

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«КРАСНОЯРСКАЯ ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №8»**

Утверждаю
И.о. главного врача КГАУЗ «КГСП № 8»

И.В. Бабич
«31» августа 2022 г.

ПОРЯДОК
ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА
ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ
В КГАУЗ «КРАСНОЯРСКАЯ ГОРОДСКАЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 8»

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящий Порядок организации диспансерного наблюдения за хроническими больными в КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 8» (далее – Порядок) устанавливает правила проведения диспансерного наблюдения за взрослыми (в возрасте 18 лет и старше). Настоящий Порядок не применяется в случаях, если нормативными правовыми актами Российской Федерации установлен иной порядок проведения диспансерного наблюдения за лицами с отдельными заболеваниями или состояниями (группами заболеваний или состояний).

1.2. Диспансерному наблюдению подлежат лица, страдающие отдельными хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями или имеющие высокий риск их развития, а также лица, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

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

1.4. Руководитель обеспечивает:

- охват диспансерным наблюдением лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями и инфекционными заболеваниями;
- охват диспансерным наблюдением лиц старше трудоспособного возраста, из числа подлежащих ему, не менее 90%;
- установление диспансерного наблюдения медицинским работником, указанным в пункте 1.8 настоящего Порядка, в сроки, указанные в пункте 1.10 настоящего Порядка;
- достижение целевых значений показателей состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями;
- сокращение числа обращений по поводу обострений хронических заболеваний среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;
- снижение числа вызовов скорой медицинской помощи среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением;
- уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;

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

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

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

1.6. Диспансерное наблюдение проводится в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.7. Диспансерное наблюдение осуществляют врачи медицинской организации, которые оказывают пациенту первичную медико-санитарную помощь.

1.8. Диспансерное наблюдение проводится в часы работы МО, в том числе в субботу.

1.9. 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.

1.10. Необходимым предварительным условием проведения диспансерного наблюдения является дача информированного добровольного согласия гражданина (его законного представителя) на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ.

1.11. Гражданин вправе отказаться от проведения диспансерного наблюдения.

2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

2.1. Для лиц, имеющих доказанные хронические неинфекционные заболевания, основное предназначение диспансерного наблюдения заключается в достижении заданных значений параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования, а также коррекции факторов риска развития данных заболеваний с целью предотвращения прогрессии патологического процесса и развития обострений, снижения числа госпитализаций и осложнений, повышения качества и увеличения продолжительности жизни.

2.2. Для лиц, не имеющих доказанных ХНИЗ, но имеющих высокий риск их развития, основное предназначение диспансерного наблюдения заключается в контроле факторов риска этих заболеваний путем достижения заданных значений параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования, в том числе с помощью медикаментозных средств, с целью предотвращения прогрессии патологического процесса и развития внезапных осложнений, повышения качества и увеличения продолжительности жизни.

2.3. Основными задачами врача-специалиста при организации и проведении диспансеризации являются:

- организация выполнения медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, в рамках диспансеризации;
- проведение мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний,
- направление по результатам осмотра и исследований на прием (осмотр) к врачу-терапевту по месту прикрепления граждан, у которых по результатам исследований выявляются жалобы на здоровье и (или) патологические изменения, которых ранее не было или их степень выраженности (отклонение от нормы) увеличилась;
- прием (осмотр) врачом-специалистом, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения, направление граждан при наличии медицинских показаний на осмотр (консультацию) врачом-онкологом при подозрении на онкологические заболевания в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология";
- разъяснение пациентам с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний мер по их снижению;
- формирование комплекта документов, заполнение карты учета диспансеризации;

- подведение итогов проведения диспансеризации;
- анализ результатов проведения диспансерного наблюдения на основании сведений, содержащихся в контрольных картах.

3. СОДЕРЖАНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО ПРИЕМА

3.1. Медицинский работник при проведении диспансерного наблюдения:

- формирует списки лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном году, их поквартальное распределение;
- устанавливает группу диспансерного наблюдения;
- ведет учет лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;
- информирует лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году, или их законных представителей о необходимости явки в целях диспансерного наблюдения; о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения;
- организует и осуществляет проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий;
- обучает пациентов навыкам самоконтроля показателей состояния здоровья и алгоритмам действия в случае развития обострений заболевания и жизнеугрожающих состояний;
- организует консультацию пациента врачом-специалистом по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) другой медицинской организации, в том числе с применением телемедицинских технологий, и осуществляет диспансерное наблюдение по согласованию и с учетом рекомендаций этого врача-специалиста;
- осуществляет при необходимости дистанционное наблюдение за пациентами в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

3.2. Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинским работником включает:

- оценку состояния лица, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- оценку приверженности лечению и эффективности ранее назначенного лечения, достижения целевых значений показателей состояния здоровья,

необходимую коррекцию проводимого лечения, а также повышение мотивации пациента к лечению;

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

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

3.3. Наличие медицинских показаний для проведения диспансерного наблюдения, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), длительность диспансерного наблюдения, объем профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются медицинским работником, указанным в пункте 1.8 настоящего Порядка, в соответствии с настоящим Порядком, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

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

3.5. 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.

3.6. В случае если пациент нуждается в диспансерном наблюдении врачом-специалистом по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и такой врач-специалист отсутствует в медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь, лечащий врач организует консультацию пациента соответствующим врачом-специалистом другой медицинской организации, в том числе с применением телемедицинских технологий, и осуществляет диспансерное наблюдение по согласованию и с учетом рекомендаций этого врача-специалиста.

3.7. Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию пациента, а также в учетную форму № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения».

3.8. Порядок заполнения учетной формы N 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения":

В пункте 1 указываются диагноз заболевания, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение, и его код по МКБ-10.

В пункте 2 указывается дата заполнения Карты.

В пункте 3 - специальность врача, осуществляющего диспансерное наблюдение, в пункте 4 - Ф.И.О. врача, осуществляющего диспансерное наблюдение.

В пункте 5 отмечается дата установления диагноза.

В пункте 6 указывается, был ли диагноз впервые установлен или был ранее зарегистрирован в связи с поступлением пациента(ки) под наблюдение данной медицинской организации после изменения места жительства.

В пункте 7 указывается способ выявления заболевания: при обращении за лечением или при профилактическом медицинском осмотре.

В пунктах 8 и 9 отмечаются даты начала и прекращения диспансерного наблюдения.

В пункте 10 отмечается одна из причин прекращения диспансерного наблюдения.

Пункты 11 - 14 Карты заполняются на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента(ки).

В пункт 17 контрольной карты вписываются сведения об изменении диагноза.

В пункт 18 контрольной карты вписываются сведения о сопутствующих заболеваниях, возникающих осложнениях.

В пункт 19 вписываются сведения о проводимых мероприятиях: лечебно-профилактических, направлениях на консультацию и т.д.

3.9. Контрольная карта диспансерного наблюдения» (далее контрольная карта) заполняется на всех больных, взятых под диспансерное наблюдение в данной медицинской организации.

3.10. Контрольная карта заполняется в медицинских организациях и их структурных подразделениях врачом и (или) медицинским работником со средним профессиональным образованием.

3.11. Контрольная карта заполняется на каждое заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение.

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

3.12. Контрольная карта используется для контроля за посещением больных, в соответствии с индивидуальным планом диспансерного наблюдения, для чего в карте отмечаются даты явки пациента на диспансерный осмотр, которые устанавливаются исходя из рекомендованной периодичности осмотров.

3.13. Контрольные карты хранятся в картотеке того врача, который осуществляет диспансерное наблюдение, по месяцам назначений явки к врачу, что позволяет вести контроль за систематичностью посещений и принимать меры к привлечению больных, пропустивших срок явки.

3.14. Картотека состоит из 13 отделений по числу 12 месяцев года и одного (13-го) для отработанных карт.

После окончания курса лечебных мероприятий контрольную карту ставят в отделение, соответствующее дате (месяцу) вызова больного.

3.15. Перечень заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение врачом, включая длительность и минимальную периодичность диспансерного наблюдения, определены в Приложении № 1 к настоящему Порядку.

4. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

4.1. Основаниями для прекращения диспансерного наблюдения являются:

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

4.2. В случае отказа пациента от диспансерного наблюдения оформляется письменный отказ.

5. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ И КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

5.1. Медицинский работник, проводящий диспансерное наблюдение, ежемесячно осуществляет учет и анализ результатов проведения диспансерного наблюдения на основании сведений, содержащихся в контрольных картах диспансерного наблюдения и заносит результаты в Журнал учета диспансерных больных (Приложение №2).

5.2. В конце года врач – специалист составляет сводный отчет (Приложение №3) о проведенной диспансеризации на основании контрольных карт и этапных эпикризов медицинских карт стоматологических пациентов.

5.3. Заведующие структурными подразделениями ежемесячно осуществляют анализ результатов проведения диспансерного наблюдения врачами своих структурных подразделений.

5.3.1. В конце года заведующие структурными подразделениями составляют отчет о результатах проведенной диспансеризации врачами своих подразделений и подают его заместителю главного врача по лечебной работе.

5.4. Заместитель руководителя медицинской организации по лечебной работе ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным, организует обобщение и проводит анализ результатов диспансерного наблюдения за лицами, находящимися на медицинском обслуживании в медицинской организации, с целью оптимизации проведения диспансерного наблюдения, обеспечивает предоставление информации в КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр».

5.5. Основными критериями эффективности диспансерного наблюдения являются:

- своевременность выявления заболевания ($= \frac{\text{вновь взятые на диспансерный учет больные из числа вновь выявленных}}{\text{общее число больных, выявленных в данном году}} \times 100$ в %);

- своевременность взятия на диспансерный учет больных с заболеваниями в начальной стадии ($= \frac{\text{число взятых на диспансерный учет больных с заболеваниями в начальной стадии}}{\text{число всех больных с заболеваниями, взятых на диспансерный учет в отчетном году}} \times 100$ в %);

- полнота охвата диспансерным наблюдением в отчетном периоде (= число больных, стоящих на диспансерном учете в течение года × 100 в % / общая численность больных, зарегистрированных в течение года).

Критерий результативности	Значение критерия результативности
Охват диспансерным наблюдением лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями и инфекционными заболеваниями	Не менее 70% от числа лиц с установленными хроническими заболеваниями
Своевременность охвата диспансерным наблюдением вновь выявленных больных:	Динамика показателей по сравнению с прошлым годом
Своевременность установления диспансерного наблюдения медицинским работником в срок 3 рабочих дня	Установление диспансерного наблюдения в течение 3-х рабочих дней после получения выписного эпикриза из стационара или установления диагноза в амбулаторных условиях
Уменьшение числа госпитализаций, в том числе по экстренным медицинским показаниям, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением	Снижение на 5% к аналогичному периоду прошлого года числа госпитализаций (плановых и экстренных)
Сокращение числа обращений по поводу обострений хронических заболеваний среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением	Снижение на 5% к аналогичному периоду прошлого года числа обращений по поводу обострений хронических заболеваний среди лиц, находящихся на диспансерном наблюдении
Уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением	Снижение на 5% к аналогичному периоду прошлого года числа случаев/дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
Первичная инвалидность среди	Динамика показателей по сравнению

пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением	с прошлым годом
Снижение показателей смертности, в том числе внебольничной смертности, лиц, находящихся под диспансерным наблюдением	Снижение по отношению к аналогичному периоду прошлого года числа случаев смерти на дому
Снижение числа вызовов скорой медицинской помощи среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых находятся под диспансерным наблюдением	Снижение на 5% к аналогичному периоду прошлого года числа вызовов скорой медицинской помощи по поводу обострения хронических заболеваний и их осложнений.
Достижение целевых значений показателей состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями	Уровень значений показателей состояния здоровья 90-100% целевых значений в соответствии с клиническими рекомендациями (оценивается при проведении внутреннего контроля качества)
Проведение эффективного внутреннего контроля, в том числе с оценкой неисполнения диспансерного наблюдения в полном объеме	Проведение внутреннего контроля не менее 30% амбулаторных карт пациентов, прошедших диспансерное наблюдение за отчетный период с принятием управленческих решений и разбором на планерных совещаниях с врачами

5.6. Основным показателем активности врачей в организации и проведении диспансерного наблюдения является «Полнота охвата диспансерным наблюдением больных», определяемого как: $(\text{Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением на начало года}) + (\text{Число вновь взятых больных под диспансерное наблюдение}) - (\text{Число больных, ни разу не явившихся}) \times 100 : (\text{Число зарегистрированных больных, нуждающихся в диспансерном наблюдении})$. Показатель может быть вычислен как в отношении всего диспансерного контингента больных, так и отдельно по тем нозологическим формам, которые выбраны для учета и анализа.

6. МЕТОДИКА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

6.1. Контингенты лиц, подлежащих взятию на диспансерный учет и динамическое наблюдение, формируются врачами стоматологами учреждения.

6.2. Диспансеризация проходит в три этапа:

- первый этап - отбор пациентов для диспансерного наблюдения. Проводится с целью выявления у граждан признаков хронических стоматологических заболеваний во время обращения пациентов за стоматологической помощью или в процессе профилактических осмотров.

- второй этап – постановка на учет. После отбора пациентов проводится их группировка в зависимости от вида патологии, ее тяжести, возраста пациентов. На каждого больного заполняется Контрольная карта диспансерного наблюдения формы №030/у.

- третий этап - проведение лечебно-профилактических мероприятий и динамическое наблюдение.

6.3. Для определения группы здоровья гражданина используются следующие критерии:

I группа здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска низкой или средней степени.

II группа здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком риске.

III-а группа здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные 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.

III-б группа здоровья - граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

6.4. Граждане со II группой здоровья с высоким или очень высоким риском подлежат диспансерному наблюдению врачами-специалистами.

6.5. При наличии у пациента хронических неинфекционных заболеваний и одновременно других заболеваний (состояний), требующих диспансерного наблюдения, его включают в III-а группу здоровья.

6.6. Граждане с III-а и III-б группами здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачами-специалистами с проведением профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

6.7. Каждый гражданин, подлежащий диспансерному наблюдению, должен быть тщательно обследован врачом-стоматологом, а по показаниям и врачами других специальностей.

6.8. В медицинскую карту стоматологического больного записывают историю заболевания, объективные данные, условия труда и быта, результаты исследований и консультаций, развернутый диагноз, план лечения и профилактических мероприятий, сроки повторного наблюдения, этапный эпикриз и др.

6.9. В план лечебно-профилактических мероприятий следует включать обследование пациента для уточнения диагноза; санацию полости рта; проведение реабилитационных мероприятий в условиях поликлиники или стационара с использованием современных, комплексных методов патогенетической и общеукрепляющей терапии; диетическое питание; режим труда и отдыха; меры личной профилактики и др.

6.10. Во время контрольного осмотра один раз в год врач заполняет этапный эпикриз. В эпикризе указываются изменения в состоянии пациента, результаты дополнительных исследований, объективные данные, характеризующие эффективность проведенного лечения и оздоровительных мероприятий, изменения в труде и быте, план лечения и мер профилактики на следующий год.

6.11. Для анализа эффективности диспансерного наблюдения и удобства учета лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, предлагается делить их на 5 групп:

первая группа Д I - здоровые, в том числе лица с так называемыми пограничными состояниями, у которых выявлены незначительные отклонения от установленных норм;

вторая группа Д II - практически здоровые лица в стадии стойкой компенсации заболевания (санированные);

третья Д III - больные с легким течением заболевания в стадии компенсации с редкими обострениями, нуждающиеся в лечении;

четвертая Д IV - больные с субкомпенсированным течением заболевания, частыми (до 3—4 раз в год) обострениями, нуждающиеся в лечении и реабилитации;

пятая Д V - больные с декомпенсированным течением заболевания, нарушениями функций других органов и систем.

6.12. Лица, относящиеся к первой и второй группам учета, подлежат наблюдению один раз в год; к третьей — 2—3 раза; четвертой — 3—4 раза в год; к пятой — ежемесячно.

6.13. Перевод пациентов из одной группы в другую является показателем эффективности диспансерного наблюдения и осуществляется комиссией, состоящей из заведующего отделением и врача – специалиста.

6.14. Диспансеризация стоматологических пациентов может быть кратковременной, длительной и постоянной.

7. ПЕРЕЧЕНЬ МЕРОПРИЯТИЙ СКРИНИНГА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

7.1. В рамках диспансерного приема проводят:

- сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни;
- выявление факторов риска развития онкологических заболеваний;
- осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию органов полости рта, лимфатических узлов;
- рентгенография или компьютерная томография челюстно-лицевой области (при наличии мед. показаний);
- морфологическое исследование биологического материала (при наличии мед. показаний).

8. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФАКТОРОВ РИСКА И ДРУГИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОВЫШАЮЩИХ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

8.1. Для успешного диспансерного наблюдения необходимо информирование пациента о факторах риска, об имеющихся заболеваниях, о рисках осложнений, мерах по профилактике прогрессирования заболеваний.

8.2. Факторы риска, повышающие вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний:

- повышенный уровень артериального давления - систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт. ст.;
- гиперхолестеринемия - уровень общего холестерина 5 ммоль/л и более;
- гипергликемия - уровень глюкозы натощак в венозной плазме 6,1 ммоль/л и более, в цельной капиллярной крови 5,6 ммоль/л и более;
- курение табака - ежедневное выкуривание одной сигареты и более;
- нерациональное питание - избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки, недостаточное потребление фруктов, овощей, рыбы. Избыточная масса тела - индекс массы тела 25 - 29,9 кг/м² (кодируется по МКБ-10 кодом R63.5);
- ожирение - индекс массы тела 30 кг/м² и более;
- низкая физическая активность;
- риск пагубного потребления алкоголя и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям - наличие инфаркта миокарда и (или) мозгового инсульта у близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет);
- отягощенная наследственность по злокачественным новообразованиям - наличие злокачественных новообразований у близких родственников в молодом или среднем возрасте, или в нескольких поколениях;
- отягощенная наследственность по хроническим болезням нижних дыхательных путей - наличие астмы и другие хронических болезней нижних дыхательных путей у близких родственников в молодом или среднем возрасте.
- отягощенная наследственность по сахарному диабету - наличие у близких родственников сахарного диабета в молодом или среднем возрасте.

ПЕРЕЧЕНЬ НОЗОЛОГИЙ И ПРИМЕРНАЯ СХЕМА ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦАМИ,
ПОДЛЕЖАЩИМИ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ У ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

<i>Код по МКБ</i>	<i>Хроническое заболевание, функциональное расстройство, иное состояние, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение</i>	<i>Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций)</i>	<i>Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения</i>	<i>Длительность диспансерного наблюдения</i>	<i>Примечания</i>
D11	Доброкачественное новообразование больших слюнных желез	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие структурных изменений ткани больших слюнных желез по данным осмотра и УЗИ; отсутствие данных о ЗНО по результатам пункции/биопсии больших слюнных желез	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии патолого-анатомического подтверждения ЗНО	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (рост образований, наличие данных за злокачественный процесс по результатам пункции/биопсии)
K13.2	Лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта, включая языка	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Отсутствие данных о ЗНО по результатам люминесцентной стоматоскопии с прицельной биопсией	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (дисплазия/рак по результатам биопсии)
K13.0	Абразивный хейлит Манганотти, ограниченный	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не	Отсутствие данных о ЗНО по результатам люминесцентной	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским

	гиперкератоз, бородавчатый предрак	реже 1 раза в год	стоматоскопии с прицельной биопсией	гистологического подтверждения	показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменение клинических параметров образования)
D10.0	Доброкачественное новообразование губы	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие признаков прогрессирования: изменения размеров, консистенции, формы образований по данным обследования, рецидивов после проведенного лечения; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения	Прием (осмотр, консультация) врача- онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменение клинических параметров образования)
D10.1	Доброкачественное новообразование языка				
D10.2	Доброкачественное новообразование дна полости рта				
D10.3	Доброкачественное новообразование других неуточненных частей рта				
K13.7	Меланоз полости рта	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие признаков прогрессирования: изменения размеров, консистенции, формы образований по данным обследования; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения	Прием (осмотр, консультация) врача- онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменение клинических параметров образования)
Q78.1	Полиостозная фиброзная дисплазия	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие признаков прогрессирования: появление и (или) увеличение структурных изменений костной ткани; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения	Прием (осмотр, консультация) врача- онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменение клинических

					параметров образования)
L43	Красный плоский лишай (плоский лишай слизистой оболочки рта) - эрозивная форма	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год 4 раза в год	Отсутствие данных о ЗНО по результатам люминесцентной стоматоскопии с прицельной биопсией Улучшение состояния Стабилизация процесса	Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменение клинических параметров образования)
K05.0 K05.1	Гингивит (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Стойкая ремиссия. Снижение гигиенического индекса.	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, гематолога - по показаниям
K05.1	Гингивит (стойкая ремиссия) (Д II)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие рецидивов		Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта по показаниям
K05.2 K05.3	Пародонтит: легкая, средняя, тяжелая степени (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2-х раз в год 3-х раз в год 4-х раз в год	Клинико-рентгенологическая стабилизация патологического процесса в тканях пародонта. Снижение дней нетрудоспособности.	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, стоматолога хирурга, стоматолога ортопеда - 1 раз в год, врача-эндокринолога по показаниям
K05.3	Пародонтит, стойкая ремиссия (Д II)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2-х раз в год	Клинико-рентгенологическая стабилизация, низкий гигиенический индекс		Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, стоматолога ортопеда по показаниям
K05.4	Пародонтоз: легкая средняя	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2-х раз в год 3-х раз в год	Клинико-рентгенологическая стабилизация	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, стоматолога хирурга, стоматолога ортопеда, эндокринолога - по показаниям

	тяжелая степени (Д III)	4-х раз в год			
K12.0	Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2-х раз в год	Стойкая ремиссия, перевод в группу	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, аллерголога по показаниям
K12.0	Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, стойкая ремиссия (Д II)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Стабилизация процесса	Перевод в группу Д I диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта - по показаниям
L51.9	Многоформная экссудативная эритема (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2-х раз в год	Стойкая ремиссия	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, аллерголога, дерматолога по показаниям
L51.9	Многоформная экссудативная эритема, стойкая ремиссия (Д II)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Стойкая ремиссия		Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, аллерголога по показаниям
K11.2	Хроническое воспаление слюнных желез(паренхиматозный, интерстициальный сиалодент, сиалодохит) (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие рецидивов, снижение числа дней временной нетрудоспособности Выздоровление	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга - 2 раза в год, врача-терапевта 1 раз в год
K11.5	Слюнокаменная болезнь (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие рецидивов	После операции перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга - 1 раз в год
G50.0	Невралгия тройничного нерва, невриты (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 4-х раз в год	Снижение нетрудоспособности	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, отоларинголога - 1 раз в год, нейрохирурга - по показаниям
G50.0	Невралгия тройничного нерва, невриты (Д II)	В соответствии с клиническими	Выздоровление		Прием (осмотр, консультация) врача-

		рекомендациями, но не реже 4-х раз в год			терапевта, отоларинголога - 1 раз в год, нейрохирурга - по показаниям
K14.0	Глоссодиния (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2-х раз в год	Стойкий терапевтический эффект	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, невропатолога - 1 раз в год
K14.0	Глоссодиния, стойкая ремиссия (Д II)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Клиническая стабилизация	Перевод в группу Д I диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, невропатолога - по показаниям
K13.0	Трещина центральной части губы, хроническая (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2-х раз в год	Стабилизация процесса	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, эндокринолога, стоматолога-хирурга - по показаниям
K13.0	Трещина центральной части губы, хроническая, стойкая ремиссия (Д II)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Стойкая ремиссия	Перевод в группу Д I диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга - 1 раз в год
K13.0	Катаральный хейлит (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 6 раз в год	Стабилизация процесса	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, невропатолога, эндокринолога- по показаниям
K13.0	Актический хейлит (Д II)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 3 раз в год	Стойкая ремиссия	Перевод в группу Д I диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, невропатолога, эндокринолога- по показаниям
L85.8	Кератокантома или кожный рог (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2-х раз в год	Стабилизация процесса	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога, онколога - по показаниям
L85.8	Кератокантома или кожный рог - стойкая ремиссия (Д II)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не	Стойкая ремиссия	Перевод в группу Д I диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога, онколога -

		реже 1 раза в год			по показаниям
Д04.9	Болезнь Боуэна (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие данных о ЗНО		Прием (осмотр, консультация) врача-онколога - по показаниям
В07	Папилломатоз полости рта (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Отсутствие данных о ЗНО		Прием (осмотр, консультация) врача-онколога - по показаниям
К07.6	Хронические артриты, артрозы, артрозо-артриты, анкилозы височно-нижнечелюстного сустава (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2-х раз в год	Восстановление функции сустава в полном объеме. Снижение числа дней нетрудоспособности.	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, стоматолога терапевта, стоматолога ортопеда, ортодонта - 1 раз в год
К07.6	Хронические артриты, артрозы, анкилозы различной этиологии, ремиссия (Д II)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Выздоровление		Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, стоматолога терапевта, стоматолога ортопеда, ортодонта- по показаниям
К10.2	Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 4-х раз в год	Восстановление функции жевания, снижение числа дней нетрудоспособности	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, стоматолога терапевта, стоматолога ортопеда, ортодонта - 1 раз в год
J32	Хронический одонтогенный и посттравматический синусит (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 4-х раз в год	Снижение временной нетрудоспособности	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-отоларинголога - по показаниям
Z54.0	Состояние после синусотомии (гайморотомии) (Д II)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Восстановление трудоспособности		Прием (осмотр, консультация) врача-отоларинголога - по показаниям
S00	Посттравматические дефекты и деформации	В соответствии с клиническими	Восстановление функции или значительное	Перевод в группу Д II диспансерного	Прием (осмотр, консультация) врача -

	костей лицевого скелета и мягких тканей (Д III)	рекомендациями, но не реже 2-х раз в год	улучшение функции, снижение числа дней временной нетрудоспособности	наблюдения	стоматолога терапевта, стоматолога ортопеда, ортодонта - 2-3 раза в год. Отоларинголог, окулист, физиотерапевт - по показаниям
Z54.0	Состояние после устранения посттравматических дефектов, деформации костей лицевого скелета и мягких тканей (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Восстановление трудоспособности		Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога, стоматолога ортопеда, ортодонта, отоларинголога - по показаниям
Z54.0	Состояние после операции по поводу доброкачественных опухолевых заболеваний челюстно-лицевой области	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2-х раз в год	Восстановление трудоспособности. Отсутствие рецидивов	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта - 1 раз в год, стоматолога ортопеда, онколога - по показаниям
A42.2 A18.4 A18.0	Специфические воспалительные процессы челюстно-лицевой области (актиномикоз, туберкулез) (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2-х раз в год	Снижение числа дней временной нетрудоспособности, отсутствие рецидивов	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, фтизиатра, миколога - по показаниям
A42.2 A18.4 A18.0	Специфические воспалительные процессы челюстно-лицевой области (актиномикоз, туберкулез) в стадии ремиссии (Д II)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Выздоровление		Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, фтизиатра, миколога - по показаниям
Q67.4 Q75.4 Q75 K07.8 K07.9	Врожденные деформации челюстно-лицевой области (верхней, нижней челюсти и др.) (Д III)	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2-х раз в год	Устранение деформации. Восстановление функции.	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, нейрохирурга, ортодонта, стоматолога ортопеда, окулиста,

К07					отоларинголога - 1 раз в год
-----	--	--	--	--	------------------------------

Примечание: в группу (Д II) включены заболевания в состоянии стойкой ремиссии.

Приложение №2

ЖУРНАЛ

учета диспансерных больных

№ п/п	Ф.И.О. пациента	Дата рождения	Адрес	Диагноз	Код по МКБ 10	Дата постановки на диспансерное наблюдение
1	2	3	4	5	6	7

«Д» группа	Дата перевода в другую группу (указать в какую)	Дата снятия с диспансерного наблюдения	Врач	
			должность	Ф.И.О.
8	9	10	11	12

1. Журнал заполняется медицинским работником, в нее вносятся заболевания (состояния) пациента, которые подлежат диспансерному наблюдению в данном медицинском учреждении, с указанием даты постановки и снятия с учета, должности и Ф.И.О. врача, осуществляющего диспансерное наблюдение пациента.
2. Записи в таблице делаются на основании «Контрольной карты диспансерного наблюдения» (форма № 030/у-04).

3. Если у больного изменяется характер заболевания, то в таблицу выносится новый диагноз без даты взятия на учет, а старая запись зачеркивается.
4. Больной может состоять под наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких специалистов, в таблице такое заболевание записывается один раз специалистом, первым взявшим его под диспансерное наблюдение.
5. Если больной наблюдается по поводу нескольких, этиологически не связанных, заболеваний у одного или нескольких специалистов, то каждое из них выносится в таблицу.
6. В ситуациях наличия у одного пациента нескольких этиологически связанных хронических неинфекционных заболеваний, его диспансерное наблюдение осуществляет врач-специалист по профилю основного заболевания пациента, при необходимости проводятся консультации других врачей-специалистов по профилю сопутствующих заболеваний.

Приложение №3

СВОДНЫЙ ОТЧЕТ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

№ п/п	Диагноз	Состояло на начало года	Взято в отчетном году	Переведено в другую группу	Снято в отчетном году	Состоит на конец года
1	2	3	4	5	6	7