



Федеральное государственное бюджетное
учреждение
«Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный внештатный специалист
Минздрава России
по профилактической медицине,
директор ФГБУ «ГНИЦПМ»
Минздрава России,
д.м.н., профессор



С.А. Бойцов

« 15 » апреля 2016 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ
к Методическим рекомендациям «Диспансерное
наблюдение больных хроническими неинфекционными
заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития»
под редакцией Бойцова С.А., Чучалина А.Г. (2014г.)

**«Методика проведения дистанционного диспансерного
наблюдения»**

Москва
2016

УДК 616-084
ББК 51.1(2)2

АННОТАЦИЯ

Данное приложение к Методическим рекомендациям «Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития» под редакцией Бойцова С.А., Чучалина А.Г. (2014г.) содержит описание методики проведения дистанционного диспансерного наблюдения. Настоящая методика разработана на основе накопленного опыта применения дистанционных технологий в медицине. По мере накопления доказательной базы, практического опыта и совершенствования подобных способов ведения пациентов, данная методика будет дополняться и уточняться.

Методика будет представлять интерес как для врачей и среднего медицинского персонала первичного звена здравоохранения, так и для руководителей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Авторский коллектив

Бойцов С.А.¹, Комков Д.С.¹, Вальденберг А.В.², Ровкина Е.И.², Шипачев К.В.³, Гришанова Т.Г.³

¹ – ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» МЗ РФ

² – Комитет по здравоохранению Ленинградской области

³ – ГУЗ ЛО «Всеволожская клиническая межрайонная больница»

Благодарности

Авторский коллектив выражает благодарность администрации и врачебному коллективу лечебных учреждений, на базе которых проводилась апробация технологии дистанционного мониторинга: Всеволожская межрайонная клиническая больница (Ленинградская область), Диагностический центр № 5 (г. Москва), Красногорская городская больница № 1 (Московская область), Городская поликлиника № 17 (г. Санкт-Петербург), ООО «Современная медицина» (г. Санкт-Петербург); а также компании ООО «ПМТ Групп», оказавшей техническую поддержку проекта.

Оглавление

Список использованных сокращений.....	4
Введение	5
Потребность врачебного участка в проведении ДДН по нозологиям.....	6
Технологическая схема	8
Программы дистанционного диспансерного наблюдения	11
Рекомендуемый перечень лиц, подлежащих льготному обеспечению устройствами (а также, при наличии, расходными материалами к ним) в рамках ДДН.....	22
Приложение № 1. Перечень сведений, предоставляемых медицинской организацией для постановки пациента на дистанционный мониторинг.....	24
Приложение №2. Состав сведений, представляемых в медицинских отчетах центром дистанционного мониторинга медицинской организации, по результатам мониторинга	26

Список использованных сокращений

АГ	– артериальная гипертония
АД	– артериальное давление
ДДН	– дистанционное диспансерное наблюдение
ИКД	– имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор
МЗ РФ	– Министерство здравоохранения Российской Федерации
МНО	– международное нормализованное отношение
ПМСП	– первичная медико-санитарная помощь
СМП	– специализированная медицинская помощь
ССЗ	– сердечно-сосудистые заболевания
ТПГГ	– территориальная программа государственных гарантий
ФК	– функциональный класс
ХНИЗ	– хронические неинфекционные заболевания
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь легких
ХСН	– хроническая сердечная недостаточность
ЧСС	– частота сердечных сокращений
ЭКГ	– электрокардиограмма
ЭКС	– электрокардиостимулятор
ЭССЭ-РФ	– эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах Российской Федерации (исследование)
NYHA	– New York Heart Association

Введение

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются ведущей причиной смертности населения в Российской Федерации, обуславливая, фактически, три из четырех смертей в популяции.

При рассмотрении причин высокой смертности в РФ от ХНИЗ выделяют следующие: высокая распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, нерациональная система организации медицинской помощи, недостаточный уровень финансирования и развития современных технологий, низкая приверженность врачей и пациентов к рекомендациям, основанным на принципах доказательной медицины.

Модификация образа жизни (коррекция факторов риска) – это важнейший элемент как первичной, так и вторичной профилактики ХНИЗ. Данные эпидемиологических исследований, в том числе крупномасштабного исследования ЭССЕ РФ, которое проходило в последние годы на территории 12 регионов России, показывают, что распространенность факторов риска в российской популяции пациентов крайне велика, причем преобладает контингент высокого и очень высокого риска.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 г. № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (в настоящее время вместо него действует приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 февраля 2015 г. № 36ан “Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения”) был регламентирован порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, одной из основных задач которой является выявление больных с ХНИЗ и здоровых граждан с высоким риском их развития. Указанные группы пациентов подлежат по итогам диспансеризации проведению диспансерного наблюдения.

Таким образом, диспансеризация и диспансерное наблюдение представляют собой мощные инструменты профилактики ХНИЗ. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года № 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения» регламентирует порядок и сроки проведения диспансерных осмотров при различных нозологиях. Например, больные с артериальной гипертензией, независимо от ее стадии и степени, подлежат вызову в лечебное учреждение по месту прикрепления не реже 1 раза в 6 месяцев.

Данные мониторинга в регионах показывают, что из 1 700 человек, прикрепленных к врачебному участку в городской поликлинике, около 800 подлежат диспансерному наблюдению, причем подавляющее большинство из них – это пациенты с повышенным уровнем артериального давления.

Однако в реальной практике диспансерным наблюдением на каждом врачебном участке охвачено в среднем около 200-300 больных АГ.

Низкая степень охвата диспансерным наблюдением обусловлена рядом причин: загруженностью участковых терапевтов, низкой приверженностью населения к профилактическим осмотрам, дефектами постановки на диспансерный учет, незаинтересованностью работодателей в вовлечении сотрудников в процесс диспансерного наблюдения. Учитывая данные обстоятельства, необходима разработка механизма, позволяющего снизить нагрузку на участковых врачей, одновременно увеличивающего охват диспансерным наблюдением. Одна из наиболее очевидных моделей – модель дистанционного наблюдения, позволяющая контролировать одновременно большое количество пациентов за счет автоматических или полуавтоматических механизмов обработки данных.

Дистанционное диспансерное наблюдение (ДДН) пациентов потенциально позволит достичь целевых уровней охвата населения диспансерным наблюдением, рекомендованных Минздравом России, а также повысить эффективность использования средств в здравоохранении, в том числе за счет снижения числа очных обращений пациентов в учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, на станции скорой и неотложной медицинской помощи, а также за счет снижения расходов на дорогостоящее лечение обострений и осложнений хронических заболеваний.

Предлагаемая методика описывает технологию реализации проекта по дистанционному диспансерному наблюдению больных ХНИЗ и пациентов с высоким риском их развития.

Потребность врачебного участка в проведении ДДН по нозологиям

В таблице 1 приведено статистическое распределение пациентов, нуждающихся в проведении ДДН, по нозологиям.

В ходе апробации технологий ДДН у больных с АГ, в том числе на базе ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России (далее «ГНИЦ ПМ Минздрава России»), показана клиническая эффективность данного метода наблюдения, в том числе в отношении достижения и удержания целевых цифр АД.

Рекомендуется проведение пилотных исследований среди пациентов с другими нозологиями.

Таблица 1. Ориентировочное статистическое распределение пациентов, нуждающихся в дистанционном диспансерном наблюдении по нозологиям

Среднее количество пациентов на 1 участке	1 700
Подлежат диспансерному наблюдению (ДН), в т.ч. с использованием дистанционных технологий:	800

Заболевание	Контролируемый показатель	Всего пациентов		Льготный контингент пациентов на 1 участке **		Пациентов на 1 участке, имеющих собственные устройства ***		Пациентов на участке, состоящих на ДН без использ. дист. технологий	
		Кол-во*	%	Кол-во*	%	Кол-во*	%	Кол-во*	%
Артериальная гипертония	АД	800	100	200	25	320	40	280	35
Сахарный диабет	Глюкоза крови	60	8	15	2	24	3	21	3
Брадикардия, при использовании имплантируемых устройств (ЭКС/ИКД)	ЭКГ	20	3	5	1	5	1	10	2
Хроническая сердечная недостаточность	Масса тела, ЭКГ	80	10	20	3	20	3	40	6
Бронхиальная астма, ХОБЛ и др.	Пиковая скорость выдоха	40	5	10	1	16	2	14	1
Нарушения ритма и проводимости	ЧСС, ЭКГ	280	35	70	9	112	14	98	12

Дислипидемия, атеросклероз, ИБС, ОНМК в анамнезе	Общий холестерин крови	300	38	75	9	120	15	210	26
Терапия варфарином	МНО	40	5	10	1	16	2	14	2
ИТОГО:		1 620		405		633		687	

* - предусматривается, что у одного пациента может быть несколько заболеваний;

** - рекомендуемый перечень лиц, подлежащих льготному обеспечению устройствами (а также, при наличии, расходными материалами к ним) в рамках ДДН приведен на странице 22;

*** - Пациенты обеспечиваются устройствами (а также, при наличии, расходными материалами к ним) во время подбора лекарственной терапии бесплатно. Далее мониторинг пациентов осуществляется с использованием устройств пациента с функцией дистанционной передачи данных и интегрированных в службу дистанционного наблюдения.

Технологическая схема

Основными участниками системы дистанционного диспансерного наблюдения пациентов являются:

1. Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП), в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях с участием врачей - терапевтов участковых, врачей общей практики, врачей-специалистов соответствующего профиля (врач-кардиолог, врач-эндокринолог, врач-пульмонолог и др.), фельдшеров (в предусмотренных действующими нормативно-правовыми актами случаях);
2. Медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь (далее СМП) в условиях стационара;
3. Центр дистанционного мониторинга;
4. Научный организационно-методический центр («ГНИЦ ПМ» Минздрава России).

На уровне медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (поликлиника, амбулатория, ФАП, ФП, центр здоровья), врачом (врачом - терапевтом участковым, врачом общей практики), фельдшером (в предусмотренных действующими нормативно-правовыми актами случаях) осуществляется:

- первичный амбулаторный прием пациентов и отбор кандидатов для дистанционного диспансерного наблюдения;
- назначение и коррекция программы дистанционного диспансерного наблюдения, оформление информированного согласия с пациентом;
- повторные лечебно-диагностические приемы пациентов, находящихся на дистанционном диспансерном наблюдении;
- внесение сведений (приложение 1) в электронную документацию в части назначения, коррекции программ наблюдения, внесения сведений по отработке событий, представленных медико-техническим провайдером в отчетах функциональной диагностики.

На уровне медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь, врачами-специалистами по соответствующему профилю (врач-кардиолог, врач-эндокринолог, врач-пульмонолог и др.) осуществляется:

- назначение и коррекция программы дистанционного диспансерного наблюдения больным с обострениями и осложнениями хронических заболеваний по профилю, оформление информированного согласия с пациентом;
- повторные лечебно-диагностические приемы пациентов, находящихся на дистанционном диспансерном наблюдении;
- внесение сведений (приложение 1) в электронную документацию в части назначения, коррекции программ наблюдения, внесения сведений по отработке событий, представленных медико-техническим провайдером в отчетах функциональной диагностики.

На уровне медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в условиях стационара, осуществляется:

- установка имплантируемых устройств, оснащенных функцией дистанционного мониторинга, а также их первичная и плановая настройка;
- назначение и коррекция программы дистанционного диспансерного наблюдения, оформление информированного согласия с пациентом;
- повторные лечебно-диагностические приемы пациентов, находящихся на дистанционном диспансерном наблюдении;

- внесение сведений (приложение 1) в электронную документацию в части назначения, коррекции программ наблюдения, внесения сведений по отработке событий, представленных медико-техническим провайдером в отчетах функциональной диагностики. Средний медицинский работник медицинской организации осуществляет:
- выдачу устройств, обучение пациентов пользованию ими;
- заполнение необходимой бумажной документации, внесение сведений (приложение 1) в электронную документацию по постановке пациента на мониторинг и приему-передаче устройств;
- приглашение пациентов на очный прием.

Центр дистанционного наблюдения обеспечивает следующие функции:

- Контроль выполнения пациентом назначенной лечащим врачом, фельдшером программы дистанционного диспансерного наблюдения;
 - Сбор результатов диагностики пациентов с персональных устройств и обеспечение их хранения;
 - Обработку поступающих медицинских данных в режиме реального времени, формирование и предоставление медицинской организации следующих отчетов:
 - заключительных отчетов по результатам выполнения программы дистанционного диспансерного наблюдения;
 - промежуточных плановых и внеплановых отчетов в ситуациях, требующих обращения пациентов к медицинскому персоналу, в т.ч. в экстренных ситуациях и при обострениях, а также при отсутствии данных мониторинга, направляемых пациентом.Клиническая значимость предоставляемых отчетов в целях осуществления контактов с пациентом должна составлять не менее 90%.
- Состав сведений указанных отчетов приведен в приложении 2;
- Поддержку пациентов и сотрудников медицинской организации посредством круглосуточного контакт-центра;
 - Предоставление круглосуточного доступа сотрудникам медицинской организации к своей медицинской информационной системе через Web интерфейс, в том числе с целью внесения необходимых данных и просмотра результатов диагностики пациентов;
 - Обеспечение оборота устройств и расходных материалов – предоставление в аренду / продажа, замена, ремонт, техническая поддержка.

Программы дистанционного диспансерного наблюдения

В таблице 2 приведены рекомендуемые программы дистанционного диспансерного наблюдения для различных групп пациентов по нозологиям.

Таблица 2. Программы дистанционного диспансерного наблюдения

№ п/п	Заболевание, состояние	Мониторируемый показатель	Рекомендуемая продолжительность дистанционного мониторинга, кратность диагностических измерений	Критерии завершения программы дистанционного мониторинга	Как осуществляется дальнейшее диспансерное наблюдение
Пациенты с артериальной гипертонией					
1.1	Целевые уровни АД не достигнуты, либо впервые выявленное заболевание	АД	1-4 месяца* Ежедневно по 2 раза в день и не менее 15 измерений в месяц	Достижение и сохранение целевых уровней АД** в течение 2-х недель	Дистанционно по программам для пациентов с целевыми уровнями АД, либо традиционным способом, согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.

1.2	Целевые уровни АД достигнуты	АД	Пожизненно измерения 1-2 раза в неделю по 1-2 раза в день, но не реже чем 2 измерения в месяц	1. Отказ пациента от дистанционного диспансерного наблюдения; 2. Невозможность дальнейшего проведения дистанционного диспансерного наблюдения ***	Согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.
Пациенты с нарушениями ритма и проводимости сердца					
2.1	Подбор лекарственной терапии, либо впервые выявленные нарушения ритма и проводимости	ЭКГ	1-1,5 месяца, суммарно до 15 суток мониторингования ЭКГ, но не менее 5 суток	Достижение стойкого положительного эффекта назначенной терапии, либо принятие решения об отказе от ее назначения	Дистанционно по программам для пациентов с подобранной лекарственной терапией, либо традиционным способом, согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.

2.2	Лекарственная терапия подобрана	Частота пульса	Пожизненно, по 2 недели мониторинга ЧСС каждый месяц и не менее 5 дней в месяц	1. Отказ пациента от дистанционного диспансерного наблюдения; 2. Невозможность дальнейшего проведения дистанционного диспансерного наблюдения	Согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.
2.3	Пациенты с имплантированными устройствами (ИКД/ЭКС)	События устройства, ЭКГ	Пожизненно, ежедневные измерения в автоматическом режиме	1. Отказ пациента от дистанционного диспансерного наблюдения; 2. Невозможность дальнейшего проведения дистанционного диспансерного наблюдения	Согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.

Пациенты с хронической сердечной недостаточностью					
3.1	ХСН в стадии декомпенсации, либо пациенты с предикторами декомпенсации ХСН	Масса тела	1 месяц, ежедневно, но не менее 2 измерений в неделю	Достижение компенсации ХСН	Дистанционно по программам для пациентов с ХСН в стадии компенсации, либо традиционным способом, согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.
3.2	ХСН в стадии компенсации	Масса тела	Пожизненно, 1 раз в неделю, не менее 1 измерения в месяц.	1. Отказ пациента от дистанционного диспансерного наблюдения; 2. Невозможность дальнейшего проведения дистанционного диспансерного наблюдения	Согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.
3.3	Пациенты с ХСН ФК II-III по NYHA: - в случае впервые установленного	ЭКГ	Мониторинг ЭКГ в течение 1-5 суток	Отсутствие выявленных нарушений ритма и проводимости сердца;	Дистанционно, при появлении показаний

	<p>диагноза, - при коррекции терапии, - при выявленных или предполагаемых электролитных нарушениях, - при наличии нарушений ритма/проводимос ти сердца на ЭКГ покоя или подозрения на них по рез-там физикального осмотра, - при наличии жалоб на нарушения ритма сердца</p>			<p>Выявление нарушений ритма и проводимости сердца</p>	<p>Согласно протоколу дистанционного мониторинга пациентов с нарушениями ритма (см. п. 2.1- 2.3)</p>
--	--	--	--	--	--

Пациенты, находящиеся на терапии варфарином					
4.1	Целевые МНО не достигнуты, либо впервые назначенная терапия варфарином	МНО	3-4 недели, 1 раз в 2-3 дня, но не реже 1 измерения в неделю	Достижение целевых уровней МНО	Дистанционно по программам для пациентов с целевыми уровнями МНО, либо традиционным способом, согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.
4.2	Целевые МНО достигнуты	МНО	Пожизненно, измерения 1-2 раза в месяц	1. Отказ пациента от дистанционного диспансерного наблюдения; 2. Невозможность дальнейшего проведения дистанционного диспансерного наблюдения	Согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.

Пациенты с сахарным диабетом					
5.1	Пациенты с нецелевыми уровнями гликемии или впервые установленным диагнозом	Глюкоза крови	1 месяц 4 измерения в сутки, но не менее 3 измерений в неделю	Подбор оптимальной терапии, достижение целевых уровней гликемии	Дистанционно по программам для пациентов с целевыми уровнями гликемии, либо традиционным способом, согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.
5.2	Пациенты с целевыми уровнями гликемии	Глюкоза крови	Пожизненно, 1 измерение в неделю, но не менее чем 1 измерение в 2 недели	1. Отказ пациента от дистанционного диспансерного наблюдения; 2. Невозможность дальнейшего проведения дистанционного диспансерного наблюдения	Согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.

Пациенты с заболеваниями органов дыхания					
6.1	Пациенты с впервые установленным диагнозом, либо пациенты, требующие коррекции терапии	Пиковая скорость выдоха	1-2 месяца, 1-2 измерения в сутки, но не менее 15 измерений в месяц	Подбор оптимальной терапии	Дистанционно по программам для пациентов с подобранной терапией, либо традиционным способом, согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.
6.2	Пациенты с подобранной терапией, не требующие ее коррекции	Пиковая скорость выдоха	Пожизненно, измерения 1-2 раза в неделю, 1-2 раза в день, но не реже чем 2 измерения в месяц	1. Отказ пациента от дистанционного диспансерного наблюдения; 2. Невозможность дальнейшего проведения дистанционного диспансерного наблюдения	Согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.

Пациенты с дислипидемией, атеросклерозом, ИБС, ОНМК					
6.1	Пациенты с впервые установленным диагнозом, либо пациенты, требующие коррекции терапии	Общий холестерин крови	2-4 месяца, 2-3 измерения в месяц	Подбор оптимальной терапии	Дистанционно по программам для пациентов с подобранной терапией, либо традиционным способом, согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.

6.2	Пациенты с подобранной терапией, не требующие ее коррекции	Общий холестерин крови	Пожизненно, не реже чем 1 измерение в месяц	1. Отказ пациента от дистанционного диспансерного наблюдения; 2. Невозможность дальнейшего проведения дистанционного диспансерного наблюдения	Согласно приказу МЗ РФ № 1344н от 21.12.2012г.
-----	--	------------------------	---	--	--

* - пациентам, дистанционный мониторинг которых осуществляется в целях постановки / подтверждения диагноза, рекомендуемая продолжительность дистанционного мониторинга может быть уменьшена до 2-х недель;

** - значения целевых уровней артериального давления, ЧСС: минимальные – 110/70 мм рт. ст., 60 уд/мин. максимальные - 135/85 мм рт. ст., 80 уд/мин. Значения целевых уровней могут быть скорректированы для конкретного пациента по инициативе лечащего врача в целях индивидуализации плана лечения;

*** – здесь и далее под невозможность дальнейшего проведения дистанционного диспансерного наблюдения понимаются следующие ситуации:

- неустранимые технические проблемы, связанные с оборудованием для проведения дистанционного мониторинга или с его использованием пациентом;
- отсутствие фактического проведения измерений пациентом;
- отсутствие возможности дистанционного контакта с пациентом;
- невыполнение пациентом рекомендаций, полученных в ходе дистанционного мониторинга.

Рекомендуемый перечень лиц, подлежащих льготному обеспечению устройствами (а также, при наличии, расходными материалами к ним) в рамках ДДН

Льготное обеспечение устройствами (а также, при наличии, расходными материалами к ним) рекомендуется для следующих категорий граждан:

1. Граждане, подлежащие социальному обеспечению за счет средств федерального бюджета (ФЗ от 17 июня 1999 г. № 178 «О государственной социальной помощи») и за счет средств регионального бюджета;

2. Граждане, проходящие ДДН по программам подбора и/или коррекции лекарственной терапии, на период проведения указанных программ;

3. Граждане, имеющие высокий риск развития жизнеугрожающих состояний в связи с течением имеющихся хронических неинфекционных заболеваний, в том числе:

3.1. Артериальная гипертония:

- пациенты с резистентной артериальной гипертензией, артериальной гипертензией кризового течения, а также артериальной гипертензией в сочетании с ИБС, значимыми нарушениями ритма (частая желудочковая экстрасистолия, желудочковая тахикардия, фибрилляция и трепетание предсердий) и проводимости (синдром слабости синусового узла, АВ-блокада высоких градаций) сердца, ХСН и другими;

3.2. Нарушения ритма и проводимости сердца:

- пациенты с частой желудочковой экстрасистолией, желудочковой тахикардией, фибрилляцией желудочков в анамнезе;

- пациенты, страдающие тахи- или тахи-бради формой фибрилляция предсердий, в том числе в сочетании с другими, тяжелыми хроническими заболеваниями сердца (ИБС, сердечная недостаточность, врожденные и приобретенные пороки сердца);

- пациенты с синдромом слабости синусового узла, СА- и АВ-блокадами высоких градаций;

- пациенты с показаниями к установке имплантируемых устройств, в том числе пейсмейкер-зависимые пациенты и пациенты, имеющие показания для имплантации CRT-P и пациенты, которым имплантированы данные устройства;

3.3. Сахарный диабет:

- пациенты с сахарным диабетом 1-го типа;
- пациенты с инсулинопотребным сахарным диабетом 2-го типа;

3.4. Нарушения свертывающей системы крови (терапия осуществляется с использованием варфарина):

- пациенты с фибрилляцией предсердий, имеющие сумму баллов по шкале CHA2DS2-VASc 3 и более, или сумму баллов по шкале CHAD2DS2-VASc 1-2 и сумму баллов по шкале HAS-BLED 3 и более;
- пациенты с венозными тромбозами, у которых венозные тромбоземболические осложнения возникли на фоне онкологических заболеваний, или врожденных нарушений в системе свертываемости крови;

3.5. Хроническая сердечная недостаточность:

- пациенты с ХСН III-IV ФК;
- пациенты, имеющие показания для имплантации CRT-D и пациенты, которым имплантировано данное устройство;

3.6. Заболевания органов дыхания:

- пациенты, находящиеся на постоянной оксигенотерапии, а так же пациенты с вторичной легочной гипертензией;
- пациенты, имеющие повышение уровня CO₂ выше верхней границы нормы по данным газового анализа артериальной крови.

4. Граждане IIIа группы состояния здоровья (Приказ Минздрава России от 3 февраля 2015 г. N 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения») в период проведения пилотного внедрения ДДН на ограниченном контингенте пациентов.

Примечание.

Перечень лиц, подлежащих льготному обеспечению устройствами (а также, при наличии, расходными материалами к ним), определяется соответствующими решениями субъекта Российской Федерации.

Приложение № 1

Перечень сведений, предоставляемых медицинской организацией для постановки пациента на дистанционный мониторинг.

1. Регион пребывания пациента
2. Название медицинского учреждения
3. Фамилия или ID пациента
4. Имя Отчество
5. Пол
6. Дата рождения
7. Рост/вес (не обязательно)
8. Наличие льготы
9. Контактный телефон (моб., дом., раб.)
10. E-mail пациента (если пациент предполагает пользоваться личным кабинетом)
11. ФИО и телефоны контактных лиц пациента (не обязательно)
12. Направительный диагноз (код МКБ), анамнез заболевания, осложнения в соответствии с электронной формой документов, заполняемых при постановке пациента на дистанционный мониторинг
13. Цель программы наблюдения – подбор / коррекция терапии или длительное мониторирувание
14. Вид мониторинга – АД, сахарный диабет, ХОБЛ/Бронхиальная астма
15. Номер комплекта телемедицинского прибора
16. Исходные значения мониторируемых показателей
17. Целевые значения (приведены в Таблице 2 «Программы дистанционного диспансерного наблюдения»)
18. Критические значения*
19. Дата начала мониторинга

20. Информация о лекарственной терапии на момент начала дистанционного наблюдения (принимает или не принимает лекарственные средства, ЛТ назначена одновременно с началом программы дистанционного мониторинга) с указанием конкретных лекарственных препаратов и их дозировок.

* - значения критических уровней артериального давления, ЧСС: минимальные - 80/50 мм рт. ст., 40 уд/мин., максимальные - 180/120 мм рт. ст., ЧСС 120 уд/мин. Значения критических уровней артериального давления и ЧСС могут быть скорректированы для конкретного пациента по инициативе лечащего врача в целях индивидуализации плана лечения.

Приложение №2

**Состав сведений,
представляемых в медицинских отчетах центром дистанционного мониторинга
медицинской организации, по результатам мониторинга**

Общие сведения о пациенте/медицинской организации:

ФИО врача _____

Медицинская организация _____

ФИО или ID пациента: _____

Возраст: _____

Пол _____

Рост/вес/ИМТ _____

Диагноз: (код МКБ) _____

Исходные значения мониторируемых показателей: _____

Общие сведения о программе:

Название программы _____

Дата начала наблюдения _____

Длительность программы мониторинга (на дату отчета) _____

Дата завершения наблюдения (для заключительного отчета): _____

Количество дней с измерениями _____

Количество дней с критическими/значимыми событиями/ _____

Сведения о приеме лекарственных препаратов _____

Результаты мониторинга:

Целевые значения основных показателей:

Достигнутые значения основных показателей

(макс/мин/средние) _____

Доля (%) измерений с целевыми значениями от общего числа принятых измерений

Значимые события для промежуточных отчетов

Рекомендации: _____

Расшифровки данных мониторинга:

1. График измеряемых показателей по значимым событиям* для промежуточных отчетов
2. Таблица измеряемых показателей по значимым событиям (дата/измеряемые показатели) для промежуточных отчетов
3. График измеряемых показателей за период мониторинга
4. Таблица измеряемых показателей за период мониторинга.

* под значимыми событиями понимается:

- достижение значений диагностируемых показателей критических уровней;
- выход диагностируемых показателей за верхние и нижние границы установленных целевых уровней и определенные как значимые в соответствии с алгоритмом, утвержденным ГНИЦ ПМ Минздрава России;
- нарушение пациентом кратности диагностических измерений, установленной лечащим врачом, фельдшером.