверженности пациента к назначенной терапии.

Шаг 5. Завершение проведения диспансерного приема.

В соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми в рамках первого диспансерного приема в текущем году пациента необходимо направить на ПМО (для лиц с 18 до 39 лет проводится диспансеризация 1 раз в 3 года, с 40 лет – ежегодная диспансеризация).

Каждый пациент по завершении диспансерного приема должен быть проинформирован о дате (или месяце) проведения следующего диспансерного приема.

Шаг 6. Анализ результатов диспансерного приема.

Данный шаг выполняется ежеквартально и включает два направления:

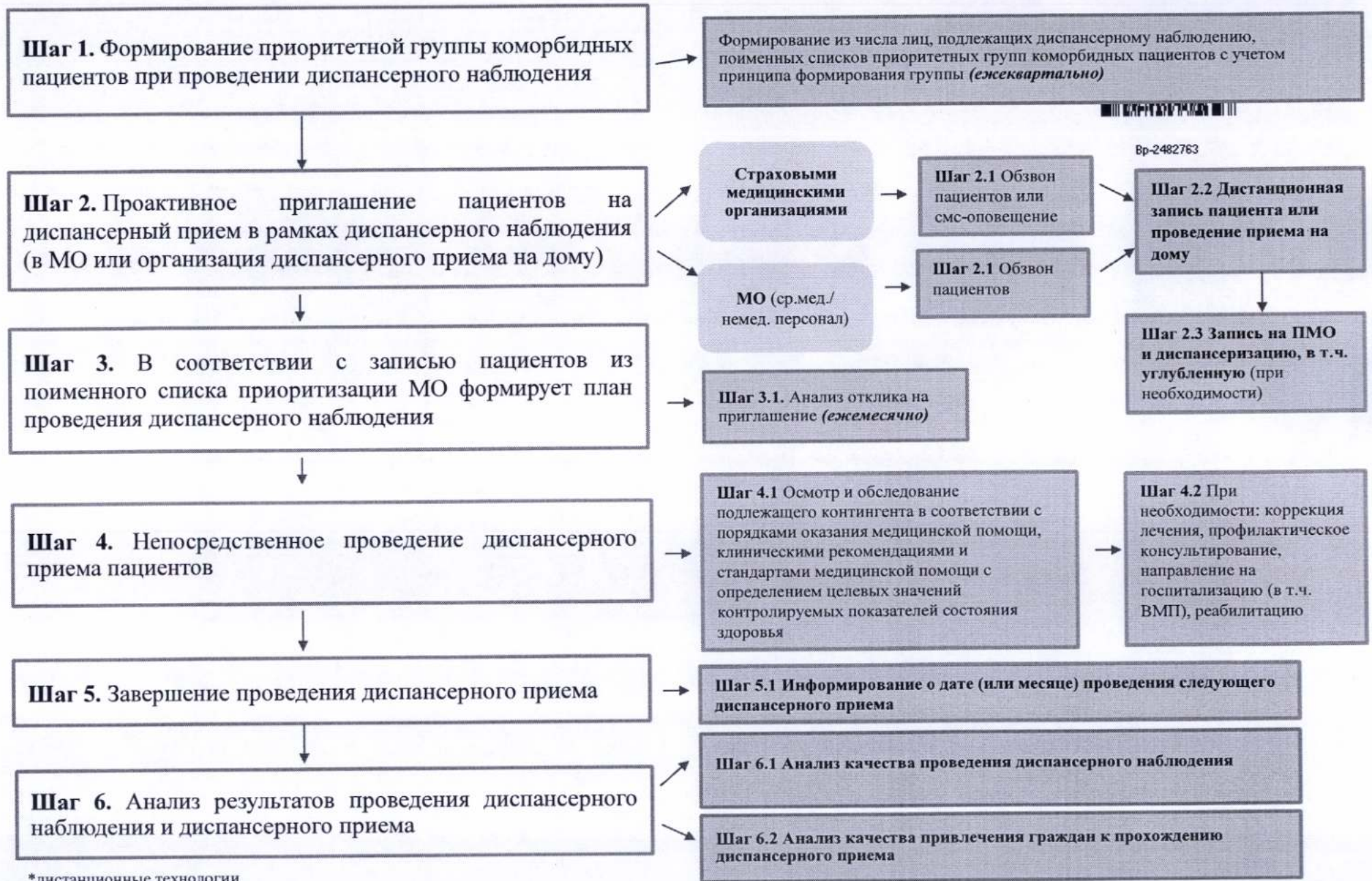
1. Анализ качества проведения диспансерного наблюдения;
2. Анализ качества привлечения граждан к прохождению диспансерного приема и рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Количество лиц, пришедших на диспансерный прием}}{\text{Количество лиц, которые были записаны на диспансерный прием}} \times 100\%$$

Данный показатель должен стремиться к 100%.

Эффективность диспансерного наблюдения оценивается по уровню достижения показателей результативности деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения, имеющего прикрепленное население, в соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.2020 N 1397н "Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения" и «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Минздрава России и ФФОМС (Письмо Минздрава России от 04.02.2022 N 11-7/И/2-1631).

Схема 1



*дистанционные технологии

Минздрав России

Скрипт приглашения пациентов из приоритетной группы коморбидных пациентов на диспансерный прием



При организации проактивного привлечения пациентов из приоритетной группы коморбидных пациентов на диспансерный прием посредством телефонного разговора рекомендуется использовать следующий скрипт (пример), состоящий из трех этапов. Обращение должно носить персонифицированный характер, т.е. обращение к пациенту по имени и отчеству.

Этап I. Приветствие (самопрезентация) и непосредственное приглашение.

Добрый день. Меня зовут _____. Я являюсь представителем Вашей страховой медицинской компании/администратором кол-центра (наименование медицинской организации).

*Вы входите в перечень приоритетной категории граждан для прохождения бесплатного медицинского обследования с целью контроля течения заболевания и **предупреждения развития осложнений.***

Вы готовы записаться на удобную для Вас дату?

В случае согласия пациента переход на этап II.

Этап II. Подтверждение у пациента информации относительно анамнеза и соответствия категории приоритета.

Для записи Вас к специалисту мне необходимо уточнить у Вас следующую информацию:

1. *Имеются ли у Вас болезни сердца и сосудов, сахарный диабет, болезни легких или почек? (анализ ответов в соответствии с заболеваниями и кодами по МКБ-10)*

2. *Переносили ли Вы инфаркт миокарда или инсульт?*

- *данное событие произошло в течение последнего года или более года назад?*

3. *Вы можете самостоятельно прийти на прием к врачу в поликлинику?*

Этап III. Запись пациента (составляется индивидуально с учетом возможностей формирования записи на прием). Ответы на вопросы (при наличии)/завершение диалога.

Предлагаю определить удобные для Вас время и дату прохождения обследования.

Дополнительно подтвердить выбранные время и дату посещения врача. Сообщить адрес медицинской организации.

В день посещения при себе необходимо иметь паспорт и полис ОМС.

В случае если выбранные Вами дата и время окажутся неудобными – перезвонить по номеру (продиктовать номер) для переноса приема.

В случае, если пациент самостоятельно не может посетить медицинскую организацию по состоянию здоровья, то к нему осуществляется выезд медицинского персонала на дом.

Рекомендуется преобразовать представленный пример скрипта в соответствии с организационными особенностями медицинской организации/страховой медицинской организации, обеспечивающей обзвон: составить перечень часто задаваемых вопросов и ответов, в т.ч. в зависимости от организации, ведущей коммуникацию с гражданами (страховая или медицинская).

При возможности предусмотреть сбор обратной связи от пациентов по результатам информирования и по завершении процесса, на который он был приглашен.

При записи пациента на диспансерный прием должна производиться запись и на ПМО, диспансеризацию, в т.ч. углубленную (в случае, если ранее в течение года пациент не проходил данные профилактические мероприятия).

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХНИЗ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

В период пандемии COVID-19 была разработана стратегия амбулаторного ведения пациентов с ХНИЗ.

В первую очередь она учитывает возможность использования дистанционных технологий и при проведении консультирования предлагает применение чек-листов (Приложение), которые могут быть дополнены с учетом клинической ситуации.

Рекомендуется применять данные чек-листы в соответствии с нозологиями при организации диспансерного наблюдения за пациентами. При проведении диспансерного наблюдения за пациентами с несколькими заболеваниями перечень контролируемых показателей состояния здоровья должен включать все параметры, соответствующие каждому заболеванию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение эффективного диспансерного наблюдения коморбидных пациентов, имеющих высокий риск смерти, является важнейшим элементом снижения преждевременной смертности. Актуализация списков пациентов, нуждающихся в диспансерном наблюдении, выделение приоритетной группы коморбидных пациентов, позволяет сфокусировать внимание врачей первичного звена здравоохранения на оказании помощи пациентам, находящимся в группе высокого риска преждевременной смерти. Проактивное приглашение данной группы пациентов позволяет своевременно провести весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий в рамках диспансерного наблюдения: коррекцию терапии, повысить приверженность пациентов к лечению, направить пациента на дальнейшие этапы оказания помощи и мероприятия реабилитации.

Залогом успешной работы по диспансерному наблюдению являются совместные усилия и согласованные действия медицинской организации, страховой медицинской организации, территориального фонда обязательного медицинского страхования и органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с ИБС

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Жалобы на боли за грудиной или в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту, иррадиацию боли Оценить динамику Оценить необходимость выполнения ЭКГ, в том числе при физической нагрузке Коррекция терапии*
Жалобы на одышку	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить выраженность одышки Оценить динамику Коррекция терапии*
Жалобы на приступы учащенного сердцебиения, перебои в работе сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, длительность, частоту аритмии Оценить необходимость выполнения ЭКГ в покое или суточного мониторирования ЭКГ Коррекция терапии*
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышено / понижено	Коррекция терапии*
ЧСС (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышена / понижена	Коррекция терапии*
Переносимость	Хорошая	Продолжить терапию

лекарственной терапии	Побочные эффекты	Уточнить, какие Коррекция терапии, если необходима
Приверженность приему препаратов	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя	Выяснить причину, провести мотивирующую беседу
	Низкая	
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения ИБС, при необходимости – коррекция терапии
Выполнение рекомендаций по немедикаментозным методам лечения (диета, физическая активность)	Да	Продолжить лечение
	Нет	Уточнить причину, дать рекомендации
Примечание: * – если пациент принимает противовирусные препараты, то коррекция терапии проводится с учетом возможных лекарственных взаимодействий и побочных эффектов.		

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с АГ

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента или удаленного мониторинга АД для лиц очень высокого риска)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышено / понижено	Коррекция терапии*
ЧСС (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышена / понижена	Коррекция терапии

Жалобы на боли в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту, иррадиацию боли Оценить необходимость выполнения ЭКГ, в том числе при физической нагрузке Коррекция терапии*
Жалобы на приступы учащенного сердцебиения, перебои в работе сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, длительность, частоту аритмии Оценить необходимость выполнения ЭКГ в покое или суточного мониторирования ЭКГ Коррекция терапии*
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие
Переносимость лекарственной терапии	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие Коррекция терапии, если необходима
Приверженность приему препаратов	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
	Низкая	беседу, повысить мотивацию
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения АГ, при необходимости – коррекция терапии
Выполнение рекомендаций по немедикаментозным методам лечения (диета, физическая активность)	Да	Продолжить лечение
	Нет	Уточнить причину, дать рекомендации

Примечание: * – если пациент принимает противовирусные препараты, то коррекция терапии проводится с учетом возможных лекарственных взаимодействий и побочных эффектов.

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с ХСН

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Жалобы на боли в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту Оценить динамику Оценить необходимость выполнения ЭКГ
Жалобы на одышку	Нет	Продолжить терапию
	При нагрузке В покое	Оценить динамику Коррекция терапии*
Жалобы на приступы учащенного сердцебиения, перебои в работе сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, длительность, частоту аритмии Оценить необходимость выполнения ЭКГ в покое или суточного мониторирования ЭКГ Коррекция терапии*
Ортопноэ	Нет	Продолжить терапию
	Да	Коррекция терапии*
В каком положении больной находится в постели	Горизонтально	Продолжить терапию
	С приподнятым головным концом (2 подушки)	Оценить динамику Коррекция терапии*
	Сидя	Коррекция терапии*
Изменился ли за последнюю	Нет	Продолжить терапию

неделю вес	Увеличился	Уточнить вес, оценить признаки застоя
Отеки на голенях и/или стопах	Нет	Продолжить терапию
	Да	Коррекция терапии с учетом выраженности отеков
Температура	Нет	Продолжить терапию
	Да	Подозрение на COVID-19, тестирование
Респираторные симптомы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Подозрение на COVID-19, тестирование
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента)	>120 мм рт.ст.	Продолжить терапию
	100-120 мм рт.ст.	Коррекция терапии*
	<100 мм рт.ст.	Коррекция терапии*, оценить показания для госпитализации
ЧСС (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышена / понижена	Коррекция терапии*
Переносимость лекарственной терапии	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие Коррекция терапии, если необходима
Приверженность приему препаратов	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
	Низкая	
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения

		ХСН, при необходимости – коррекция терапии
Выполнение рекомендаций по немедикаментозным методам лечения (диета, физическая активность)	Да	Продолжить лечение
	Нет	Уточнить причину, дать рекомендации
Примечание: * – если пациент принимает противовирусные препараты, то коррекция терапии проводится с учетом возможных лекарственных взаимодействий и побочных эффектов.		

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с фибрилляцией или трепетанием предсердий

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Жалобы на приступы сердцебиения, боли и дискомфорт в области сердца, эпизоды слабости и головокружения, синкопальные состояния	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер длительность и частоту аритмии Оценить динамику симптомов Оценить необходимость выполнения ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ Оценить необходимость госпитализации Коррекция терапии*
Жалобы на одышку	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить выраженность одышки Оценить динамику Коррекция терапии*
Жалобы на боли в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту Оценить динамику Оценить необходимость выполнения ЭКГ

		Коррекция терапии*
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышено / понижено	Коррекция терапии*
Сохраняется ли синусовый ритм (оценить при персистирующей или пароксизмальной формах ФП)	Да	Продолжить терапию
	Нет	Оценить необходимость выполнения ЭКГ или суточного ЭКГ мониторингования Коррекция терапии*
ЧСС (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышена / понижена	Коррекция терапии*
Частота пульса (для пациентов с постоянной формой ФП)	Соответствует ЧСС	Продолжить терапию
	Меньше, чем ЧСС	Оценить наличие и выраженность дефицита пульса Коррекция терапии при необходимости*
Переносимость лекарственной терапии	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие Коррекция терапии, если необходима
Приверженность приему препаратов	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя	Выяснить причину, провести мотивирующую беседу
	Низкая	
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения

		ФП или ТП, коррекция терапии при необходимости*
--	--	---

Примечание: * - если пациент принимает противовирусные препараты, то коррекция терапии проводится с учетом возможных лекарственных взаимодействий и побочных эффектов.

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с нарушениями ритма сердца

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Жалобы на приступы учащенного сердцебиения, перебои в работе сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, длительность и частоту аритмии Оценить динамику симптомов Оценить необходимость выполнения ЭКГ в покое или суточного мониторирования ЭКГ Коррекция терапии*
Жалобы на одышку	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить выраженность одышки Оценить динамику Коррекция терапии*
Жалобы на боли в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту Оценить динамику Оценить необходимость выполнения ЭКГ Коррекция терапии*
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию

	Да	Уточнить, какие
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышено / понижено	Коррекция терапии*
ЧСС (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышена / понижена	Коррекция терапии*
Переносимость лекарственной терапии	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие Коррекция терапии, если необходима
Приверженность приему препаратов	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя Низкая	Выяснить причину, провести мотивирующую беседу
Пациент получает противовирусные или антибактериальные препараты по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения аритмии
На фоне терапии жалобы на ощущение сердцебиения, боли и дискомфорт в области сердца, эпизоды слабости и головокружения, синкопальные состояния	Нет	Продолжить терапию
	Да	Внеочередной контроль ЭКГ или суточное мониторирование ЭКГ, показана госпитализация
Примечание: * - если пациент принимает противовирусные или антибактериальные препараты, то коррекция терапии проводится с учетом возможных лекарственных взаимодействий и побочных эффектов		

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с хронической обструктивной болезнью легких

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Оценка текущего состояния		
Определение степени одышки по шкале mMRC		
1.1. Вы чувствуете одышку только при сильной физической нагрузке?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – 0
1.2. Вы задыхаетесь, когда быстро идете по ровной местности или поднимаетесь по пологому холму?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – 1 степень
1.3. Из-за одышки Вы ходите по ровной местности медленнее, чем люди того же возраста, или у меня останавливается дыхание, когда я иду по ровной местности в привычном для меня темпе?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – 2 степень
1.4. Вы задыхаетесь после того, как пройдете примерно 100 м, или после нескольких минут ходьбы по ровной местности?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – 3 степень
1.5. У Вас слишком сильная одышка, чтобы выходить из дому, или Вы задыхаетесь, когда одеваетесь или раздеваетесь?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – 4 степень
2. <i>Необходимо оценивать одышку и в момент общения с пациентом. Говорит он длинными предложениями, без затруднений. Или речь его фразами, или отдельными словами – т.е. одышка не позволяет пациенту закончить предложение. Или можно услышать хрипы, которые есть у пациента при выраженной бронхиальной обструкции.</i>	ДА/НЕТ	При ответе ДА – выяснение причин, опрос на наличие симптомов COVID-19, решение вопроса о наличии обострения /исключение других причин

3. При оценке степени одышки – уточнить, не произошло ли усиления ее за последний день, неделю		
4. Вы так затаили дыхание, что не можете сказать больше, чем несколько слов?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – исключение других причин, усиление терапии
5. Вы дышите тяжелее или быстрее, чем обычно, когда вообще ничего не делаете?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – исключение других причин, усиление бронхолитической терапии
6. Вы так больны, что перестали заниматься всеми своими обычными повседневными делами?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – исключение других причин, усиление терапии
7. Ваше дыхание быстрее, медленнее или такое же, как обычно?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – исключение других причин, усиление терапии
8. Что вы могли сделать вчера, что вы не можете сделать сегодня?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – исключение других причин, усиление терапии
9. Сегодня Вы задыхаетесь больше, чем вчера? Какие действия сегодня вызывают одышку, а вчера Вы их выполняли без нее?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – может свидетельствовать об обострении
<i>Оценка кашля</i>		
10. Изменился ли характер кашля, его интенсивность?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – может свидетельствовать об обострении
11. Кашель стал чаще? С чем это связано?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – может свидетельствовать об обострении
<i>Оценка хронической продукции мокроты</i>		
12. Мокроты столько же, как обычно?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – увеличение количества

		мокроты может свидетельствовать об обострении
13. Она отходит легко?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – затруднение отхождения мокроты может свидетельствовать об обострении
14. Какого цвета мокрота? Светлая, желтая, зеленая?	описание	Усиление гнойности мокроты свидетельствует о возможном бактериальном воспалении. Следует уточнить другие признаки обострения решить вопрос о необходимости назначения антибактериальных препаратов
15. Сколько раз Вы использовали ингалятор? Это чаще, чем обычно?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – уточнить правильность техники ингаляции, при необходимости усиление бронхолитической терапии
16. Это чаще, чем обычно?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – усиление бронхолитической терапии
17. Как Вы считаете, с чем это связано: ухудшение погоды, простуда..?		Исключение триггеров, усиление бронхолитической терапии
18. Следует подумать об обострении заболевания при	ДА/НЕТ	Во всех случаях при выявлении риска

<p>усилении одышки, усилении кашля. Затруднения в отхождении мокроты, усилении гнойности мокроты – изменения в состоянии больного, выходящие за рамки ежедневных колебаний.</p>		<p>обострения необходимо проводить опрос на наличие симптомов COVID-19 и уточнять эпидемиологический анамнез, т.к. симптомы обострения ХОБЛ имеют сходство с симптомами COVID-19 для определения дальнейшей тактики ведения пациентов. Усиление бронхолитической терапии, рассматривается необходимость назначения СГКС и антибактериальной терапии</p>
---	--	---

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с бронхиальной астмой

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Определение уровня контроля над бронхиальной астмой		
Вы испытываете дневные симптомы?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – уточнить частоту и длительность приступа, использование бронхолитика короткого действия для снятия симптомов, как быстро купируется приступ*
Вы просыпаетесь ночью из-за приступов удушья?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – уточнить частоту и длительность приступа, использование бронхолитика короткого действия для снятия

		симптомов, как быстро купируется приступ*
Сколько раз за день Вы пользовались ингалятором для купирования приступов удушья?		Использование короткодействующих бронходилататоров более 2 раз в неделю свидетельствует об отсутствии контроля БА*
Испытываете ли Вы ограничение физической активности?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – уточнить, изменилась ли степень физической активности за последние дни, и связано ли это с БА или другими причинами
При наличии 1-2 вышеперечисленных признаков имеет место недостаточный контроль БА. Необходимо усилить базисную терапию и – ГКС		
У Вас усилилась одышка за последние дни	НЕТ/ДА	При ответе НЕТ – продолжить терапию При ответе ДА – выяснить характер и выраженность одышки - усилить терапию
Вы стали чаще пользоваться ингалятором	НЕТ/ДА	При ответе НЕТ – продолжить терапию При ответе ДА – уточнить правильность техники ингаляции, исключить сопутствующие заболевания - усилить терапию
Как Вы считаете, с чем это связано: ухудшение погоды, простуда, стрессовая ситуация, контакт с аллергеном?	НЕТ/ДА	При ответе НЕТ – усиление терапии При ответе ДА – устранение триггеров
Оценка кашля		
Наличие продукции мокроты	НЕТ/ДА (Выяснить характер мокроты)	При ответе ДА – решение вопроса о антибактериальной терапии

	(слизистая, гнойная), объем	
Температура		
Повышение температуры	НЕТ/ДА	При ответе ДА – тактика ведения пациента с подозрением на COVID-19
Самоконтроль ПСВ (пикфлоуметрия)		
Снижение показателей ПСВ ниже должных	НЕТ/ДА	При ответе ДА – усилить терапию
Суточный разброс показателей ПСВ более 20%	НЕТ/ДА	При ответе ДА – усилить терапию
Лекарственная непереносимость	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие Коррекция терапии, если необходимо
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	НЕТ	Продолжить терапию
	ДА	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения БА

* Возможно, требуется коррекция терапии.

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с предиабетом и ожирением

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Есть ли жалобы на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание?	Нет	Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности. Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений.

		<p>Напомнить основные меры профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, в случае необходимости.</p>
	Есть	<p>Рекомендовать проведение биохимического анализа крови (гликемия натощак, гликированный гемоглобин, ПГТТ) и консультацию по результатам обследования, с целью исключения манифестации СД 2 типа.</p>
Осведомлен ли пациент об основных мерах профилактики и симптомах COVID-19, а также тактике поведения при заражении?	Нет	<p>Дать информацию (в том числе памятки) по ключевым мерам профилактики, необходимости самоизоляции и предоставить алгоритм действий в случае появления симптомов заболевания.</p>
	Да	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности.</p> <p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, в случае необходимости</p>
Принимает ли пациент метформин?	Нет	<p>Дать рекомендации по питанию. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона.</p>

	Да	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности.</p> <p>Проинформировать пациента, что в случае заражения COVID-19 важно сообщить лечащему врачу о приеме метформина. Врач, оценив состояние пациента, должен будет принять решение о временном прекращении приема препарата или о продолжении прежней тактики терапии.</p>
Достаточно ли препарата у пациента, принимающего метформин?	Нет	<p>Рекомендовать пациенту обратиться в колл-центр/регистратуру поликлиники и оставить заявку на получение препаратов или купить препарат в достаточном количестве, с целью минимизации посещения общественных мест и ЛПУ в условиях пандемии.</p>
	Да	<p>Рекомендовать продолжить лечение по прежней схеме, не менять ее самостоятельно и четко зафиксировать дату, когда будет необходимо оставить заявку на получение препарата или приобрести его в аптеке.</p> <p>Осведомить пациента о необходимости проинформировать лечащего врача о приеме препарата при возникновении ОРВИ с подозрением на COVID-19 тяжелого течения или подтвержденной новой коронавирусной инфекции.</p>

Принимает ли пациент агонисты рецепторов ГПП-1 для лечения ожирения?	Нет	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности, с целью предотвращения набора массы тела в период пандемии.</p> <p>Напомнить основные меры профилактики заражения COVID-19</p>
	Да	<p>Осведомить пациента о необходимости проинформировать лечащего врача о приеме препарата при возникновении ОРВИ с подозрением на COVID-19 тяжелого течения или подтвержденной новой коронавирусной инфекции.</p>

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с сахарным диабетом 2 типа

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
В норме ли показатели среднесуточной гликемии, согласно данным самоконтроля?	Да	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а также соблюдение питьевого режима.</p> <p>Дать рекомендации/напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Рекомендовать более частое измерение уровня гликемии, в зависимости от вида сахароснижающей терапии и</p>

		<p>ведение дневника самоконтроля (табл. 2).</p> <p>Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить /вызвать на дом врача.</p> <p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений и по возможности не посещать ЛПУ в период пандемии.</p> <p>Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества сахароснижающих препаратов.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить сахароснижающие препараты, тест-полоски и другие расходники, в случае необходимости.</p>
	Есть	<p>Рекомендовать исследование уровня гликированного гемоглобина, биохимического анализа крови и провести коррекцию сахароснижающей терапии, согласно общепринятым рекомендациям.</p>
Осведомлен ли пациент об основных мерах профилактики и симптомах COVID-19, а также тактике поведения при заражении?	Нет	<p>Дать информацию (в том числе памятки) по ключевым мерам профилактики, необходимости самоизоляции и предоставить алгоритм действий в случае появления симптомов заболевания.</p>
	Да	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а</p>

		<p>также соблюдение питьевого режима.</p> <p>Напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Рекомендовать более частое измерение уровня гликемии, в зависимости от вида сахароснижающей терапии и ведение дневника самоконтроля (табл. 2).</p> <p>Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить /вызвать на дом врача.</p> <p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений и по возможности не посещать ЛПУ в период пандемии.</p> <p>Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества сахароснижающих препаратов.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить сахароснижающие препараты, тест-полоски и другие расходники, в случае необходимости.</p>
<p>Достаточно ли у пациента сахароснижающих препаратов, тест-полосок для глюкометра, игл для шприц-ручек/инсулиновых шприцев?</p>	<p>Нет</p>	<p>Рекомендовать пациенту обратиться в колл-центр/регистратуру поликлиники по месту жительства и оставить заявку на получение препаратов или попросить родственников купить в аптеке препараты и расходники в достаточном количестве, с целью минимизации</p>

		посещения общественных мест и ЛПУ в условиях пандемии.
	Да	Рекомендовать продолжить лечение по прежней схеме, не менять ее самостоятельно, получить или приобрести в аптеке лекарственные средства и расходники заблаговременно и четко зафиксировать дату, когда будет необходимо оставить новую заявку на получение препарата и расходных материалов.
Принимает ли пациент метформин? Принимает ли пациент агонисты рецепторов ГПП-1? Принимает ли пациент ингибиторы НГЛТ-2?	Нет	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а также соблюдение питьевого режима.</p> <p>Дать рекомендации/напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Рекомендовать более частое измерение уровня гликемии, в зависимости от вида сахароснижающей терапии и ведение дневника самоконтроля (табл. 2).</p> <p>Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить /вызвать на дом врача.</p> <p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений и по возможности не посещать ЛПУ в период пандемии.</p>

		<p>Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества сахароснижающих препаратов.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить сахароснижающие препараты, тест-полоски и другие расходники, в случае необходимости.</p>
	Да	<p>Проинформировать пациента, что в случае заражения COVID-19 важно сообщить лечащему врачу о схеме лечения СД. Врач в зависимости от состояния пациента должен будет принять решение о временном прекращении приема препарата или о продолжении прежней тактики сахароснижающей терапии.</p>
Находится ли пациент на базис-болюсной инсулинотерапии?	Нет	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а также соблюдение питьевого режима.</p> <p>Дать рекомендации/напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Рекомендовать более частое измерение уровня гликемии и ведение дневника самоконтроля (табл. 2).</p> <p>Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить /вызвать на дом врача.</p>

	<p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений и по возможности не посещать ЛПУ в период пандемии.</p> <p>Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества сахароснижающих препаратов.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить сахароснижающие препараты, тест-полоски и другие расходники, в случае необходимости.</p>
Да	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на строгий подсчет хлебных единиц, ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а также соблюдение питьевого режима.</p> <p>Дать рекомендации/напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Рекомендовать измерение уровня гликемии не менее 6 раз в сутки и ведение дневника самоконтроля.</p> <p>Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить /вызвать на дом врача.</p> <p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений.</p> <p>Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества</p>

		<p>инсулина, тест-полосок к глюкометру и на кетонурию, а также игл к шприц-ручкам/инсулиновых шприцев.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить инсулины и расходные материалы, в случае необходимости.</p> <p>Осведомить пациента о симптомах гипогликемии и о необходимости иметь под рукой средства для ее купирования (сок, сахар, мед и др.).</p> <p>При повышении уровня гликемии более 13-15 ммоль/л, рекомендовать использование тест-полосок для выявления кетонурии, увеличение количества потребляемой жидкости в рационе (не менее 150-200 мл каждый час) и коррекция доз инсулина под контролем лечащего врача.</p>
В случае подтвержденного COVID-19	Тяжелое течение.	Показана госпитализация.
	Легкое и бессимптомное течение	<p>Рекомендовать увеличить количество потребляемой жидкости (воды) – не менее 200 мл в час в течение дня. Питание маленькими порциями, дробно, в соответствии с общепринятыми рекомендациями при СД 2 типа.</p> <p>Рекомендовать более частое измерение уровня гликемии и ведение дневника самоконтроля – каждые 2-3 часа. При необходимости коррекция</p>

Приложение № 4
к приказу Минздрава
Республики Татарстан
от 24.04.24 № 946

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ -
ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ
И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ ДЕКОМПЕНСАЦИИ
ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Казань
2024

		<p>пероральной сахароснижающей терапии, увеличение доз инсулина и недопущение декомпенсации СД. Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при ухудшении состояния вызывать бригаду СМП. Пациентам на пероральной сахароснижающей терапии и увеличении уровня гликемии более 13-15 ммоль/л на фоне инфекционного заболевания рекомендован перевод на инсулинотерапию по традиционной схеме инициации.</p>
--	--	---

УДК 616-036.12-082

ББК 53.05

М54

Авторы – составители

*А.Р. Абашев, Р.Ф. Шавалиев, Е.В. Демьянова, И.А. Гаврилов,
Д.И. Абдулганиева, Л.И. Фейсханова, А.А. Альмухаметов*

Рецензенты

Т.А. Куняева, канд. мед. наук, заместитель главного врача ГБУЗ «МРЦКБ» Республика Мордовия, главный внештатный специалист – терапевт Минздрава России по Приволжскому федеральному округу и Республике Мордовия;

Р.Г. Сайфутдинов, докт. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной и поликлинической терапии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

М54 **Методические** рекомендации по ведению пациентов с высоким и очень высоким риском декомпенсации хронических неинфекционных заболеваний / А.Р. Абашев, Р.Ф. Шавалиев, Е.В. Демьянова, И.А. Гаврилов, Д.И. Абдулганиева, Л.И. Фейсханова, А.А. Альмухаметов. – Казань, 2024. – 20 с.

© Министерство здравоохранения Республики Татарстан, 2024

© Казанский государственный медицинский университет, 2024

© Казанская государственная медицинская академия, 2024

ВВЕДЕНИЕ

Основным механизмом снижения преждевременной смертности, а также профилактики осложнений хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) является повышение эффективности диспансерного наблюдения в первичном звене здравоохранения [1].

Диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Критически важным в процессе диспансерного наблюдения является достижение целевых значений показателей состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями. Диспансерное наблюдение осуществляется:

- врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом, участковым цехового врачебного участка, врачом общей практики (семейным врачом);
- врачом-специалистом;
- врачом по медицинской профилактике (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;
- фельдшером (акушером) фельдшерско-акушерского пункта, фельдшером фельдшерского здравпункта (в случае возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача).

По данным регистров ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, наиболее высокие показатели смертности среди пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении, отмечаются у коморбидных пациентов. Наиболее высокий риск – у пациентов с наличием сердечно-сосудистой коморбидности, а также у пациентов с сочетанием сердечно-сосудистых заболеваний и других хронических неинфекционных заболеваний. Это диктует необходимость актуализации подходов к проведению диспансерного наблюдения пациентов с ХНИЗ с целью повышения его эффективности и снижения смертности [1].

ПРИОРИТИЗАЦИЯ ГРУПП ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Процесс приоритизации необходимо начать с актуализации списка пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению, из числа застрахованных лиц, с учетом сведений об оказанной им медицинской помощи, на основании счетов-реестров в разрезе медицинских организаций, имеющих прикрепленное

население, для выделения приоритетной группы коморбидных пациентов для прохождения диспансерного наблюдения.



Для актуализации списков пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению, следует применять отчеты ГИС «Электронное здравоохранение Республики Татарстан» (алгоритм формирования – приложение к методическим рекомендациям):

– отчет «Паспорт участка» содержит информацию о пациентах, состоящих на диспансерном наблюдении;

– отчет «Д-учет. Не состоящие на учете при диагнозах (приказ № 168н)» содержит список пациентов, подлежащих, но не состоящих на диспансерном наблюдении.

Группа коморбидных пациентов высокого и очень высокого риска декомпенсации хронических неинфекционных заболеваний для проактивного приглашения на диспансерный прием

Формирование приоритетной группы коморбидных пациентов для проактивного приглашения на диспансерный прием основывается на оценке риска преждевременной смертности, в основе которого лежит сочетание заболеваний, относящихся к ХНИЗ, в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, болезней органов дыхания, болезней почек, а также их осложнений. Необходимо учитывать, что в наибольшей степени высокий риск обусловлен наличием сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистой коморбидностью.

Известен вклад отдельных ХНИЗ и их сочетаний в смертность. Распространенность АГ в российской популяции среди мужчин в возрасте 25–65 лет достигает 47%, среди женщин распространенность АГ – около 40%; у лиц старше 60 лет достигает 60% и выше. Согласно прогнозу к 2025 году число пациентов с АГ в мире увеличится на 15–20% и достигнет почти 1,5 миллиарда. АГ является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых (СС) (инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность), цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака, хроническая ишемия мозга) и почечных (хроническая болезнь почек (ХБП) заболеваний. Уровень САД ≥ 140 мм рт. ст. ассоциируется с повышением риска смертности и инвалидности в 70% случаев, при этом наибольшее число смертей в течение года, связанных с уровнем САД, возникают вследствие ИБС, ишемических и геморрагических инсультов. Между уровнем АД и риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) существует прямая связь. Пациенты с АГ с диагностированным ССЗ,

включая бессимптомные атеросклеротические бляшки со стенозом $\geq 50\%$, выявленные при визуализации, СД 1-го и 2-го типа, значительно повышенным единственным фактором риска (в том числе – с АГ 3-й степени) или хронической болезнью почек (ХБП, стадии 3–5) автоматически относятся к категориям очень высокого (риск СС смертности $\geq 10\%$) или высокого (СС смертность 5–10%) 10-летнего СС риска [2].

Заболеваемость хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) различается в России в пределах 6–10%. 46% всех смертей от респираторных заболеваний приходится именно на ХОБЛ. Смертность в течение 1 года среди пациентов с ХОБЛ любой степени тяжести составляет от 4,1% у пациентов в возрасте 45 лет и старше до 27,7% у пациентов 65–100 лет [3]; смертность при каждом обострении ХОБЛ с госпитализацией составляет 2,5% [4]. Известно, что у пациентов с тяжелым обострением ХОБЛ в первые 5 дней от начала обострения риск развития острого инфаркта миокарда повышается более чем в 2 раза [5].

У пациентов с сахарным диабетом 2-го типа смертность при развитии острого коронарного синдрома (ОКС) выше в 2–3 раза [6].

ХБП является 12-й ведущей причиной смертности, предполагается, что к 2040 г. она станет 5-й среди причин «потерянных лет жизни» [7].

По данным ВОЗ, на долю смертности от цирроза печени (ЦП) приходится до 1,8% случаев в европейских странах, что составляет 170 000 человек в год. Самыми распространенными причинами формирования ЦП являются хронический вирусный гепатит С и алкогольная болезнь печени [8].

К группам диагнозов, обуславливающих высокий риск смерти, целесообразно относить любое сочетание сопутствующих заболеваний и осложнений с основным диагнозом (а также сочетание нескольких диагнозов из группы основных), из указанных в таблицах 1 и 2.

Учитывается сочетание диагнозов в соответствии с кодами по МКБ-10, из числа входящих в группы 1, 2 или 3, в одном из трех вариантов:

- группа 1 + группа 2 или группа 3;
- группа 1 + группа 2 + группа 3;
- два и более заболеваний из группы 1.

Таблица 1

Критерии высокого риска декомпенсации (ВРД) хронических заболеваний

Группа 1	Группа 2	Группа 3
Основной диагноз	Сопутствующие заболевания	Осложнения заболеваний
<ul style="list-style-type: none"> • АГ частично контролируемая (часть I10-I15)* • ИБС, стенокардия напряжения 3-4 ФК (часть I20.8) • Сахарный диабет с уровнем глюкозы до 11 ммоль/л натощак (часть E10-E11) • ХОБЛ средней степени тяжести (часть J44) • Верифицированный атеросклероз брахиоцефальных артерий, со стенозом 50-70% (часть I67, I65-I66) • Цирроз печени, класс В по Чайлду – Пью (K74.3-K74.6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Злокачественное новообразование в анамнезе после радикального хирургического вмешательства, химио- или лучевой терапии (часть класса C00-C75) • Хроническая болезнь почек 3-й стадии (N18.3) • Ожирение с ИМТ более 30 (часть E66) 	<ul style="list-style-type: none"> • ХСН 2–3 стадия и ФВ 40-50% (часть I50) • Нарушения ритма: фибрилляция/трепетание предсердий (I48), наджелудочковые тахикардии (I47.1) • Нарушения проводимости: АВ блокады 1–2-й степени, СА блокады 1–2-й степени (часть I44-I45) • Гипостатическая пневмония (J18.2) • Дыхательная недостаточность 1–2-й степени (J95.1-J95.3, J96) • Эмфизема легких (J43, J98.2, J98.3)

Примечание: АВ – атриовентрикулярная блокада; АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ИМТ – индекс массы тела; СА – синоаурикулярная блокада; ФВ – фракция выброса; ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь; ХСН – хроническая сердечная недостаточность.

*Здесь и далее код по МКБ-10 пересмотра.

Таблица 2

Критерии очень высокого риска декомпенсации (ОВРД) хронических заболеваний

Группа 1	Группа 2	Группа 3
Основной диагноз	Сопутствующие заболевания	Осложнения заболеваний
<ul style="list-style-type: none"> • АГ неконтролируемая (часть I10-I15) • Инфаркт миокарда в анамнезе (I21-I22) • ОНМК или ТИА в анамнезе (I60-I64, G45) 	<ul style="list-style-type: none"> • Активное онкологическое заболевание (часть класса C00-C75) • Хроническая болезнь почек 5-й стадии (N18.5) 	<ul style="list-style-type: none"> • ХСН 3 стадия и/или ФВ < 40% (часть I50) • Нарушения ритма: желудочковые тахикардии (I47.0, I47.2)

Группа 1	Группа 2	Группа 3
Основной диагноз	Сопутствующие заболевания	Осложнения заболеваний
<ul style="list-style-type: none"> Сахарный диабет с уровнем глюкозы более 11 ммоль/л натощак (часть E10-E11) ХОБЛ тяжелой степени (часть J44) Верифицированный атеросклероз брахиоцефальных артерий со стенозом более 70% (часть I67, I65-I66) Цирроз печени, класс С по Чайлду – Пью (K74.3-K74.6) 	<ul style="list-style-type: none"> Ожирение с ИМТ более 40 (часть E66) Тяжелая анемия (часть D50-D55) 	<ul style="list-style-type: none"> Состояние после имплантации электрокардиостимулятора или кардиовертера-дефибриллятора (часть I48) Нарушения проводимости: СА блокады 3-й степени, АВ блокады 3-й степени (часть I44-I45) Гипостатическая пневмония (J18.2) Дыхательная недостаточность 1-2-й степени (J95.1-J95.3, J96) Эмфизема легких (J43, J98.2, J98.3)

Примечание: ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; ТИА – транзиторная ишемическая атака.



Для формирования приоритетной группы коморбидных пациентов и их проактивного приглашения на диспансерный прием следует применять отчеты ГИС «Электронное здравоохранение Республики Татарстан» (алгоритм формирования отчетов – приложение к методическим рекомендациям);

- списки коморбидных пациентов;
- списки пациентов, выписанных из стационара.

Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения (на основании приказа МЗ РФ № 168н от 15.03.2022)

Артериальная гипертензия

- вес (ИМТ), окружность талии, статус курения;
- АД (Таблица 6), ЧСС;
- СКФ (не реже 1 раза в год) (Таблица 7);
- ХС-ЛНП (не реже 1 раза в год) (Таблица 3, 4);

- альбуминурия в разовой порции мочи (не реже 1 раза в год);
- отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭКГ (не реже 1 раза в год);
- отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭхоКГ (не реже 1 раза в год).

Ишемическая болезнь сердца

- вес (ИМТ), окружность талии, статус курения;
- АД (Таблица 6), ЧСС;
- СКФ (не реже 1 раза в год) (Таблица 7);
- ХС-ЛНП (не реже 2 раз в год) (Таблица 3, 4);
- пациентам при терапии варфарином – МНО (не реже 2 раз в год);
- отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭКГ (не реже 2 раз в год);
- отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭхоКГ (не реже 1 раза в год);
- отсутствие признаков ишемии миокарда по результатам нагрузочного тестирования у пациентов после применения высокотехнологичных методов лечения коронарных артерий (не реже 1 раза в 2 года).

Сахарный диабет

- вес (ИМТ), окружность талии, статус курения, АД (Таблица 6);
- ХС-ЛНП (Таблица 3, 4), гликированный гемоглобин (Таблица 5).

Хроническая обструктивная болезнь легких средней и тяжелой степени тяжести (с бронхиальной обструкцией всех степеней тяжести)

- отсутствие или уменьшение частоты обострений (оценка количества обострений за предшествующий период, оценка по шкале mMRS и CAT);
- оценка функции внешнего дыхания с исследованием обратимости бронхиальной обструкции 1 раз в 6 месяцев (Таблица 8);
- пульсоксиметрия при каждом посещении.

Стеноз сонной артерии

- вес (ИМТ), окружность талии, статус курения;
- АД (Таблица 6), ЧСС;
- ХС-ЛНП (не реже 2 раз в год) (Таблица 3, 4);

- уровень стеноза сонных артерий по данным ультразвукового доплеровского исследования сонных артерий (не реже 1 раза в год).

Цирроз печени

- частота ДН не реже 1 раза в 3-4 месяца;
- отсутствие данных о ЗНО по результатам ультразвукового исследования или компьютерной томографии, или магнитно-резонансной томографии;
- определение уровня альфа-фетопротеина крови.

Хроническая болезнь почек

- АД (Таблица 6);
- ХС-ЛНП (Таблица 3, 4) не реже 1 раза в год;
- СКФ (Таблица 7) не реже 1 раза в год
 - ✓ при подозрении на ХБП: а) количественная оценка альбуминурии и протеинурии путем определения экскреции альбумина и общего белка в суточной моче или б) определение концентрации альбумина или общего белка и креатинина в утренней порции мочи с расчетом отношения альбумин мочи/креатинин мочи или общий белок мочи/креатинин мочи [9];
 - ✓ направление к врачу-нефрологу при СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² и/или альбуминурии/протеинурии (≥ 0,5 г/сут) А3 и А4 (А3 – уровень альбуминурии 30-1999 мг/24 часа, А4 – уровень альбуминурии ≥ 2000 мг/24 часа) [10].

Хроническая сердечная недостаточность

- вес (ИМТ), окружность талии, статус курения;
- АД (Таблица 6), ЧСС;
- общетерапевтический биохимический анализ крови [с расчетом СКФ (не реже 1 раза в год)];
- отсутствие снижения уровня эритроцитов, гемоглобина (не реже 1 раза в год);
- пациентам при терапии варфарином – МНО (не реже 2 раз в год);
- уровень N-концевого пропептида натрийуретического гормона (В-типа) (не реже 1 раза в 2 года);
- отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭКГ (не реже 1 раз в год);
- отсутствие признаков застоя в легких по данным рентгенографии органов грудной клетки (не реже 1 раза в год);

- отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭхоКГ – фракция выброса левого желудочка (не реже 2 раз в год);
- отсутствие жизнеугрожающих нарушений ритма сердца по данным мониторинга ЭКГ (не реже 1 раза в год).

Нарушения ритма и проводимости

- вес (ИМТ), окружность талии, статус курения;
- АД (Таблица 6), ЧСС;
- клинический анализ крови (не реже 1 раза в год);
- общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ) (не реже 1 раза в год);
- ХС-ЛНП (не реже 2 раз в год) (Таблица 3, 4);
- пациентам при терапии варфарином – МНО (не реже 2 раз в год);
- ЭКГ (не реже 2 раз в год);
- рентгенография органов грудной клетки (не реже 1 раза в год);
- ЭхоКГ (не реже 1 раза в год);
- мониторинг ЭКГ (не реже 1 раза в год);
- при необходимости – тестирование работы имплантируемого электронного устройства (1 раз в течение 6 мес. после имплантации, далее – не реже 1 раза в год).

Критерии компенсации и целевые значения основных показателей

Таблица 3

Оптимальные значения липидных параметров в зависимости от категории риска [11]

Параметры	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск	Очень высокий риск
ХС ЛНП, ммоль/л	< 3,0	< 2,6	< 1,8*	< 1,4*
ХС ЛВП, ммоль/л	мужчины > 1,0; женщины > 1,2			
ХС неЛВП, ммоль/л			< 2,6	< 2,2
ТГ, ммоль/л	< 1,7			
Лп(а), мл/дл	< 50		< 30	

Примечание: * и снижение ХС ЛНП >50% от исходного уровня.

ЛВП – липопротеиды высокой плотности, ЛНП – липопротеиды низкой плотности, ТГ – триглицериды, Лп(а) – липопротеид(а).

Оценка 10-летнего сердечно-сосудистого риска [11]

Очень высокий риск	<ul style="list-style-type: none"> - Документированное АССЗ, клинически или по результатам обследования, включая ОКС, ИБС, ЧКВ, КШ или другие операции на артериях, инсульт/ТИА, поражение периферических артерий - АССЗ по данным обследований — значимая АСБ >50% - СД + поражение органов-мишеней, ≥ФР, а также раннее начало СД с длительностью более 20 лет - ХБП с СКФ <30 мл/мин/м² - СГХС в сочетании с ФР - SCORE2 ≥7,5% (<50 лет) ≥10% (50-69 лет), ≥15% (≥70 лет)
Высокий риск	<ul style="list-style-type: none"> - Значимо выраженный ФР: ОХС >8 ммоль/л и/или ХС ЛНП ≥4,9 ммоль/л и/или АД ≥180/100 мм рт. ст. - СГХС без ФР - СД без поражения органов-мишеней, СД ≥10 лет или с ФР - ХБП с СКФ 30-59 мл/мин/м² - Гемодинамически незначимый атеросклероз некоронарных артерий (стеноз(ы) 25-49%) - SCORE2 2,5-7,5% (<50 лет), 5-10% (50-69 лет), 7,5-15% (≥70 лет)
Умеренный риск	<ul style="list-style-type: none"> - Молодые пациенты (СД 1 типа моложе 35 лет, СД 2 типа моложе 50 лет) с длительностью СД <10 лет без поражения органов-мишеней и ФР - SCORE2 <2,5% (<50 лет), <5% (50-69 лет), <7,5% (≥70 лет)
Низкий риск	SCORE2 <2,5% (<50 лет), <5% (50-69 лет), <7,5% (≥70 лет)

Рис. 2. Шкала глобальной оценки 10-летнего ССР.

ОКС — острый коронарный синдром, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство, КШ — коронарное шунтирование, ТИА — транзиторная ишемическая атака, АСБ — атеросклеротическая бляшка, СКФ — скорость клубочковой фильтрации

Целевые уровни гликированного гемоглобина [6]

Алгоритм индивидуального выбора целей терапии по HbA1c

При выборе индивидуального целевого уровня HbA1c в первую очередь следует учитывать:

- возраст пациента;
- ожидаемую продолжительность жизни; функциональную зависимость
- наличие АССЗ;
- риск развития тяжелых гипогликемий

Категории пациентов / Характеристики	Молодой возраст	Средний возраст	Пожилой возраст			
			Функционально независимые	Функционально зависимые		
				Без старческой астении или деменции	Старческая астения или деменция	Завершающий этап жизни
Нет АССЗ и/или риска тяжелой гипогликемии	<6,5%	<7,0%	<7,5%	<8,0%	<8,5%	Избегать гипогликемий, симптомов гипергликемии
Есть АССЗ и/или риск тяжелой гипогликемии	<7,0%	<7,5%	<8,0%			

* ОПЖ — ожидаемая продолжительность жизни

И.И. Дедов, М.В.Шестакова, и др. «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом», 9-й выпуск, 2019 г.

Таблица 6

Целевые значения АД, измеренного в медицинском учреждении, в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний [2]

Возраст	Целевое значение САД (мм рт. ст.)					Целевое значение ДАД (мм рт. ст.)
	АГ	+ СД	+ ХБП	+ ИБС	+Инсульт/ ТИА	
18–64 года	≤130 при переносимости Не <120	≤130 при переносимости Не <120	<140 до 130 при переносимости	≤130 при переносимости Не <120	≤130 при переносимости Не <120	70–79
65–79 лет	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	70–79
≥80 лет	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	70–79
Целевое значение ДАД (мм рт. ст.)	70–79	70–79	70–79	70–79	70–79	

Таблица 7

Классификация и стратификация стадий ХБП по уровню СКФ [9]

СКФ (мл/мин/1,73 м ²)	Определение	Стадия
> 90	Высокая и оптимальная	C1
60–89	Незначительно сниженная	C2
45–59	Умеренно сниженная	C3a
30–44	Существенно-сниженная	C3б
15–29	Резко сниженная	C4
< 15	Терминальная почечная недостаточность	C5

Таблица 8

Спирометрическая (функциональная) классификация ХОБЛ [5]

Стадия ХОБЛ	Степень тяжести	ОФВ ₁ /ФЖЕЛ	ОФВ ₁ , % от должного
I	Легкая	< 0,7 (70%)	ОФВ ₁ ≥ 80%
II	Среднетяжелая	< 0,7 (70%)	50% ≤ ОФВ ₁ < 80%
III	Тяжелая	< 0,7 (70%)	30% ≤ ОФВ ₁ < 50%
IV	Крайне тяжелая	< 0,7 (70%)	ОФВ ₁ < 30% или < 50% в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

Маршрутизация

Пациенты с критериями ВРД и ОВРД в первую очередь проактивно приглашаются на диспансерный прием.

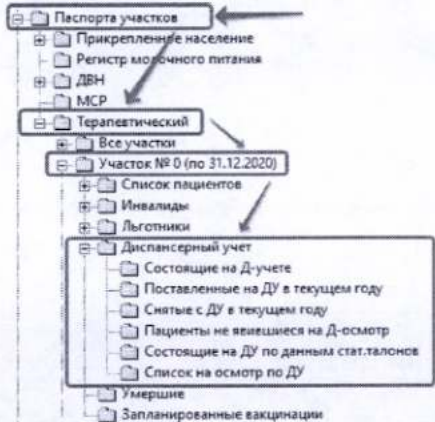
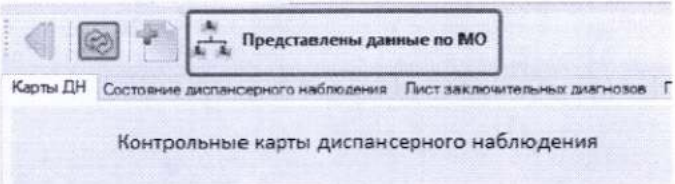
Пациенты с критериями ВРД проходят диспансерное наблюдение с достижением всех критериев компенсации заболеваний, им необходима госпитализация в стационар 1-го или 2-го уровня, а также при необходимости – проведение ТМК с куратором или стационаром 3-го уровня.

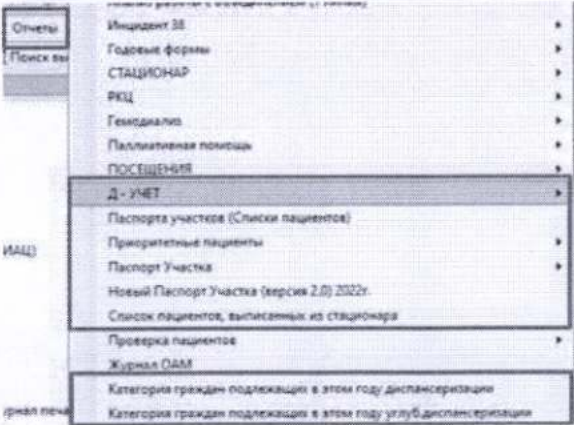
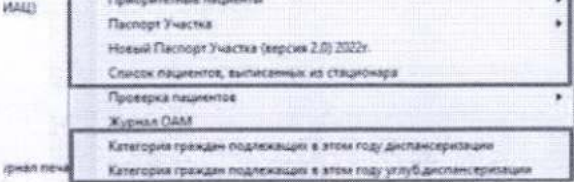
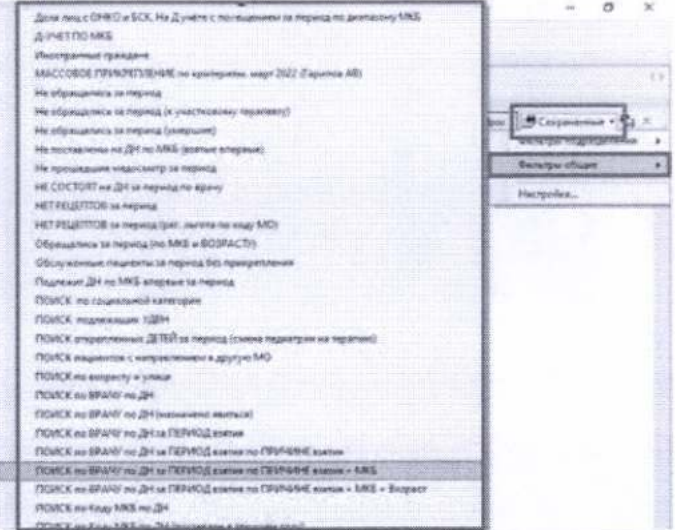
Пациенты с критериями ОВРД проактивно приглашаются на диспансерный прием с госпитализацией по показаниям в стационар 1-го или 2-го уровня, им требуется проведение ТМК с куратором или стационаром 3-го уровня, при необходимости – госпитализация в стационар 3-го уровня.

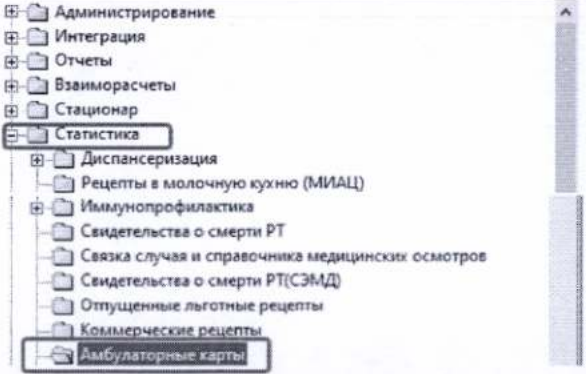
Необходимо отметить, что все пациенты, подлежащие диспансерному наблюдению по профилю имеющегося заболевания, проходят диспансерное наблюдение в установленном порядке в рамках действующих нормативных правовых актов.

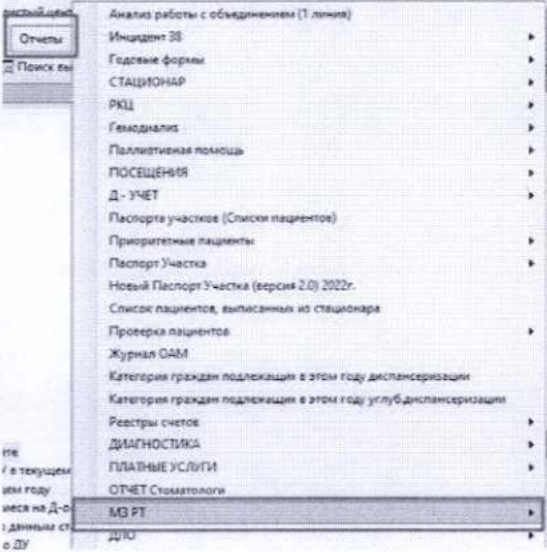
Применение ГИС «Электронное здравоохранение Республики Татарстан» в организации диспансерного наблюдения пациентов с ВРД и ОВРД

ГИС «Электронное здравоохранение Республики Татарстан» содержит инструменты (модули, отчеты), позволяющие организовывать и контролировать процесс диспансерного наблюдения за пациентами с ВРД и ОВРД.

Уровень процесса	Пользователь	Перечень инструментов ГИС ЭЗ РТ	Описание инструмента
Участок	Врач-терапевт участковый Врач общей практики Медицинская сестра участковая	Модуль «Диспансерное наблюдение» (Папка «Диспансерный учет» расположена в папке «Паспорта участков») 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Создание контрольной карты диспансерного наблюдения (форма 030/у). 2. Формирование актуальных списков пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении. 3. Мониторинг движения и явок на д-наблюдение. 4. Просмотр информации о диспансерном наблюдении пациента, в том числе в других медицинских организациях. 
Участок	Врач-терапевт участковый Врач общей практики Медицинская сестра	Модуль «Отчеты»	Формирование отчетов (списков) в текстовом формате (файлы .doc .xlsx): Д-учет (включает отчет «Д-учет. Не состоящие на учете при диагнозах (приказ № 168Н)»; – паспорта участков;

	участковая		<ul style="list-style-type: none"> – приоритетные пациенты (включает списки «Д-учет пациентов 65 лет и старше»; «Пациенты 40–64 лет»; «Нет обращений за последние 2 года»; «Коморбидные пациенты»); – списки пациентов, выписанных из стационара; – списки пациентов с отказами ПДО.
Поликлиника	Заведующий терапевтическим отделением Заместитель главного врача Главный врач		
Поликлиника	Заведующий терапевтическим отделением Заместитель главного врача Главный врач	<p>Модуль «Статистика» папка «Амбулаторные карты» (для формирования последовательно выберите папки «Статистика» – «Амбулаторные карты» – кнопка «Сохраненные» – фильтр общие – необходимый фильтр (условие)</p>	<p>Формирование списков пациентов по определенным критериям</p> 

			
<p>Поликлиника</p>	<p>Заведующий терапевтическим отделением Заместитель главного врача Главный врач</p>	<p>Дашборды ГИС ЭЗ РТ http://91.144.142.145:3838/vitacore/ (для пользователей сетей коммерческого интернета) http://192.168.20.126:3838/vitacore/ (для пользователей сетей ГИСТ)</p>	<p>1. Формирование сводной информации по Республике Татарстан и выбранной медицинской организации.</p> <p>Распределение по группам диспансерного наблюдения в зависимости от выбранного критерия – «Кардиология», «Онкология».</p>
<p>Минздрав РТ</p>	<p>Заместители министра здравоохранения Сотрудники управления лечебной и профилактической помощью</p>	<p>Внимание: необходимо получить логин и пароль через техническую поддержку ГИС ЭЗ РТ</p>	<p>2. График «Общее количество пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении», в разрезе медицинских работников выбранной медицинской организации.</p> <p>3. График «Структура пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, по группе заболевания».</p> <p>4. Таблица «Работа с пациентами диспансерной группы» содержит информацию о работе врача с диспансерной группой (посещения за последние 14 дней от текущей даты)</p>

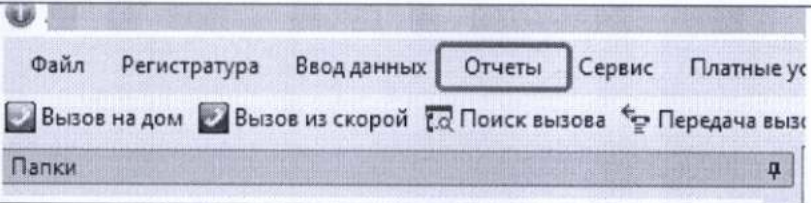
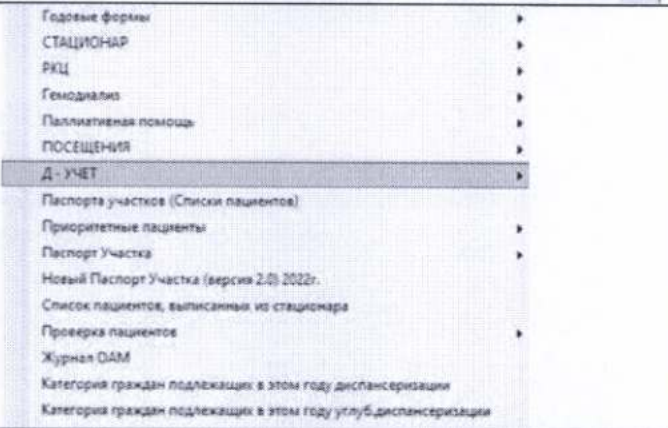
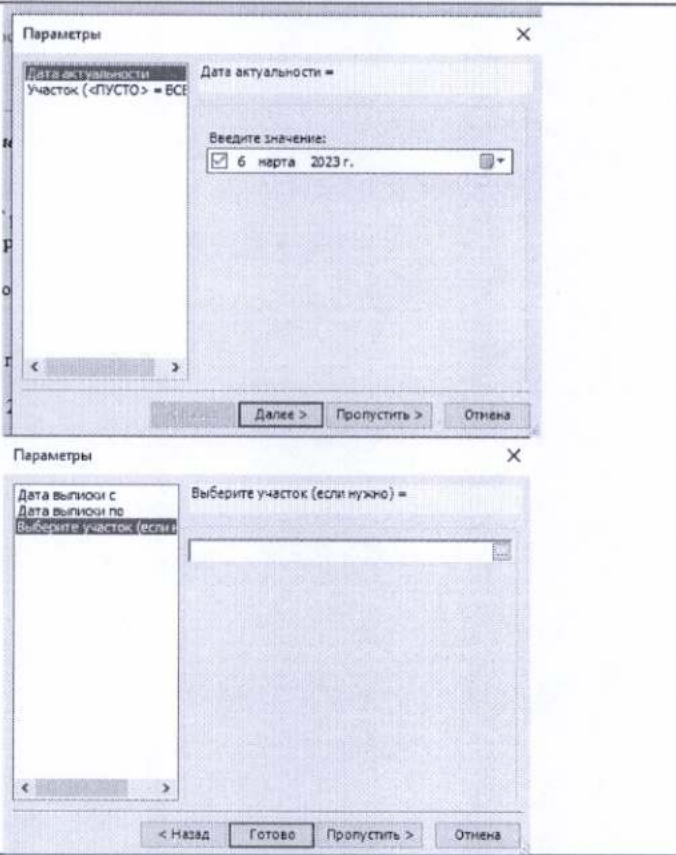
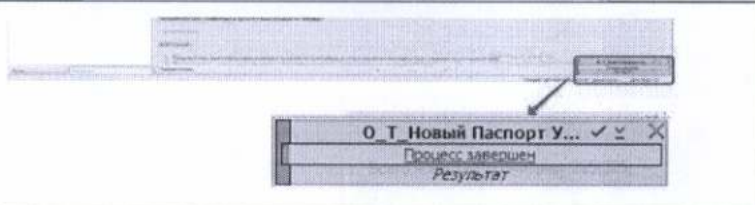
	ГВС по кардиологии, терапии, по общей врачебной практике		
Минздрав РТ	Сотрудники управления лечебной и профилактической помощью ГВС по кардиологии, терапии, по общей врачебной практике	<p style="text-align: center;">Отчет МЗ РТ (последовательно выберите «Отчеты» – «МЗ РТ»)</p>  <p>The screenshot shows a software menu with various options. The 'Отчеты' (Reports) section is expanded, and 'МЗ РТ' (M3 RT) is highlighted. Other visible options include: Анализ работы с объединением (1 линия), Инцидент ЗВ, Годовые формы, СТАЦИОНАР, РКЦ, Гемодиализ, Паллиативная помощь, ПОСЕЩЕНИЯ, Д-УЧЕТ, Паспорта участков (Списки пациентов), Приоритетные пациенты, Паспорт Участка, Новый Паспорт Участка (версия 2.0) 2022г., Список пациентов, выписанных из стационара, Проверка пациентов, Журнал OAM, Категория граждан подлежащих в этом году диспансеризации, Категория граждан подлежащих в этом году углубленной диспансеризации, Реестры счетов, ДИАГНОСТИКА, ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ, ОТЧЕТ Стоматологи, ДПО.</p>	<p style="text-align: center;">Отчеты для ГВС по кардиологии (терапии) (последовательно выберите «Отчеты» – «МЗ РТ» – «ГВС Кардиология»):</p> <ul style="list-style-type: none"> – диспансерное наблюдение по БСК; – БСК по группам с ХСН; – регистр БСК с ХСН по МО – доля лиц, состоявших на Д-учете по БСК среди умерших от БСК.

Заключение

Проведение эффективного диспансерного наблюдения коморбидных пациентов, имеющих высокий риск смерти, является важнейшим элементом снижения преждевременной смертности. Актуализация списков пациентов, нуждающихся в диспансерном наблюдении, выделение приоритетной группы коморбидных пациентов позволяет сфокусировать внимание врачей первичного звена здравоохранения на оказании помощи пациентам, находящимся в группе высокого риска преждевременной смерти [1].

Проактивное приглашение данной группы пациентов позволяет своевременно провести весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий в рамках диспансерного наблюдения: коррекцию терапии, повысить приверженность пациентов к лечению, направить пациента на дальнейшие этапы оказания ему помощи и мероприятия реабилитации.

Алгоритм формирования отчета в ГИС ЭЗ РТ

1	<p>На строке «Меню» нажать кнопку «Отчеты»</p>	
2	<p>В выпадающем списке выберите необходимый отчет</p>	
3	<p>Последовательно укажите параметры отчета. Как правило: участок, период, дата актуальности, диагнозы МКБ-10.</p>	
4	<p>Дождитесь формирования файла. Сформированный файл будет доступен в правом нижнем углу экрана.</p>	

Список литературы

1. Методические рекомендации по организации приоритизации пациентов в рамках диспансерного наблюдения / О.М.Драпкина, Л.Ю. Дроздова, В.С. Фисенко [и др.] // Москва: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2022. – 42с.
2. Артериальная гипертензия у взрослых: клинические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 2020.
3. Nie, J.X.. Mortality of elderly patients in Ontario after hospital admission for chronic obstructive pulmonary disease / J.X. Nie, L. Wang, R.E. Upshur // Can. Respir. J. – 2007. – Vol. 14 (8). – P. 485–489.
4. Brulotte, C.A. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease in the emergency department / C.A. Brulotte, E.S. Lang // Emerg. Med. Clin. N. Am. – 2012. – Vol. 30(2). – P. 223–247.
5. Хроническая обструктивная болезнь легких: клинические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 2021.
6. Сахарный диабет 2 типа у взрослых: клинические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 2022.
7. Хроническая болезнь почек и артериальная гипертензия: как разорвать порочный круг? / Е.Ю. Эбзеева, В.А. Де, Л.И. Ни [и др.] // РМЖ. – 2022. – № 5. – С. 30–34.
8. Цирроз и фиброз печени: клинические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 2021.
9. Хроническая болезнь почек: клинические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 2021.
10. Хроническая болезнь почек: Проект клинические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 2024.
11. Нарушение липидного обмена: клинические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 2023.