

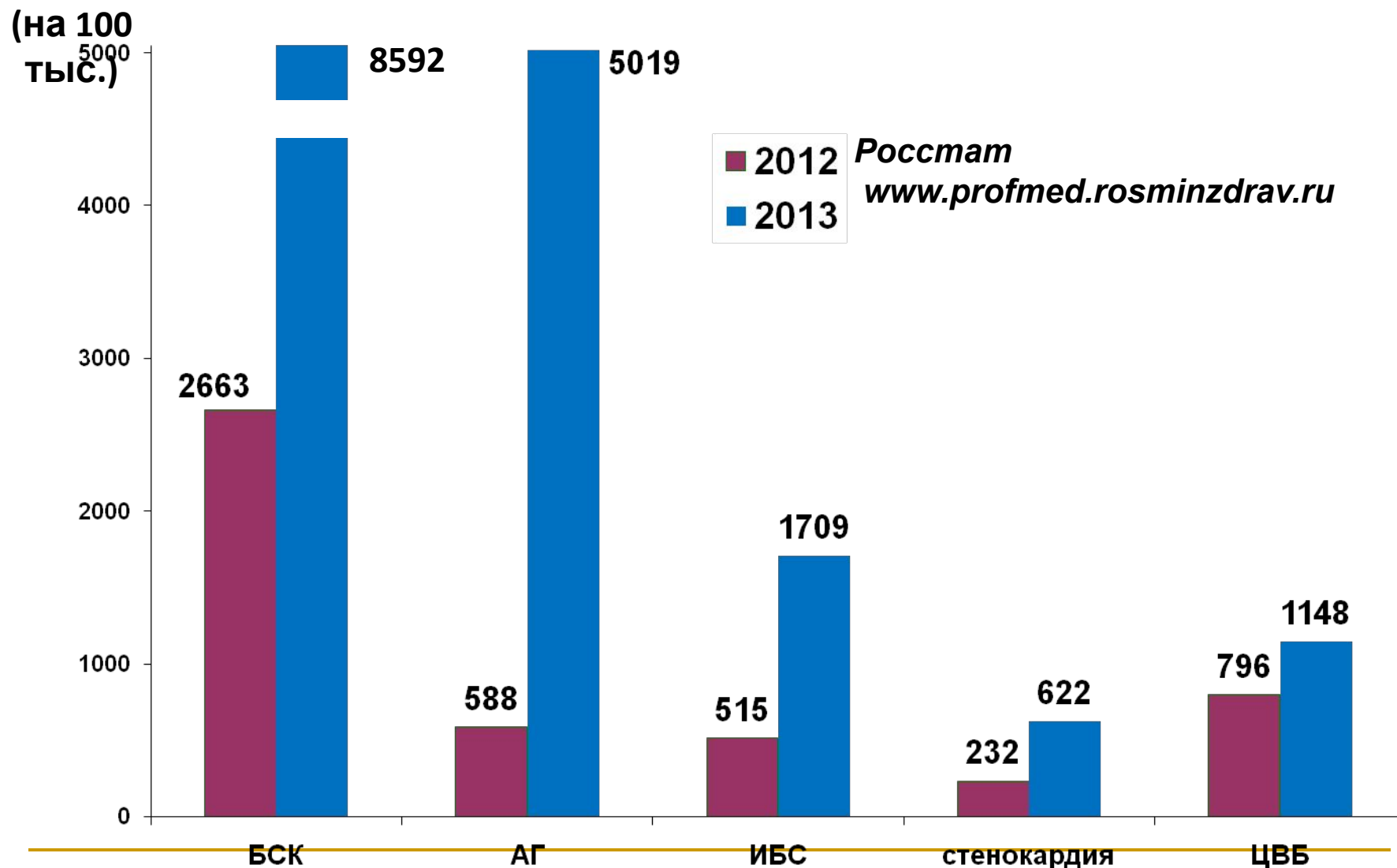
*Диспансерное наблюдение больных с
артериальной гипертонией.*

Проф. Небиеридзе Д.В.

Группы здоровья граждан, прошедших диспансеризацию



Впервые выявленные БСК в рамках текущей деятельности участкового врача 2012 года и диспансеризации 2013 года



Ориентировочный объем диспансерного наблюдения в масштабах терапевтического участка (1800 человек)

Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 года №1344н
«Порядок диспансерного наблюдения»

На терапевтическом участке под ДН в настоящее время должно находиться около 800 человек

Больные АГ – около 700 человек

Больных ИБС - около 230 человек

Больных СД- около 50

Больных ХОБЛ – около 100 человек

Больные со злокачественными новообразованиями должны находиться под наблюдением онкологов.



ДН в ОМП/КМП подлежат граждане с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском (около 400 человек)

По итогам двух лет диспансеризации под ДН будет находиться **около 1000-1200 человек**, имеющих различные сочетания ХНИЗ

ESH and ESC Guidelines

2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)

List of authors/Task Force Members: Giuseppe Mancina (Chairperson) (Italy)*, Robert Fagard (Chairperson) (Belgium)*, Krzysztof Narkiewicz (Section co-ordinator) (Poland), Josep Redon (Section co-ordinator) (Spain), Alberto Zanchetti (Section co-ordinator) (Italy), Michael Bohm (Germany), Thierry Christiaens (Belgium), Renata Cifkova (Czech Republic), Guy De Backer (Belgium), Anna Dominiczak (UK), Maurizio Galderisi (Italy), Diederick E. Grobbee (Netherlands), Tiny Jaarsma (Sweden), Paulus Kirchhof (Germany/UK), Sverre E. Kjeldsen (Norway), Stephane Laurent (France), Athanasios J. Manolis (Greece), Peter M. Nilsson (Sweden), Luis Miguel Ruilope (Spain), Roland E. Schmieder (Germany), Per Anton Sirnes (Norway), Peter Sleight (UK), Margus Viigimaa (Estonia), Bernard Waeber (Switzerland), and Faiez Zannad (France)

ДИАГНОСТИКА

Диагностика артериальной гипертензии

Рекомендации	Класс	Уровень
Необходимо собрать анамнез ,адекватно обследовать больного для постановки диагноза, исключения вторичных форм, выявления ФР, ПОМ, и ассоциированных ССЗ	I	C
Важно также выяснить семейный анамнез для установления наследственной отягощенности по АГ и ССЗ	I	B
<u>Главным скринирующим методом для постановки диагноза является измерение АД врачом</u>	I	B
Диагноз АГ необходимо ставить на основании двух измерений как минимум на двух визитах к врачу	I	C
Всем пациентам необходимо прощупать пульс для оценки Ч.С.С и особенно выявления мерцательной аритмии	I	B
<u>Необходимо дополнительное измерение АД вне клиники для подтверждения диагноза АГ, характера гипертензии, эпизодов гипотонии и уточнения риска развития ССЗ</u>	IIa	B
В зависимости от доступности, показаний, предпочтения пациента можно использовать как суточное мониторирование АД, так и домашнее измерение	IIb	C

Показания для внеофисного АД

Подозрение на гипертонию белого халата

- Повышение АД 1 степени при оффисном измерении

Подозрение на маскированную гипертонию

- Высокое нормальное АД

- Нормальное АД при наличии ПОМ

Стратификация риска пациентов с АГ

Факторы риска, субклинические ПОМ или сопутствующие заболевания	Уровень артериального давления (мм.рт.ст)			
	Высокое нормальное 130-139 85-89	1 ст.АГ 140-159 90-99	2 ст.АГ 160-179 100-109	3 ст.АГ >180 или >110
Отсутствуют факторы риска		Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
1-2 фактора риска	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный - высокий риск	Высокий риск
3 фактора риска	Низкий - умеренный риск	Умеренный - высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
ПОМ, ХБП (3 ст) или диабет	Умеренный- высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий - очень высокий риск
Сердечно-сосудистые заболевания, ХБП 4-5 ст или диабет с ПОМ.	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Факторы риска

Возраст (≥ 55 лет у мужчин, ≥ 65 лет у женщин)

Курение

Дислипидемии- Общий холестерин $>4,9$ ммоль/л (190 мг/дл) и/или холестерин липопротеинов низкой плотности $>3,0$ ммоль/л (115 мг/дл) и/или холестерин липопротеинов высокой плотности у мужчин $<1,0$ ммоль/л (40 мг/дл), у женщин $<1,2$ ммоль/л (46 мг/дл), триглицериды $>1,7$ ммоль/л (150 мг/дл)

НТГ -Глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л (102–125 мг/дл)
Нарушение толерантности к глюкозе 7,8 - 11,0 ммоль/л

Ожирение -(ИМТ ≥ 30 кг/м²) Абдоминальное ожирение (окружность талии: ≥ 102 см у мужчин, ≥ 88 см у женщин) (для лиц европейской расы)

Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (<55 лет у мужчин, <65 лет у женщин)

Поражение органов-мишеней

Высокое пульсовое давление (у лиц пожилого и старческого возраста) ≥ 60 мм рт.ст.

Сердце

Электрокардиографические признаки ГЛЖ (индекс Соколова-Лайона $SV1+RV5-6 > 35$ мм; Корнельский показатель ($RAVL+SV3$) ≥ 20 мм для женщин, ($RAVL+SV3$) ≥ 28 мм для мужчин; Корнельское произведение ($RAVL+SV3$) мм x QRS мс > 2440 мм x мс

Эхокардиографические признаки ГЛЖ (индекс ММЛЖ: > 115 г/м² у мужчин, > 95 г/м² у женщин)

Сосуды

Утолщение стенки сонных артерий (толщина комплекса интима-медиа, ТИМ $\geq 0,9$ мм) или бляшка в брахиоцефальных/почечных/подвздошно-бедренных артериях (АСБ)

Повышенная скорость пульсовой волны на каротидно-феморальном участке > 10 м/сек

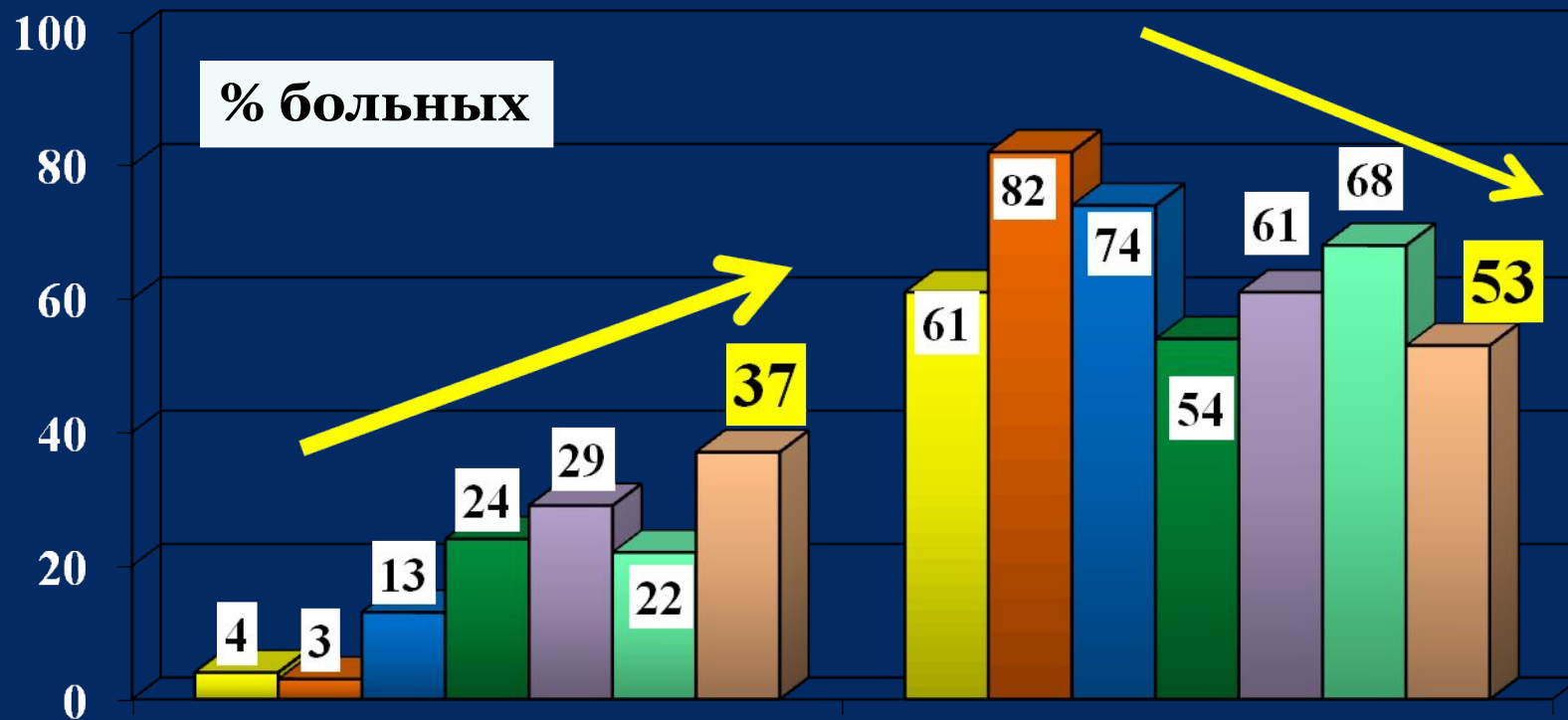
Лодыжечно-плечевой индекс систолического давления $< 0,9$ *

Почки

ХБП 3 стадии со СКФ $30-60$ мл/мин/1,73 м² (MDRD-формула)** или низкий клиренс креатинина < 60 мл/мин (формула Кокрофта-Гаулта)***

Микроальбуминурия (30–300 мг/л)

Диагностика поражений органов – мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС)



Доля больных АГ, у которых выполнены все мероприятия по выявлению АКС и ПОМ

Доля больных АГ, у которых были проведены отдельные мероприятия по диагностике АКС и ПОМ

■ 2005 год ■ 2006 год ■ 2007 год ■ 2008 год ■ 2009 год ■ 2010 год ■ 2011 год

Total cardiovascular risk assessment

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
In asymptomatic subjects with hypertension but free of CVD, CKD, and diabetes, total CV risk stratification using the SCORE model is recommended as a minimal requirement.	I	B	43
As there is evidence that OD predicts CV death independently of SCORE, a search for OD should be considered, particularly in individuals at moderate risk.	IIa	B	51, 53
It is recommended that decisions on treatment strategies depend on the initial level of total CV risk.	I	B	41, 42, 50

CKD, chronic kidney disease; CV, cardiovascular; CVD, cardiovascular disease; OD, organ damage; SCORE, Systematic COronary Risk Evaluation.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cReference(s) supporting levels of evidence.

У 60% пациентов низкого и среднего риска (по шкале SCORE) при дуплексном сканировании сонных артерий выявляется АСБ сонных артерий.

проф.С.А.Бойцов, С. Ж. Уразалина, 2013

У преобладающего большинства пациентов с минимальным количеством компонентов метаболического синдрома (АГ + абдоминальное ожирение + НЛО) отмечаются поражения органов-мишеней (ГЛЖ, МАУ, АС сонных артерий)

**И.Е.Чазова,
Ю.В.Жернакова, 2012**

План инструментально-биохимического обследования пациентов с АГ

Обязательные исследования:

- общий анализ крови и мочи;
- содержание в плазме крови глюкозы (натощак);
- содержание в сыворотке крови ОХС, ХС ЛВП, ТГ, креатинина;
- определение клиренса креатинина (по формуле Кокрофта-Гаулта) или скорости клубочковой фильтрации (по формуле MDRD);
- ЭКГ;
- определение МАУ (тест – полоска, при положительном результате - количественное определение)
- ЭхоКГ;
- УЗИ сонных артерий

Основные принципы ведения
пациентов с АГ

Факторы риска, субклинические ПОМ или сопутствующие заболевания	Уровень артериального давления (мм.рт.ст)			
	130-139 85-89	1 ст.АГ 140-159 90-99	2 ст.АГ 160-179 100-109	3 ст.АГ >180 или >110
Отсутствуют факторы риска	-----	ЗОЖ (месяцы). Затем мед.терапия до цели < 140/90	ЗОЖ (недели). Затем мед. терапия до цели < 140/90	ЗОЖ + мед.терапия до цели < 140/90
1-2 фактора риска	ЗОЖ без мед. коррекции АД	ЗОЖ(недели). Затем мед.терапия до цели < 140/90	ЗОЖ (недели). Затем мед. терапия до цели < 140/90	ЗОЖ + мед.терапия до цели < 140/90
3 фактора риска	ЗОЖ без медик. коррекции АД	ЗОЖ (недели). Затем мед.терапия до цели < 140/90	ЗОЖ + мед. терапия до цели < 140/90	ЗОЖ + мед.терапия до цели < 140/90
ПОМ, ХБП (3 ст) или диабет	ЗОЖ без медик. коррекции АД	ЗОЖ + мед.терапия до цели < 140/90	ЗОЖ + мед. терапия до цели < 140/90	ЗОЖ + мед.терапия до цели < 140/90
Сердечно-сосудистые заболевания, ХБП 4-5 ст или диабет с ПОМ.	ЗОЖ без медик. коррекции АД	ЗОЖ + мед.терапия до цели < 140/90	ЗОЖ + мед. терапия до цели < 140/90	ЗОЖ + мед.терапия до цели < 140/90

Немедикаментозные методы коррекции АГ

- отказ от курения;
- нормализацию массы тела ($ИМТ < 25 \text{ кг/м}^2$);
- снижение потребления алкогольных напитков $< 30 \text{ г}$ алкоголя в сутки для мужчин и 20 г/сутки для женщин;
- увеличение физической нагрузки – регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30-40 мин. не менее 4 раз в неделю;
- снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут ;
- изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров.

Антигипертензивные препараты в качестве первоначального средства выбора (2010 г.)

- Диуретики
- Бета-блокаторы
- Антагонисты кальция
- Ингибиторы АПФ
- Блокаторы рецепторов А II
- Альфа адреноблокаторы
- Агонисты имидазолиновых рецепторов
- Прямые ингибиторы ренина

Цель лечения

Максимальное снижение долгосрочного сердечно-сосудистого риска

- 1. Снижение АД до целевого уровня**
- 2. Коррекция всех модифицируемых факторов риска
(курение, дислипидемия, гипергликемия, ожирение)**
- 3. Органопротекция**
- 5. Лечение ассоциированных заболеваний**

Целевым для всех пациентов с АГ является уровень АД < 140/90 мм рт.ст.

Исключение составляют больные АГ в сочетании с СД, для которых целевым является уровень АД <140/85 мм рт.ст.

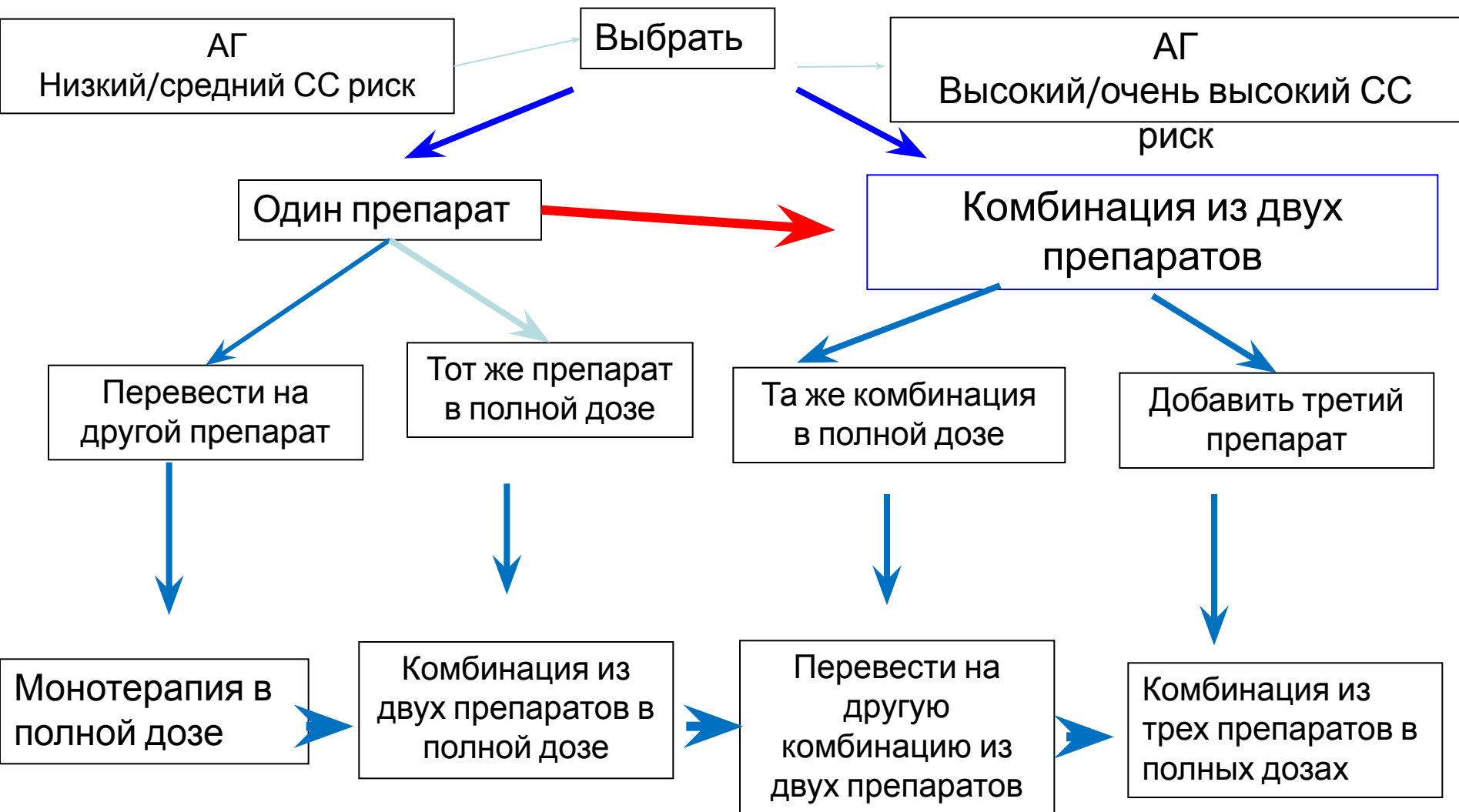
Что зависит от препарата?

**Максимальное снижение долгосрочного
сердечно-сосудистого риска**

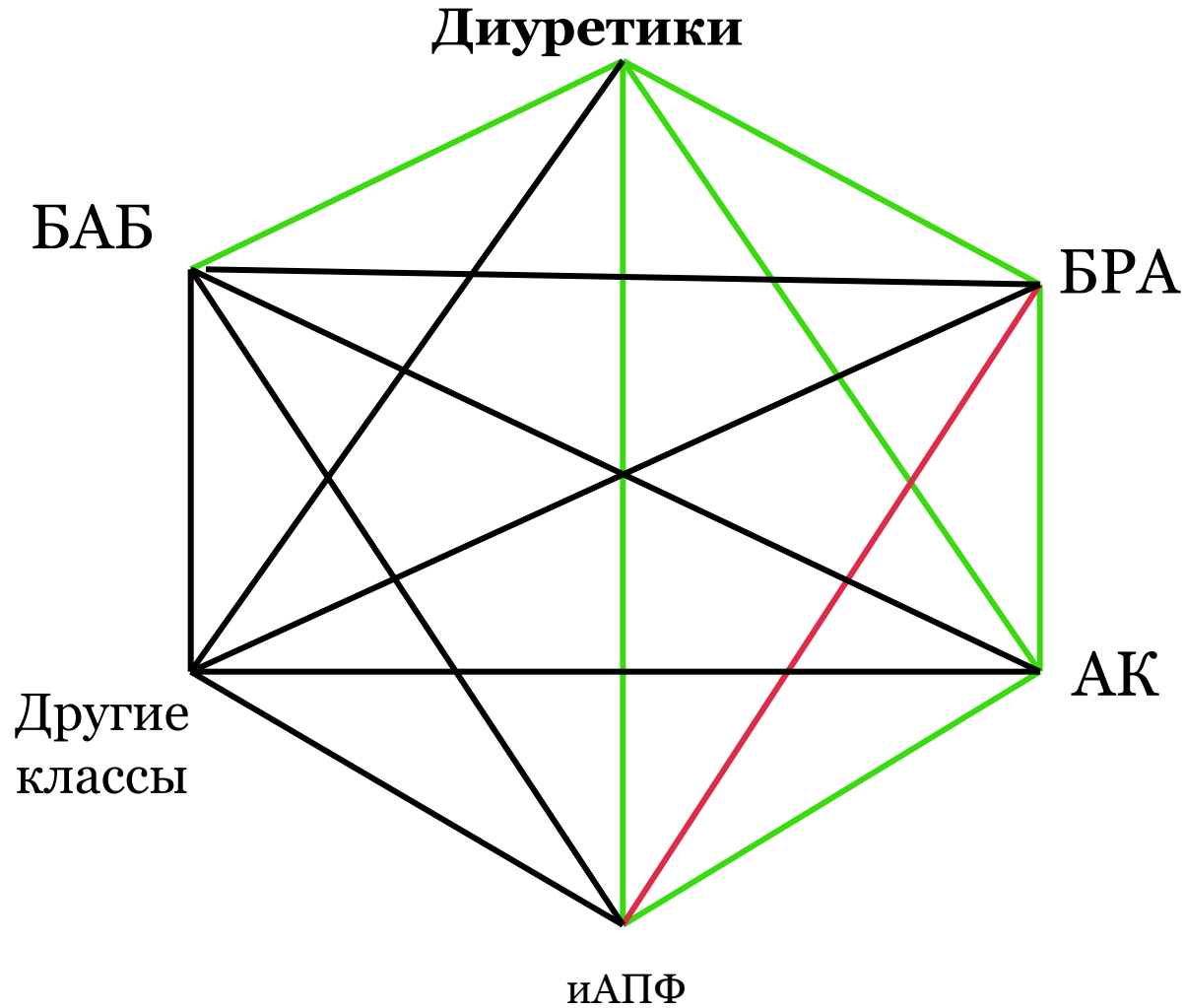
- 1. Снижение АД до целевого уровня**
- 2. Метаболическая нейтральность**
- 3. Органопротекция**

*Подавляющее большинство
пациентов с АГ, обращающихся
к врачам, требуют
комбинированной терапии для
достижения адекватного
контроля АД !*

Сравнение тактики монотерапии и комбинированной фармакотерапии для достижения целевого АД



Возможные комбинации антигипертензивных препаратов



Медикаментозная коррекция сопутствующих факторов риска

Рекомендации	Класс	Уровень	
Необходимо использовать статины при умеренном и высоком риске для достижения холестерина ЛПНП 3 ммоль/л	I	A	649, 652
У пациентов с ИБС рекомендуется при использовании статинов достигнуть уровня ХС ЛПНП 1,8 ммоль/л	I	A	654
Антиагрегантная терапия (аспирин в низких дозах) используется у пациентов с АГ и сопутствующей ИБС	I	A	657
Применение аспирина в низких дозах целесообразно у пациентов с АГ со сниженной функцией почек или лиц с высоким риском при условии адекватного контроля АД.	II a	B	658
Применение аспирина в низких дозах нецелесообразно у пациентов с АГ низкого и среднего риска, поскольку польза и риск одинаковы	III	A	657
У пациентов с АГ и диабетом необходимо достигнуть уровня гликированного гемоглобина 7,0%.	I	B	670
У пожилых пациентов с длительным течением диабета и сочетанной патологией уровень гликированного гемоглобина может быть 7,	IIa	C	-

Основные принципы диагностики

1. Диагностика АГ с учетом СКАД
2. Полнота обследования пациента (наличие ФР, ПОМ, АКС).

Основные принципы ведения.

1. Правильный выбор стратегии в зависимости от группы риска .
2. Стратегия ведения предполагает максимальное снижение риска.
 - а – рекомендации по здоровому образу всегда,
 - б – выбор препарата в зависимости от клинической ситуации (не пропустить комбинированную терапию)
 - в- достижение целевых цифр АД
 - г - не пропустить сопутствующую липидснижающую и антиагрегантную терапию



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научно-исследовательский центр профилактической
медицины» Министерства здравоохранения
Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт пульмонологии»
Федерального медико-биологического агентства
Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний



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

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

Москва 2014 г.

Группа пациентов с АГ для диспансерного наблюдения.

1. АГ 1 степени без ПОМ и ССЗ

2. АГ 1-3 ст. с ПОМ, без ССЗ

3. АГ 1-3 ст. с ССЗ

Построения алгоритма диспансерного наблюдения, включая содержание диспансерного приема больных

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

Порядок проведения диспансерного наблюдения больных АГ (сбор жалоб, анамнез, физикальное обследование – шаг 1)

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

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

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

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

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

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

Заболевание, состояние	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые методы исследования во время профилактических посещений
АГ I-III степени с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП	Не менее 2 раз в год	<ul style="list-style-type: none">- ЭКГ в 12 отведениях с расчетом индекса Соколова-Лайона и Корнелльского показателя не реже 1 раза в год- ЭхоКГ с определением ИММЛЖ и диастолической функции при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям, но не реже 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД и наличии признаков прогрессирования гипертрофии левого желудочка по данным расчета индекса Соколова-Лайона и Корнелльского показателя- дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет при ИМТ > 30 кг/м² и более и общем холестерине > 5 ммоль/л и более при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раз в 2 года с целью определения ТИМ и наличия атеросклеротических бляшек- УЗИ почек и дуплексное сканирование почечных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию- лодыжечно-плечевой индекс при наличии обоснованного подозрения на стеноз сосудов нижних конечностей- консультация окулиста на предмет наличия кровоизлияний или экссудата на глазном дне, отека соска зрительного нерва при взятии под ДН и по показаниям- оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по таблице оценки риска при АГ и по шкале SCORE (при интерпретации

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

Заболевание, состояние	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые методы исследования во время профилактических посещений
АГ I-III степени с ПОМ, с ССЗ, ЦВБ или ХБП	Не менее 2 раз в год	<ul style="list-style-type: none">- ЭКГ в 12 отведениях с расчетом индекса Соколова-Лайона и Корнельского показателя не реже 2 раз в год- Эхо-КГ с определением ИММЛЖ и диастолической функции при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД и наличии признаков прогрессирования ГЛЖ по данным расчета индекса Соколова-Лайона и Корнельского показателя- дуплексное сканирование СА* у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет при ИМТ > 30 кг/м² и ОХ > 5 ммоль/л при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раз в 2 года с целью определения ТИМ и наличия АСБ- УЗИ почек и дуплексное сканирование почечных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию- ЛПИ при наличии обоснованного подозрения на стеноз сосудов нижних конечностей- дуплексное сканирование подвздошных и бедренных артерий* при наличии обоснованного подозрения на их патологию- консультация окулиста на предмет наличия кровоизлияний или экссудата на глазном дне, отека соска зрительного нерва при взятии под ДН и по показаниям

*при наличии возможностей

Качество диагностики и лечения АГ

1. Врачи должны следовать современным рекомендациям.

2. Пациенты должны следовать рекомендациям врачей.

2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Journal of Hypertension 2013, 31:1281–1357

**Пример алгоритма
диспансерного наблюдения
«артериальная гипертония»**



Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями в России



Цель диспансерного наблюдения

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

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

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

«*Диспансерное наблюдение* представляет собой динамическое наблюдение, в т.ч. необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации»



Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении пациентов, имеющих

хронические неинфекционные заболевания,
являющиеся основной причиной инвалидности и
преждевременной смертности населения
Российской Федерации,

**высокий риск развития хронических
неинфекционных заболеваний:**

основные ФР – повышенное АД, ДЛП, гипергликемия,
курение табака, пагубное потребление алкоголя,
нерациональное питание, низкая физическая активность,
избыточная масса тела и ожирение

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



Нормативно-правовая база диспансеризации и диспансерного наблюдения

Федеральный Закон от 21 ноября 2011 г. **№ 323-ФЗ** «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Приказы МЗ РФ

- от 03.12.12 г. **№ 1006н** «Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»
- от 06.12.12 г. **№ 1011н** «Об утверждении Порядка проведения профилактических медицинских осмотров»
- от 21.12.12 г. **№ 1344н** «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения»
- от 15.05.12г. **№ 543н** «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
- от 18.06.13 г. **№ 382н** «О формах медицинской документации и статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров»
- от 04.10.80 г. **№ 1030** (ред. от 31.12.2002) «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» (Разделы 1.1 - 1.2 – Контрольная карта диспансерного наблюдения)

Концепция профилактики НИЗ на терапевтическом

участке

(реализация стратегий высокого риска и вторичной профилактики)



Диспансерное наблюдение



Уменьшение обострений, госпитализаций
Снижение предотвратимой смертности

Формирование ЗОЖ, снижение риска

Увеличение группы диспансерного наблюдения

Выявление заболеваний и риска их развития

Диспансеризация





Кто осуществляет ДН?

(из приказа № 1344н)

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

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

Что включает «диспансерный прием»?

(из приказа № 1344н)

«... 9. Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача (фельдшера) включает:

- 1) оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- 2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- 3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 4) проведение краткого профилактического консультирования;
- 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в т.ч. направление на оказание ВМП, СКЛ, **в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента)**

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

Порядок диспансерного наблюдения

регламентирует приказ Минздрава России
от 21.12.2012 № 1344н

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

(Зарегистрирован в Минюсте России 14.02.2013 N 27072)

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

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

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

Продолжение (приказ МЗ РФ № 1344н)

ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО

НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ (перечень заболеваний) – 38 наименований

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



Анализ нормативной базы по диспансерному наблюдению

Приказ Минздрава СССР 1986 года №770 (кратность и перечень методов исследования при ДН)	абсолютно устарел
Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 г. №1344н «Порядок диспансерного наблюдения» (Дан перечень нозологий для ДН участковым терапевтом, кратность посещений)	нет перечня методов
Приказ Минздрава РФ от 15.11.2012 г. №918н «Порядок оказания помощи больным ССЗ» (перечень нозологий для наблюдения кардиологом)	нет содержания ДН
Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 899н «Порядок оказания помощи больным по профилю «эндокринология»	нет содержания ДН
Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №916н «Порядок оказания помощи больным по профилю «пульмонология»	нет содержания ДН
Стандарты оказания помощи в первичном звене больным СД, ХОБЛ, НЖТ, ЖТ	
Клинические рекомендации по АГ, ИБС, ФП, ХСН	нет содержания ДН
Клинические рекомендации профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, 2011	нет содержания ДН

Обоснование разработки методических рекомендаций по диспансерному наблюдению

Структура методических рекомендаций

1 часть рекомендаций (общая) - содержание Порядка организации ДН, пояснение заполнения учетно-отчетных форм

2 часть рекомендаций (специальная) - ДН пациентов с 17 основными нозологическими формами ХНИЗ и пациентов с высоким и очень высоким суммарным риском ССЗ, включает

- Алгоритм ДН (в форме таблиц)

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

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

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

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

Болезни системы кровообращения - 18 алгоритмов

Высокий и очень высокий риск ССЗ - 1 алгоритм

Болезни органов дыхания - 11 алгоритмов

Хронические болезни почек - 4 алгоритма

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

Методические рекомендации содержат 18 алгоритмов

диспансерного наблюдения больных с ССЗ

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

**Методические рекомендации содержат 1
алгоритм
диспансерного наблюдения пациентов
без заболеваний, имеющих
высокий и очень высокий
сердечно-сосудистый риск (по шкале SCORE) -
Включено впервые в диспансерное
наблюдение**

(регламентировано приказом МЗ РФ № 1006н от 03.12.12)

Методические рекомендации содержат 11 алгоритмов

диспансерного наблюдения больных с БОД

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

Методические рекомендации содержат **4** алгоритма диспансерного наблюдения больных с ХБП

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

ПУ — протеинурия (г/л),
СКФ — скорость клубочковой фильтрации (мл/мин/1,73м²),
ТПН — терминальная почечная недостаточность;
ССО — сердечно-сосудистые осложнения;
СКАД — самостоятельный контроль АД;
АСБ — атеросклеротическая бляшка.

Основные индикаторы оценки эффективности ДН?

(из приказа № 1344н)

Среди больных, находящихся на ДН

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



Спасибо за внимание!