



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
"ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ"  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Профессор Ипатов Петр Васильевич

# Организация диспансерного наблюдения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и факторами риска их развития



## **Что представляет собой диспансерное наблюдение?**

[статья 46](#) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации" дает это определение

**2. Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе 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 указанных лиц**

# Кто осуществляет диспансерное наблюдение?

Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344н

## Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения

4. Диспансерное наблюдение осуществляют следующие медицинские работники медицинской организации где гражданин получает первичную медико-санитарную помощь:

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

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)** в случае возложения на него 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 "

## **Кто подлежит диспансерному наблюдению?**

Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344н  
**Об утверждении порядка проведения диспансерного  
наблюдения**

(Зарегистрировано в Минюсте России 14.02.2013 N 27072)

**3. Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).**

**Диспансерное наблюдение за больными ХНИЗ и лицами, имеющими высокий риск их развития является приоритетным, в связи с тем, что они обуславливают 80 % смертности всего населения страны. Вся система диспансеризации и диспансерного наблюдения нацелена прежде всего на их профилактику, раннее выявление и квалифицированное лечение**

# Ориентировочный объем Диспансерного наблюдения в масштабах страны

БСК – **32,5 млн.**

АГ – 12,2 млн.

ИБС – 7,3 млн.

ЦВБ 6,9 млн

2012 год

СД2 – **3,8 млн**

Хр. Бр.+эмф-1,9

ХОБЛ – 0,8 } = **2,7 млн.**

Итого ХНИЗ = **39 млн.**

Д – 1,6 x 3 = **5 млн**

**44 млн.**  
к 2016 году

Выявлено заболеваний и  
подозрений на заболевания  
из 15 млн. прошедших  
диспансеризацию на 15.11.2013  
(кол-во человек)



Эндокринные заболевания



0,5 млн. x 3 = **1,5 млн.**

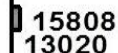
Б. нервной системы



Заболевания глаз



в т.ч. глаукома



1 млн. x 3 = **3 млн.**

Б. системы кровообращения



в т.ч. ЦВЗ



0,1 млн. x 3 = **0,3 млн.**

Б. органов дыхания



Б. органов пищеварения



Б. мочеполовой системы



■ Подозрения на заболевания

■ Заболевания

**Кроме того диспансерному наблюдению подлежат**

**II группа состояния здоровья** - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном (для лиц от 40 до 65 лет) и относительным (для лиц моложе 40 лет) суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (углубленное профилактическое консультирование и/или групповое профилактическое консультирование) в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска.

**Эти граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики.**

# Группы здоровья

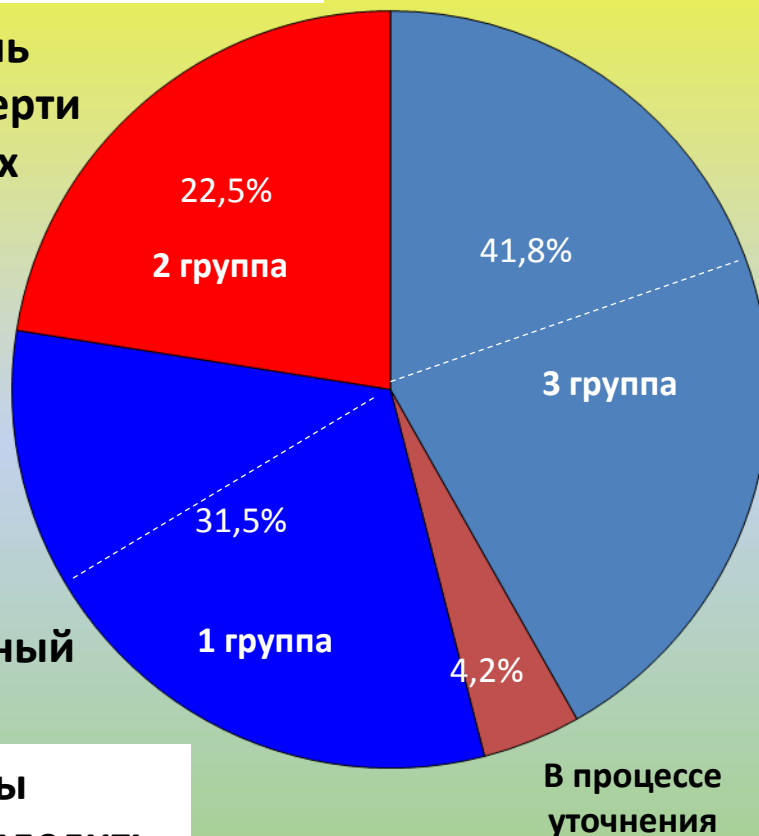
**3,4 млн. из 15 млн. прошедших Д**  
**К 2016 г. будет более 10 млн.**

**Высокий и очень  
высокий риск смерти  
без доказанных  
заболеваний**

**Заболевания, требующие  
динамические  
наблюдения  
3 группу целесообразно  
разделить на две  
подгруппы:  
3а (ХНИЗ) и  
3б (другие болезни)**

**Низкий и умеренный  
риск смерти**

**Из 1-й группы  
целесообразно выделить  
и перевести во 2-ю группу  
лиц с высоким и очень  
высоким относительным  
риском развития ССЗ**



**В процессе  
уточнения**

**IIIa группа состояния здоровья** - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания (болезни системы кровообращения, новообразования, сахарный диабет 2-го типа, хронические болезни органов дыхания), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании

**IIIб группа состояния здоровья** - граждане, не имеющие хронических неинфекционных заболеваний, но имеющие другие заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании <1>.

-----

<1> По результатам дополнительного обследования группа состояния здоровья гражданина может быть изменена. **При наличии у пациента и хронических неинфекционных заболеваний и других заболеваний (состояний), требующих диспансерного наблюдения его включают в IIIa группу состояния здоровья.**

Граждане IIIa и IIIб групп подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. **Гражданам IIIa группы, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний и гражданам IIIб группы, имеющим высокий и очень высокий суммарный (абсолютный и относительный) сердечно-сосудистый риск, проводится коррекция имеющихся факторов риска (углубленное профилактическое консультирование и/или групповое профилактическое консультирование) в рамках диспансеризации** в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья.



# Основные результаты диспансеризации- 2013 для участкового врача-терапевта

Диспансеризация позволяет выявить на каждые 2000 человек  
(средняя численность терапевтического участка):



Чтобы диспансеризация достигла своей цели  
**СБЕРЕЖЕНИЕ НАРОДА**  
Необходимо всех их взять под диспансерное  
наблюдение

- 84 больных арт. гипертонией и 64 человека, требующих уточнения
- 26 больных ИБС и 15 человек, требующих уточнения
- 15 больных с церебров. патологией и 8 человек, требующих уточнения
- 13 больных с патологией органов дыхания и 11 человек, требующих уточнения
- 3 онко заболевания и 6 человек, требующих уточнения диагноза
- **300 (из 400) человек с высоким и очень высоким суммарным СС риском (под диспансерным наблюдением отделений и кабинетов мед. профилактики)**

## **Что включает в себя диспансерный прием?**

Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344н  
Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения

### **9. Диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом (фельдшером) включает:**

- 1) оценку состояния гражданина, 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

Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344н

5. Наличие оснований для проведения диспансерного наблюдения, группа диспансерного наблюдения, его длительность, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), объем обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий **определяются врачом (фельдшером) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Минздравом России, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также клиническими рекомендациями, разрабатываемыми и утверждаемыми медицинскими профессиональными организациями, с учетом состояния здоровья гражданина, стадии, степени выраженности и индивидуальных особенностей течения заболевания (состояния).**

При проведении диспансерного наблюдения медицинским работником, **учитываются рекомендации врача-специалиста по профилю заболевания (состояния) гражданина**, содержащиеся в его медицинской документации, в том числе вынесенные по результатам лечения гражданина в стационарных условиях.

**Перечень ССЗ, при наличии которых устанавливается  
группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом**

Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344н

№	Заболевание (состояние), по поводу которого проводится диспансерное наблюдение	Периодичность осмотров	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
1.	Хроническая ишемическая болезнь сердца без жизнеугрожающих нарушений ритма, ХСН не более II функционального класса (ФК)	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
2.	Состояние после перенесенного ИМ по прошествии более 12 месяцев, при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии I-II ФК со стабильным течением, ХСН не более II ФК	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
3.	Стенокардия напряжения I-II ФК со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста	2-4 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
4.	Стенокардия напряжения I-IV функционального класса со стабильным течением у лиц пенсионного возраста	2-4 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
5.	Артериальная гипертония 1-3 степени у лиц с контролируемым артериальным давлением на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
6.	Легочная гипертензия I-II ФК со стабильным течением	1-2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям

№	Заболевание (состояние), по поводу которого проводится наблюдение	Периодичность осмотров	Длительность наблюдения	Примечания
7.	Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения ССЗ по прошествии 6 месяцев от даты операции	2 раза в первые 6 мес., далее - 1-2 раза в год	По рекомендации врача-кардиолога, врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярн. диагностике и лечению	Прием (консультация) врача-кардиолога, <b>врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярн. диагностике и лечению по медицинским показаниям</b>
8.	Состояние после перенесенного осложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения ССЗ по прошествии более 12 месяцев от даты операции	2 раза в течение первых 6 месяцев, далее - 2 раза в год		
9.	ХСН I-III функционального класса, стабильное состояние	1-2 раза в год	Пожизненно	Консультация врача-кардиолога по показаниям
10.	Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная и персистирующая формы при эффективной профилактической антиаритмической терапии)	2 раза в год	Пожизненно	Прием (консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
11.	Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы с эффективным контролем частоты сердечных сокращений на фоне приема лекарственных препаратов)	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
12.	Предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии при эффективной профилактической антиаритмической терапии	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям

Как видно из приведенной таблицы Приказ МЗ 1344н достаточно жестко регламентирует периодичность и длительность ДН, а **объем обследования и лечения рекомендуется приводить в соответствие с Порядками, Стандартами, Клиническими рекомендациями профессиональных сообществ** (ст. 76 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

№	Заболевание (состояние), по поводу которого проводится наблюдение	Периодичность осмотров	Длительность наблюдения	Примечания
13	Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после острого периода	1-2 раза в 6 месяцев	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога 1-2 раза в год
14	Стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70 %	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-сосудистого хирурга, врача эндоваскулярной диагностики и лечения при стенозе внутренней сонной артерии 70 % и более
<b>Диспансерное наблюдение врача (фельдшера) кабинета медицинской профилактики</b>				
15	Высокий и очень высокий суммарный (абсолютный и относительный) сердечно-сосудистый риск	2 раза в год	До момента снижения риска (переход в группу среднего риска)	По показаниям консультация врача-специалиста по профилю фактора риска пациента

Для определения абсолютного суммарного ССриска используется  
европейская шкала SCORE 

Женщины										Возраст	Мужчины											
Некурящие						Курящие					Некурящие						Курящие					
7	8	9	10	12			13	15	17	19	22	65	14	16	19		22	26		26	30	35
5	5	6	7	8		9	10	12	13	16	9		11	13	15	16		18	21	25	29	3
3	3	4	5	6		6	7	8	9	11	6		8	9	11	13		13	15	17	20	2
2	2	3	3	4		4	5	5	6	7	4		5	6	7	9		9	10	12	14	1
4	4	5	6	7		8	9	10	11	13	60	9	11	13	15	18		18	21	24	28	3
3	3	3	4	5		5	6	7	8	9		6	7	9	10	12		12	14	17	20	2
2	2	2	3	3		3	4	5	5	6		4	5	6	7	9		8	10	12	14	1
1	1	2	2	2		2	3	3	4	4		3	3	4	5	6		6	7	8	10	1
2	2	3	3	4		4	5	5	6	7	55	6	7	8	10	12		12	13	16	19	2
1	2	2	2	3		3	3	4	4	5		4	5	6	7	8		8	9	11	13	1
1	1	1	1	2		2	2	2	3	3		3	3	4	5	6		5	6	8	9	1
1	1	1	1	1		1	1	2	2	2		2	2	3	3	4		4	4	5	6	8
1	1	1	2	2		2	2	3	3	4	50	4	4	5	6	7		7	8	10	12	1
1	1	1	1	1		1	2	2	2	3		2	3	3	4	5		5	6	7	8	1
0	1	1	1	1		1	1	1	1	2		2	2	2	3	3		3	4	5	6	7
0	0	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	2	2	2		2	3	3	4	5
0	0	0	0	0		0	0	0	1	1	40	1	1	1	2	2		2	2	3	3	4
0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		1	1	1	1	1		1	2	2	2	3
0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	1	1	1	1		1	1	1	2	2
0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	1	1	1		1	1	1	1	1
4	5	6	7	8		4	5	6	7	8		4	5	6	7	8		4	5	6	7	8

Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л

< 1%; 
  1%; 
  2%; 
  3-4%; 
  5-9%; 
  10-14%; 
  15-19%; 
  20-24%; 
  25-29%; 
  30-34%; 
  35-39%; 
  40-44%; 
  45-49%; 
  50-54%; 
  55-59%; 
  60-64%; 
  65-69%; 
  70-74%; 
  75-79%; 
  80-84%; 
  85-89%; 
  90-94%; 
  95-99%; 
  100%

Низкий риск      Средний риск      Высокий риск      Сравнение рисков

Сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE менее 1% считается низким.  
 Сердечно-сосудистый риск от  $\geq 1$  до 5% считается средним или умеренно повышенным.



## **Шкала SCORE не используется:**

- у пациентов с доказанными сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза (ИБС, цереброваскулярные болезни, аневризма аорты, атеросклероз периферических артерий),
- сахарным диабетом I и II типа с поражением органов мишеней,
- хроническими болезнями почек,
- у лиц с очень высокими уровнями отдельных факторов риска,
- у граждан в возрасте старше 65 лет (данные группы лиц имеют наивысшую степень суммарного 10-летнего сердечно-сосудистого риска)
- у граждан в возрасте до 40 лет, так как вне зависимости от наличия факторов риска (за исключением очень высоких уровней отдельных факторов) они имеют низкий абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни.

Для лиц молодого возраста (моложе 40 лет) определяется не абсолютный, а **относительный суммарный сердечно-сосудистый риск** с использованием шкалы ЕОК, представленной на рисунке.

Относительный суммарный СС риск по шкале на рис. равный 1 считается низким.  
Относительный СССР равный 2 считается средним или умеренно повышенным.  
Относительный суммарный ССриск равный 3-4 считается высоким.  
Относительный суммарный ССриск равный 5 и более считается очень высоким

АД сист.,мм рт.ст.	Некурящие						Курящие					
	180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12	
	160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8	
	140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6	
	120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	
		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	
Общий холестерина в крови, ммоль/л												

**Рисунок .** Шкала для определения относительного суммарного СС риска для лиц моложе 40 лет (преобразование ммоль/л → мг/дл:  
8 = 310; 7 = 270; 6 = 230; 5 = 190; 4 = 155).

Человек в возрасте до 40 лет без факторов риска (некурящий, с нормальным АД и содержанием общего Х в крови - левый нижний угол таблицы) имеет в 12 раз меньший относительный суммарный СС риск по сравнению с человеком, имеющим указанные факторы риска (правый верхний угол таблицы).

Зарегистрировано в Минюсте России 29 декабря 2012 г. N 26483

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ от 15 ноября 2012 г. N 918н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ  
ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

... приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

2. Признать утратившими силу:

**приказ** Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации **от 19 августа 2009 г. N 599н** "Об утверждении порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля"

**приказ** Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации **от 30 декабря 2009 г. N 1044н** "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими диагностики или лечения с применением хирургических и/или рентгенэндоваскулярных методов«.

**приказ** Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации **от 28 апреля 2011 г. N 362н** "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 сентября 2009 г. N 599н "Об утверждении порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля"

Министр В.И.СКВОРЦОВА

**Что полезного можно взять из этого Порядка для  
организации Диспансерного наблюдения**



14. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-кардиологами в амбулаторных условиях **в кардиологических кабинетах по направлению врачей-терапевтов** участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей-специалистов, **а также при дистанционном консультировании** больных с использованием информационных технологий.

**В случае отсутствия в медицинской организации кардиологического кабинета первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается в терапевтическом кабинете врачом-терапевтом участковым, прошедшим в установленном порядке повышение квалификации по специальности "кардиология".**

15. При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний **больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю "кардиология" или "сердечно-сосудистая хирургия".**

**17. Решение о необходимости направления больного для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи принимается врачебной комиссией медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, с привлечением при необходимости врачей-специалистов разных профилей.**

**27. После оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях больному на руки выдается выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного с результатами проведенного обследования и лечения, рекомендациями по дальнейшей тактике наблюдения, обследования и лечения.**

## **ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА**

2. Кабинет является структурным подразделением медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе **первичную специализированную медико-санитарную помощь**

6. **Основными функциями Кабинета являются:**

6.1. оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, направляемым участковыми врачами-терапевтами, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-терапевтами цехового врачебного участка, а также врачами-специалистами других специальностей на основе стандартов медицинской помощи;

6.2. **выявление и наблюдение больных с повышенным риском развития сердечно-сосудистых осложнений;**

6.3. **диспансерное наблюдение, лечение и организация реабилитации следующих больных:**

- а) перенесших инфаркт миокарда (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций);
- б) с артериальной гипертензией 2 - 3 степени, рефрактерной к лечению (пожизненно)

**в) после оказания высокотехнологичных методов лечения, включая кардиохирургические вмешательства (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций);**

**г) после лечения в стационарных условиях больных по поводу жизнеугрожающих форм нарушений сердечного ритма и проводимости, в том числе с имплантированным искусственным водителем ритма и кардиовертером-дефибриллятором (пожизненно);**

**д) с пороками сердца и крупных сосудов (длительность наблюдения определяется медицинскими показаниями);**

**е) перенесших инфекционный эндокардит (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций);**

**ж) перенесших тромбоэмболию легочной артерии (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях);**

**з) с хронической сердечной недостаточностью IV функционального класса;**

**и) с III - IV функциональным классом стенокардии в трудоспособном возрасте;**

**к) с первичной легочной гипертензией (длительность наблюдения определяется медицинскими показаниями);**

**6.4. отбор, подготовка и направление больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями для оказания специализированной медицинской помощи в кардиологические отделения медицинских организаций;**

**6.5. направление и подготовка больных на консультацию к врачу - сердечно-сосудистому хирургу, врачу по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению с целью определения показаний к оперативному лечению;**

**6.6 отбор, подготовка и направление больных для оказания высокотехнологич-ных видов медицинской помощи в соответствии с рекомендациями медицинс-кой организации, осуществляющей деятельность по профилю "сердечно-сосудистая хирургия";**

**6.8. проведение информационно-консультативной работы по современным вопросам профилактики, диагностики и лечения ССЗ с участковыми врачами-терапевтами, врачами общей практики (семейными врачами), а также с врачами и фельдшерами, медицинскими сестрами кабинетов медицинской профилактики, кабинетов доврачебного контроля, кабинетов здоровья не менее двух часов в месяц;**

**6.9. участие в диспансеризации прикрепленного населения с сердечно-сосудистыми заболеваниями в районе обслуживания Кабинета;**

**6.10. участие в проведении школ здоровья для больных с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью, школ антикоагулянтной терапии;**



## ПРАВИЛА

### ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

9. Основными функциями Диспансера являются:

**диспансерное наблюдение больных с ССЗ, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь;**

программирование имплантированных устройств **и дальнейшее наблюдение в амбулаторных условиях за больными с имплантированными электрокардиостимуляторами и кардиовертерами-дефибрилляторами;**

консультирование врачей медицинских организаций по сложным вопросам диагностики и лечения ССЗ;

**организационно-методическая помощь участковым врачам-терапевтам, врачам общей практики (семейным врачам), врачам-кардиологам других медицинских организаций, а также врачам других специальностей (при необходимости);**

организация и проведение мероприятий по первичной и вторичной профилактике ССЗ, сохранению и укреплению здоровья населения;

**представление данных о диспансерном наблюдении прооперированных больных;**

разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение информированности населения в вопросах профилактики ССЗ, в том числе с привлечением средств массовой информации;

## 2. Стандарты медицинской помощи (из базы данных **Консультанта +**)

### 2.1. Стандарты первичной медико-санитарной помощи (**только 4 шт.**)

**Амбулаторный стандарт = Диспансерное наблюдение**

Наименование стандарта	Код МКБ	Возраст к/я	Приказ, утвердивший стандарт
<b>Болезни системы кровообращения (I00 - I99)</b>			
Стандарт первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни)	I10-I13 I13.0 I13.1 I13.2 I15 I15.0 I15.1 I15.2 I15.9	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 708н
Стандарт первичной медико-санитарной помощи при легочной артериальной гипертензии	I27.0 I27.8 I27.9	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1446н
Стандарт первичной медико-санитарной помощи при наджелудочковой тахикардии	I47.1 I45.6	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 711н
Стандарт первичной медико-санитарной помощи при желудочковой тахикардии	I47.2	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 787н



Нозологи- ческая форма	Частота наблюдения	Осмотры врачами других специальностей	Частота исследований	Основные лечебно- оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансерного набл.
1	2	3	4	5	6
Погранич- ный уровень АД 140/90- 159/94 мм рт. ст. (Д II)	2 раза в год, терапевт	Кардиолог и другие специалис- ты - по показаниям	Анализ крови и мочи - общий, ЭКГ - 2 раза в год; холестерин, липиды крови; глазное дно - 1 раз в год	Обучение навыкам здорового образа жизни, психопрофилактика, ЛФК, коррекция др. факторов риска. Медикаментозная профилактика и терапия. Санаторно- курортное лечение. Оздоровление в санатории- профилактории	Отсутствие прогрессирования гипертонии и органных поражений, потерь трудоспособности

**(Д-I)** - здоровые - лица, не предъявляющие жалоб и у которых в анамнезе и во время осмотра не выявлены хр.заболевания или нарушения функции органов и систем; среди них лица с "пограничными состояниями", нуждающиеся в наблюдении;

**(Д-II)** - практически здоровые - лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но не имеющие обострений в течение нескольких лет;

**(Д-III)** - больные, нуждающиеся в лечении, - лица с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности; лица с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособности; с декомпенсированным течением, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

Нозологи- ческая форма	Частота наблюдения	Осмотры врачами других специальностей	Частота исследований	Основные лечебно- оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансерного набл.
1	2	3	4	5	6
<p>Постинфарктный кардиосклероз (Д III)</p> <p>Состояние после перенесенного ИМ по прошествии более 12 месяцев, при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии - II ФК со стабильным течением, ХСН не более I ФК</p>	<p>Первые полгода - 2 раза в месяц, вторые - ежемесячно; второй год - не менее 4-х раз, терапевт, кардиолог</p> <p>2 раза в год Пожизненно</p>	<p>Врач кабинета функциональной диагностики (ДФТ на велоэргометре) в зависимости от ФК класса. Врач отделения восстановительного лечения. Психотерапевт - 2 раза в год. Другие специалисты - по показаниям</p>	<p>Анализ крови - 2 раза в год. Альфахолестерин, холестерин, триглицериды - 2 раза в год. При антикоагулянтной терапии - протромбин еженедельно. ЭКГ - ежемесячно в первые полгода, 3 раза в год в последующие полтора года. Велоэргометрия по показаниям, трансаминазы и сверт. система крови - по показаниям</p>	<p>Обучение навыкам здорового образа жизни. Коррекция факторов риска. ЛФК и физические тренировки - по мере обучения. Трудоустройство, медикаментозная профилактика и терапия (нитраты, спазмолитики, бета-блокаторы, антагонисты кальция, антиаритмические, антикоагулянты, диуретики) - по показаниям. Местный санаторий, санаторий-профилакторий - по показаниям</p>	<p>Улучшение клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособности, снятие группы инвалидности. Перевод в Д II группу диспансерного наблюдения</p>

Патологическая форма	Частота наблюдения	Осмотры врачами других специальностей	Частота исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансерного набл.
1	2	3	4	5	6
Хроническая ишемическая болезнь сердца (Д III)	2-4 раза в год в зависимости от функции класса, терапевт	Кардиолог, врач отд. восстановительного лечения, невропатолог, психотерапевт - 1 раз в год, др. спец-сты - по показан.	Анализ крови - 1 раз в год, спектр липидов, альфа-холестерин - 2 раза в год. ЭКГ и функц. пробы, в т.ч. Велоэргометрия - 2-3 раза в год в зависимости от функц. класса	Рекомендации по ЗОЖ. Коррекция факторов риска, ограничение углеводов и насыщенных жиров. Трудоустройство. Психопрофилактика. Медикаментозная профилактика и терапия (нитраты, другие антиангинальные средства по ступенчатой схеме) - по показаниям в зависимости от функц. класса и сопутствующих нарушений. ЛФК, сан-кур лечение. Оздоровление в санатории-профилактории	Улучшение клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособности, снятие инвалидности. Перевод в группу II диспансерного наблюдения. В группе: снижение частоты новых случаев ИМ, ВКС, показателя общей смертности
ХИБС без жизнеугрожающих нарушений ритма, ХСН не более II функционального класса	2 раза в год Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям			
Стенокардия напряж I-II ФК со стаб. теч. у лиц трудоспособн. возраста	2-4 раза в год Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям			
Стенокардия напряж I-IV ФК со стаб. теч. у лиц пенсион. возраста	2-4 раза в год Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям			

Нозологи- ческая форма	Частота наблюдения	Осмотры врачами других специальностей	Частота исследований	Основные лечебно- оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансерного набл.
1	2	3	4	5	6
Кардио- миопатии (Д III)	4 раза в год, кардиолог, терапевт	Ревматолог, эндокринолог, невропатолог - ежегодно. Другие специалисты - по показаниям	Анализ крови - 1 раз, трансаминазы, иммунотесты - 2 раза в год. Электролиты и показатели свертывающей системы крови 2-3 раза в год, ЭКГ - 3-4 раза в год. Р- грамма сердца, ФКГ, ЭХО- кардиограмма - 1 раз в год, Мониторирование сердца - по показаниям	Трудоустройство, режим физической активности. ЛФК. Режим питания при недостаточ. кровообращения. Медикаментозная профилактика и терапия - по показаниям. Санаторно- курортное лечение или санаторий- профилакторий	Улучшение клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособност и. Снятие группы инвалидности. В группе: снижение первич. выхода на инвалидность, случаев внезапной смерти, общего показателя смертности.

Нозологи-ческая форма	Частота наблюдени-я	Осмотры врачами других специальностей	Частота исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансерного набл.
1	2	3	4	5	6
Боли в грудной клетке (атипичные для стенокардии) и отсутствие признаков ИБС на ЭКГ (Д II)	1 раз в год, терапевт	Кардиолог и др. специалисты - по показаниям	ЭКГ - 2-3 раза в год, ФКГ, ЭХОКГ, клинические и биохимические исследования - по показаниям	Пропаганда здорового образа жизни. Расширение физической активности, физкультура. Санаторий-профилакторий. Коррекция и устранение факторов риска. Трудоустройство - по показаниям. Медикаментозная профилактика и терапия - по показаниям	Отсутствие прогрессирования признака и органических изменений. В группе - отсутствие новых случаев сердечно-сосудистых заболеваний.
Изменения на ЭКГ без клинических признаков поражения сердечно-сосудистой системы (Д II)	>>	>>	>>	>>	>>
Гипертрофия миокарда (неясного генеза) (Д II)	>>	>>	>>	>>	>>



# Профилактика хронических неинфекционных заболеваний на VIII Национальном конгрессе терапевтов (Москва, 20-22 ноября 2013 г.) приняты как Национальные рекомендации

## VII. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира, в том числе России, несмотря на существенный прогресс последних десятилетий в сфере диагностики и лечения этой патологии. ССЗ — ведущая причина смерти населения РФ (вклад в общую смертность составляет 57%). Коэффициент смертности (число умерших на 100 000 населения) от БСК в 2011 году в РФ составил 753 случая, тогда как в развитых европейских странах он в 3-4 раза ниже. Согласно

данным официальной статистики 2011 года в России более 160 тыс. людей умирают от БСК<sup>1</sup> в трудоспособном возрасте, что составляет 15,3% от всех умирающих по этой причине. Особенно это касается мужчин, смертность которых в 2011 г. составила 304 случая на 100 000 мужчин трудоспособного возраста. Женщины в трудоспособном возрасте умирают значительно реже — 65 случаев на 100 000 женщин трудоспособ-

<sup>1</sup> Понятие «Болезни системы кровообращения» эквивалентно понятию «Сердечно-сосудистые заболевания»

## VIII. Фармакологическая профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

В последние десятилетия неотъемлемой частью клинической практики стали клинические рекомендации, которые служат методологической основой создания других документов: протоколов ведения больных, стандартов оказания медицинской помощи, используются для контроля качества медицинской помощи, а также в рамках системы непрерывного медицинского образования.

ными соответствия по эффективности и безопасности оригинальному препарату, полученными на основании методически грамотно проведенных клинических исследований по изучению терапевтической эквивалентности.

**Тактика профилактической фармакотерапии.** При выборе тактики ведения пациента, и в частности медикаментозного вмешательства при ССЗ, необходимо, в пер-



Всеросси

## КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Национальные рекомендации

*Разработаны Комитетом экспертов  
Всероссийского научного общества кардиологов*



## Тактика профилактической фармакотерапии

**Антитромбо-  
цитарные средства**  
(с рекомендациями по  
антитромбоцитарной  
терапии)

**Бета-  
адреноблокаторы**  
**Ингибиторы**  
**ангиотензин-  
превращающего**  
**фермента**  
**Антагонисты**  
**рецепторов**  
**ангиотензина**

**Антикоагулянты**  
**Гиполипидемические**  
**препараты**  
**Препараты**  
**метаболического**  
**действия**

**Медикаментозная профилактика атеросклероза**  
**Предупреждение тромбоэмболических**  
**осложнений при неклапанной фибрилляции**  
**предсердий**

**Медикаментозная профилактика ос-  
ложнений АГ**

**Комбинированная терапия артери-  
альной гипертензии, в том числе осложненной и**  
**в зависимости от характера осложнений (при**  
**перенесенном ИМ, инсульте, нарушениях ритма**  
**при СД2 и др.)**

**Фармакотерапия стабильной стенокардии**  
**напряжения**

**Вторичная профилактика после пере-  
несенного инфаркта миокарда**

**Фармакотерапия у пациентов после,**  
**хирургических и эндоваскулярных, в том числе**  
**антиаритмических вмешательств на сердце и**  
**коронарных сосудах**

**Медикаментозная терапия табакокурения;**  
**Препараты для лечения ожирения**

## **Х. Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения**

*Принципы вторичной профилактики инсульта*

*Антигипертензивная терапия после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта, ТИА)*

*Антитромботическая терапия в целях вторичной профилактики нарушений мозгового кровообращения*

*Кардиоэмболический инсульт*

*Рекомендации по антикоагулянтной терапии*

*Гиполипидемическая терапия в целях вторичной профилактики нарушений мозгового кровообращения*

*Хирургическая профилактика острых нарушений мозгового кровообращения*

*Рекомендации по хирургической профилактике острых нарушений мозгового кровообращения*

## **Рекомендации по гипотензивной терапии пациентов после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта, ТИА):**

- регулярно контролировать уровень АД;
- перед назначением антигипертензивной терапии провести дуплексное сканирование магистральных артерий головы пациентам с АГ;
- назначать регулярную антигипертензивную терапию уже со вторых суток от начала развития инсульта у больных с наличием АГ;
- индивидуально подбирать эффективные комбинации и дозы гипотензивных препаратов на основе результатов суточного мониторирования АД (СМАД) и контроля субъективного состояния, постепенно снижать АД на 10/5 мм рт.ст. ниже исходного уровня в течение 2-3 месяцев;
- стремиться при лечении больных АГ к достижению целевого уровня АД — менее 140/90 мм рт.ст. У пациентов с высоким риском СС осложнений стремиться снизить АД до 140/90 мм рт.ст. и менее. В дальнейшем, при условии хорошей переносимости, целесообразно обеспечить снижение АД до 130/80 мм рт.ст. и менее. Не следует снижать показатели САД ниже 120 мм рт.ст.;
- избегать быстрого темпа снижения показателей АД у пациентов, имеющих окклюзирующее или выраженное стенозирующее поражения магистральных артерий головы, с целью ум. риска развития гемодинамического инсульта;
- для контроля АД для первичной и вторичной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения в настоящее время могут использоваться все классы АГП и их рациональные комбинации.

### нарушения мозгового кровообращения (инсульты, ТИА).

- информировать пациента о том, что антиагрегантная терапия должна проводиться постоянно (пожизненно), что повысит приверженность к лечению;
- при ишемическом некардиоэмболическом инсульте с целью вторичной профилактики продолжать, начатую в острый период, терапию АСК, как препарата первого выбора в дозе 75-150 мг в день, или комбинации АСК 25 мг с дипиридамом замедленного высвобождения 200 мг по 1 капсуле 2 раза в день;
- начинать терапию с клопидогреля в дозе 75 мг/сутки, как препарата первого выбора при наличии непереносимости АСК и дипиридамола или при высоком риске развития ИИ, когда у пациента имеется несколько факторов риска: ИБС и/или атеротромботическое поражение периферических артерий, сахарный диабет.
- проводить комбинированную терапию, включающую АСК (75-150 мг в сутки) и клопидогрел (75 мг в сутки) при развитии у больного инсультом или с ТИА острого коронарного синдрома с подъемом или без подъема сегмента ST или при наличии у пациента недавнего стентирования коронарных артерий;
- применять клопидогрел, как препарат первого выбора в дозе 75 мг/сутки, или комбинацию АСК (25 мг) и дипиридамола (200 мг) замедленного высвобождения 2 раза в день у пациентов после повторных ишемических событий (ТИА, инсульт, ОКС, инфаркт миокарда), возникших на фоне терапии АСК;
- не назначать комбинацию АСК 75-150 мг и клопидогреля 75 мг в рутинной практике, так как риск развития угрожающих жизни кровотечений превышает таковой при монотерапии каждым из препаратов;
- не назначать АСК одновременно с нестероидными противовоспалительными препаратами (увеличивается риск развития геморрагических осложнений);
- не назначать пациентам, перенесшим некардиоэмболический ишемический инсульт и не имеющим кардиальных источников эмболии, с целью вторичной профилактики антикоагулянты, так как они по эффективности не превосходят терапию АСК, но приводят к большому количеству осложнений

## ***Рекомендации по антикоагулянтной терапии:***

- назначать пациентам сразу же после установления диагноза ТИА или малый инсульт кардиоэмболического подтипа с целью вторичной профилактики инсульта оральные антикоагулянты:  
варфарин (класс I, уровень A доказательности), или дабигатран (класс I, уровень B доказательности), или апиксабан (класс I, уровень B доказательности), или ривароксабан (класс IIa, уровень B доказательности);
- назначать оральные антикоагулянты не ранее, чем через несколько недель от начала ишемического кардиоэмболического инсульта (вопрос решается индивидуально в каждом конкретном случае) в случае тяжелого его течения с признаками обширного инфаркта по данным нейровизуализации (очаг поражения более 1/3 бассейна средней мозговой артерии);
- осуществлять выбор орального антикоагулянта индивидуально с учетом факторов риска, предпочтений пациента, возможных лекарственных взаимодействий, стоимости препарата;
- осуществлять назначение варфарина 1 раз в сутки, перед началом терапии определить МНО, под контролем которого обеспечивается индивидуальный подбор дозы препарата, дальнейший контроль МНО осуществляется каждые 4-8 недель. Если больной переносит ИИ или ТИА на фоне приема варфарина, следует увеличивать дозу непрямого антикоагулянта с достижением уровня МНО 3,0-3,5, а не присоединять к терапии антитромбоцитарный препарат;
- Эффективной альтернативой варфарину могут быть новые пероральные антикоагулянты (класс IIa, уровень A доказательности) [2012 focused update of the 2010 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation]:



- дабигатран в дозе 150 мг 2 раза/сут. для большинства больных; в дозе 110 мг 2 раза/сут. для пациентов в возрасте > 80 лет, а также при совместном использовании с препаратами, влияющими на фармакодинамику, для лиц с высоким риском кровотечений (HASBLED  $\geq 3$ ), при клиренсе креатинина 30-49 мл/мин; у пациентов с клиренсом креатинина менее 30 мл/мин дабигатран противопоказан;

- ривароксабан в дозе 20 мг 1 раз в сут. для большинства больных; в дозе 15 мг 1 раз в сутки для пациентов с клиренсом креатинина 30-49 мл/мин, для лиц с высоким риском кровотечений (HASBLED  $\geq 3$ ); у пациентов с клиренсом креатинина менее 30 мл/мин ривароксабан противопоказан;

- апиксабан 5 мг 2 раз в сут для большинства больных; в дозе 2,5 мг 2 раза/сут. для пациентов в возрасте > 80 лет, при весе < 60 кг, при уровне креатинина > 133 мкмоль/л; препарат не следует использовать, если клиренс креатинина менее 30 мл/мин.

- не использовать комбинированную терапию дабигатраном, ривароксабаном или апиксабаном с антиагрегантами, безопасность и эффективность которой не установлена (класс IIb, уровень доказательности C).

- при фибрилляции предсердий клапанной этиологии и у пациентов после имплантации искусственных клапанов сердца в качестве антикоагулянтов использовать варфарин, т.к. применение дабигатрана у таких больных запрещено FDA и другими контрольными органами, а другие новые антикоагулянты в данных клинических ситуациях не изучались.

### ***Рекомендации по гиполипидемической терапии:***

- для первичной профилактики инсульта у лиц с высоким кардиоваскулярным риском назначают статины, при этом целевые уровни общего ХС  $< 4,5$  ммоль/л ( $< 175$  мг/дл), Предпочтительнее  $< 4$  ммоль/л ( $< 155$  мг/дл), ХС ЛПНП  $< 2,5$  ммоль/л ( $< 100$  мг/дл);
- всем пациентам после перенесенного ишемического некардиоэмболического инсульта или ТИА показаны статины, независимо от уровня ХС ЛПНП. Целевой уровень ХС ЛПНП  $< 1,8$  ммоль/л ( $< 70$  мг/дл) и/или снижение на 50% от исходного уровня при невозможности достижения целевого уровня;
- терапия статинами должна быть назначена как можно раньше после начала развития инсульта или ТИА [11];
- не отменять принимаемые статины в остром периоде инсульта, так как это может быть связано с увеличением риска смерти и инвалидизации [24];
- с осторожностью применять терапию статинами у пациентов, перенесших геморрагический инсульт (по мнению ряда экспертов возможно развитие повторного внутримозгового кровоизлияния), решение о необходимости данной терапии принимается с учетом всех факторов риска и сопутствующих заболеваний;
- при терапии статинами и повышении активности трансаминаз печени более 3-х верхних пределов нормальных значений нужно повторить анализ крови, если уровень хотя бы одного из печеночных ферментов при двух последовательных измерениях превышает в 3 раза верхние пределы нормальных значений, прием статинов следует прекратить; в случаях умеренного повышения ферментов достаточно снизить дозу препарата. Обычно в течение короткого времени уровни ферментов возвращаются к норме и лечение можно возобновить с меньшей дозы либо с назначением другого статина.



**Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ  
по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр)**  
Утверждены на Конгрессе ОССН 7 декабря 2012 года,  
на Правлении ОССН 31 марта 2013 и Конгрессе РКО 25 сентября 2013 года

## **Национальные рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий (2012)**

**Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций**

**Председатель:** проф. Сулимов В.А. (г. Москва).

**Члены рабочей группы:**

проф. Голицын С.П. (г. Москва); проф. Панченко Е.П. (г. Москва); член-корр.  
РАМН Попов С.В. (г. Томск); академик РАМН Ревешвили А.Ш. (г. Москва);  
проф. Шубик Ю.В. (г. Санкт-Петербург); д.м.н. Явелов И.С. (г. Москва).

**Национальные рекомендации по диагностике и лечению стабильной  
стенокардии (опубликовано в журнале "Кардиоваскулярная терапия и  
профилактика" 2008, 7(6), Приложение 4)**

# РЕКОМЕНДАЦИИ ESH/ESC 2013 ГОДА ПО ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC)

Другие факторы риска, (ФР) бессимптомные поражения органов (БПО) или болезнь	Артериальное давление (АД) (мм рт.ст.)			
	Высокое нормальное САД 130-139 или ДАД 85-89	АГ 1 ст. САД 140-159 или ДАД 90-99	АГ 2 ст. САД 160-179 или ДАД 100-109	АГ 3 ст. САД $\geq 180$ или ДАД $\geq 110$
Нет других факторов риска		Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
1-2 Фактора риска	Низкий риск	Умеренный риск	От умеренного до высокого риска	Высокий риск
$\geq 3$ Факторов риска	От низкого до умеренный риск	От умеренного до высокого риска	Высокий риск	Высокий риск
Бессимптомное поражение органа, ХБП 3 стадии или диабет	От умеренного до высокого риска	Высокий риск	Высокий риск	От высокой к очень высокий риск
Наличие ССЗ, ХБП $\geq 4$ стадии или диабета с БПО / ФР	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

## Перечень ССЗ, при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом

Заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение	Периодичность осмотров и длительность наблюдения	Консультации и осмотры	Источники информации
Хроническая ишемическая болезнь сердца без жизнеугрожающих нарушений ритма, ХСН не более II ФК	2 раза в год Пожизненно	Консультация врача-кардиолога по медицинским показаниям	Стандарта нет. Профилактика ХНИЗ: Фармакотерапия стаб.стенокардии напряжения Нац.рек. по д-ке и лечению стабильной стенокардии (Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008, 7(6), Приложение 4)
Стенокардия напряжения I-II ФК со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста	2-4 раза в год Пожизненно		
Стенокардия напряжения I-IV функционального класса со стабильным течением у лиц пенсионного возраста	2-4 раза в год Пожизненно		
Состояние после перенесенного ИМ по прошествии более 12 месяцев, при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии I-II ФК со стабильным течением, ХСН не более II ФК	2 раза в год Пожизненно	Консультация врача-кардиолога по медицинским показаниям	Стандарта нет. Профилактика ХНИЗ: Вторичная профилактика после перенесенного инфаркта миокарда

Заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение	Периодичность осмотров и длительность наблюдения	Консультации осмотры	Источники информации
Артериальная гипертония 1-3 степени у лиц с контролируемым артериальным давлением на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов	2 раза в год Пожизненно	Консультация врача-кардиолога по медицинским показаниям	Стандарт 2012 Европейские МР 2013 переведенные на рус. яз
Легочная гипертензия I-II ФК со стабильным течением	1-2 раза в год Пожизненно	Консульт врач-кардиолога по медицинским показаниям	Стандарт 2012 Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1446н
Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения ССЗ по прошествии 6 месяцев от даты операции	2 раза в первые 6 мес., далее - 1-2 раза в год	По рекомендации врача-кардиолога, врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярн. диагностике и лечению	Стандарта нет. Профилактика ХНИЗ: Фармакотерапия у пациентов после, хирургических и эндоваскулярных, в том числе антиаритмических вмешательств на сердце и коронарных сосудах
Состояние после перенесенного осложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения ССЗ по прошествии более 12 месяцев от даты операции	2 раза в течение первых 6 месяцев, далее - 2 раза в год		

Заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение	Периодичность осмотров и длительность наблюдения	Консультации осмотры	Источники информации
ХСН I-III функционального класса, стабильное состояние	1-2 раза в год Пожизненно	Консультация врача-кардиолога по медицинским показаниям	Стандарта нет Нац. Рек. по диагностике и лечению ХСН 2012
Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная и персистирующая формы при эффективной профилактической антиаритмической терапии)	2 раза в год Пожизненно		Стандарта нет Нац. Рек. по диагностике и лечению фибрилляции предсердий (2012)
Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы с эффективным контролем частоты сердечных сокращений на фоне приема лекарственных препаратов)	2 раза в год Пожизненно		

Заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение	Периодичность осмотров и длительность наблюдения	Консультации осмотры	Источники информации
Предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии при эффективной профилактической антиаритмической терапии	2 раза в год Пожизненно	Консультация врача-кардиолога по медицинским показаниям	<p>Стандарт ПМСП при желуд. тахикардии (пр. МЗ от 9.11.2012 г. N 787н</p> <p>Стандарт ПМСП при наджелуд. тахикардии (пр. МЗ от 9.11.2012 г. N 711н</p> <p>«Клиническая аритмология». Под ред. проф. А.В. Ардашева. М: Медпрактика: М 2009; 1220 с.</p>

№	Заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение	Периодичность осмотров и длительность наблюдения	Консультации осмотры	Источники информации
13	Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после острого периода	1-2 раза в 6 месяцев Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога 1-2 раза в год	Стандарта нет. В Порядке по неврологии и Порядке по Инсульту ничего не прописано. <b>Рекомендации по профилактике ХНИЗ</b>
14	Стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70 %	2 раза в год Пожизненно	Консультация врача-сосудистого хирурга, врача эндоваскулярной диагностики и лечения при стенозе внутренней сонной артерии 70 % и более	Стандарта нет. <b>Рекомендации ЕОК по диагностике и лечению заболеваний периферических артерий 2011 г.</b> <b>Рекомендации по профилактике ХНИЗ</b>



# РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ



Документ посвящен атеросклеротическому поражению экстракраниальных сонных и вертебральных, мезентериальных артерий, артерий почек, верхних и нижних конечностей

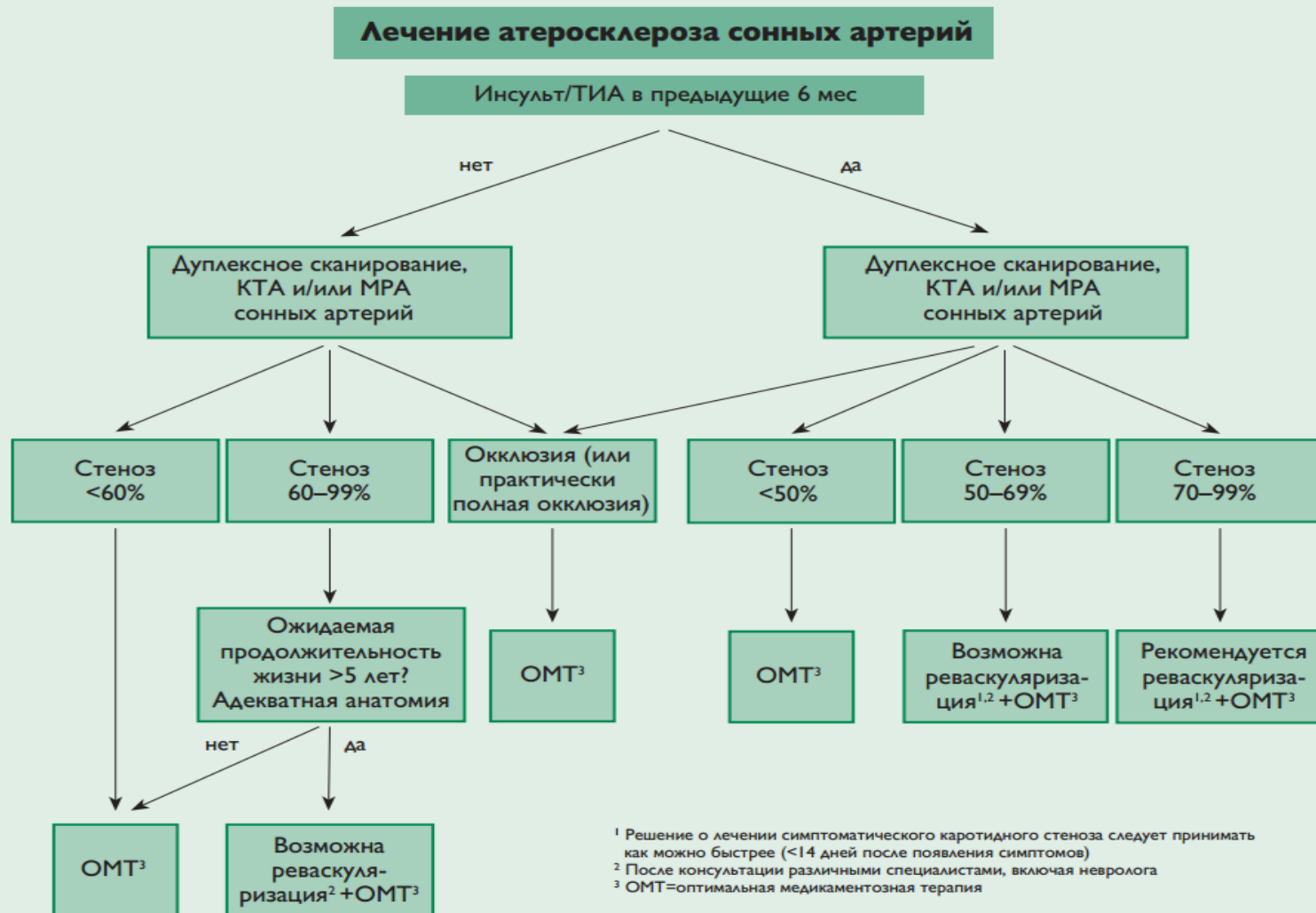


Рис. 1. Алгоритм ведения пациентов со стенозом экстракраниальной каротидной артерии

КТА — компьютерная томоангиография, МРА — магнитная резонансная ангиография



**Диспансерное наблюдение врача (фельдшера)  
кабинета медицинской профилактики**

№	Заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение	Периодичность осмотров и длительность наблюдения	Консультации осмотры	Источники информации
15	Высокий и очень высокий суммарный (абсолютный и относительный) сердечно-сосудистый риск	2 раза в год До момента снижения риска (переход в группу среднего риска)	По показаниям консультация врача-специалиста по профилю фактора риска пациента	Стандарта нет. Порядок будет разработан (только что внесено дополнение в ФЗ 323) <b>Рекомендации по профилактике ХНИЗ 2013</b> Кардиоваскулярная профилактика 2011

Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344н

**Пункт 9. Врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья при проведении Диспансерного наблюдения осуществляет коррекцию факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (курение табака, избыточная масса тела или ожирение, низкая физическая активность, нерациональное питание, пагубное потребление алкоголя).**

*БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!*

## Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344н

### **10. 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.

**11. Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию гражданина, а также в учетную [форму N 030/у-04](#) "Контрольная карта диспансерного наблюдения", утвержденную 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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный N 6188) (далее - контрольная карта диспансерного наблюдения) (за исключением случаев, когда законодательством Российской Федерации предусмотрено заполнение специальных карт диспансерного наблюдения за больными отдельными заболеваниями).**

Для типографии!  
При изготовлении документа формат А5

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 \_\_\_\_\_

**"Контрольная карта диспансерного наблюдения"** (далее - Карта) заполняется **всеми амбулаторно-поликлиническими учреждениями**, кроме специализированных (противотуберкулезных, онкологических, психоневрологических и наркологических) учреждений, для которых утверждены специальные карты диспансерного наблюдения. В кожно-венерологических учреждениях карты заполняются только на взятых под диспансерное наблюдение больных кожными болезнями и трихомониазом (на больных венерическими и грибковыми кожными болезнями эти формы не заполняются); в онкологических - на больных с предопухолевыми заболеваниями.

**Карта заполняется на всех больных, взятых под диспансерное наблюдение по поводу заболеваний.** Карта на гражданина, имеющего право на получение набора социальных услуг, маркируется литерой "Л". Диагноз заболевания указывается в правом верхнем углу карты, отмечается дата установления диагноза, код по МКБ10 и путь его выявления: при обращении за лечением, при профилактическом осмотре, отмечаются сопутствующие заболевания. Там же проставляется код льготы.

Карта используется для контроля за посещениями больных, **в соответствии с индивидуальным планом диспансерного наблюдения**, для чего в пункте 13 отмечаются даты назначенной и фактической явки больного к врачу.

В пункт 14 вписываются сведения об изменении диагноза, о сопутствующих заболеваниях, возникающих осложнениях, в пункт 15 - о проводимых мероприятиях: лечебно-профилактических, направлениях на консультацию, лечение в дневном стационаре, госпитализацию, санаторно-курортное лечение, рекомендации по трудоустройству, перевод на инвалидность и т.д.

**На больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу двух и более заболеваний, этиологически не связанных между собой, заполняются отдельные контрольные карты.**

Карты хранятся в картотеке у каждого врача, имеющего больных, взятых под диспансерное наблюдение, желательно **по месяцам назначений явки к врачу** (в целом или по нозологическим формам заболеваний), что позволяет вести контроль за систематичностью посещений и принимать меры к привлечению больных на диспансерный осмотр, пропустивших срок явки. Карты на граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, рекомендуется хранить отдельно.

Карта используется для составления отчетной формы государственного статистического наблюдения N 12 "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения", контроля выполнения плана индивидуального диспансерного наблюдения.

12. Врач-терапевт, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта или здравпункта осуществляет учет и анализ результатов проведения диспансерного наблюдения обслуживаемого населения на основании сведений, содержащихся в контрольных картах диспансерного наблюдения.

13. Заместитель руководителя (иное уполномоченное должностное лицо) медицинской организации организует обобщение и проводит анализ результатов диспансерного наблюдения населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, в целях оптимизации планирования и повышения эффективности диспансерного наблюдения.

14. 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;

4) снижение показателей 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.