

Диспансерное наблюдение за пациентами с АГ и ХБП согласно нормативным документам

Ульяна Владимировна Харламова

Профессор кафедры БЖД, медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ России. Д.м.н., доцент.

г. Челябинск, 16.12.2022



Распространенность системных осложнений ХБП

Осложнение	Категория СКФ (мл/мин/1,73 м ²)				
	≥90	60-89	45-59	30-44	<30
Анемия	4-8%	5-12%	10-15%	20-25%	50-80%
Гипертензия	18-22%	35-45%	65-75%	75-80%	>80%
Дефицит 25(OH)D	10-15%	8-12%	8-12%	25-30%	70-80%
Ацидоз	5-7%	6-10%	8-12%	16-22%	30-80%
Гиперфосфатемия	8-10%	5-7%	8-12%	10-15%	20-60%
Гипоальбуминемия	1-2%	2-4%	2-4%	8-10%	10-12%
Гиперпаратиреоз	4-6%	8-12%	20-25%	40-50%	>70%

Шкала KDIGO, 2012

для оценки комбинированного риска ТПН и ССО у больных ХБП

Стадия ХБП, СКФ (мл/мин/1,73 м ²)		Альбуминурия		
		A1	A2	A3
C1	≥ 90	Низкий	Умеренный	Высокий
C2	60-89	Низкий	Умеренный	Высокий
C3a	45-59	Умеренный	Высокий	Очень высокий
C3b	30 - 44	Высокий	Очень высокий	Очень высокий
C4	15-29	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий
C5	< 15 (или диализ)	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий

Тактика ведения

Тактика	Степень риска ТПН и ССО
Наблюдение терапевтом Мониторинг маркеров ХБП и ФР прогрессирования – 1 раз в год Осмотр нефролога – в случае дальнейшего нарастания протеинурии и снижения СКФ	Низкая или
	умеренная
Наблюдение терапевтом и нефрологом Мониторинг маркеров ХБП и ФР прогрессирования – не реже 1 раза в 6 месяцев Осмотр нефролога – не реже 1 раза в год	Высокая
Наблюдение нефрологом и терапевтом * Мониторинг маркеров ХБП и ФР прогрессирования – не реже 1 раза в 3 месяца Осмотр нефролога – не реже 1 раза в 6 месяцев	Очень высокая
*при СКФ<30 мл/мин/1,73м2 – постановка на учет в центре ЗПТ	



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

ПРИКАЗ

Москва

15 марта 2022 г.

Об утверждении порядка проведения
диспансерного наблюдения за взрослыми

Приказ вступил в силу
с 1 сентября 2022



МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 68288

от "21" апреля 2022 г.

№ 1684



Клинические рекомендации

Хроническая болезнь почек (ХБП)

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N18.1/N18.2/N18.3/N18.4/N18.5/N18.9

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения: 2021 (пересмотр каждые 3 года)

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация нефрологов



Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Врач-нефролог.
- Врач-терапевт.
- Врач-терапевт участковый.
- Врач общей практики (семейный врач).
- Врач-эндокринолог.
- Врач-кардиолог.
- Врач-диетолог.
- Врач-хирург; врач-сердечно-сосудистый хирург.

Женщина 50 лет, пришла по вызову на «Д» наблюдение*



Жалобы:

- Вечерние подъемы АД до 146/90 мм рт ст уже 2 года. Днём 120-130/80 мм рт ст
- Принимает лозартан 50 мг утром



Анамнез:

- На «Д» учете с 11 2 года;
- Малоподвижный образ жизни;
- Последнее время стала в весе прибавлять (при росте 170 см вес 75 кг, ИМТ 25,9 кг/м²), любит соленое;
- Не курит;
- У матери повышение АД, ИМ.



* Гипотетический пациент



Женщина 48 лет, пришла по вызову на «Д» наблюдение*

Анализы крови

- Глюкоза натощак 5,1 ммоль/л
- Креатинин **98** мкмоль/л
- СКФ **58, 8** мл/мин/1,73 м²
- Общий ХС 4,6 ммоль/л
- ХС ЛНП 2,638 ммоль/л
- ХС ЛВП 1,060 ммоль/л
- Триглицериды 1,603 ммоль/л
- Мочевая кислот 463,9 мкмоль/л (7,8 мг/дл)

Анализ мочи: альбуминурия **20 мг/л**, (-) глюкоза, число эритроцитов и лейкоцитов в норме?.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 68 уд в мин.



Факторы риска

МЗ 2020

Мужской пол

Возраст ≥ 55 лет для мужчин и ≥ 65 лет для женщин

Курение (в настоящем или прошлом следует рассматривать как фактор риска при отказе от курения в течение последнего года.)

Дислипидемия (принимается во внимание каждый из представленных показателей)

ОХС $> 4,9$ ммоль/л и/или ХС ЛПН $> 3,0$ ммоль/л, и/или ХС ЛВП у мужчин $< 1,0$ ммоль/л, у женщин $< 1,2$ ммоль/л, Триглицериды $> 1,7$ ммоль/л

Глюкоза плазмы натощак 5,9-6,9 ммоль/л или нарушение толерантности к глюкозе

Избыточная масса тела (ИМТ 25-29,9 кг/м²) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)

Мочевая кислота (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин)

ЧСС в покое > 80 ударов в минуту

Семейный анамнез ранних ССЗ – у родственников мужского пола в возрасте < 55 лет и женского < 65 лет

Развитие АГ в молодом возрасте у родителей или в семье

Психосоциальные и социально-экономические факторы?

Малоподвижный образ жизни

Ранняя менопауза?

II стадия АГ:

бессимптомное ПОМ и/или ХБП С3а и/или СД без ПОМ

МЗ 2020

Артериальная жесткость:

- Пульсовое давление (САД-ДАД) у лиц пожилого и старческого возраста ≥ 60 мм .рт. ст.
- Скорость каротидно-феморальной пульсовой волны >10 м/сек

ГЛЖ по ЭКГ (индекс Соколова-Лайона $SV1+RV5-6 > 35$ мм; Корнельский показатель $(RAVL+SV3) \geq 20$ мм для женщин, $(RAVL+SV3) \geq 28$ мм для мужчин; Корнельское произведение $(RAVL+SV3)$ мм x QRS мс > 2440 мм x мс, или амплитуда зубца R в отведении aVL ≥ 11 мм) **или ЭхоКГ** (индекс ММЛЖ: >115 г/м² у мужчин, >95 г/м² у женщин (ППТ))

Лодыжечно-плечевой индекс $<0,9$ (САД на лодыжке/ САД на плече)

ХБП С3 (СКФ 30-59 мл/мин/1,73м²)

Альбуминурия (30-300 мг/сут) или повышение отношения альбумин/креатинин (30-300 мг/г) (предпочтительно в утренней порции мочи)

Скоро она придёт к этому!

Выраженная ретинопатия: наличие кровоизлияний, экссудатов или отёка соска зрительного нерва

Изменения в почках отражают общее состояние сосудов

Факторы Риска



Сердечно-сосудистые факторы риска вызывают повреждение сосудов

Сосудистая система



Выход альбумина в интерстиций, повреждение эндотелия

Почечный кровоток



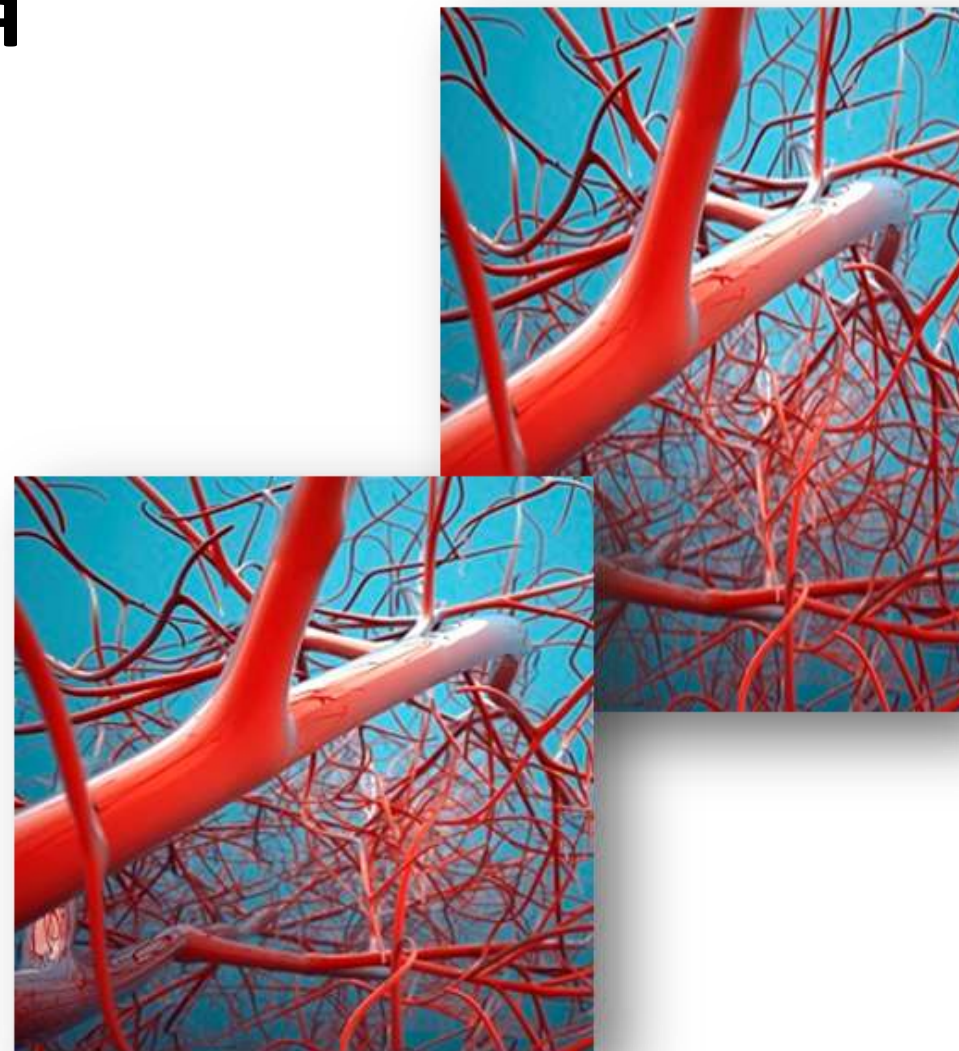
Микроальбуминурия – отражает состояние сосудистой системы

Даже небольшое повышение АД давления вызывают нарушения в сосудистой системе

Артериальная гипертензия

- Вызывают непосредственное повреждение почек
- Способствует прогрессированию повреждения почек
- Ускоряет темпы снижения почечной функции

Harry A.J. Struijker Boudier, Jos L.M.L. le Noble,
Marcel W.J. Messing, Maya S.P. Huijberts,
Ferdinand A.C. le Noble and Helma van Essen



ДН АГ II стадии: анамнез и жалобы

Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений	АГ 2–3 ст. с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП
Регулярность профилактических посещений	≥ 2 в год
Сбор жалоб и анамнеза, активный опрос на наличие, характер и выраженность боли в грудной клетке и одышки при физической нагрузке, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей, об объеме диуреза	✓
уточнение факта и характера приема антигипертензивных препаратов	✓
уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний	✓
уточнение характера гипотензивной терапии и терапии по поводу других ССЗ, ЦВБ и ХБП	-
опрос и краткое консультирование по поводу курения* , характера питания, физической активности	✓
измерение АД* при каждом посещении	✓
анализ данных ДМАД	✓
общий осмотр и объективное обследование, включая пальпацию периферических сосудов и аускультацию подключичных, сонных, почечных и бедренных артерий, измерение индекса массы тела и окружности талии при каждом посещении*	✓
оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по таблице величины риска при АГ и по шкале SCORE (при интерпретации уровня риска приоритет отдается более высокому показателю)	✓

*параметры, рекомендуемые к измерению в Приказе Минздрава РФ от 15. 03.2022, N 168Н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми

МЗ Клинические рекомендации: Артериальная гипертензия у взрослых 2020, <http://cr.rosminzdrav.ru>

ДН АГ 2 стадии: рутинное обследование

Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений	АГ 2–3 ст. с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП
гемоглобин и/или гематокрит при взятии под ДН, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	1 раз в 2 года
глюкоза плазмы натощак не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)	1 раз в год
общий холестерин не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)	1 раз в год
ХС-ЛПНП*, ХС-ЛПВП, ТГ в сыворотке при взятии под ДН, далее по показаниям	1 раз в 2 года
калий и натрий сыворотки при взятии под ДН, далее по показаниям	1 раз в 2 года
мочевая кислота сыворотки при взятии под ДН, далее по показаниям	✓
креатинин сыворотки (с расчетом СКФ*) при взятии под ДН, далее по показаниям	1 раз в 2 года
анализ мочи с микроскопией осадка и определением белка в моче по показаниям	1 раз в 2 года
анализ на микроальбуминурию* при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям	1 раз в год

* При стабильном течении возможно наблюдение в отделении/кабинете Медицинской Профилактики. При рефрактерной АГ III степени пациент наблюдается у врача-кардиолога; при отсутствии возможности наблюдения у врача-кардиолога — у врача-терапевта/ участкового врача.

*параметры, рекомендуемые к измерению в Приказе Минздрава РФ от 15. 03.2022, N 168Н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми

МЗ Клинические рекомендации: Артериальная гипертензия у взрослых 2020, <http://cr.rosminzdrav.ru>

ДН: инструментальные исследования и рекомендации

Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений	АГ 2–3 ст. с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП
ЭКГ* в 12 отведениях с расчетом индекса Соколова–Лайона и Корнелльского показателя	Не реже 1 в год
ЭхоКГ* с определением ИММЛЖ и диастолической функции при взятии под ДН, в последующем по показаниям, но не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД и наличии признаков прогрессирования ГЛЖ при расчете индекса Соколова–Лайона и Корнелльского показателя	Не реже 1 в год
дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет с целью определения ТИМ и наличия атеросклеротических бляшек	не реже 1 в 2 года
измерение СПВ на каротидно-фemorальном участке артериального русла при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям, но не реже 1 раза в 3 года при отсутствии достижения целевых значений АД	-
УЗИ почек при взятии под ДН, далее по показаниям при наличии обоснованного подозрения на развитие или прогрессирование ХБП	✓
дуплексное сканирование почечных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию	✓
лодыжечно-плечевой индекс 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	✓
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	✓

*параметры, рекомендуемые к измерению в Приказе Минздрава РФ от 15. 03.2022, N 168Н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми

Классификация стадий АГ в зависимости от уровней АД, наличия факторов ССР, поражения органов, обусловленного гипертензией, и наличия сопутствующих заболеваний

Рекомендуется система оценки СС риска SCORE

Стадии АГ	Другие ФР, ПОМ или заболевания	Градации АД (мм рт.ст)			
		Высокое нормальное САД 130-139 ДАД 85-89	Степень 1 САД 140-159 ДАД 90-99	Степень 2 САД 160-179 ДАД 100-109	Степень 3 САД ≥ 180 ДАД ≥ 110
Стадия 1	Нет других ФР	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
	1 или 2 ФР	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный высокий риск	Высокий риск
	≥ 3 ФР	Низкий/умеренный риск	Умеренный/высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Стадия 2	ПОМ, ХБП 3 ст. или СД без поражения органов	Умеренный/высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий/ очень высокий риск
Стадия 3	Установленное ССЗ, ХБП ≥ 4 ст. или СД с поражением органов-мишеней	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Классификация стадий АГ в зависимости от уровней АД, наличия факторов ССР, поражения органов, обусловленного гипертензией, и наличия сопутствующих заболеваний

Рекомендуется система оценки СС риска SCORE

Стадии АГ	Другие ФР, ПОМ или заболевания	Градации АД (мм рт.ст)			
		Высокое нормальное САД 130-139 ДАД 85-89	Степень 1 САД 140-159 ДАД 90-99	Степень 2 САД 160-179 ДАД 100-109	Степень 3 САД ≥ 180 ДАД ≥ 110
Стадия 1	Нет других ФР	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
	1 или 2 ФР	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный высокий риск	Высокий риск
	≥ 3 ФР	Низкий/умеренный риск	Умеренный/высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Стадия 2	ПОМ, ХБП 3 ст. или СД без поражения органов	Умеренный/высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий/ очень высокий риск
Стадия 3	Установленное ССЗ, ХБП≥4 ст. или СД с поражением органов-мишеней	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Принципы формулировки диагноза АГ

1. Стадия гипертонической болезни
2. Степень повышения АД обязательно указывается у пациентов с впервые диагностированной АГ. Если пациент принимает антигипертензивную терапию, то в диагнозе указывается наличие контроля АД (контролируемая/неконтролируемая АГ).
3. Максимально полно должны быть отражены ФР, ПОМ, ССЗ, ХБП и категория сердечно-сосудистого риска.
4. Целевой уровень АД для данного пациента??

Диапазон целевых значений «офисного» АД

Возрастная группа	Диапазон «офисного» САД (мм рт.ст.)					Диапазон «офисного» ДАД (мм рт.ст.)
	АГ	+ СД	+ ХБП	+ ИБС	+ ОНМК/ТИА	
18-65 лет	Цель 130 или ниже если хорошо переносимо не <120	Цель 130 или ниже если хорошо переносимо не <120	Цель <140-130 если переносимо	Цель 130 или ниже если хорошо переносимо не <120	Цель 130 или ниже если хорошо переносимо не <120	70-79
65-79 лет	Цель <140-130 если хорошо Переносимо	Цель <140-130 если хорошо переносимо	Цель <140-130 если хорошо переносимо	Цель <140-130 если хорошо переносимо	Цель <140-130 если хорошо переносимо	70-79
≥ 80 лет	Цель <140-130 если хорошо переносимо	Цель <140-130 если хорошо переносимо	Цель <140-130 если хорошо переносимо	Цель <140-130 если хорошо переносимо	Цель <140-130 если хорошо переносимо	70-79
«Офисное» ДАД (мм рт.ст.)	70-79	70-79	70-79	70-79	70-79	

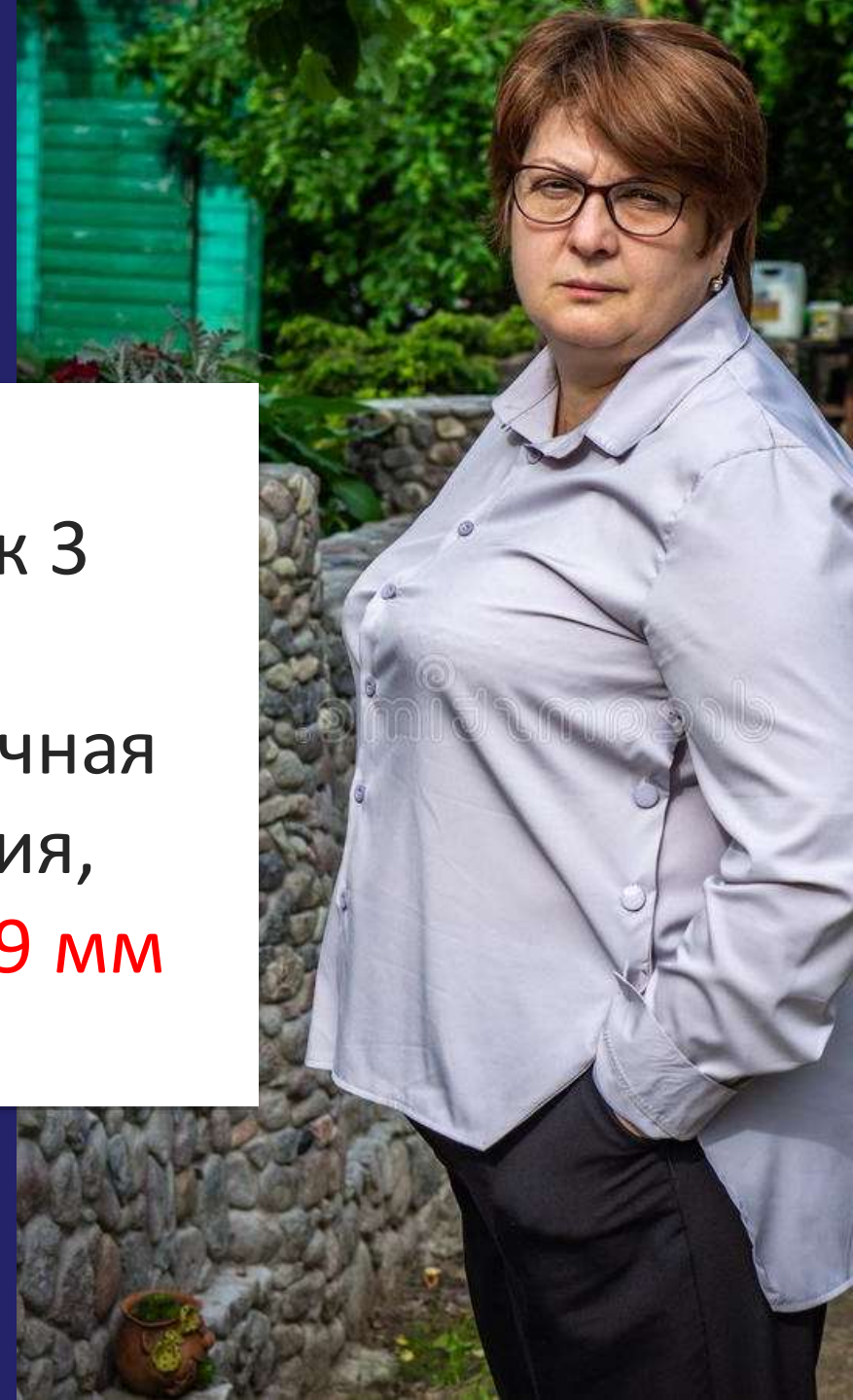


Женщина 48 лет, пришла по вызову на «Д» наблюдение*

Диагноз:

ГБ II стадии, неконтролируемая АГ, Риск 3
(высокий). Гиперлипидемия.

Малоподвижный образ жизни. Избыточная
масса тела. Гипертоническая нефропатия,
ХБП С3А А2. **Целевое АД <140-130/70-79 мм
рт. ст.**



При анализе работы медицинской организации с пациентами с АГ целесообразно анализировать следующие показатели:

- **Процент пациентов, достигших целевого АД** менее 140/90 мм рт. ст. и 130/80 мм рт. ст. через 3, 6 и 12 месяцев наблюдения;
- Процент пациентов, получающих **комбинированную антигипертензивную терапию.**





Терапевтическая стратегия у пациентов с АГ и ХБП

Целевой уровень **САД 130-140 мм рт.ст.**, диастолическое АД **70-79 мм рт.ст.**



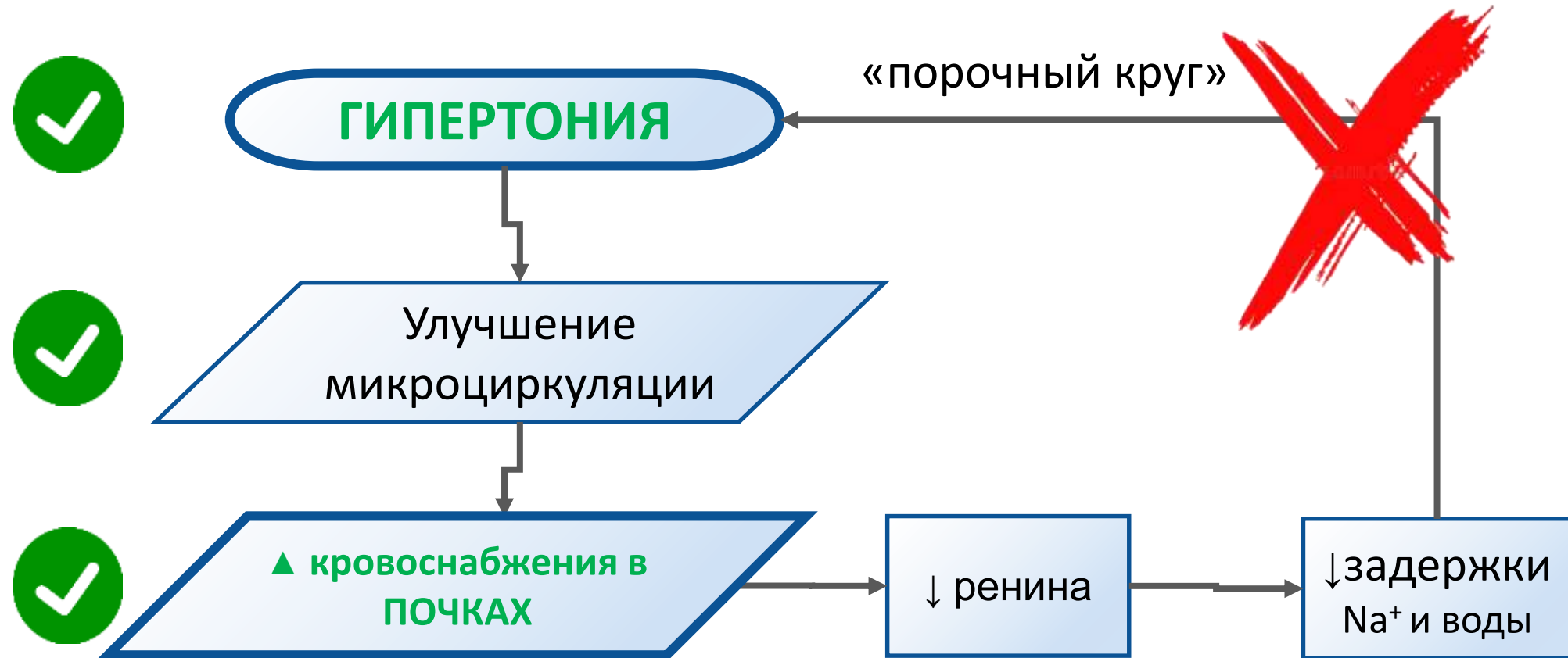
У больных с ХБП, получающих АГ терапию, особенно иАПФ или АРА, можно ожидать снижения СКФ и повышения уровня креатинина, однако повышение уровня креатинина >30% требует немедленного обследования пациента для исключения реноваскулярного поражения.

Артериальное давление и почки тесно взаимосвязаны

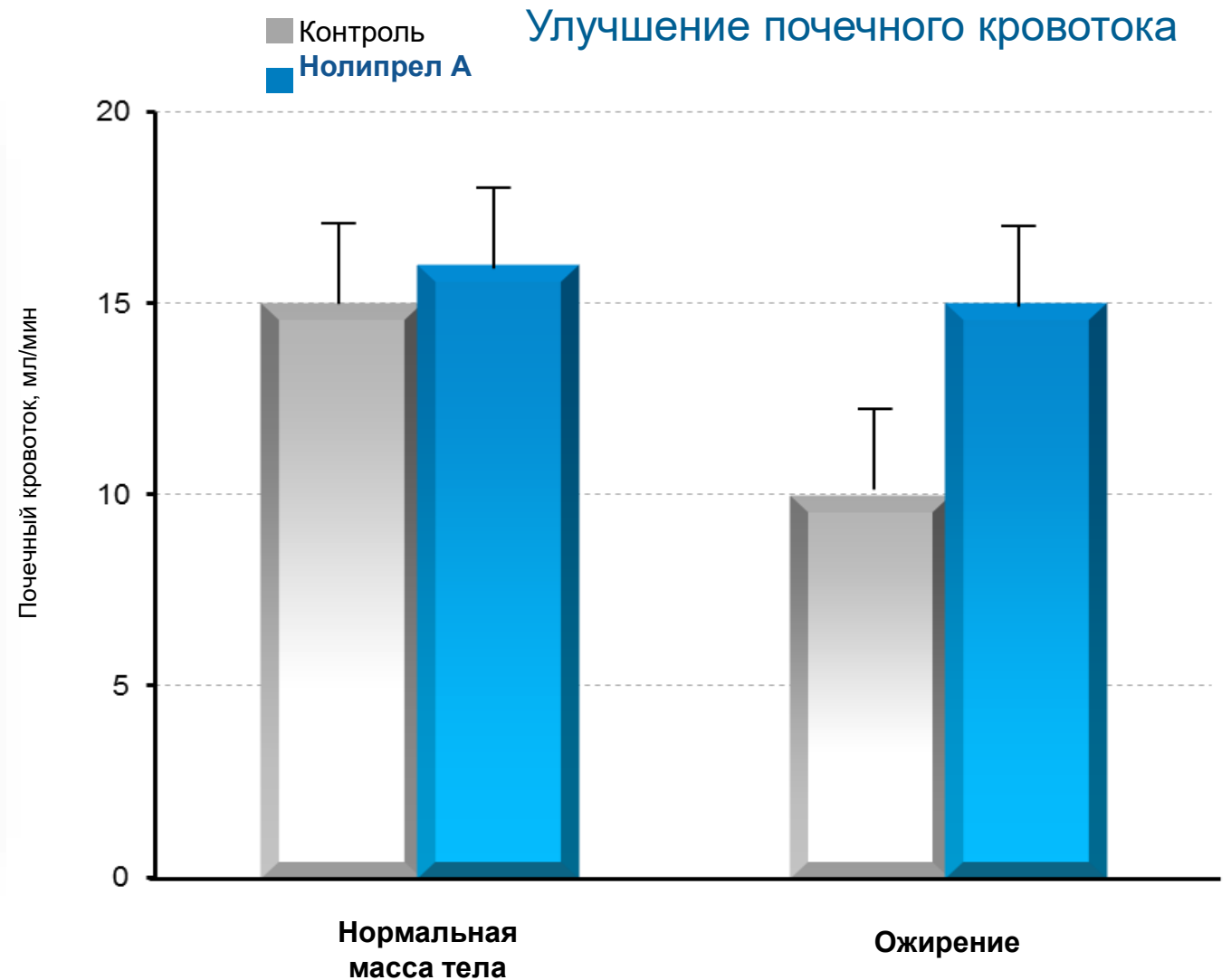
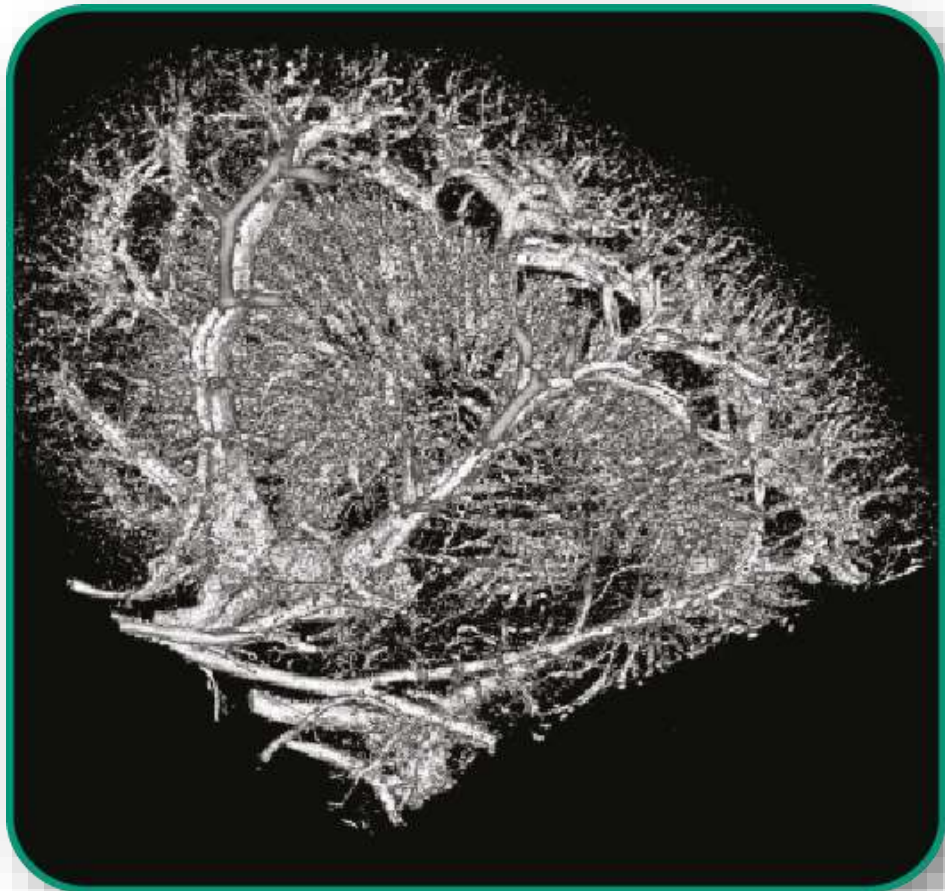
«порочный круг»



Периндоприл+ индапамид разрывает порочный круг гипертония- почка на разных уровнях!



Действие комбинации периндоприла+ индапамид, улучшающее микроциркуляцию и перфузию почек



Почечные эффекты периндоприла+индапамид в ранней защите почек



Периндоприл+ индапамид обладает ранней нефропротекцией со снижением смертности (метаанализ Ruilope)

Исследование	Препарат vs плацебо	Первичная профилактика	Вторичная профилактика	Сердечно-сосудистая смертность	Общая смертность
IDNT	Ирбесартан	–	–	+8% (НД)	–8% (НД)
RENAAL	Лозартан	–	–35%	–	+2% (НД)
IRMA 2	Ирбесартан	–	–38%	–	–
ADVANCE	Периндоприл+ индапамид	–21% p<0,0001	–22% p=0,001	–18% p=0,027	–14% p=0,025
TRANSCEND	Телмисартан	–	–42%	+3% (НД)	+5% (НД)
DIRECT	Кандесартан	–5% (НД)	–	–	–
ROADMAP	Олмесартан	–23%	–	+394% (p=0,01)	+70% (НД)

Активность РААС и задержка натрия и жидкости – ключевые механизмы повышения АД при избыточной массе тела

Все компоненты РААС представлены в жировой ткани и особенно в висцеральной жировой ткани^{1,2,3}



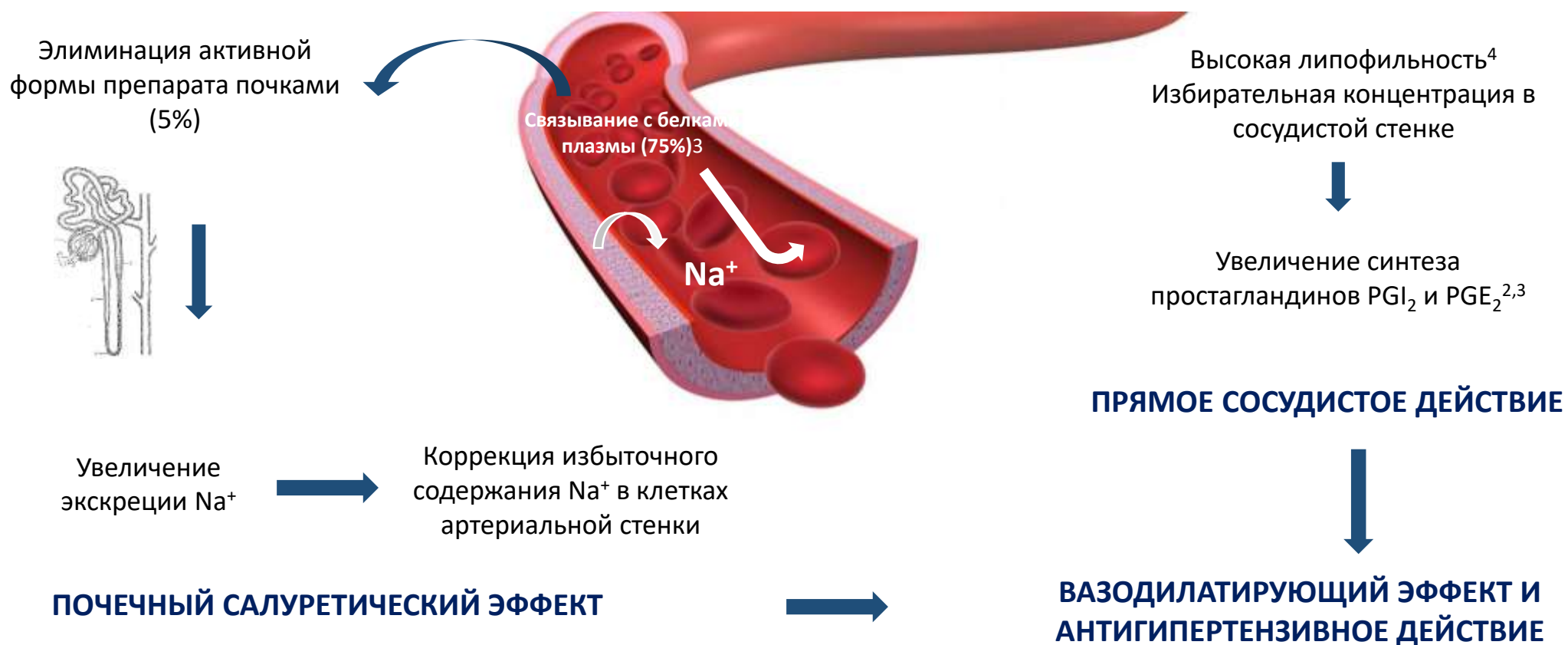
1. Sowers, James R. Insulin Resistance and Hypertension. *Physiol Heart Circ Physiol*. 2004;286:1597-1602. 2. Ashish. A. El-Atat. R, et al. Hypertension and Obesity. *Recent Prog Horm Res*. 2004;59:169-205. 3. Kershaw EE, Flier JS. Adipose Tissue as an Endocrine Organ. *Clin Endocrinol Metab*. 2004;98:2548-2556.

Два эффекта ингибиторов АПФ в лечении АГ

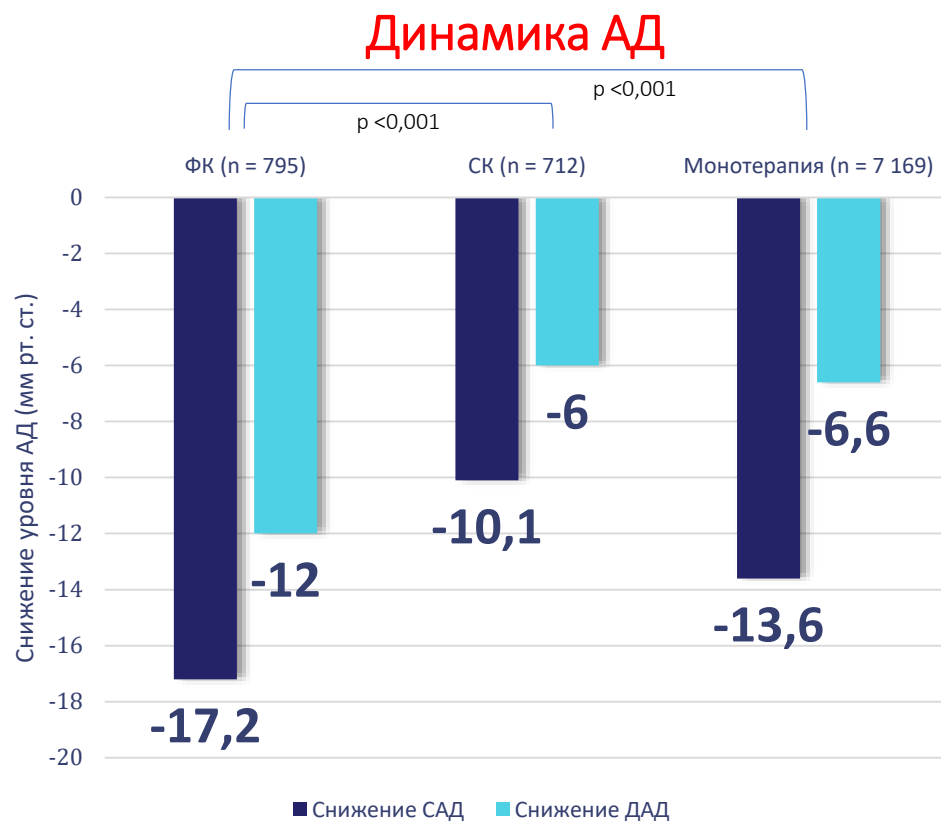


Индапамид – диуретик, созданный для лечения артериальной гипертензии

ДВОЙНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ИНДАПАМИДА¹



Использование ФК в качестве начальной терапии более эффективно в контроле АД, чем монотерапия или свободные комбинации.



ФК – фиксированная комбинация, СК – свободная комбинация

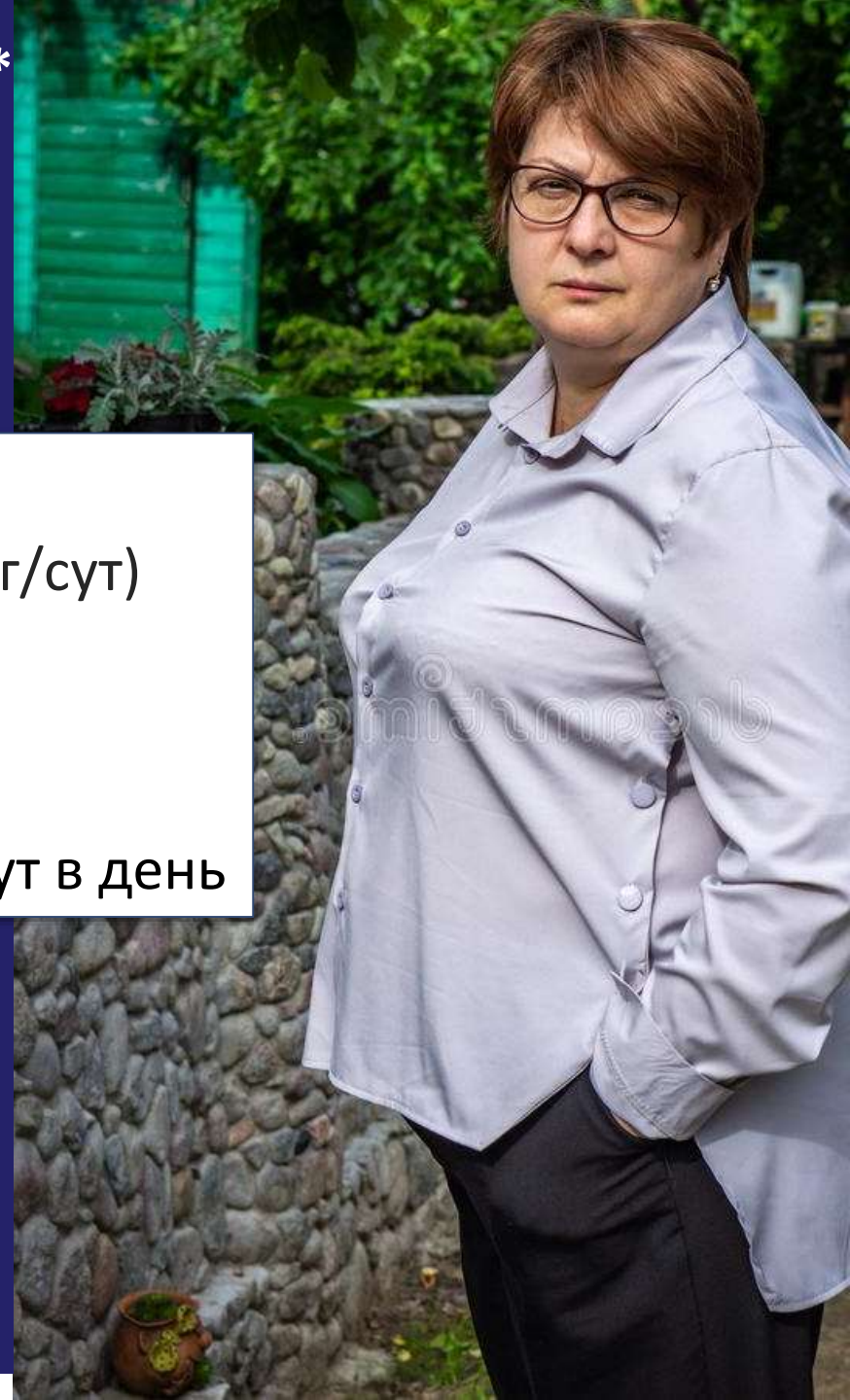
Bronsert MR, Henderson WG, Valuck R, Hosokawa P, Hammermeister K. Comparative effectiveness of antihypertensive therapeutic classes and treatment strategies in the initiation of therapy in primary care patients: a Distributed Ambulatory Research in Therapeutics Network (DARTNet) study. J Am Board Fam Med 2013; 26:529-538.

Женщина 48 лет, пришла по вызову на «Д» наблюдение*



Лечение

- Ограничить потребление натрия с пищей (<5 г/сут)
- Снизить вес на 5 кг за 6 месяцев
- Поменять лозартан 50 мг на комбинацию периндоприл 5 мг+ индапамид 1,25 мг
- Увеличить физическую активность до 30 минут в день

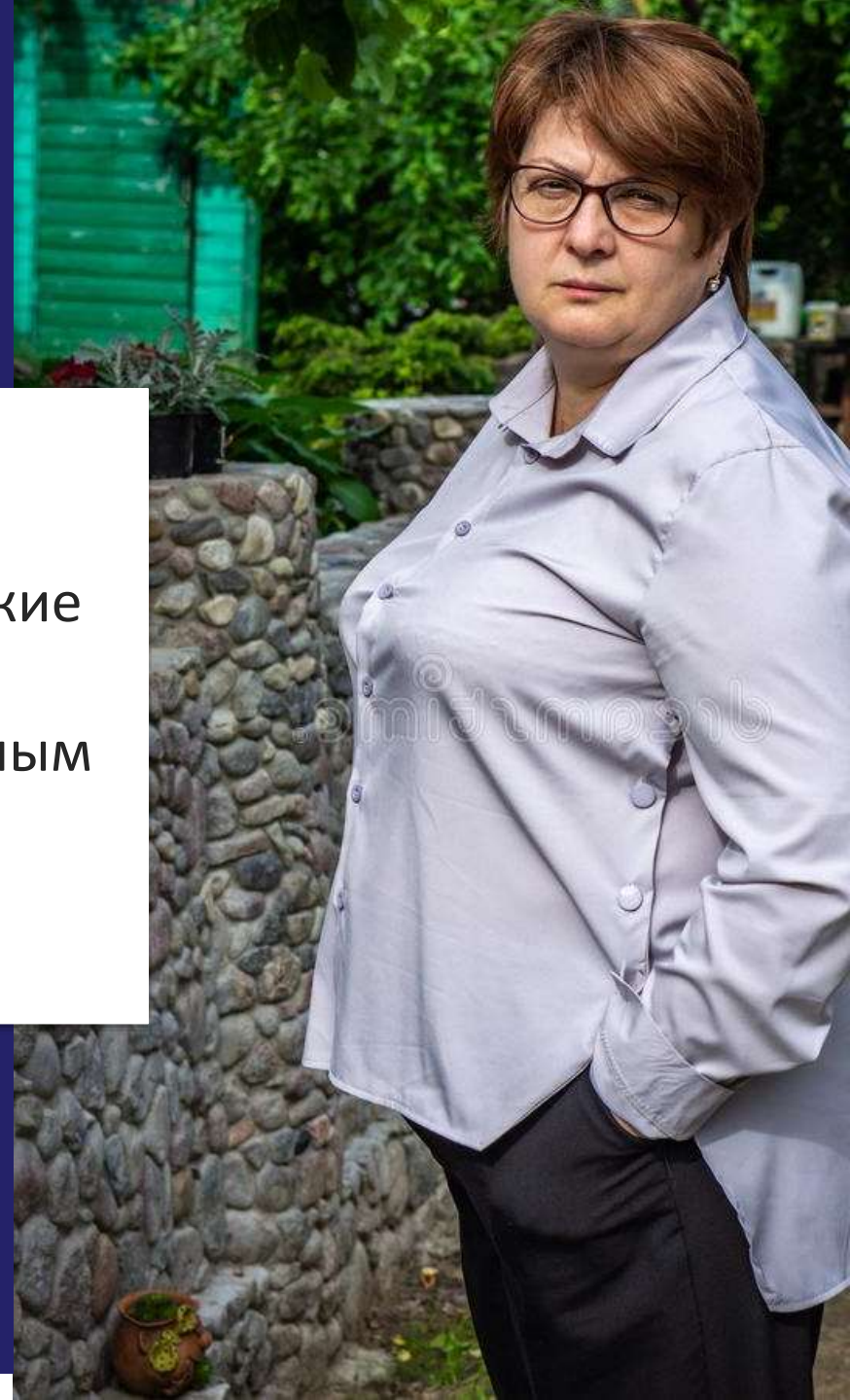


Женщина 48 лет, пришла по вызову на «Д» наблюдение*



Обучение пациента

- Подчеркнуть важность терапевтических изменений образа жизни (диета, физические упражнения, уменьшение стресса)
- Мотивировать пациента быть приверженным всем инструкциям и назначениям
- Самоконтроль АД в домашних условиях и правильный метод измерения АД



Женщина 48 лет. Через 2 недели

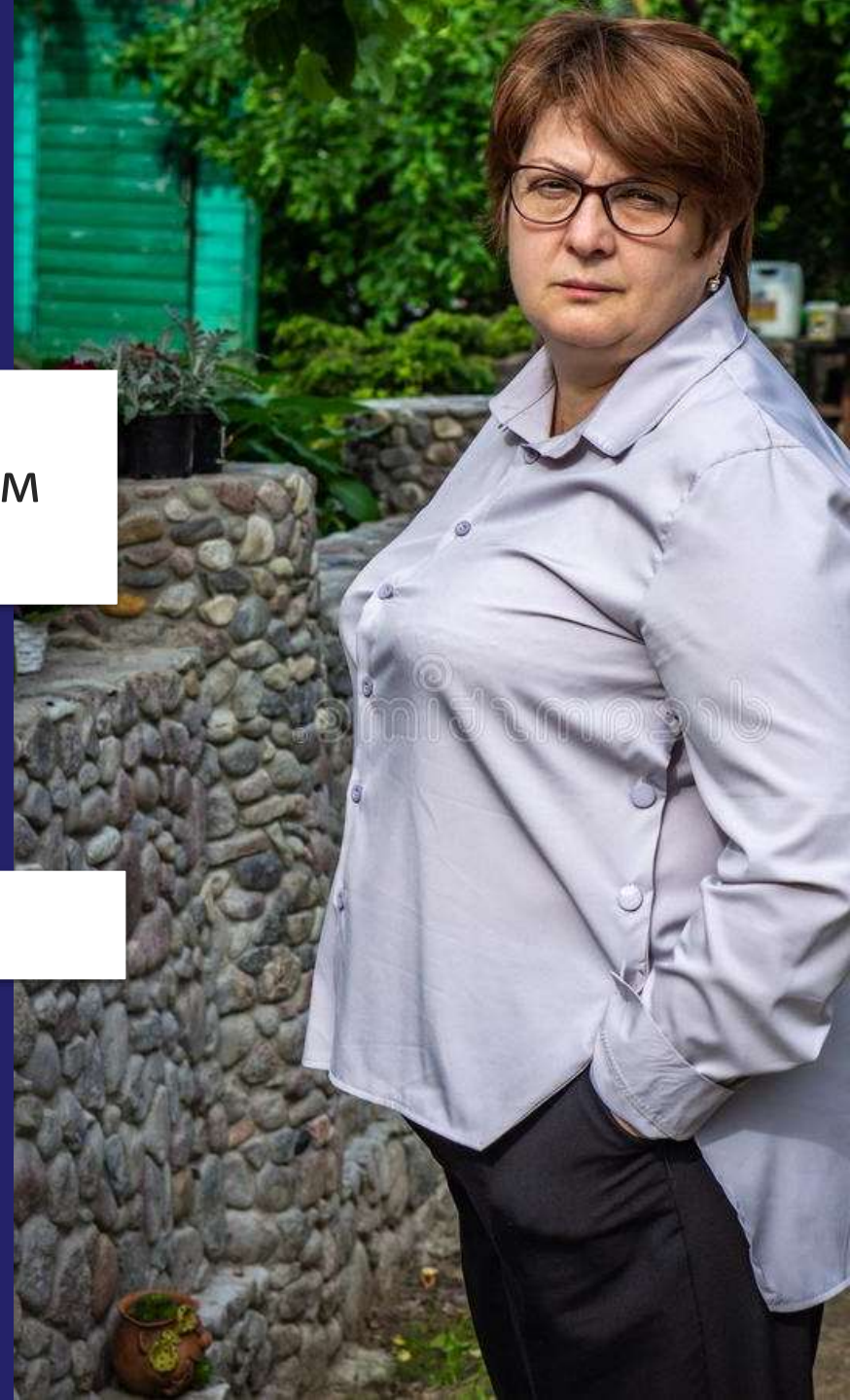


Жалобы:

- Жалоб нет. По дневнику АД утром, вечером 124-126/80 мм рт ст.



Явка на осмотр через 1 год.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ от 15 марта 2022 г. N 168н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО
НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ВЗРОСЛЫМИ

Диспансерное наблюдение устанавливается в течение 3-х рабочих дней после:

- Установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- Получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.



Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____
Медицинская документация
Учетная форма № 030/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

наименование медицинской организации _____

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № _____**

заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: _____ Код по МКБ-10 _____

полнения карты: число _____ месяц _____ год _____
льность врача _____ 4. Ф.И.О. врача _____

ановления диагноза _____ 6. Диагноз установлен: впервые – 1, повторно – 2.
ание выявлено при: обращении за лечением – 1, профилактическом осмотре – 2.
ала диспансерного наблюдения _____ 9. Дата прекращения диспансерного наблюдения _____

ны прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление – 1, выбытие из района обслуживания – 2, смерть – 3.
ия, имя, отчество пациента _____

уж. – 1, жен. – 2 13. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

регистрации: субъект Российской Федерации _____ населенный пункт _____
_____ город _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

егории льготы _____

оль посещений: _____

Даты посещений

явиться есь)									

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ от 15 марта 2022 г. N 168н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО
НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ВЗРОСЛЫМИ



Диспансерное наблюдение устанавливается в течение 30 дней после:

- Установления диагноза и назначения медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- Получения выписки из медицинской карты амбулаторного больного по результатам оказания стационарных услуг.

**Контрольная карта
диспансерного
наблюдения...заполняется на
каждое заболевание, по поводу
которого проводится
диспансерное наблюдение.**

Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 834н (ред. от 02.11.2020)

Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____
Медицинская документация
Учетная форма № 030/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

КАРТА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № _____

наблюдения по поводу _____
диспансерному наблюдению: _____
Код по МКБ-10 _____

год _____
4. Ф.И.О. врача _____

Диагноз установлен: впервые – 1, повторно – 2.
После клинического осмотра – 2.
Дата прекращения диспансерного наблюдения _____
Причина прекращения диспансерного наблюдения – 1, выбытие из района обслуживания – 2, смерть – 3.

месяц _____ год _____

населенный пункт _____
квартира _____ тел. _____

Личные данные пациента

фамилия	имя	отчество	пол	дата рождения

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИКАЗ от 15 марта 2022 г. N 168н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ВЗРОСЛЫМИ

Диспансерное наблюдение за пациентами с АГ врачом-терапевтом

МКБ 10	Диспансерное наблюдение	Периодичность	Контролируемые показатели состояния здоровья	Длительность	Примечания
I11-I15	Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	Не реже 1 раза в год	Вес (ИМТ), окружность талии, Статус курения; АД, ЧСС; СКФ (не реже 1 раза в год); Холестерин-ЛПНП (не реже 1 раза в год); 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 ЭХО КГ (не реже 1 раза в год)	Пожизненно	Диспансерное наблюдение врачом-терапевтом осуществляется при АГ 2 - 3 степени, за исключением АГ резистентной к медикаментозной терапии. Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИКАЗ от 15 марта 2022 г. N 168н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ВЗРОСЛЫМИ**

Диспансерное наблюдение за пациентами с ХБП врачом-терапевтом

МКБ 10	Диспансерное наблюдение	Периодичность	Контролируемые показатели состояния здоровья	Длительность	Примечания
N 18.9	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

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИКАЗ от 15 марта 2022 г. N 168н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ВЗРОСЛЫМИ
Диспансерное наблюдение за пациентами с ХБП врачом-терапевтом

МКБ 10	Диспансерное наблюдение	Периодичность	Контролируемые показатели состояния здоровья	Длительность	Примечания
N 18.1	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 стадии	В соответствии с клиническими рекомендациям и, 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 - срок диспансерного наблюдения определяется лечащим врачом индивидуально с учетом рекомендаций врача-нефролога; пациенты, страдающие хронической болезнью почек - пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога 1 раз в год

Требования к диспансерному наблюдению



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**

.

Благодарю за внимание!

