

**Общие вопросы организации и проведения
диспансерного наблюдения больных
хроническими неинфекционными
заболеваниями (ХНИЗ) и пациентов
с высоким риском их развития**

Обучающий семинар

(для врачей общей практики, фельдшеров ФАП, других
специалистов первичной МСП)

Зам. главного врача ПОЦМП Батракова Т.Г.

Пенза
Май 2015г.



РОПНИЗ

Российское общество
профилактики
неинфекционных
заболеваний



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

Методические рекомендации

Москва 2014

Контингенты, подлежащие диспансерному наблюдению

Вся система диспансеризации и диспансерного наблюдения нацелена на их профилактику, раннее выявление и квалифицированное лечение

ХНИЗ, имеющие общие факторы риска:

- болезни системы кровообращения, обусловленные атеросклерозом неосложненного и осложненного течения;**
- злокачественные новообразования;**
- болезни органов дыхания;**
- сахарный диабет.**

Основная цель и задачи диспансерного наблюдения

Для лиц с доказательными ХНИЗ:

- предотвращение прогрессии патологического процесса;
- предотвращение развития обострений;
- снижение числа госпитализаций и осложнений;
- повышение качества и увеличения продолжительности жизни

Для лиц, не имеющих доказательных ХНИЗ:

- предотвращение прогрессии патологического процесса;
- развития внезапных осложнений;
- повышение качества и увеличение продолжительности жизни.

Кто осуществляет диспансерное наблюдение

1. врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового лечебного участка, врач общей практики);
2. врачи-специалисты (по профилю заболевания гражданина);
3. врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики;
4. врач (фельдшер) центра здоровья;
5. фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта)

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. N 252н.

Ориентировочный объем диспансерного наблюдения в масштабах терапевтического участка

В настоящее время в среднем на терапевтическом участке одного врача-терапевта под диспансерным наблюдением находится около 400 человек в городах и около 350 человек в сельской местности

По данным эпидемиологических исследований и результатов диспансеризации взрослого населения в 2013 году при средней численности терапевтического участка в 2000 человек под диспансерным наблюдением должно находиться около 800 человек, имеющих различные сочетания ХНИЗ, из них:

- более 50% составляют граждане, имеющие артериальную гипертонию (АГ).;
- около 230 пациентов с ИБС на каждом терапевтическом участке;
- около 50 с сахарным диабетом;
- около 60 человек больных хронической обструктивной болезнью легких.

Больные со злокачественными новообразованиями должны находиться под наблюдением онкологов.

Содержание диспансерного приема

Диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом (фельдшером) 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 том числе направление гражданина в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента).

Периодичность, длительность, определение объема обследования и лечения при диспансерном наблюдении

определяется врачом (фельдшером) в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, утв. МЗ России.

- группа диспансерного наблюдения – врачом-терапевтом (Приложение к Порядку проведения диспансерного наблюдения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1344н);
- для инсулиннезависимого сахарного диабета имеется соответствующий указанным требованиям стандарт первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 2012г. N 1581н (см. раздел 2.7. «Диспансерное наблюдение больных с сахарным диабетом»).

Основаниями для прекращения диспансерного наблюдения являются:

- 1. выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания (состояния, в том числе травмы, отравления);**
- 2. достижение стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния);**
- 3. устранение (коррекция) факторов риска и снижение степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня.**

В случае отказа пациента от диспансерного наблюдения оформляется письменный отказ

Анализ результатов и критерии эффективности диспансерного наблюдения

**Основными критериями эффективности
диспансерного наблюдения являются:**

- 1. уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;**
- 2. уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;**
- 3. отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;**

Анализ результатов и критерии эффективности диспансерного наблюдения

(продолжение)

4. снижение показателей предотвратимой смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций, граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

5. уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

6. снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.

Алгоритм и организация учета диспансерного наблюдения пациентов

Сведения о диспансерном наблюдении вносятся:

- в медицинскую карту амбулаторного больного (форма N 025/у-04) ;
- в контрольную карту диспансерного наблюдения (форма N 030/у-04),

утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. N 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
диспансерного наблюдения

Фамилия врача _____

Должность _____

Дата взятия на учет _____

Дата снятия с учета _____

Причина снятия _____

Код или № медицинской карты амбулаторного больного (история развития ребенка)

1. Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение _____

2. Диагноз установлен впервые в жизни

(дата)

3. Код по МКБ _____

4. Сопутствующие заболевания

5. Заболевание выявлено:
5.1. при обращении за лечением
5.2. при профосмотре

6. Код льготы

--	--	--

7. Фамилия, имя, отчество _____

8. Пол М/Ж

9. Дата рождения _____

10. Адрес проживания _____

11. Место работы (учебы, дошкольное учреждение) _____

12. Профессия (должность) _____

13. Контроль посещений _____

Даты явок и достижение целевых показателей терапии

Назначено явиться													
Явился													

Даты явок

Назначено явиться													
Явился													

14. Сведения об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях

15. Проводимые мероприятия (лечебно-профилактические, направление на консультацию, в дневной стационар, госпитализацию, на санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

№ п/п	Дата начала	Дата окончания	Мероприятия

Подпись врача _____ «___» 201_ г. _____ «___» 201_ г.

_____ «___» 201_ г. _____ «___» 201_ г. _____ «___» 201_ г.

_____ «___» 201_ г. _____ «___» 201_ г. _____ «___» 201_ г.



РОПНИЗ

Российское общество
профилактики
неинфекционных
заболеваний



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

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

Методические рекомендации

Москва 2014