

## РАЗДЕЛ ВОСЬМОЙ

### НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ НАЦИОНАЛЬНОГО БАНКА, МИНИСТЕРСТВ, ИНЫХ РЕСПУБЛИКАНСКИХ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
1 июня 2011 г. № 51

#### **8/23761** О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2007 г. № 92 (14.06.2011)

На основании Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года, подпункта 7.1 пункта 7 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. № 1331, Министерство здравоохранения Республики Беларусь **ПОСТАНОВЛЯЕТ**:

1. Внести в Инструкцию о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь, утвержденную постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2007 г. № 92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2007 г., № 277, 8/17305; 2009 г., № 70, 8/20497), изменения и дополнения, изложив ее в новой редакции (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

В.И.Жарко

УТВЕРЖДЕНО  
Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
12.10.2007 № 92  
(в редакции постановления  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
01.06.2011 № 51)

#### **ИНСТРУКЦИЯ**

**о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь**

1. Настоящая Инструкция определяет порядок организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь (далее, если иное не предусмотрено настоящей Инструкцией, – граждане).

2. Диспансерное наблюдение граждан представляет собой систему мероприятий, направленных на раннее выявление заболеваний или факторов риска их возникновения, их лечение, оценку состояния здоровья граждан. Данная система мероприятий включает:

первичный медицинский (диспансерный) осмотр с определением группы диспансерного наблюдения;

диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья;

пропаганду здорового образа жизни, воспитание ответственности граждан за свое здоровье.

3. Граждане имеют право пройти диспансерный медицинский осмотр и при наличии медицинских показаний находиться (отказаться) под диспансерным динамическим наблюдением в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в амбулаторных условиях (далее – организация здравоохранения).

4. На каждого гражданина, обратившегося в организацию здравоохранения, заполняются учетная форма 131/у-Д «Карта учета диспансерного наблюдения» согласно приложению 1 (далее – карта учета диспансерного наблюдения) и лист учета профилактических онкологических осмотров для контроля явки.

5. Каждый гражданин, обратившийся впервые в организацию здравоохранения (при отсутствии результатов лабораторно-инструментальных методов исследования в течение ка-

лендарного года), проходит минимальный объем обследований согласно приложению 1 и профилактический онкологический осмотр.

6. При заполнении карты учета диспансерного наблюдения могут быть использованы предшествовавшие диспансерному осмотру в течение календарного года результаты медицинских осмотров, в том числе лабораторных и инструментальных исследований.

7. С учетом результатов проведенных лабораторных, клинических и инструментальных исследований и с целью планирования проведения необходимых медицинских мероприятий врачами организаций здравоохранения определяется принадлежность гражданина к одной из следующих диспансерных групп:

7.1. Д (I) – здоровые граждане, не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, у которых во время диспансерного осмотра не выявлены острые, хронические заболевания или нарушения функций отдельных органов и систем организма, а также имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья (без тенденции к прогрессированию), не оказывающие влияния на трудоспособность;

Д (II) – практически здоровые граждане, имеющие в анамнезе факторы риска хронических заболеваний, острые заболевания, которые могут привести к хронизации патологического процесса (в том числе часто или длительно болеющие граждане (далее – ЧДБ) – граждане, которые часто (6 и более раз в году) или длительно (более 40 дней в году суммарно) переносят острые заболевания, а также граждане с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии без нарушений функций органов и систем организма);

Д (III) динамического наблюдения – граждане, имеющие хронические заболевания с нарушениями функций органов и систем организма и (или) периодическими обострениями;

Д (IV) динамического наблюдения – граждане, имеющие группу инвалидности;

7.2. группе по физической культуре:

для учащихся и студентов:

основная – граждане без отклонений или с незначительными отклонениями в состоянии здоровья при достаточной физической подготовленности. Допускаются к учебным занятиям по учебным планам и программам по учебному предмету «Физическая культура и здоровье» в полном объеме, в спортивных секциях, участию в соревнованиях;

подготовительная – граждане, имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья без достаточной физической подготовленности. Допускаются к учебным занятиям по учебным планам и программам по учебному предмету «Физическая культура и здоровье» при условии постепенного освоения комплекса двигательных навыков и умений, связанных с предъявлением к организму повышенных требований;

специальная – граждане, имеющие значительные отклонения в состоянии здоровья постоянного или временного характера, требующие ограничения физических нагрузок, допущенные к выполнению учебной и производственной работы. Допускаются к учебным занятиям по программам по учебному предмету «Физическая культура и здоровье».

В отдельных случаях при выраженных нарушениях функции опорно-двигательного и нервно-мышечного аппарата и значительных нарушениях здоровья, препятствующих групповым учебным занятиям в условиях учреждений образования, учащиеся и студенты направляются на занятия лечебной физкультурой в организации здравоохранения.

Для иных граждан:

первая (ГФ I) – граждане без отклонений в состоянии здоровья при достаточной физической подготовленности. Допускаются к занятиям физической культуры в полном объеме, в спортивных секциях, участию в соревнованиях;

вторая (ГФ II) – граждане с небольшими отклонениями в состоянии здоровья на фоне возрастных изменений, без нарушений функций органов и систем, с недостаточной физической подготовленностью. Допускаются к занятиям в группах общей физической подготовки по специальным программам для возрастных групп;

третья (ГФ III) – граждане с отклонениями в состоянии здоровья постоянного или временного характера на фоне возрастных изменений с нарушениями функций органов и систем. Допускаются к занятиям лечебной физкультурой по методикам, разработанным для пациентов с различными заболеваниями.

8. Граждане, состоящие в группах диспансерного наблюдения Д (I–II), могут находиться на диспансерном учете врачей отделения (кабинета) профилактики или врачей-терапевтов участковых (врача общей практики).

9. Граждане, состоящие в группах диспансерного динамического наблюдения Д (III), ЧДБ ставятся на диспансерный учет для дальнейшего диспансерного динамического наблюдения у врачей-терапевтов участковых (врача общей практики), врачей-специалистов соответствующего профиля по схеме диспансерного динамического наблюдения за пациентами, состоящими в группе Д (II) и Д (III), согласно приложению 2.

10. Диспансерное динамическое наблюдение за гражданином проводится преимущественно по заболеванию (состоянию), в наибольшей степени определяющему качество его жизни, и выполняется в объеме, необходимом для контроля за заболеванием.

11. Кратность диспансерного динамического наблюдения и объем обследования, в том числе назначение дополнительных медицинских осмотров врачей-специалистов, диагностических инструментальных и лабораторных исследований, определяются лечащим врачом, осуществляющим диспансерное динамическое наблюдение, с учетом степени выраженности функциональных нарушений, частоты рецидивов (обострений).

12. При отсутствии врачей-специалистов диспансерное динамическое наблюдение осуществляет врач-терапевт участковый (врач общей практики).

13. В случае необходимости по медицинским показаниям лечащим врачом может быть взят на диспансерный учет для дальнейшего диспансерного динамического наблюдения гражданин с заболеваниями, не указанными в приложении 2.

14. Граждане, состоящие в группе диспансерного наблюдения Д (I), наблюдаются не реже 1 раза в два года.

Лица трудоспособного возраста проходят ежегодный медицинский осмотр.

Лица трудоспособного возраста, занятые на работах с вредными и (или) опасными условиями труда или на работах, для выполнения которых в соответствии с законодательством есть необходимость в профессиональном отборе, проходят медицинский осмотр в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 апреля 2010 г. № 47 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2011 г., № 18, 8/23220).

Лица призывного возраста, признанные временно негодными к прохождению военной службы в связи с заболеванием, ставятся на диспансерный учет для лечения заболевания и дальнейшего диспансерного динамического наблюдения у врачей-терапевтов участковых (врача общей практики), врачей-специалистов соответствующего профиля с целью восстановления способности к прохождению военной службы в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

15. Отказ гражданина от диспансерного осмотра или динамического наблюдения фиксируется в медицинской карте амбулаторного больного и в карте учета диспансерного наблюдения, заверяется его подписью и печатью врача организации здравоохранения.

16. При наличии автоматизированной системы диспансерного учета в организации здравоохранения допускается ведение карты учета диспансерного наблюдения на электронном носителе, копия вклеивается в амбулаторную карту пациента.

17. При систематическом невыполнении в течение календарного года рекомендаций и назначений лечащий врач, осуществляющий диспансерное динамическое наблюдение, имеет право снять гражданина с диспансерного учета с отражением причины снятия в медицинских документах, за исключением учащейся молодежи и лиц призывного возраста.

Приложение 1  
к Инструкции о порядке  
организации диспансерного  
наблюдения взрослого населения  
Республики Беларусь

Лицевая сторона

Форма 131/у-Д

(наименование организации здравоохранения)

**КАРТА**  
**учета диспансерного наблюдения № \_\_\_\_\_**

1. Фамилия, собственное имя, отчество \_\_\_\_\_ 2. Пол \_\_\_\_\_  
3. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_ тел. дом. \_\_\_\_\_ тел. раб. \_\_\_\_\_  
4. Место жительства (место пребывания) \_\_\_\_\_  
5. Место работы (учебы) \_\_\_\_\_ 6. Профессия \_\_\_\_\_

Год						
Группа диспансерного наблюдения						
Группа по физической культуре						

Вид исследования	Дата исследования					
	20__ год	20__ год	20__ год	20__ год	20__ год	20__ год
Измерение артериального давления (далее – АД)						
Наследственный анамнез						
Курение (да, нет)						
Злоупотребление алкоголем (да, нет)						
Индекс массы тела (далее – ИМТ)						
Общий анализ крови						
Общий холестерин крови						
Общий анализ мочи						
Глюкоза крови						

Оборотная сторона

Электрокардиография (далее – ЭКГ)						
Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний (далее – ССЗ) по таблице SCORE						
Измерение внутриглазного давления						
Исследование предстательной железы						
Осмотр врача акушера-гинеколога						
Осмотр молочных желез						
Флюорография						

**Примечания:**

- Исследования проводятся для граждан:  
 18–29 лет: измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза крови, ЭКГ, флюорография, осмотр врача-гинеколога и молочных желез (женщины);  
 30–39 лет: измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза крови, холестерин крови (по показаниям), ЭКГ, осмотр врача акушера-гинеколога и молочных желез (женщины), флюорография;  
 40 лет и старше: измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза крови, холестерин крови, оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) по таблице SCORE, измерение внутриглазного давления, ЭКГ, осмотр врача акушера-гинеколога и молочных желез (женщины), исследование предстательной железы (мужчины), флюорография.
- Офтальмотонометрии подлежат все лица 40 лет и старше не реже 1 раза в 3 года, а также лица старше 35 лет, кровные родственники которых больны глаукомой, – ежегодно.
- Флюорография проводится 1 раз в 2 года (обязательным и угрожаемым по заболеванию туберкулезом органов дыхания контингентам – ежегодно).

Годы	Основной диагноз/ факторы риска	Группа здоровья	Подпись	
			врача	пациента
20__				
20__				
20__				
20__				
20__				
20__				

Назначено явиться														
Явился														
Назначено явиться														
Явился														

Записи об изменении диагноза, осложнения, сопутствующие заболевания:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, реабилитация, трудоустройство и др.):

Мероприятия			
дата	планируемые	исполненные	дата

**Схема диспансерного динамического наблюдения за пациентами,  
состоящими в группе Д (II) и Д (III)**

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Избыточная масса тела (росто-весовой индекс ИМТ $\geq 25,0$ кг/м <sup>2</sup> )	1 раз в 1–2 года	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий холестерин, сахар крови, липидограмма	Здоровый образ жизни. Занятия физической культурой, диетотерапия. Лечение лекарственными средствами (далее – ЛС) – по медицинским показаниям	При достижении критериев эффективности	Редукция избыточного веса. Отсутствие развития заболеваний
Дефицит массы тела (росто-весовой индекс ИМТ $< 18,5$ кг/м <sup>2</sup> )	1 раз в 1–2 года	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови	Здоровый образ жизни. Режим питания. Занятия физической культурой. Лечение ЛС – по медицинским показаниям	При достижении критериев эффективности	Нормализация веса. Отсутствие развития заболеваний
Курение	1 раз в 1–2 года	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Спирография	Здоровый образ жизни, психотерапия, рефлексотерапия. Лечение ЛС – по медицинским показаниям. Санитарно-просветительная работа по борьбе с курением	При достижении критериев эффективности	Отказ от курения. Отсутствие развития заболеваний
Злоупотребление алкоголем (потребление для мужчин более 8, для женщин – более 6 стандартных порций алкоголя 2 раза в месяц и чаще; 1 стандартная порция – 30 мл 40%-й водки, или 75 мл сухого вина, или 250 мл пива)	1 раз в 1–2 года	Врач-нарколог, врач-психотерапевт, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови	Здоровый образ жизни, психотерапия. Санитарно-просветительная работа по борьбе с употреблением алкоголя	При достижении критериев эффективности	Отказ от алкоголя. Отсутствие развития заболеваний
Деформация грудной клетки	1 раз в 1–2 года	Врач-пульмонолог, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Спирография	Здоровый образ жизни. Режим питания. Занятия физической культурой	При достижении критериев эффективности	Отсутствие заболеваний у здоровых
Дислиппротеидемия	1 раз в 1–2 года	Врач-кардиолог, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Липидограмма	Рекомендации по ведению здорового образа жизни. Ограничение насыщенных жиров. Занятия физической культурой. Гиполипидемические ЛС – по медицинским показаниям	При достижении критериев эффективности	Нормализация показателей липидного обмена. Отсутствие развития заболеваний

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Транзиторная нарушенная толерантность к глюкозе (ТТГ)	1 раз в 1–2 года	Врач-эндокринолог, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Анализ сахара в крови натощак 2 раза в год. Определение теста на толерантность к глюкозе	Здоровый образ жизни. Диета. Режим питания. Занятия физической культурой. Лечение ЛС – по медицинским показаниям	При достижении критериев эффективности	Отсутствие развития заболеваний
Отягощенная наследственность по ИБС, артериальной гипертензии, инфаркту миокарда, семейной дислипотеидемии	1 раз в 1–2 года	Врач-кардиолог, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Электрокардиография (далее – ЭКГ), липидограмма	Рекомендации по ведению здорового образа жизни	Наблюдение пожизненно	Отсутствие изменений со стороны сердца и сосудов в трудоспособном возрасте
Факторы риска для онкологических заболеваний, отягощенная наследственность по онкологическим заболеваниям	1 раз в 1–2 года	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови	Здоровый образ жизни. Своевременное лечение воспалительных заболеваний. Активная санитарно-просветительная работа по профилактике онкологических заболеваний	Наблюдение пожизненно	Отсутствие онкологических заболеваний
Ожирение Е 65–Е 68	1 раз в 1–2 года	Врач-эндокринолог, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Определение массы тела (ИМТ), окружности талии, (бедер), контроль АД – при посещении врача, определение глюкозы крови, глюкозотолерантный тест. Биохимические показатели (общий белок, креатинин и/или мочевины, триглицериды, холестерин, АСТ, АЛТ, калий, кальций), ЭКГ. Общий анализ крови, общий анализ мочи, ИРИ (С-пептид), эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ЛГ, ФСГ, ТТГ, АКТГ, кортизол. УЗИ органов малого таза (для женщин), МРТ (КТ с контрастированием) гипоталамо-гипофизарной области, каритип	Субкалорийная диета с подсчетом калоража; дозированные физические нагрузки. Терапия ЛС, направленная на снижение массы тела	В течение 3 лет с последующей реклассификацией диагноза	Снижение массы тела, по возможности – нормализация
ЧДБ	Врач-терапевт не реже 2 раз в год	Врач-реабилитолог и другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ	Здоровый образ жизни. Своевременное лечение воспалительных заболеваний. Активная санитарно-просветительная работа по профилактике осложнений. Оздоровление		
Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе Д (III) динамического наблюдения у врача-терапевта и других врачей-специалистов**						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов, наиболее часто требуемые	Перечень и частота диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
<b>Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе учета Д (III) у врача-терапевта (врача общей практики)</b>						
Артериальная гипертензия > 140/90 мм рт.ст. I 10	2-3 раза в год в зависимости от группы риска. I ст. – 1 раз в 6 месяцев, II-III ст. – 1 раз в квартал при подборе гипотензивных препаратов, затем – 1 раз в 6 месяцев	Врач-кардиолог (при высоком риске сердечно-сосудистых осложнений – 1 раз в год), врач-невролог, врач-эндокринолог, врач-уролог, врач-психоневролог, врач-офтальмолог	Общий анализ крови, общий анализ мочи; биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, калия, креатинина, общий холестерин, липопротеиды низкой плотности, триглицериды. Клиренс креатинина, тест на выявление микроальбуминурии – по медицинским показаниям, ЭКГ без сопутствующей патологии – 1 раз в год, с ИБС – по медицинским показаниям; эхокардиография (далее – ЭхоКГ) – 1 раз в год для лиц старше 50 лет и с высоким и очень высоким риском. Для лиц без гипертрофии левого желудочка – 1 раз в 3 года. УЗИ брахиоцефальных артерий (далее – БЦА) – при АГ II ст. и выше при первичном осмотре, затем при среднем и низком риске – 1 раз в 3 года, при высоком и очень высоком риске – 1 раз в год, ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) почек – при первичном осмотре, далее – по медицинским показаниям. Холтеровское мониторирование АД – по медицинским показаниям	Обучение навыкам здорового образа жизни. Коррекция факторов риска, ограничение соли и насыщенных животных жиров в пище. Психотерапия, физиотерапия и ЛФК. Трудовые рекомендации. Постоянный прием антигипертензивных средств. Санаторно-курортное лечение. Оздоровление в санатории-профилактории	Наблюдение пожизненное	Улучшение клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность
Железodefицитная анемия D 50.0	1 раз в год	Врач-гематолог	Общий анализ крови, ретикулоциты, тромбоциты, ферритин	Препараты железа	При достижении критериев эффективности – через 2 года	Нормализация гемограммы, тестов феррокинетики, улучшение клинических показателей
Витамин B12 – дефицитная анемия D 51	1 раз в год	Врач-гематолог	Общий анализ крови, ретикулоциты, тромбоциты. Миелограмма, биохимическое исследование крови и другие исследования – по медицинским показаниям	Витамин B12	При достижении критериев эффективности – через 2 года	Нормализация гемограммы, улучшение клинических показателей
Фолиеводефицитная анемия D 52	1 раз в год	Врач-гематолог	Общий анализ крови, ретикулоциты, тромбоциты. Миелограмма, биохимическое исследование крови	Фолиевая кислота	При достижении критериев эффективности – через 2 года	Нормализация гемограммы, улучшение клинических показателей
Хроническая ишемическая болезнь сердца I 25	1-4 раза в год в зависимости от клинического течения заболевания	Врач-кардиолог – при отсутствии эффективности лечения в поликлинике	Общий анализ крови, глюкоза крови, ПТИ, общий анализ мочи, липидограмма, ЭКГ, функциональные пробы, в том числе велоэргометрия, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ (далее – ХМ) – по медицинским показаниям	Рекомендации по навыкам здорового образа жизни. Коррекция факторов риска, ограничение углеводов и насыщенных жиров. Лечение согласно клиническим протоколам	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособности, снятие или уменьшение группы инвалидности

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Сердечная недостаточность выше Н II А I 50	2 раза в год, чаще – по показаниям	Врач-кардиолог – при отсутствии эффективности лечения в поликлинике	Общий анализ крови, глюкоза крови, ПТИ, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови: липидограмма, мочевины, креатинина, общий билирубин, калий, натрий; международное нормализованное отношение (далее – МНО) – по медицинским показаниям. ЭхоКГ – 1 раз в год, рентгенография органов грудной клетки (далее – R-графия ОГК) – по медицинским показаниям	Лечение – согласно клиническим протоколам	Наблюдение пожизненно	Улучшение или стабилизация состояния. Улучшение качества жизни пациентов. Снижение числа регоспитализаций
Пневмония с полным выздоровлением J 12–J 18	Через 1 месяц после излечения	Врач-пульмонолог	Общий анализ крови, общий анализ мокроты, спирография – по медицинским показаниям; R-графия ОГК – через 1 месяц после излечения	Санация очагов инфекции, профилактика ОРВИ и гриппа, отказ от курения	Выздоровление	Выздоровление. Перевод в группу Д (I)–Д (II)
Пневмония с клиническим выздоровлением (рентгенологически определяемые поствоспалительные изменения в легких и плевре) J 12–J 18	2 раза в год (через 1 месяц после излечения и через 1 год)	Врач-пульмонолог	Общий анализ крови, общий анализ мокроты – 1 раз в год, спирография – 1 раз в год; R-графия ОГК – по медицинским показаниям	Санация очагов инфекции, профилактика ОРВИ и гриппа, отказ от курения, симптоматическая терапия при наличии показаний	Выздоровление	Выздоровление. Перевод в группу Д (I)–Д (II)
Бронхиальная астма, легкое интермиттирующее течение J 45	1 раз в год	Врач-пульмонолог, врач-аллерголог	Общий анализ крови, спирография – 1 раз в год; общий анализ мокроты, пикфлоуметрический мониторинг, флюорография или R-графия ОГК – по медицинским показаниям	Выявление и исключение контакта с аллергеном, irritантами, гипоаллергенная диета, отказ от курения. Обучение в астмашколе. Легкое обострение астмы может быть купировано в амбулаторных условиях. При неэффективности – госпитализация. Специфическая иммунотерапия – по медицинским показаниям. Профилактика ОРВИ и гриппа, санация очагов инфекции. Базисное лечение согласно клиническим протоколам	Наблюдение пожизненно	Купирование обострений, получение стойкой ремиссии
Бронхиальная астма, легкое персистирующее течение J 45	1 раз в год	Врач-пульмонолог, врач-аллерголог	Общий анализ крови, общий анализ мокроты, спирография – 1 раз в год, общий анализ мокроты, пикфлоуметрический мониторинг, флюорография или R-графия ОГК – по медицинским показаниям	Базисное лечение согласно клиническим протоколам. Симптоматическая терапия – по показаниям. Обучение в астмашколе. При обострении – госпитализация	Наблюдение пожизненно	Купирование обострений, получение стойкой ремиссии



Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Бронхиальная астма, среднетяжелое персистирующее течение J 45	2 раза в год	Врач-пульмонолог, врач-аллерголог	Общий анализ крови, общий анализ мокроты – 1 раз в год, пикфлоуметрический мониторинг, спирография – 1–2 раза в год, ЭКГ, флюорография или R-графия ОГК – по медицинским показаниям	Базисное лечение согласно клиническим протоколам. Симптоматическая терапия – по показаниям. Обучение в астмашколе. При обострении – госпитализация	Наблюдение пожизненно	Купирование обострений, получение стойкой ремиссии
Хроническая обструктивная болезнь легких, легкое течение J 44	1 раз в год	Врач-профпатолог, врач-пульмонолог – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мокроты, спирография – 1 раз в год; ЭКГ, R-графия ОГК и бронхоскопическое исследование – по медицинским показаниям	Базисное лечение согласно клиническим протоколам. Симптоматическая терапия – по показаниям. Обучение в астмашколе. При обострении – лечение согласно протоколам, легкое обострение лечится амбулаторно, тяжелое – в условиях стационара	Наблюдение пожизненно	Уменьшение частоты и длительности обострений. Улучшение клинико-функциональных показателей
Хроническая обструктивная болезнь легких, среднетяжелое течение J 44	1 раз в год	Врач-профпатолог, врач-пульмонолог – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мокроты, спирография, ЭКГ – 1 раз в год, R-графия ОГК и бронхоскопическое исследование, ЭхоКГ – по медицинским показаниям	Базисное лечение согласно клиническим протоколам. Симптоматическая терапия – по показаниям. Обучение в астмашколе. При обострении – лечение согласно клиническим протоколам, легкое обострение лечится амбулаторно, тяжелое – в условиях стационара	Наблюдение пожизненно	Уменьшение частоты и длительности обострений. Улучшение клинико-функциональных показателей
Язва желудка K 25	1 раз в год	Врач-гастроэнтеролог, врач-хирург, врач-онколог	1-й год: ФГДС с биопсией – 1 раз в год. Рентгеноскопия желудка, УЗИ органов брюшной полости (далее – УЗИ ОБП) – по медицинским показаниям. Общий анализ крови – 1 раз в год. Биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, общий билирубин, общий белок, амилаза), ЭКГ – по медицинским показаниям. 2-й и последующие годы: ФГДС с биопсией, рентгеноскопия желудка, УЗИ ОБП, ЭКГ, общий анализ крови, биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, общий билирубин, общий белок, амилаза) – по медицинским показаниям	Режим питания. Лечение согласно клиническим протоколам	Наблюдение пожизненно	Отсутствие или уменьшение частоты рецидивов. Снижение временной нетрудоспособности

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (П) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Язва двенадцатиперстной кишки К 26	1 раз в год	Врач-гастроэнтеролог, врач-хирург	ФГДС с биопсией, рентгеноскопия желудка, УЗИ ОБП – по медицинским показаниям. Общий анализ крови – 1 раз в год. Анализ крови биохимический (АСТ, АЛТ, билирубин, общий белок, амилаза), ЭКГ – по медицинским показаниям	Режим питания. Лечение согласно клиническим протоколам	Наблюдение пожизненно	Отсутствие или уменьшение частоты рецидивов. Снижение временной нетрудоспособности
Хронический атрофический гастрит (при наличии морфологических признаков атрофии тяжелой степени, кишечной метаплазии) К 29.4	1 раз в год	Врач-гастроэнтеролог	ФГДС с биопсией 1 раз в год, рентгеноскопия желудка, УЗИ ОБП – по медицинским показаниям. Общий анализ крови (с тромбоцитами и ретикулоцитами) – 1 раз в год. Анализ крови биохимический (АСТ, АЛТ, билирубин, общий белок, амилаза), ЭКГ – по медицинским показаниям	Режим питания. Лечение согласно клиническим протоколам. При повторном выявлении инфекции <i>H. pylori</i> – проведение повторного курса эрадикационной терапии	Наблюдение пожизненно	Стабилизация морфологических изменений
Хронический гепатит (кроме вирусного), в том числе аутоиммунный, токсический, лекарственный, алкогольный, неалкогольный стеатогепатит, криптогенный, неуточненной этиологии К 73	1 раз в год или индивидуально в зависимости от тяжести	Врач-гастроэнтеролог	Общий анализ крови. Анализ крови биохимический (билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, мочевины, креатинин), ПТИ, ЭКГ, УЗИ ОБП, ФГДС – по медицинским показаниям	Запрет алкоголя. Исключение гепатотоксичных веществ, ограничение приема лекарств. Контроль за поддерживающей терапией. Функциональное питание	Наблюдение пожизненно	Поддержание ремиссии
Цирроз печени К 74	1–4 раза в год в зависимости от тяжести	Врач-гастроэнтеролог – 1 раз в год или индивидуально в зависимости от тяжести	Контроль статуса питания и нервно-психического статуса. Контроль режима ограничения натрия или белка при каждом осмотре. Общий анализ крови (с тромбоцитами), анализ крови биохимический (общий билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, мочевины, креатинин, К, Na), ПТИ – 1–4 раза в год или индивидуально. УЗИ ОБП – 1 раз в год. ФГДС – в зависимости от состояния варикозных вен пищевода (при отсутствии варикозных вен – 1 раз в 2 года, при венах малого размера – 1 раз в год, при венах большого размера – не проводится или по медицинским показаниям. ЭКГ – по медицинским показаниям	Лечение согласно клиническим протоколам	Наблюдение пожизненно	Контроль осложнений. Увеличение выживаемости

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Аутоиммунный тиреоидит эутиреоидный Е 06.3, Е 06.2	1 раз в год	Врач-эндокринолог. Врач-офтальмолог	ТТГ – при выявлении, далее – не реже 1 раза в год, АТ-ТПО, УЗИ щитовидной железы (далее – ЩЖ) – при выявлении, далее – по медицинским показаниям, СвТ4, АТ-рТТГ – по медицинским показаниям. Пункционная биопсия, сцинтиграфия ЩЖ, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, гликемия крови, МРТ гипофиза и другие исследования – по медицинским показаниям	Согласно протоколам лечения в зависимости от функционального состояния щитовидной железы	3 года с реклассификацией диагноза	Клинико-гормональная компенсация
Пиелонефрит хронический N 11	1 раз в год	Врач-уролог	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год, анализ мочи по Зимницкому; биохимический анализ крови (мочевина, креатинин); бактериологическое исследование мочи, другие исследования – по медицинским показаниям	Те же, антибактериальная терапия, препараты, улучшающие микроциркуляцию крови, витаминно- и иммуностимулирующая терапия. Санаторно-курортное лечение. Рациональное трудоустройство	Отсутствие рецидива в течение 3 лет – перевод в группу Д (II)	Нормализация или улучшение функции почек. Уменьшение частоты обострений. Снятие группы инвалидности. Снижение временной нетрудоспособности. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения
Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе учета Д (III) у врача-кардиолога						
Постинфарктный кардиосклероз I 25.2	Первые три месяца после перенесенного инфаркта миокарда – ежемесячно; затем на протяжении первого года – 1 раз в квартал. В последующем – 1 раз в год	Врач отделения восстановительного лечения – 1 раз в год	Общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови – 1 раз в год; липидограмма, АЛТ, АСТ, К, Na, ПТИ – 2 раза в год первый год наблюдения, затем – 1 раз в год. МНО – по показаниям. ЭКГ – при осуществлении визита к кардиологу. Велоэргометрия (при отсутствии противопоказаний), ЭхоКГ – по медицинским показаниям	Обучение навыкам здорового образа жизни. Коррекция факторов риска. ЛФК и физические тренировки – по мере обучения. Трудоустройство. Терапия ЛС согласно клиническим протоколам – по медицинским показаниям	При достижении критериев эффективности – на 3-й год, затем – наблюдение участкового терапевта	Улучшение клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособности, снятие или уменьшение группы инвалидности. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения
Кардиомиопатии I 42.0, I 42.1, I 42.2	2–4 раза в год в зависимости от тяжести течения заболевания: обструктивная форма – 4 раза в год, не обструктивная – 2 раза в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, биохимическое исследование крови – 1 раз в год: С-реактивный белок, исследование показателей гемостаза: определение ПТВ, МНО, АЧТВ, определение ТВ, фибриногена, Д-димеров – по медицинским показаниям; ЭКГ – 3–4 раза в год, ЭхоКГ – 2 раза в год. R-графия ОГК – 1 раз в год, ХМ, велоэргометрия – по медицинским показаниям	Обучение навыкам здорового образа жизни. Профилактика нарушений ритма, лечение – согласно клиническим протоколам	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. В группе: снижение первичного выхода на инвалидность, случаев внезапной смерти, общего показателя смертности. Улучшение функционального класса хронической сердечной недостаточности. Улучшение показателя качества жизни

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (П) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Нарушения ритма и проводимости I 44 – I 49	1 раз в 6 месяцев	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	ПТИ – 1 раз в год; общий анализ крови, глюкоза крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови (липидограмма, калий, натрий, кальций, хлор) – по медицинским показаниям. ЭКГ – 2 раза в год. МНО, ЭхоКГ, ХМ, чреспищеводное электрофизиологическое исследование (далее – ПЭФИ) – по медицинским показаниям. Для лиц с имплантированными ЭКС/ИКД частота осмотра в кабинете перепрограммирования ЭКС согласно рекомендациям по наблюдению ЭКС/ИКД	Лечение – согласно клиническим протоколам	До достижения критериев эффективности, далее – наблюдение у врача-терапевта	Улучшение состояния. Урежение суточного числа экстрасистол в 3 и более раза, устранение экстрасистолии высоких градаций, купирование и отсутствие пароксизмов
Инфекционный эндокардит I 330	Ежемесячно – до ликвидации активности процесса, затем – 1 раз в квартал в течение года, затем – 2 раза в год	Врач-оториноларинголог, врач-ревматолог, врач-стоматолог – 1 раз в год, врач-кардиохирург – по медицинским показаниям	Общий анализ крови – 4 раза в год, общий анализ мочи – по медицинским показаниям, R-графия ОГК – 1 раз в год, ЭхоКГ – 2 раза в год (по показаниям – чаще), ЭКГ – 2 раза в год в течение первого года наблюдения (по показаниям – чаще), затем – 1 раз в год биохимический анализ крови (билирубин, мочевины, АСТ, АЛТ, СРБ, протеинограмма, антистрептолизин-О-АСЛ-О) – 2 раза в год	Лечение – согласно клиническим протоколам	В течение 5 лет при отсутствии порока сердца и обострений; в случае развития порока сердца – пожизненно	Отсутствие развития порока сердца. Уменьшение сроков временной нетрудоспособности. Сохранение трудоспособности
Протезирование аорты, операции на брахиоцефальных артериях, периферических сосудах Z 95.8	2 раза в год	Врач-ангиохирург, врач-офтальмолог – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, биохимический анализ крови, ПТИ, общий анализ мочи – 1 раз в год. ЭКГ, УЗИ БЦА (периферических артерий) – 1 раз в год. МНО – по медицинским показаниям	Лечение – согласно клиническим протоколам	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособности. Снижение первичного выхода на инвалидность, числа новых случаев мозговых инсультов
Пациенты с имплантированными кардиостимуляторами (ЭКС) Z 95.0	1 раз в месяц первые полгода после установки ЭКС, затем – 1 раз в год	Осмотр врача-кардиохирурга центра, в котором был имплантирован ЭКС, с целью программирования ЭКС через 1,5 месяца после имплантации ЭКС	ЭКГ – 1 раз в месяц в первые полгода, в последующем – 1 раз в год. ЭхоКГ, ХМ и другие исследования – по медицинским показаниям	1 раз в полгода – осмотр лежачего имплантата кардиохирургом центра, где имплантирован ЭКС, с целью профилактики образования пролежней и выявления дислокации имплантата	Пожизненно	Нормальная работа ЭКС

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Хирургическая коррекция клапанных пороков при ХРБС Z 95.2, Z 95.3, Z 95.4	1 раз в месяц – первые полгода, затем – 1 раз в 6 месяцев	Врач-ревматолог – 1 раз в год, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в месяц первые 6 месяцев, далее – 2 раза в год. МНО – 1 раз в месяц пожизненно, исследование других показателей гемостаза – по медицинским показаниям, СРБ, АСЛ-О, серомукоид, антистрептогиалуронидаза – 1 раз в год в течение 5 лет после последней активизации ревматического процесса. АСТ, АЛТ, К, глюкоза, мочевины, креатинин – 1 раз в 3 месяца первые 6 месяцев, далее – 1 раз в год. ЭхоКГ – 1 раз в год. ЧПЭхоКГ, ВЭП, ХМ – по медицинским показаниям	Лечение – согласно клиническим протоколам	2 года – врач-кардиолог, в последующем – терапевт по месту жительства пожизненно	Уменьшение частоты рецидивов. Снижение вредной нетрудоспособности. Снижение первичного выхода на инвалидность. Снятие или уменьшение группы инвалидности. Улучшение клинических показателей
Хирургическая коррекция клапанных пороков при инфекционном эндокардите Z 95.2, Z 95.3, Z 95.4	1 раз в месяц – первые полгода, затем – 1 раз в 6 месяцев	Врач-ревматолог – 1 раз в год, другие специалисты – по показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в месяц первые 6 месяцев, далее – 2 раза в год. МНО – 1 раз в месяц пожизненно, исследование других показателей гемостаза – по медицинским показаниям, СРБ, АСЛ-О, серомукоид, антистрептогиалуронидаза – 1 раз в год в течение 5 лет после последней активизации ревматического процесса. АСТ, АЛТ, К, глюкоза, мочевины, креатинин – 1 раз в 3 месяца первые 6 месяцев, далее – 1 раз в год. ЭхоКГ – 1 раз в год. ЧПЭхоКГ, ВЭП, ХМ – по медицинским показаниям	Лечение – согласно клиническим протоколам	2 года – врач-кардиолог, в последующем – врач-терапевт по месту жительства пожизненно	Уменьшение частоты рецидивов. Снижение вредной нетрудоспособности. Снижение первичного выхода на инвалидность. Снятие или уменьшение группы инвалидности. Улучшение клинических показателей
Хирургическая коррекция атеросклеротических пороков сердца Z 95.2, Z 95.3, Z 95.4	1 раз в месяц – первые полгода, затем – 1 раз в 6 месяцев	Другие специалисты – по показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в месяц в первые 6 месяцев, далее – 2 раза в год. МНО – 1 раз в месяц пожизненно. Исследование других показателей гемостаза, биохимический анализ крови – по медицинским показаниям, ЭхоКГ – 1 раз в год. ЧПЭхоКГ, ВЭП, ХМ – по медицинским показаниям	Лечение – согласно клиническим протоколам	2 года – врач-кардиолог, в последующем – терапевт – по месту жительства пожизненно	Уменьшение частоты рецидивов. Снижение вредной нетрудоспособности. Снижение первичного выхода на инвалидность. Снятие или уменьшение группы инвалидности. Улучшение клинических показателей

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
ЧКВ (чрескожное коронарное вмешательство) у пациентов с хронической ИБС Z 95.5	Через 1, 6, 12 месяцев после вмешательства	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в 6 месяцев. Биохимическое исследование крови 1 раз в год. Агрегатограмма – через 6, 12 месяцев. ЭКГ-12 – через 1 месяц после вмешательства, в дальнейшем – по показаниям. ВЭП – через 6, 12 месяцев. Коронароангиография при вмешательстве, выполненном на основном стволе ЛКА, – через 6 месяцев, в остальных случаях – по показаниям. ЭхоКГ – 1 раз в год. ХМ, ЭКГ, ЭКТГ-60, острая фармакологическая проба с дипиридамолом под контролем ЭКТГ-60, ФГДС, исследование показателей гемостаза – по показаниям	Лечение – согласно клиническим протоколам	12 месяцев, далее – диспансерное наблюдение как при хронической ИБС в группе Д (III)	Улучшение клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособности. Снятие или уменьшение группы инвалидности. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения. Снижение частоты новых случаев ИМ, ВКС, показателя общей смертности
ЧКВ (чрескожное коронарное вмешательство) у пациентов с острым коронарным синдромом Z 95.5	Первые полгода – 2 раза в месяц, вторые полгода – ежемесячно, второй год после операции – не менее 4 раз в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в месяц при совместном приеме АСК и тиаенопиридинов. Биохимическое исследование крови – 2 раза в год. Агрегатограмма через 6, 12 месяцев. ЭКГ-12 – в течение 6 месяцев – 1 раз в месяц, в последующем – 3 раза в год. ВЭП через 6 месяцев, далее – по показаниям. ЭхоКГ – через 6, 12, 24 месяца. ХМ, ЭКГ, ЭКТГ-60, острая фармакологическая проба с дипиридамолом под контролем ЭКТГ-60, КАГ, фиброгастроскопия, исследование показателей гемостаза – по показаниям	Лечение – согласно клиническим протоколам	2 года, далее – диспансерное наблюдение как при хронической ИБС в группе Д (III)	Улучшение клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособности. Снятие или уменьшение группы инвалидности. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения. Снижение частоты новых случаев ИМ, ВКС, показателя общей смертности
Коронарное шунтирование у пациентов с хронической ИБС Z 95.1	Через 1, 3, 6, 12 месяцев после вмешательства	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови – через 6 месяцев, через 12 месяцев. ЭКГ – через 1 месяц после вмешательства, в дальнейшем – 2 раза в год (по показаниям – чаще), ЭхоКГ, ВЭП – через 6 месяцев, через 12 месяцев. По показаниям: суточное мониторирование ЭКГ, УЗИ шунтов, УЗИ БЦА, ЭКТГ-60, шунтография, сцинтиграфия миокарда	Лечение – согласно клиническим протоколам	12 месяцев, далее – диспансерное наблюдение как при хронической ИБС Д (III)	Улучшение клинических показателей, снижение временной и стойкой нетрудоспособности. Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Коронарное шунтирование у пациентов с острым коронарным синдромом Z 95.1	Первые полгода после операции – 2 раза в месяц, вторые – ежемесячно, второй год – не менее 4 раз	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год. Биохимическое исследование крови через 6 месяцев, 12 месяцев. По показаниям: агрегатограмма. ЭКГ, ВЭП, ЭхоКГ, исследование показателей гемостаза, суточное мониторирование ЭКГ, УЗИ шунтов, шунтография, УЗИ БЦА, ЭКТГ-60, сцинтиграфия миокарда	Лечение – согласно клиническим протоколам	2 года у кардиолога, далее – диспансерное наблюдение как при хронической ИБС Д (III)	Улучшение клинических показателей. Снижение временной и стойкой нетрудоспособности. Снижение повторных ИМ, ВКС, показателей смертности
ИБС, после коронарного шунтирования и реконструктивных операций (протезирование клапанов) Z 95.1, Z 95.2	Первые полгода – 2 раза в месяц, вторые – 1 раз в месяц, затем – через 6 месяцев, через 12 месяцев	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови – 2 раза в год. По показаниям: агрегатограмма. ЭКГ, ВЭП, ЭхоКГ, исследование показателей гемостаза, суточное мониторирование ЭКГ, УЗИ шунтов, шунтография, УЗИ БЦА, ЭКТГ-60, сцинтиграфия миокарда	Лечение – согласно клиническим протоколам	2 года, далее – диспансерное наблюдение как при хронической ИБС Д (III)	Улучшение клинических показателей, снижение временной и стойкой нетрудоспособности. Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний
<b>Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе Д (III) у врача-ревматолога</b>						
Острая ревматическая лихорадка I 00–I 02	3 раза – в первый год, затем – 2 раза в год в течение 4 лет. В случае формирования порока – см. ХРБС	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, острофазовые показатели – 3 раза в первый год; затем – 2 раза в год; АСЛ-О – 2 раза в год, общий анализ мочи – 1 раз в год; ЭхоКГ – 2 раза в течение первого года (с учетом стационара), затем – 1 раз в год, другие исследования – по показаниям	При заболевании – обязательно стационарное лечение. Лечение ЛС (нестероидными противовоспалительными препаратами (далее – НПВП), глюкокортикостероидами – по показаниям). Профилактика: бензатин-бензилпенициллин – 1 раз в 3 недели в течение 5 лет после перенесенной острой ревматической лихорадки или до 25-летнего возраста. Санация очагов инфекции	В течение 5 лет, затем – см. хроническая ревматическая болезнь сердца	Отсутствие развития порока сердца. Уменьшение сроков временной нетрудоспособности
Хроническая ревматическая болезнь сердца I 05–I 09	2 раза в год	Врач-отоларинголог, врач-стоматолог – 1 раз в год; врач-кардиохирург и другие специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год, СРБ, АСЛ-О, R-графия ОГК, ЭКГ, ЭхоКГ – 1 раз в год	Санация очагов хронической инфекции, гемодинамическая разгрузка миокарда (ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы), сердечные гликозиды, мочегонные, метаболическая терапия – по показаниям	Пожизненно – при наличии порока сердца	Сохранение трудоспособности. Отсутствие прогрессирования порока сердца или развития декомпенсации

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Ревматоидный артрит М 05, М 06	4 раза в первый год от момента верификации диагноза; затем – 2 раза в год; при развитии ремиссии (определяет ревматолог) – 1 раз в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – 4 раза в первый год, затем – 2 раза в год; при развитии ремиссии – 1 раз в год. При лечении цитостатиками – ежемесячно общий анализ крови и мочи, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин на этапе подбора базисной терапии, затем – 4 раза в год. Рентгенография суставов кисти, стопы – 2 раза в первый год, затем – ежегодно; крупные суставы – по показаниям. R-графия ОГК – 1 раз в год (при показаниях – чаще). ЭКГ – 1 раз в год	Постоянный прием препаратов базисной терапии (согласно протоколам), НПВП и/или глюкокортикоидов – по медицинским показаниям. Внутрисуставное введение кортикостероидов – по показаниям. Курсы физиотерапевтического лечения – 2 раза в год. Массаж мышц – 2 раза в год при ремиссии. Другие реабилитационные мероприятия (трудотерапия, ношение лонгет и др.) – по медицинским показаниям. Санация очагов хронической инфекции. При обострении процесса, неэффективности базисной терапии – лечение в условиях стационара	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Уменьшение числа рецидивов. Уменьшение временной нетрудоспособности. Отсутствие прогрессирования или достижение ремиссии заболевания. Снижение первичного выхода на инвалидность. Снятие или изменение группы инвалидности
Анкилозирующий спондилит М 45	2 раза в год (при наличии ремиссии или минимальной активности процесса – 1 раз в год)	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год. Рентгенография крестцово-подвздошных сочленений и пораженных отделов позвоночника, грудной клетки – 1 раз в год. Исследование подвижности позвоночника и грудной клетки, функции внешнего дыхания – 1 раз в год. Рентгенография периферических суставов, ЭхоКГ – по показаниям. ЭКГ – 1 раз в год. Определение HLA-B27-антигена – однократно при верификации диагноза (республиканский уровень)	Лечение ЛС и базисными препаратами (согласно клиническим протоколам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь (далее – Минздрав), постоянно ЛФК, массаж мышц спины – 2–4 раза в год, закаливание, соблюдение правильного двигательного режима, рациональное трудовое устройство. Внутрисуставное введение стероидов – по показаниям. При обострении – стационарное лечение	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Уменьшение числа рецидивов. Уменьшение временной нетрудоспособности. Снижение первичного выхода на инвалидность. Стабилизация процесса или стойкая ремиссия. Снятие или изменение группы инвалидности
Псориазический артрит М 07	2 раза в год	Другие специалисты – по показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год. При приеме цитостатиков (см. ревматоидный артрит). Рентгенография крестцово-подвздошных сочленений и пораженных отделов позвоночника – 1 раз в год. Рентгенография суставов – по показаниям	Лечение ЛС и базисными препаратами (согласно клиническим протоколам, утвержденным Минздравом), постоянно ЛФК, массаж мышц спины – 2–4 раза в год, соблюдение правильного двигательного режима, рациональное трудовое устройство. Внутрисуставное введение стероидов – по показаниям. При обострении – стационарное лечение	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Уменьшение числа рецидивов. Уменьшение временной нетрудоспособности. Снижение первичного выхода на инвалидность. Стабилизация процесса или стойкая ремиссия. Снятие или изменение группы инвалидности



Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Системная красная волчанка М 32	При минимальной активности – 2 раза в год, при сохранении активности – 4 раза в год	Врач-отоларинголог, врач-стоматолог, врач-гинеколог, врач-офтальмолог, врач-невролог, врач-психиатр и другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 4 раза в год, при применении цитостатических препаратов – ежемесячный контроль лабораторных показателей. R-графия (флюорография) органов грудной клетки – 1 раз в год, рентгенография суставов – по показаниям, биохимические исследования (СРБ, белковые фракции, мочевина) – не реже 2 раз в год. ЭКГ – 1–2 раза в год. УЗИ ОБП – 1 раз в год. ЭхоКГ – по показаниям. LE-клетки – 2 раза в год; антинуклеарные антитела, антитела к ДНК – 2 раза в год (областной, республиканский уровень)	Глюкокортикоиды, цитостатики, аминохинолиновые; антиагреганты (по показаниям) в индивидуально подобранных дозах – постоянно. При III степени активности, развитии осложнений – обязательное стационарное лечение	Наблюдение пожизненно	Стабилизация процесса или достижение ремиссии заболевания. Сохранение трудоспособности или изменение группы инвалидности. Уменьшение временной нетрудоспособности
Системный склероз М 34	При подостром течении – 4 раза в год; при хроническом течении – 2 раза в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови и мочи – 4 раза в год. Биохимический анализ крови (билирубин, СРБ, трансаминазы, мочевина) – 2–4 раза в год. В первые месяцы лечения D-пеницилламином, цитостатиками – общий анализ крови, мочи; мочевина, креатинин, АСТ, АЛТ – ежемесячно, затем – 1 раз в 3–4 месяца. R-графия ОГК, реовазография, ЭКГ – 1 раз в год. Рентгенография кистей, рентгеноскопия пищевода с контрастированием, ЭхоКГ – по медицинским показаниям	Лечение ЛС общее (глюкокортикоиды, D-пеницилламин или цитостатики, сосудорасширяющие средства и др.) и местное (по показаниям). Санация очагов инфекции. ЛФК, массаж мышц, физиотерапия – 2 раза в год. При обострении и прогрессировании процесса – стационарное лечение	Наблюдение пожизненно	Уменьшение клинических проявлений болезни. Уменьшение временной нетрудоспособности. Стабилизация процесса. Сохранение трудоспособности. Снижение первичного выхода на инвалидность
Дерматомиозит (идиопатический) М 33	4 раза в год (после выписки из стационара – ежемесячно в течение первого года)	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови. Биохимический анализ крови (уровень креатинфосфокиназы, СРБ, АСТ, АЛТ, для областного, республиканского уровня – уровень альдолазы, антисинтетазные антитела), глюкоза крови, общий анализ мочи – 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, затем – 1–2 раза в год. R-графия ОГК – 1 раз в год. УЗИ ОБП – по медицинским показаниям	При остром и обострении подострого течения – стационарное лечение. Лечение ЛС (кортикостероиды, метотрексат, метаболитическая терапия, симптоматические средства). При хроническом течении – ЛФК; массаж мышц, витаминотерапия (витамины E, C)	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Восстановление трудоспособности. Уменьшение первичного выхода на инвалидность. Стабилизация процесса или достижение ремиссии заболевания

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Болезнь Шегрена М 35.0	4 раза в год – при подостром течении; 2 раза в год – при хроническом течении	Врач-офтальмолог, врач-стоматолог – 2 раза в год, врач-онколог; другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, мочи – 4 раза в год при подостром течении, 2 раза в год – при хроническом; биохимический анализ крови (СРБ, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевины, глюкоза, антинуклеарные антитела (областной, республиканский уровни) – 2 раза в год. На этапе подбора цитостатической терапии – ежемесячно общий анализ крови и мочи, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, затем – 2–4 раза в год	Постоянный прием препаратов базисной терапии (гидрохлорид хлорбутин, циклофосфамид и др.). Прием глюкокортикоидов, НПВП – по показаниям. Курсовой прием витаминов А, Е, С. Местное лечение у стоматолога, офтальмолога и гинеколога. По показаниям – физиотерапевтическое лечение	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Восстановление трудоспособности. Уменьшение первичного выхода на инвалидность. Стабилизация процесса или достижение ремиссии заболевания
Смешанное заболевание соединительной ткани М 35.8	2 раза в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, мочи – 2 раза в год (при наличии показаний – чаще), биохимические исследования (СРБ, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевины, глюкоза, LE-клетки, антинуклеарный фактор (областной, республиканский уровни) – 2 раза в год. На этапе подбора цитостатической терапии – ежемесячно общий анализ крови и мочи, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, затем – 2 раза в год	Постоянный прием внутрь глюкокортикоидов и препаратов базисной терапии (метотрексат или гидроксихлоридин, азатиоприн и др.). Физиотерапевтическое лечение – по медицинским показаниям	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Восстановление трудоспособности. Уменьшение первичного выхода на инвалидность. Достижение стабилизации процесса или ремиссии заболевания
Системные васкулиты (узелковый полиартериит, микроскопический полиангиит, гранулематоз Вегенера, гигантоклеточный ангиит, неспецифический аортоартериит, геморрагический васкулит и другие) М 30, М 31	4 раза в год; при развитии ремиссии – 2 раза в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, мочи – 4 раза в год, биохимические исследования (СРБ, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, глюкоза, протеинограмма), иммунология – антицитоплазматические антитела (областной, республиканский уровни) – по показаниям (при верификации диагноза; при обострении). УЗИ сосудов – по медицинским показаниям. На этапе подбора цитостатической терапии – ежемесячно общий анализ крови и мочи, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, затем – 2 раза в год	Постоянный прием внутрь глюкокортикоидов, препаратов базисной терапии (циклофосфамид, азатиоприн, гидроксихлоридин и др.), сосудистых средств. Исключение избыточного приема лекарств	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Восстановление трудоспособности. Уменьшение первичного выхода на инвалидность. Достижение стабилизации процесса или ремиссии заболевания

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Подагра (острый и хронический подагрический артрит) М 10	2 раза в год в первый год, затем – 1 раз в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год, глюкоза, мочевины, креатинин, АСТ, АЛТ, билирубин. Уровень мочевой кислоты в крови ежемесячно до достижения целевого уровня на этапе подбора дозы аллопуринола, затем – 2 раза в год. Рентгенография пораженных суставов – по показаниям. УЗИ почек, ЭхоКГ – 1 раз в год	Рекомендации по рациональному питанию (низкий калораж, ограничение пуриновых оснований), недопустимость приема алкогольных напитков. Лечение ЛС: средства, уменьшающие гиперурикемию (аллопуринол), прием НПВП, физиотерапия с использованием сернистых, радоновых ванн, питьевых источников (при отсутствии противопоказаний). По медицинским показаниям – стационарное лечение	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Снижение частоты рецидивов. Уменьшение временной нетрудоспособности. Достижение ремиссии. Снижение первичного выхода на инвалидность
Реактивный артрит М 02	Впервые 3 месяца после стационара – ежемесячно, затем – 1 раз в 3 месяца в течение года, в последующем – 2 раза в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, трехстаканная проба мочи, анализ мочи по Нечипоренко – 1 раз в 3 месяца в первый год, затем – 2 раза в год, рентгенография крестцово-подвздошных сочленений – 1 раз в год при наличии сакроилеита; рентгенография дистальных отделов стоп (прямая проекция) и пяточных костей (боковая проекция) – в случае поражения 1 раз в год. Контрольное исследование на наличие инфекции, вызвавшей суставной синдром, – через 1,5–2 месяца после завершения активной антибактериальной терапии	При сохранении признаков урогенитального воспаления – лечение антибиотиками тетрациклинового ряда, макролидами, фторхинолонами, антикандиозными препаратами. Назначение НПВП до ликвидации суставного синдрома, глюкокортикоидов внутрь или внутрисуставно – по показаниям. Физиотерапия – по медицинским показаниям. Обязательная санация урогенитального воспалительного очага половых партнеров. Санация очага кишечной инфекции	До выздоровления (отсутствие в течение года клинических и лабораторных признаков заболевания)	Выздоровление. Стойкая ремиссия. Сохранение трудоспособности. Уменьшение временной нетрудоспособности
Остеоартроз крупных суставов у лиц трудоспособного возраста М 15–М 19	2 раза в год	Врач-ортопед – ежегодно, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год, ЭКГ – 1 раз в год. Рентгенография суставов – 1 раз в год, по показаниям – компьютерная томография или магнитно-резонансная томография суставов	При наличии болей и реактивного синовита – внутрисуставное введение глюкокортикоидов; прием НПВП курсами, постоянный прием хондропротекторов (хондроитин сульфат), физиотерапия – по показаниям; ЛФК, массаж мышц – 2 раза в год. По показаниям – стационарное лечение. При наличии показаний – рекомендации к протезированию суставов	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Уменьшение временной нетрудоспособности. Снижение первичного выхода на инвалидность

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Антифосфолипидный синдром (при развитии беременности наблюдение у гинеколога)	2 раза в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, уровень тромбоцитов, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи – 2 раза в год. Волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину, антитела к бета-2-гликопротеину-1 – при верификации диагноза (с интервалом в 3 месяца; городской, республиканский уровень). МНО – 1 раз в месяц при подборе дозы варфарина. ЭКГ – 1 раз в год. По показаниям: суточная протеинурия, УЗИ сосудов, УЗИ ОБП, ЭхоКГ, МРТ (КТ) головного мозга	Санация очагов хронической инфекции. Антикоагулянты, антиагреганты, препараты базисной терапии (при вторичном характере антифосфолипидного синдрома); симптоматическая терапия. Стационарное лечение – по показаниям	Наблюдение пожизненно	Отсутствие рецидивов тромбозов
Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе Д (III) у врача-пульмонолога						
Бронхоэктатическая болезнь J 47	2 раза в год	Врач – торакальный хирург	Общий анализ крови, мочи, мокроты – 2 раза в год; биохимический анализ крови (протеинограмма, мочевины, АлАТ, АсАТ) – по медицинским показаниям, спирография, ЭКГ; Р-графия ОГК, компьютерная томография (далее – КТ) органов грудной полости – по медицинским показаниям	Лечение согласно клиническим протоколам, хирургическое лечение – по показаниям. Противорецидивное лечение – 2 раза в год в весенне-осенний период, санация бронхиального дерева, постуральный дренаж, общеукрепляющая и симптоматическая терапия	Наблюдение пожизненно	Отсутствие обострений заболевания, снижение временной нетрудоспособности, нормализация или улучшение показателей ФВД
Эмфизема легких J 43	1 раз в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, мокроты, спирография – 1 раз в год; ЭКГ, Р-графия ОГК, КТ органов грудной клетки, бронхоскопическое исследование – по медицинским показаниям	Базисное лечение согласно клиническим протоколам. Симптоматическая терапия – по показаниям. Оксигенотерапия через концентратор кислорода при нарастающей дыхательной недостаточности, госпитализация	Наблюдение пожизненно	Уменьшение частоты и длительности обострений. Улучшение клинических показателей
Идиопатический фиброзирующий альвеолит и другие интерстициальные легочные болезни J 84	1 раз в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты – 1 раз в год; спирография, ЭКГ, Р-графия ОГК – 1 раз в год	Лечение согласно клиническим протоколам, утвержденным Минздравом	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей, снижение временной нетрудоспособности
Бронхиальная астма, тяжелое персистирующее течение J 45	4 раза в год	Врач-кардиолог	Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты – 2 раза в год; спирография – 2 раза в год; ЭКГ, пикфлоуметрический мониторинг, Р-графия ОГК – по медицинским показаниям	Базисное лечение согласно клиническим протоколам. Симптоматическая терапия – по медицинским показаниям. Обучение в астмашколе. При обострении – лечение в условиях стационара	Наблюдение пожизненно	Уменьшение частоты и длительности обострений. Улучшение клинических показателей. Снижение временной трудоспособности. Снятие или снижение группы инвалидности

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Хроническая обструктивная болезнь легких, тяжелое течение J 44	2 раза в год	Врач-кардиолог	Общий анализ крови, общий анализ мокроты, спирография – 2 раза в год; ЭКГ – 2 раза в год, R-графия ОГК, КТ органов грудной клетки, бронхоскопическое исследование, ЭхоКГ – по медицинским показаниям	Базисное лечение согласно клиническим протоколам. Симптоматическая терапия – по медицинским показаниям. При обострении – лечение в условиях стационара	Наблюдение пожизненно	Уменьшение частоты и длительности обострений. Улучшение клинико-функциональных показателей
Хроническая обструктивная болезнь легких, крайне тяжелое течение J 44	4 раза в год	Врач-кардиолог	Общий анализ крови, общий анализ мокроты, спирография – 2–4 раза в год; ЭКГ – 2–4 раза в год, R-графия, КТ органов грудной клетки, бронхоскопическое исследование, ЭхоКГ – по медицинским показаниям	Базисное лечение согласно клиническим протоколам. Симптоматическая терапия – по показаниям. При обострении – лечение в условиях стационара	Наблюдение пожизненно	Уменьшение частоты и длительности обострений. Улучшение клинико-функциональных показателей
<b>Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе Д (III) у врача-гастроэнтеролога</b>						
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (III, IV стадии) K 21	1-й год после заживления эрозий – 4 раза в год, 2-й год – 2 раза в год	Врач-хирург	ФГДС с биопсией пищевода – 1 раз в год. Рентгеноскопия желудка, УЗИ ОБП, ЭКГ – по медицинским показаниям. Общий анализ крови – 1 раз в год. Анализ крови биохимический (АСТ, АЛТ, билирубин, общий белок, амилаза) – 1 раз в год	Режим питания. Лечение согласно клиническим протоколам	После ликвидации эрозивного процесса – в течение 2 лет	Отсутствие рецидивов эрозивного процесса. Снижение временной нетрудоспособности
Хронический атрофический гастрит (при наличии морфологических признаков дисплазии) K 29.4	При наличии дисплазии легкой и средней степени – 2 раза в год; при дисплазии тяжелой степени – наблюдение врача-онколога	Врач-онколог	ФГДС с биопсией при дисплазии легкой и средней степени – 2 раза в год (при дисплазии тяжелой степени – по решению онколога). УЗИ ОБП, рентгеноскопия желудка – по медицинским показаниям. Общий анализ крови (с тромбоцитами и ретикулоцитами) – 2 раза в год. Биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, общий билирубин, общий белок, амилаза), ЭКГ – по медицинским показаниям	Режим питания. При повторном выявлении инфекции <i>H. pylori</i> – проведение повторного курса эрадикационной терапии	Наблюдение пожизненно	Стабилизация морфологических изменений
Хронический панкреатит (при наличии кальцинатов, кист, нарушении статуса питания) K 86	2 раза в год	Врач-хирург	Контроль статуса питания при каждом осмотре. Анализ крови общий, глюкоза крови, анализ крови биохимический (общий билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, белок, мочевины, креатинин, амилаза) – 2 раза в год. УЗИ ОБП – 1 раз в год. ФГДС – 1 раз в 2 года. ЭКГ – по медицинским показаниям	Трудоустройство. Запрет алкоголя. Режим питания. Поддержание нормального состояния питания. Симптоматическое лечение (панкреатические ферментные препараты, парацетамол)	Наблюдение пожизненно	Поддержание статуса питания. Снижение временной нетрудоспособности

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Язвенный колит К 51	Индивидуально (в зависимости от формы тяжести)	Врач-хирург, врач-онколог	Контроль статуса питания при каждом осмотре. Общий анализ крови – 2 раза в год или индивидуально. Анализ крови биохимический (общий билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, белок, протеинограмма, СРБ, мочевины, креатинин, амилаза) – 2 раза в год или индивидуально. Глюкоза крови – 2 раза в год. УЗИ ОБП, ЭКГ – по медицинским показаниям. При возможности выполнение УЗИ кишечника – 2 раза в год. Колоноскопия с биопсией/ирригоскопия – по медицинским показаниям. При распространенной форме, продолжительности более 10 лет, при отсутствии дисплазии – колоноскопия – 1 раз в 1–2 года, при неясной картине – чаще	Трудоустройство. Контроль за поддерживающей терапией (мезалазин, кортикостероиды и др.). Функциональное питание. Диетотерапия: ограничение молока и грубых полимеров. ФТЛ противопоказано	Наблюдение пожизненно	Поддержание ремиссии. Снижение временной нетрудоспособности
Хронический гепатит аутоиммунный К 73	4 раза в год или индивидуально		Общий анализ крови – 2 раза в год (на фоне иммуносупрессивной терапии – индивидуально). Анализ крови биохимический (билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, мочевины, креатинин), ПТИ – не менее 2 раз в год. УЗИ органов брюшной полости – 1 раз в год. ФГДС – 1 раз в 2 года. ЭКГ – по медицинским показаниям	Исключение гепатотоксичных веществ, ограничение приема лекарств. Контроль за поддерживающей терапией. Функциональное питание. Санаторно-курортное лечение. ФТЛ противопоказано	Наблюдение пожизненно	Поддержание ремиссии
Первичный билиарный цирроз печени К 74.3	2–4 раза в год или индивидуально	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Контроль статуса питания и нервно-психического статуса. Общий анализ крови (с тромбоцитами), ПТИ – 4 раза в год. Анализ крови биохимический (общий билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, мочевины, креатинин) – 4 раза в год или по показаниям. УЗИ ОБП – 2 раза в год. ФГДС – в зависимости от состояния варикозных вен пищевода (при отсутствии варикозных вен – 1 раз в 2 года, при венах малого размера – 1 раз в год, при венах большого размера – не проводится или по показаниям). ЭКГ – по медицинским показаниям	Функциональное питание (при необходимости ограничения натрия и/или белка – контроль соблюдения рекомендаций при каждом осмотре). Контроль за симптоматической терапией (фуросемид, спиронолактон, лактулоза, орнитин, бета-блокаторы, урсодезоксихолевая кислота и др.). Профилактика и коррекция осложнений. У пациентов с первичным билиарным циррозом – витамины А, Д, Е, К и препараты кальция постоянно. ФТЛ противопоказано. Санаторно-курортное лечение противопоказано у пациентов с классами тяжести В и С	Наблюдение пожизненно	Контроль осложнений. Увеличение выживаемости

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Нарушения всасывания в кишечнике (целиакия, синдром короткой кишки и др.) К 90	2 раза в год или индивидуально	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Контроль статуса питания при каждом осмотре. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический (общий билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, протеинограмма, К, Na, Cl, мочевины, креатинин, амилаза), глюкоза крови, УЗИ ОБП, ЭКГ, ФГДС с биопсией дистальных отделов двенадцатиперстной кишки, рентгеновское и эндоскопическое исследования кишечника – по медицинским показаниям	Трудоустройство. Соблюдение назначенного диетического питания. По показаниям – энтеральное питание. Контроль за поддерживающим лечением	Наблюдение пожизненно	Поддержание статуса питания. Коррекция клинической симптоматики. Уменьшение осложнений. Снижение временной нетрудоспособности
Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе Д (III) у врача-нефролога						
Острый нефритический синдром N 00	Ежемесячно до ликвидации активности процесса, затем – 1 раз в квартал до 1 года	Врач-отоларинголог, врач-стоматолог, врач акушер-гинеколог	Общий анализ крови, общий анализ мочи, клиренс по креатинину, протеинограмма, суточная протеинурия – 1 раз в квартал. Анализ мочи по Зимницкому – 1 раз в 6 месяцев. УЗИ почек – 1 раз в квартал. ЭКГ – 2 раза в год	Начальный этап – обязательно стационарное лечение. Строгий постельный режим. Диета с ограничением натрия и белка. Лечение ЛС: глюкокортикостероиды (по показаниям). Антибиотики (при очагах инфекции). Ингибиторы АПФ. Антиагреганты. Санация очагов хронической инфекции	В течение 3 лет, затем при отсутствии обострений – перевод в группу Д (II), при хронизации – см. нефритический синдром	Отсутствие рецидивов или стойкая нормализация анализов мочи. Уменьшение сроков временной нетрудоспособности
Быстро прогрессирующий нефритический синдром N 01	Ежемесячно	Врач-отоларинголог, врач-стоматолог, врач-офтальмолог, врач акушер-гинеколог – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, клиренс по креатинину, суточная протеинурия – 1 раз в месяц. Анализ мочи по Зимницкому, протеинограмма – 1 раз в 3 месяца. УЗИ почек – 1 раз в месяц. ЭКГ – 1 раз в квартал	При обострении заболевания – обязательно стационарное лечение. Диета с ограничением натрия и белка на весь период обострения. Лечение ЛС: глюкокортикостероиды, цитостатики (по показаниям). Ингибиторы кальциневрина (по показаниям), плазмаферез (по показаниям). Антибиотики (при очагах инфекции). Ингибиторы АПФ. Антиагреганты. Санация очагов хронической инфекции. Решение вопроса о диализотерапии – по медицинским показаниям	Пожизненно	Отсутствие прогрессирующей ХПН

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (П) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Нефротический синдром N 04	1 раз в месяц до исчезновения отеков, затем – 1 раз в квартал	Врач-отоларинголог, врач-стоматолог, врач акушер-гинеколог, врач-офтальмолог	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в месяц до исчезновения отеков, затем – 1 раз в квартал. Суточная протеинурия, иммунограмма – 1 раз в квартал. Анализ мочи по Зимницкому – 1 раз в 6 месяцев. Биохимическое исследование крови: электролиты, глюкоза, билирубин, мочевины, креатинин, клиренс по креатинину, общий белок крови и фракции, холестерин и фракции липидов – по медицинским показаниям. УЗИ почек – 1 раз в квартал. ЭКГ, нефробиопсия – по медицинским показаниям	При обострении заболевания – обязательно стационарное лечение. Лечение ЛС: глюкокортикостероиды, цитостатики, плазмаферез, ингибиторы кальциневрина. Антибиотикотерапия при наличии очагов инфекции. Ингибиторы АПФ. Антиагреганты. Липолитические средства. Санация очагов хронической инфекции	В течение 3 лет – при нормализации анализов, при сохраняющейся патологии – пожизненно	Отсутствие рецидивов или стойкая нормализация анализов мочи. Уменьшение сроков временной нетрудоспособности
Рецидивирующая и устойчивая гематурия N 02	1 раз в месяц – до ликвидации обострения, затем – 2 раза в год	Врач-уролог – 1 раз в год. Врач-гинеколог – 1 раз в год. Врач-онкоуролог, врач-отоларинголог – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в месяц до ликвидации обострения, затем – 1 раз в 3 месяца. Анализ мочи по Нечипоренко – 2 раза в год. Клиренс по креатинину – 1 раз в год. Коагулограмма – при обострении. УЗИ ОБП, ЭКГ – 1 раз в год. КТ, МРТ – при подозрении на онкопатологию	При макрогематурии – стационарное лечение. Антибиотиками (при очагах инфекции). Витамины С, Р, препараты Са. Рыбий жир. Антиагреганты курсами до 6 месяцев. Санация очагов инфекции	До стойкой нормализации анализов мочи, отсутствие ХПН	Отсутствие рецидивов, сохранение трудоспособности, отсутствие прогрессирования ХПН
Хронический нефритический синдром N 03	При отсутствии ХПН – 1 раз в год, при ХПН – ежеквартально пожизненно	Врач-отоларинголог, врач-стоматолог, врач-офтальмолог, врач акушер-гинеколог	Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Зимницкому, клиренс по креатинину, нефробиопсия, УЗИ ОБП, ЭКГ – по медицинским показаниям	Санация очагов хронической инфекции. Назначение антиагрегантов (дезагреганты) – курсами по 3 месяца с перерывом 1 месяц либо до 6 месяцев в течение года. Назначение антигистаминных препаратов при интеркуррентной инфекции – в течение 2 недель. Фитотерапия – курсами по 1 месяцу 4 раза в год	Пожизненно	Сохранение трудоспособности. Отсутствие обострений. Отсутствие ХПН
Острый тубулоинтерстициальный нефрит N 10	4 раза в год	Врач-отоларинголог, врач-стоматолог, врач акушер-гинеколог	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 4 раза в год. Посев мочи на микрофлору, анализ мочи по Зимницкому, анализ мочи по Нечипоренко – 2 раза в год. Цитология осадка мочи – 1 раз в год. Моча на наличие ВК – 1 раз в год. Биохимическое исследование крови: электролиты, мочевины, креатинин, общий белок, глюкоза. ЭКГ, УЗИ ОБП – 1 раз в год	Прием противорецидивных схем: антибактериальный препарат – 7–10 дней, фитотерапия – 10 дней, перерыв – 10 дней. Антиагреганты – внутрь до 6 месяцев. Курсы физиотерапевтического лечения – 2 раза в год. Санация очагов хронической инфекции. Ежегодно санаторно-курортное лечение (при отсутствии противопоказаний). При обострении процесса, неэффективности противорецидивной терапии – лечение в стационаре	До полной нормализации анализов крови и мочи	Полное излечение или отсутствие рецидивирования



Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Хронический тубулоинтерстициальный нефрит N 11	1 раз в год	Врач-отоларинголог, врач-стоматолог, врач-офтальмолог, врач-уролог, врач акушер-гинеколог	Общий анализ крови, общий анализ мочи, посев мочи на микрофлору, анализ мочи по Зимницкому, анализ мочи по Нечипоренко. Цитология осадка мочи. Биохимическое исследование крови: электролиты, мочевины, креатинин, общий белок, глюкоза, клиренс, реабсорбция воды. ЭКГ, УЗИ ОБП, РРГ – по медицинским показаниям	Прием противорецидивных схем: антибактериальный препарат – 7–10 дней, фитотерапия – 10 дней, перерыв – 10 дней. Антиагреганты – внутрь до 6 месяцев. Курсы физиотерапевтического лечения – 2 раза в год. Санация очагов хронической инфекции. Ежегодно санаторно-курортное лечение (при отсутствии противопоказаний). При обострении процесса, неэффективности противорецидивной терапии – лечение в стационаре	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Уменьшение числа рецидивов. Уменьшение временной нетрудоспособности. Снижение первичного выхода на инвалидность. Стабилизация процесса или стойкая ремиссия. Снятие или изменение группы инвалидности
Тубулоинтерстициальные и тубулярные поражения, вызванные лекарственными средствами и тяжелыми металлами N 14.2, N 14.3	1 раз в год	Врач-стоматолог, врач-токсиколог, врач-офтальмолог	Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Зимницкому, анализ мочи по Нечипоренко. Биохимическое исследование крови: электролиты, мочевины, креатинин, общий белок, глюкоза, клиренс, реабсорбция воды. ЭКГ, УЗИ ОБП, РРГ – по медицинским показаниям	Отмена всех нефротоксичных препаратов (антибиотики, НПВС). Антиагреганты – внутрь до 6 месяцев. Курсы физиотерапевтического лечения – 2 раза в год. Санация очагов хронической инфекции. Ежегодно санаторно-курортное лечение (при отсутствии противопоказаний). При обострении процесса – лечение в стационаре	До полного восстановления парциальных функций почек и нормализации анализов мочи	Сохранение трудоспособности. Отсутствие обострений. Отсутствие ХПН
Необструктивный хронический пиелонефрит, связанный с рефлюксом N 11.0	1 раз в год	Врач-уролог – 1 раз в год	Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам – 1 раз в год. Биохимическое исследование крови: общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, СКФ – 1 раз в год. УЗИ почек, ЭКГ, анализ мочи по Зимницкому, точная протеинурия – по медицинским показаниям	Диета. Санация хронических очагов инфекции. Лечение ЛС: антибиотики; уроантисептики согласно протоколам лечения. Фитотерапия. Физиолечение по медицинским показаниям. При рецидивирующем течении – решение вопроса об оперативном лечении у уролога	Пожизненно	Ремиссия с исчезновением температуры, дизурии, болевого синдрома. Улучшение функциональных показателей и мочевого синдрома. Снижение временной нетрудоспособности
Системные васкулиты (узелковый полиартериит, микроскопический полиангиит, гранулематоз Вегенера, гигантоклеточный ангиит, неспецифический аортоартериит и др.) с поражением почек N 16.4	4 раза в год	Врач-ревматолог, врач-кардиолог	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 4 раза в год. Биохимическое исследование крови: СРБ, билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины, креатинин, глюкоза, протеинограмма, клиренс креатинина, УЗИ почек, РРГ – по медицинским показаниям	Постоянный прием внутрь глюкокортикоидов, препаратов базисной терапии (циклофосфан, азатиоприн, микофеноловая кислота, циклоспорин, гидроксихлорохин и др.), сосудистых средств. Исключение избыточного приема лекарств. Ингибиторы АПФ в низких дозах. Антиагреганты – до 6 месяцев	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Восстановление трудоспособности. Уменьшение первичного выхода на инвалидность. Достижение стабилизации процесса или ремиссии заболевания. Отсутствие прогрессирования ХПН

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Диабетическая нефроангиопатия – инсулинозависимый (инсулинонезависимый) сахарный диабет Е 10.2, Е 11.2	2 раза в год, при наличии ХПН – 4 раза в год, при нарастании уремии – 1 раз в месяц	Врач-эндокринолог, врач-невролог, врач-офтальмолог, врач-хирург, врач-уролог, врач-гинеколог	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови с определением клиренса креатинина, профиль гликемии, суточная протеинурия – 4 раза в год. Липидограмма, УЗИ почек, РРГ, R-графия ОГК, ЭКГ, ЭхоКГ – по медицинским показаниям	Коррекция гликемии. Ингибиторы АПФ. Коррекция гипертензии. Антиагреганты	Наблюдение пожизненно	Отсутствие прогрессирования почечной недостаточности. Адекватная коррекция гликемии и артериальной гипертензии
Артериальная болезнь с преимущественным поражением паренхимы почек I 12	1 раз в год, при наличии ХПН – 1 раз в квартал	Врач-кардиолог, врач-офтальмолог, врач-невролог, врач-эндокринолог, врач-гинеколог	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови с определением клиренса креатинина, УЗИ почек, анализ мочи по Зимницкому, суточная протеинурия, ЭКГ, ЭхоКГ, почечная ангиография, РРГ – по медицинским показаниям	Коррекция факторов риска, диета с ограничением соли и насыщенных жиров. Коррекция гипертензии (ингибиторы АПФ, тиазидовые диуретики, петлевые диуретики при ХПН, антагонисты кальция, альфа- и бета-адреноблокаторы). Коррекция дислипидемии	Наблюдение пожизненно	Адекватная коррекция гипертензии. Отсутствие прогрессирования ХПН, снижение сроков временной нетрудоспособности (далее – ВН)
Острая почечная недостаточность N 17	Первые 3 месяца – 1 раз в 4 недели, далее – 3 раза в год в течение года	Врач-гастроэнтеролог, врач-уролог – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Зимницкому – 3 раза в год. Биохимическое исследование крови: электролиты, мочевины, креатинин, клиренс, глюкоза, протеинограмма – 3 раза в год. УЗИ почек, РРГ – 2 раза в год	Исключить прием всех нефротоксичных лекарственных средств. Антиагреганты – до 6 месяцев. Антигистаминные препараты – до 3 месяцев	До полного восстановления почечных функций	Улучшение клинических показателей. Восстановление трудоспособности
Терминальная стадия поражения почек N 18.0	2 раза в год	Врач-кардиолог, врач-окулист, врач-эндокринолог, врач-гастроэнтеролог – по медицинским показаниям. Врач-трансплантолог – 1 раз в год	Общий анализ крови, биохимическое исследование крови: мочевины, креатинин, билирубин, общий белок, альбумин, холестерин, железо крови, электролиты (Ca, фосфор, Na, K, Cl), общий анализ мочи, УЗИ почек, ФГДС, паратгормон, ЭКГ, СКФ, ЭхоКГ – по медицинским показаниям	Диета. Лечение ЛС: антиагреганты; гипотензивные средства (ингибиторы АПФ) – постоянно; антагонисты кальция – постоянно; энтеросорбенты – согласно протоколам лечения; коррекция нарушений Са-Р-обмена; коррекция анемии (препараты железа, эритропоэтины). Программный гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки (все – по медицинским показаниям)	Наблюдение пожизненно	Компенсация общего состояния, электролитных нарушений, анемии

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Другие проявления хронической почечной недостаточности N 18.8	2 раза в год	Врач-кардиолог, врач-окулист, врач-эндокринолог, врач-гастроэнтеролог	Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Зимницкому, биохимическое исследование крови: Са, фосфор, мочевины, креатинин, глюкоза, протеинограмма, клиренс креатинина, КЩС, УЗИ почек, уровень паратгормона – по медицинским показаниям	Диета с ограничением белка и соли. Трудоустройство с ограничением физического труда и ночных работ. Незаменимые аминокислоты внутрь по 3 месяца с месячным перерывом. Коррекция нарушений Са-Р-обмена. Антиагреганты внутрь по 2 месяца 2 раза в год. Коррекция нарушений Са-Р-обмена. Гипотензивные препараты – ингибиторы АПФ, Са-блокаторы при стойко повышенном АД. Экстракт артишока – курсами по 2–3 недели. Анаболики парентерально курсами по 1 месяцу с интервалом в 1 год	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Сохранение трудоспособности. Замедление прогрессирования ХПН
Почечный трансплантат Z 52	Первые два месяца после трансплантации – 1 раз в 10 дней, 3–4-й месяцы – 1 раз в 15 дней, до 1 года – 1 раз в месяц, 2–3-й годы – 1 раз в 2 месяца, затем – 1 раз в 3 месяца	Врач-трансплантолог, врач-кардиолог, врач-гастроэнтеролог, врач-уролог, врач-гинеколог, врач-эндокринолог	Общий анализ крови, общий анализ мочи. Биохимия крови (К, Na, Са, РО <sub>4</sub> , Mg, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, глюкоза, С-реактивный белок, альбумин, общий белок, трансаминазы, билирубин, холестерин), клиренс креатинина, базовая концентрация циклоспорина А, УЗИ трансплантата, РРГ трансплантата, ЭКГ, паратиреоидный гормон и другие исследования – по медицинским показаниям	Иммуносупрессивная терапия согласно клиническим протоколам. Профилактика оппортунистической инфекции (грибы, вирусы, бактерии). Коррекция АД. Коррекция электролитных нарушений (фосфор, магний). Профилактика и коррекция нарушений кальциевого обмена. Коррекция анемии (эритропоэтины, препараты железа). Липолитическая терапия. Вакцинация от гриппа	На весь срок функции трансплантата	Восстановление трудоспособности. Улучшение клинических показателей
Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе Д (III) у врача-невролога						
Воспалительные заболевания нервной системы	Наблюдение, обследование и лечение в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Минздравом					Выздоровление

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Бактериальный менингит и другие виды менингита (включая вирусные) G 00–G 03	При полной санации ликвора – 1 раз в 6 месяцев	Врач-офтальмолог	Анализ крови общий – 1 раз в год. Электроэнцефалография (далее – ЭЭГ), ЭхоЭГ – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	Восстановление функции нервной системы. Наблюдение – 1 год с момента заболевания	Сохранение трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения. Регресс неврологической симптоматики. Восстановление функции нервной системы. Наблюдение – 1 год с момента заболевания
	При неполной санации ликвора: первые 3 месяца – 1 раз в месяц, затем – 1 раз в квартал	Врач-окулист, врач-терапевт	Анализ крови общий – 1 раз в год. По медицинским показаниям – ЭЭГ, ЭхоЭГ	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	1. Восстановление функции нервной системы. Наблюдение в течение года 2. Формирование стойких остаточных явлений. Наблюдение – 3 года, далее – при наличии стойких функциональных нарушений наблюдение у терапевта с консультацией невролога – по показаниям	Отсутствие рецидивов в течение года наблюдения. Восстановление нарушенной функции нервной системы. Низкий показатель ВН
Энцефалит, миелит и энцефаломиелит G 04 Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при болезнях, классифицированных в других рубриках G 05	1-й год – 1 раз в квартал, 2-й год – 1 раз в 6 месяцев, далее – 1 раз в год	Врач-уролог, врач-офтальмолог, врач-терапевт	Анализ крови общий, анализ мочи общий, ЭЭГ, ЭхоЭГ – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. ФТЛ. ЛФК. Механотерапия. Массаж. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	1. Восстановление функции нервной системы. Наблюдение в течение года 2. Формирование стойких остаточных явлений. Наблюдение – 3 года, далее – при наличии стойких функциональных нарушений наблюдение у терапевта с консультацией невролога – по показаниям	Регресс неврологической симптоматики. Низкий показатель ВН. Снижение степени инвалидизации

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Внутричерепной абсцесс и гранулема G 06	1-й год – 1 раз в квартал, 2-й год – 1 раз в 6 месяцев, далее – 1 раз в год	Врач-офтальмолог	Анализ крови общий, ЭЭГ, ЭхоЭГ, компьютерная томография головного мозга – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. ФТЛ. ЛФК. Массаж	1. Восстановление функции нервной системы. Наблюдение в течение 1 года 2. Формирование стойких остаточных явлений. Наблюдение – 3 года, далее – при наличии стойких функциональных нарушений наблюдение у терапевта с консультацией невролога – по показаниям	Регресс неврологической симптоматики. Низкий показатель ВН. Снижение степени инвалидизации
Внутрипозвоночный абсцесс и гранулема G 06	1-й год – 1 раз в квартал, 2-й год – 1 раз в 6 месяцев, далее – 1 раз в год	Врач-уролог	Анализ крови общий, анализ мочи общий, анализ крови биохимический (мочевина, креатинин), спондилография – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. ФТЛ, массаж. ЛФК. Механотерапия	1. Восстановление функции нервной системы. Наблюдение в течение 1 года 2. Формирование стойких остаточных явлений. Наблюдение – 3 года, далее – при наличии стойких функциональных нарушений наблюдение у терапевта с консультацией невролога – по показаниям	Регресс неврологической симптоматики. Низкий показатель ВН. Снижение степени инвалидизации
Острый поперечный миелит G 37.3 Подострый некротизирующий миелит G 37.4	1-й год – 1 раз в квартал, 2-й год – 1 раз в 6 месяцев, далее – 1 раз в год	Врач-хирург, врач-уролог, врач-терапевт	Анализ крови общий, анализ мочи общий, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин) – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. ФТЛ. ЛФК	Наблюдение – 3 года, далее – при наличии стойких функциональных нарушений наблюдение у терапевта с консультацией невролога – по показаниям	Улучшение качества жизни. Стабилизация процесса. Отсутствие нарастания степени инвалидизации

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы	2 раза в год	Врач-терапевт, врач-ревматолог	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, другие исследования – по медицинским показаниям	Режим, диета, санация очагов инфекции, цитостатическая терапия, седативная, гипосенсибилизирующая терапия, глюкокортикостероидные гормоны – по показаниям, применение цитокинов – по показаниям, физио- и бальнеолечение, наружная терапия	При достижении критериев эффективности	Уменьшение частоты и тяжести рецидивов, инвалидности, временной нетрудоспособности, перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения
Болезнь Гентингтона G 10	1 раз в год	Врач-психотерапевт	Анализ крови общий – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. ЛФК, оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	При формировании выраженных когнитивных нарушений (деменция) – передача под наблюдение врача-психиатра	Заболевание имеет прогрессирующее течение
Наследственная атаксия G 11	1 раз в год	Врач-реабилитолог	Анализ крови общий – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. ЛФК, ФТЛ. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	При формировании выраженного атактического синдрома, необходимости постороннего ухода – снятие с диспансерного учета, наблюдение у терапевта с консультацией невролога – по показаниям	Замедление темпа прогрессирования заболевания
Спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы G 12	1 раз в год	Врач-терапевт	Анализ крови общий, ЭКГ – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. ФТЛ, массаж, электростимуляция мышц конечностей, ЛФК. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	При формировании выраженных двигательных нарушений, необходимости постороннего ухода – снятие с диспансерного учета, наблюдение у терапевта с консультацией невролога – по показаниям	Замедление темпа прогрессирования заболевания

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Наследственная и идиопатическая невропатия G 60	1 раз в год	Врач-терапевт	Анализ крови общий – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам, ФТЛ, массаж, электростимуляция пораженных мышц конечностей, ЛФК	При формировании стойких двигательных нарушений – снятие с диспансерного учета, наблюдение у терапевта с консультацией невролога – по показаниям	Замедление прогрессирования процесса
Болезнь Паркинсона G 20 Вторичный паркинсонизм и другие дегенеративные болезни базальных ганглиев G 21	1 раз в год	Врач-терапевт	Анализ крови общий, анализ мочи общий, анализ крови биохимический (АЛТ, АСТ, билирубин, мочевины, креатинин), ЭКГ – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. Контроль за переносимостью и эффективностью терапии противопаркинсоническими препаратами. ЛФК, ФТЛ. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	При формировании выраженных двигательных нарушений, необходимости постоянного ухода – снятие с диспансерного учета, наблюдение у терапевта с консультацией невролога – по показаниям	Улучшение качества жизни. Стабилизация процесса. Замедление темпа прогрессирования заболевания
Гепатолентикулярная дегенерация G 23	1 раз в год	Врач-терапевт	Анализ крови общий, анализ мочи общий, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, церулоплазмин) – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. Контроль за переносимостью и эффективностью терапии. ЛФК, ФТЛ. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	Пожизненное наблюдение	Стабилизация процесса
Дистония G 24	1 раз в год	Врач-реабилитолог	Анализ крови общий – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. ЛФК, ФТЛ, иглорефлексотерапия. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство. Контроль за переносимостью и эффективностью терапии. По показаниям: введение препаратов ботулотоксина А – 1–2 раза в год	При формировании стойкой ремиссии в течение 2 лет – снятие с учета и перевод в группу Д (II). При формировании стойких, грубых двигательных нарушений – снятие с учета, наблюдение у терапевта с консультацией невролога – по показаниям	Улучшение качества жизни. Стабилизация процесса. Замедление темпа прогрессирования заболевания

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Эссенциальный тремор G 25	1 раз в год	Врач-терапевт	Анализ крови общий – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. Контроль за эффективностью терапии гиперкинетического синдрома. ФТЛ, иглорефлексотерапия. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	Наблюдение в течение 3 лет, далее – при наличии стойких функциональных нарушений наблюдение у терапевта с консультацией невролога – по показаниям	Стабилизация процесса. Замедление темпа прогрессирования заболевания
Травмы нервной системы	2 раза в год	Врач-терапевт, врач-стоматолог	Общий анализ крови, общий анализ мочи, исследования на кандиды – по медицинским показаниям	Режим, диета, санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, витаминотерапия, противомаларийные препараты, наружно-фотозащитные, кортикостероидные мази, соблюдение охранительного режима	При достижении критериев эффективности	Выздоровление
Сотрясение головного мозга (лица мужского пола призывного возраста) S 06.0	1 раз в квартал	Врач-офтальмолог, врач-терапевт	Анализ крови общий – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. ЛФК, ФТЛ. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	Диспансерное наблюдение – 1 год, далее – перевод в группу Д (II)	Восстановление функции. Низкий показатель ВН
Черепно-мозговая травма средней и тяжелой степени S 06.3	I квартал – 1 раз в месяц, далее до года – 1 раз в квартал, более года – 1 раз в год	Врач-офтальмолог, врач-терапевт, врач-нейрохирург	Анализ крови общий, ЭхоЭГ, ЭЭГ – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. ЛФК, ФТЛ, массаж пораженных конечностей, механотерапия. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	Диспансерное наблюдение – 2 года, далее – при наличии стойких функциональных нарушений наблюдение у терапевта с консультацией невролога – по показаниям	Регресс неврологической симптоматики. Восстановление функции. Низкий показатель ВН. Снижение степени инвалидизации
Травматическое повреждение спинного мозга S 14, S 24, S 34	I квартал – 1 раз в месяц, далее до года – 1 раз в квартал, более года – 1 раз в год	Врач-терапевт, врач-уролог	Анализ крови общий, анализ мочи общий, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок) – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. ЛФК, ФТЛ, электростимуляция и массаж паретичных конечностей, лазеротерапия. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	Диспансерное наблюдение – 3 года, далее – при наличии стойких функциональных нарушений наблюдение у терапевта с консультацией невролога – по показаниям	Регресс неврологической симптоматики. Восстановление функции. Низкий показатель ВН. Снижение степени инвалидизации



Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Травматическое повреждение нервов на различном уровне S 54, S 64, S 74, S 84, S 94	I квартал – 1 раз в месяц, далее до года – 1 раз в квартал	По медицинским показаниям – врач-нейрохирург	Электрмиография (далее – ЭНМГ) – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. ЛФК, ФТЛ, электростимуляция и массаж паретичных конечностей, лазеротерапия. Механотерапия. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	Диспансерное наблюдение – 2 года	Регресс неврологической симптоматики. Восстановление функции. Низкий показатель ВН. Снижение степени инвалидизации
Цереброваскулярные заболевания	2 раза в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, анализ мокроты общий, исследование, спирография – по медицинским показаниям	Аллергенспецифическая иммунотерапия, гипоаллергенная диета, базисная противовоспалительная терапия, симптоматическая терапия, лечебная гимнастика	При достижении критериев эффективности	Уменьшение частоты и тяжести симптомов. Снижение числа дней нетрудоспособности. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения
Транзиторные ишемические атаки (без проявлений энцефалопатии с когнитивными расстройствами, выраженными очаговыми нарушениями) G 45	1-й год – 1 раз в квартал, 2-й год и далее – 1 раз в год	Врач-офтальмолог, врач-терапевт, врач-ангиохирург – при наличии стеноза БЦА 70 % и более	Анализ крови общий, анализ мочи общий, анализ крови биохимический (холестерин, триглицериды), глюкоза крови – 1 раз в год. Протромбин крови (коагулограмма) – 1 раз в год, по показаниям – чаще. МНО – по медицинским показаниям, ЭКГ – 1 раз в год. УЗДГ и ТКД магистральных сосудов головного мозга – 1 раз в год	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. Оптимизация режима труда, отдыха, физической активности. Борьба с факторами риска. Уменьшение потребления соли. При необходимости – рациональное трудоустройство. Контроль эффективности терапии основного сосудистого заболевания	Отсутствие ТИА в течение 1 года наблюдения – снятие с диспансерного учета, далее – наблюдение терапевта. Прогрессирование проявлений хронической цереброваскулярной недостаточности – снятие с диспансерного учета, далее – наблюдение врача-терапевта	Прекращение и урежение ТИА. Отсутствие инсульта за период наблюдения
Субарахноидальное кровоизлияние I 60	I квартал – 1 раз в месяц, далее до 1 года – 1 раз в квартал	Врач-офтальмолог, врач-терапевт, врач-нейрохирург	Анализ крови общий, протромбин крови, ЭКГ – 1 раз в год. По медицинским показаниям: УЗДГ и ТКД магистральных сосудов головного мозга – 1 раз в год	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. Оптимизация режима труда, отдыха, физической активности. При необходимости – рациональное трудоустройство, ФТЛ, ЛФК	При отсутствии повторных субарахноидальных кровоизлияний – диспансерное наблюдение 1 год, далее – наблюдение врача-терапевта	Отсутствие повторных субарахноидальных кровоизлияний и других осложнений (эпиприпадки и т.д.)

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Внутричерепное и другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние I 61– I 62	1-й год – 1 раз в квартал, 2-й год – 1 раз в 6 месяцев	Врач-офтальмолог, врач-терапевт – 1 раз в год	Анализ крови общий, ПТИ – 1 раз в год, по показаниям – коагулограмма. ЭЖГ	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. Контроль за эффективностью терапии основного сосудистого заболевания. ФТЛ. Борьба с факторами риска. Оптимизация режима труда, отдыха, физической активности. При необходимости – рациональное трудоустройство	Диспансерное наблюдение – 2 года, далее – наблюдение врача-терапевта	Регресс неврологической симптоматики. Восстановление функции. Низкий показатель ВН. Снижение степени инвалидизации
Инфаркт мозга I 63	1-й год – 1 раз в квартал, 2-й год – 1 раз в 6 месяцев	Врач-терапевт, врач-офтальмолог, врач-ангиохирург – при наличии стеноза БЦА 70 % и более	Анализ крови общий, анализ крови биохимический (холестерин, липидные фракции), глюкоза крови, ПТИ – 1 раз в год. МНО (коагулограмма) – по медицинским показаниям. ЭЖГ, УЗИ, ТКД магистральных сосудов головного мозга – 1 раз в год	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. Оптимизация режима труда, отдыха, физической активности. Борьба с факторами риска. При необходимости – рациональное трудоустройство. Контроль эффективности терапии основного сосудистого заболевания	Диспансерное наблюдение – 2 года, далее – наблюдение терапевта	Регресс неврологической симптоматики. Восстановление функции. Низкий показатель ВН. Снижение степени инвалидизации
Другие заболевания центральной нервной системы						
Эпилепсия (без патохарактерологических изменений личности) G 40	1 раз в год	Врач-офтальмолог, врач-терапевт, врач-нейрохирург, врач-психиатр	Анализ крови общий, анализ мочи общий, анализ крови биохимический (АЛТ, АСТ, билирубин, мочевины, креатинин), ЭЭГ, ЭхоЭГ – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам (индивидуальный подбор противосудорожных препаратов и их доз, непрерывность и комплексность лечения). Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство. По медицинским показаниям – нейрохирургическое лечение	При отсутствии припадков, изменений на ЭЭГ, патохарактерологических изменений личности в течение 5 лет – снятие с диспансерного учета. При наличии изменений личности – наблюдение психиатра	Прекращение и урежение эпилептических приступов

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Рассеянный склероз G 35	1 раз в год	Врач-офтальмолог, врач-уролог, врач-терапевт	Анализ крови общий, анализ мочи общий – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	При стойкой ремиссии в течение 5 лет – снятие с учета. При формировании выраженных двигательных расстройств и необходимости постоянного ухода – снятие с учета, далее при наличии стойких функциональных нарушений наблюдение у терапевта с консультацией невролога – по показаниям	Выход на ремиссию. Стабилизация процесса. За медление темпа прогрессирования заболевания
Состояние после операции удаления опухоли головного (спинного) мозга С 70, С 71, С 72, D 32, D 33	1-й год – 1 раз в 6 месяцев, 2-й год – 1 раз в год	Врач-нейрохирург: 1-й год – 1 раз в 6 месяцев, 2-й год – 1 раз в год. Врач-офтальмолог, врач-онколог – по медицинским показаниям	Анализ крови общий, ЭхоЭГ, ЭЭГ, КТ (МРТ) – по медицинским показаниям	Терапия ЛС согласно клиническим протоколам. ЛФК, массаж. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство	При отсутствии рецидива опухолевого процесса – диспансерное наблюдение 2 года	Регресс неврологической симптоматики. Восстановление функции. Низкий показатель ВН. Снижение степени инвалидизации
<b>Заболевания периферической нервной системы</b>						
Поражение плечевого, пояснично-крестцового сплетения G 54.0, G 54.1	1 раз в год	Врач-нейрохирург, врач-реабилитолог	ЭНМГ – по медицинским показаниям	Терапия ЛС согласно клиническим протоколам. ЛФК. ФТЛ. Иглорефлексотерапия. Массаж	Наблюдение в течение 1 года	Восстановление функции. Низкие показатели ВН. Снижение степени инвалидизации
Неврогическая амиотрофия – синдром Персона-Тернера G 54.5	1 раз в 6 месяцев	Врач-терапевт, врач-реабилитолог	ЭНМГ – по медицинским показаниям	Терапия ЛС согласно клиническим протоколам. ФТЛ. Электростимуляция паретичных мышц. Массаж. ЛФК. Иглорефлексотерапия	Наблюдение в течение 1 года	Восстановление функции. Низкие показатели ВН. Снижение степени инвалидизации
Мононевропатии G 56, G 57	1 раз в 6 месяцев	Врач-реабилитолог	ЭНМГ – по медицинским показаниям	Терапия ЛС согласно клиническим протоколам. ЛФК. ФТЛ. Электростимуляция. Иглорефлексотерапия. Массаж	Наблюдение в течение 1 года	Восстановление функции. Низкие показатели ВН. Снижение степени инвалидизации

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (П) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Воспалительная полиневропатия G 61	I квартал – 1 раз в месяц, далее до года – 1 раз в квартал, свыше 1 года – 1 раз в год	Врач-терапевт	Анализ крови общий, анализ мочи общий, ЭНМГ – по медицинским показаниям	Терапия ЛС согласно клиническим протоколам. ЛФК. ФТЛ. Массаж. Электростимуляция. Иглорефлексотерапия	Диспансерное наблюдение в течение 3 лет (при хроническом течении – более)	Восстановление функции. Регресс неврологических нарушений. Низкие показатели ВН. Отсутствие и снижение степени инвалидизации
Myasthenia gravis и другие нарушения нервно-мышечного синапса G 70	а) При плохой и неполной компенсации на приеме антихолинэстеразных препаратов – 1 раз в квартал б) При полной компенсации на приеме антихолинэстеразных препаратов – 1 раз в год	Врач-терапевт, врач-реабилитолог	Анализ крови общий, ЭНМГ – по медицинским показаниям	Терапия ЛС согласно клиническим протоколам. Оптимизация режима ФТЛ. Рациональное трудоустройство	Пожизненное наблюдение. С учета снимаются лица с ремиссией без приема антихолинэстеразных препаратов в течение 1 года	Стабилизация процесса. Низкие показатели ВН. Отсутствие и снижение степени инвалидизации
Поражения мышц при болезнях, классифицированных в других рубриках (миодистрофии, амиотрофии, миотонии) G 73	1 раз в год	Врач-терапевт, врач-реабилитолог	Анализ крови общий, анализ мочи общий, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, КФК) – по медицинским показаниям	Терапия ЛС согласно клиническим протоколам. ЛФК. Массаж. ФТЛ. Рациональное трудоустройство	Длительное диспансерное наблюдение до формирования грубых, стойких двигательных нарушений и контрактур, далее – наблюдение терапевта	Замедление темпа прогрессирования процесса. Уменьшение степени выраженности мышечных расстройств
Поражение межпозвоночного диска, стеноз позвоночного канала с миелопатией M 51.0	1 раз в год	Врач-нейрохирург, врач-реабилитолог	Анализ крови общий, анализ мочи общий, рентгенограмма позвоночника – по медицинским показаниям	Терапия ЛС согласно клиническим протоколам. ЛФК. Массаж. Санаторно-курортное лечение. Рациональное трудоустройство	Диспансерное наблюдение – 2 года	Регресс неврологической симптоматики. Восстановление функции. Низкий показатель ВН. Снижение степени инвалидизации

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Поражение межпозвоночного диска с радикулопатией – лица трудоспособного возраста с частыми обострениями (3 раза в год и более) М 51.1	1 раз в 6 месяцев	Врач-нейрохирург	Анализ крови общий, анализ мочи общий, рентгенограмма позвоночника – по медицинским показаниям	Терапия ЛС согласно клиническим протоколам. ЛФК. Массаж. Санаторно-курортное лечение. Рациональное трудоустройство	Диспансерное наблюдение – 2 года	Низкий показатель ВН. Снижение и отсутствие инвалидизации. Улучшение качества жизни
Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе Д (III) у врача-гематолога						
Анемия вследствие ферментных нарушений D 55 Анемия вследствие недостаточности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы D 55.0	4 раза в год	Врач-терапевт	Общий анализ крови	По протоколам лечения в период гемолитического криза	Наблюдение пожизненно	Клинико-лабораторная компенсация
Наследственный сфероцитоз (синдром Минковского-Шоффара) D 58 Наследственный эллиптоцитоз D 58	4 раза в год	Врач-терапевт, врач-хирург	Общий анализ крови, ретикулоциты, тромбоциты – 4–5 раз в год. Биохимическое исследование крови: общий белок, АсАТ, АлАТ, билирубин, ЩФ – по медицинским показаниям. Осмотическая резистентность эритроцитов – 1 раз в год. Моча на уробилин и желчные пигменты – по медицинским показаниям. УЗИ ОБП – 1 раз в год	Спленэктомия	Наблюдение пожизненно	Клинико-лабораторная компенсация
Приобретенная медикаментозная аутоиммунная гемолитическая анемия D 59.0 Другая аутоиммунная гемолитическая анемия D 59.1	2 раза в год (по показаниям – чаще)	Врач-терапевт	Общий анализ крови, ретикулоциты, тромбоциты – 2 раза в год. Биохимическое исследование крови: общий белок, АсАТ, АлАТ, ЛДГ, билирубин. Осмотическая резистентность эритроцитов. Моча на уробилин и желчные пигменты – по медицинским показаниям. УЗИ ОБП, проба Кумбса – 1 раз в год	По протоколу лечения (преднизолон, спленэктомия, трансфузионная терапия)	При достижении критериев эффективности	Клинико-лабораторная компенсация

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Медикаментозная апластическая анемия D 61.1 Апластическая анемия, вызванная другими внешними агентами D 61.2 Идиопатическая апластическая анемия D 61.3 Приобретенная чистая красноклеточная аплазия (эритробластопения) D 60	4–5 раз в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, ретикулоциты, тромбоциты – 4–5 раз в год. Трепанобиопсия из гребня подвздошной кости, миелограмма – по медицинским показаниям. Биохимическое исследование крови: общий белок, билирубин и его фракции, мочевины, креатинина, АсАТ, АлАТ, ЛДГ – по медицинским показаниям	По протоколам лечения (иммуносупрессия, трансфузии компонентов крови, ТКМ), свежемороженая плазма (далее – СЗП)	Наблюдение пожизненно	Улучшение и стабилизация показателей гемограммы, миелограммы. Клиническое улучшение
Гемофилия А D 68	2 раза в год (по показаниям – чаще)	Врач-стоматолог, врач-ортопед	Общий анализ крови – 2 раза в год, коагулограмма и уровень фактора VIII – по медицинским показаниям	По протоколам лечения (препараты фактора свертывания крови VIII, антиингибиторные препараты, СЗП)	Наблюдение пожизненно	Клинико-лабораторная компенсация
Гемофилия В D 68	2 раза в год (по медицинским показаниям – чаще)	Врач-стоматолог, врач-ортопед	Общий анализ крови – 2 раза в год, коагулограмма и уровень фактора IX – по медицинским показаниям	Препараты фактора свертывания крови IX, СЗП	Наблюдение пожизненно	Клинико-лабораторная компенсация
Болезнь Виллебранда D 68	2 раза в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, тромбоциты – 2 раза в год. Коагулограмма. Уровень фактора VIII. Длительность кровотечения по Айви. Исследование ристоминагрегации, антигена и активности фактора Виллебранда и VIII фактора – по медицинским показаниям	Криопреципитат, десмопрессин, СЗП, препараты фактора VIII с фактором Виллебранда	Наблюдение пожизненно	Клинико-лабораторная компенсация
Наследственный дефицит фактора XI D 68.1	1 раз в год (по показаниям – чаще)	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, тромбоциты – 1 раз в год. Коагулограмма. Уровень фактора XI – при установлении диагноза и по показаниям	СЗП	Наблюдение пожизненно	Клинико-лабораторная компенсация
Наследственный дефицит других факторов свертывания D 68.2	1 раз в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, тромбоциты – 1 раз в год. Коагулограмма. Уровень дефицитного фактора – при установлении диагноза и по показаниям	По протоколам лечения	Наблюдение пожизненно	Прекращение кровоточивости. Клиническое улучшение. Снижение временной нетрудоспособности

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Хронический лимфоцитарный лейкоз С 91.1	6–8 раз в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, тромбоциты – 6 раз в год. Миелограмма – по показаниям. Биохимическое исследование крови: общий белок, билирубин, мочевины, мочевины, мочевины, ЩФ, АсАТ, АлАТ, ЛДГ – 1 раз в год	Химиотерапия по протоколам лечения	Наблюдение пожизненно	Прекращение кровотоковости. Клиническое улучшение. Снижение временной нетрудоспособности
Хронический миелоидный лейкоз С 92.1	12–14 раз в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, тромбоциты – 12–14 раз в год. Миелограмма – по показаниям. Биохимическое исследование крови: мочевины, мочевины, мочевины, ЩФ, АсАТ, АлАТ, ЛДГ. УЗИ ОБП – 2 раза в год	Химиотерапия по протоколам лечения, ТКМ	Наблюдение пожизненно	Стабилизация состояния. Улучшение клинических показателей
Множественная миелома С 90.0	8–10 раз в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, ретикулоциты, тромбоциты; общий анализ мочи – 8–10 раз в год. Биохимическое исследование крови: общий белок, белковые фракции, мочевины, креатинин – 1 раз в год. Миелограмма, R-графия позвоночника, черепа, плоских костей – по медицинским показаниям	Химиотерапия по протоколам лечения	Наблюдение пожизненно	Клинико-лабораторная компенсация
Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура D 69.3	1 раз в год (по показаниям – чаще)	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, тромбоциты – 1 раз в год. Коагулограмма. Биохимическое исследование крови: общий белок, мочевины, мочевины, мочевины, АсАТ, АлАТ – 1 раз в год	Глюкокортикостероиды, спленэктомия по протоколам лечения	Наблюдение пожизненно	Клинико-лабораторная компенсация
Истинная полицитемия (хроническая эритремия) С 94.1	6 раз в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, тромбоциты – 6 раз в год. Миелограмма – 1 раз в год. Коагулограмма – 1 раз в год. Биохимическое исследование крови: общий белок, мочевины, мочевины, мочевины, АсАТ, АлАТ, ЛДГ, ЩФ, билирубин – 1 раз в год. УЗИ ОБП, трепанобиопсия из гребня подвздошной кости – по медицинским показаниям	По протоколам лечения (кровопускания, химиотерапия)	Наблюдение пожизненно	Клинико-лабораторная компенсация
Острый лимфобластный лейкоз С 91.0	6–12 раз в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, ретикулоциты, тромбоциты – 6–12 раз в год. Биохимическое исследование крови: общий белок, мочевины, мочевины, мочевины, АсАТ, АлАТ, ЛДГ, ЩФ, билирубин – 1 раз в год. Миелограмма – по показаниям. Коагулограмма – 1 раз в год. R-графия органов грудной клетки – 1 раз в год. УЗИ органов брюшной полости – по показаниям	По протоколам лечения (химиотерапия, ТКМ)	Наблюдение пожизненно	Клинико-лабораторная компенсация

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Острый миелобластный лейкоз С 92.0	6–12 раз в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, ретикулоциты, тромбоциты – 6–12 раз в год. Биохимическое исследование крови: общий белок, мочевины, мочевины, мочевая кислота, АсАТ, АлАТ, ЛДГ, ЩФ, билирубин – 1 раз в год. Миелограмма – по показаниям. Коагулограмма – 1 раз в год. R-графия органов грудной клетки – 1 раз в год. УЗИ органов брюшной полости – по показаниям	По протоколам лечения (химиотерапия, ТКМ)	Наблюдение пожизненно	Клинико-лабораторная компенсация
Миелофиброз (с миелодной метаплазией селезенки) идиопатический D 47.1	4 раза в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, тромбоциты – 4 раза в год. Биохимическое исследование крови: общий белок, мочевины, АсАТ, АлАТ – 1 раз в год. Миелограмма, трепанобиопсия, коагулограмма – по показаниям. УЗИ органов брюшной полости – по показаниям	По протоколам лечения (химиотерапия, гемотрансфузии)	Наблюдение пожизненно	Клинико-лабораторная компенсация
Миелодиспластический синдром D 46.0	6–12 раз в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, тромбоциты – 6–12 раз в год. Биохимическое исследование крови: общий белок, мочевины, АсАТ, АлАТ – 1 раз в год. Миелограмма – по показаниям. УЗИ органов брюшной полости – 1 раз в год. R-графия органов грудной клетки – 1 раз в год. Колоноскопия, ФГДС, РРС – по медицинским показаниям	По протоколам лечения (химиотерапия, глюкокортикостероиды, гемотрансфузии)	Наблюдение пожизненно	Клинико-лабораторная компенсация
Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе Д (III) у врача-эндокринолога						
СД 1-го типа (ИЗСД) без хронических осложнений E 10	1 раз в месяц (при компенсации углеводного обмена допустимо 1 раз в 3–6 месяцев)	Врач-офтальмолог (прямая офтальмоскопия с расширенным зрачком при отсутствии противопоказаний) – 1 раз в год, по медицинским показаниям – чаще. Врач-невролог	Гликемия – не реже 1 раза в месяц с определением гликемии натощак и после пищевой нагрузки; по необходимости – в 1–3 часа ночи, 4–6 часов утра. Самоконтроль гликемии – не реже 1 раза в день (при возможности – 3–4 раза в день); в дебюте заболевания и при декомпенсации – 3–4 раза в день. Гликированные белки (фруктозамин – 1 раз в 3 месяца или HbA1c – 1 раз в 3–6 месяцев). Биохимические показатели (креатинин, мочевины, триглицериды, холестерин, АСТ, АЛТ) – 1 раз в год. ЭКГ – 1 раз в год. Контроль АД – при посещении врача. Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год. Белок в суточной моче (при его отсутствии – микроальбуминурия – 1 раз в год). С-пептид (ИРИ) – при выявлении	Показания к госпитализации: дебют сахарного диабета; диабетический кетоацидоз; прекома или кома; прогрессирование сосудистых осложнений; urgentные состояния (инфекции, интоксикации, показания к операции). Лечение согласно клиническим протоколам	Наблюдение пожизненно	Клинико-метаболическая компенсация: адекватный уровень углеводного, липидного обмена; поддержание оптимального уровня АД



Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
СД 2-го типа (ИНСД) без хронических осложнений Е 11	1 раз в 3 месяца (при компенсации углеводного обмена у пациентов на пероральных сахароснижающих лекарственных средствах допустимо 1 раз в 6 месяцев)	Врач-офтальмолог (прямая офтальмоскопия с расширенным зрачком при отсутствии противопоказаний) – 1 раз в год. Врач-подотерапевт (хирург), врач-терапевт (кардиолог), врач-невролог – по медицинским показаниям	Гликемия – не реже 1 раза в 2 месяца (при достижении компенсации) с определением гликемии натощак и после пищевой нагрузки. Самоконтроль гликемии – 3–4 раза в день в дебюте заболевания и при декомпенсации. В дальнейшем – в зависимости от вида сахароснижающей терапии: на инсулине – не менее 1 раза в сутки, на диете и таблетках – несколько раз в неделю в разное время суток. Гликированные белки (фруктозамин или HbA1c) – 1 раз в 6 месяцев. Биохимические показатели (холестерин, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин) – 1 раз в год. ЭКГ – 1 раз в 6 месяцев. Контроль АД – при посещении врача. Общий анализ крови – 1 раз в год. Общий анализ мочи – 1 раз в год. Белок в суточной моче – 1 раз в год, при отсутствии – микроальбуминурия – 1 раз в год. ИРИ (С-пептид) – по необходимости	Показания к госпитализации: выраженная декомпенсация углеводного обмена, требующая перевода на инсулинотерапию; кетоацидоз или кома (кетоацидотическая, гиперосмолярная, лактацидотическая, гипогликемическая); прогрессирование сосудистых осложнений. Обучение в школе сахарного диабета (при выявлении и в дальнейшем – по медицинским показаниям). Ведение дневника самоконтроля. Лечение: рациональная диета (с учетом суточного калоража, подсчетом ХЕ); дозированная физическая нагрузка; сахароснижающая терапия – согласно клиническим протоколам	Наблюдение пожизненно	Клинико-метаболическая компенсация: поддержание показателей углеводного, липидного обмена, АД соответственно низкому риску развития ангиопатий и сердечно-сосудистой патологии
СД 1-го типа (ИЗСД) и СД 2-го типа (ИНСД) с осложнениями Е 10, Е 11	1 раз в месяц	Врач-офтальмолог (прямая офтальмоскопия с расширенным зрачком при отсутствии противопоказаний) – не менее 2 раз в год. Врач-подотерапевт (хирург) – по медицинским показаниям. Врач-нефролог, врач-невролог, врач-терапевт (кардиолог), врач-гинеколог (врач-уролог)	Гликемия – не реже 1 раза в месяц с определением гликемии натощак и после пищевой нагрузки (по необходимости – в 1–3 часа ночи, 4–6 часов утра). Гликированные белки (фруктозамин – 1 раз в 3 месяца или HbA1c – 1 раз в 3 месяца). Биохимические показатели (общий белок, креатинин, мочевины, триглицериды, холестерин, АСТ, АЛТ, калий, кальций, ЩФ) – не менее 1 раза в год. ЭКГ – 1 раз в 6 месяцев. Клиренс креатинина – 1 раз в год, тест на выявление микроальбуминурии или суточное содержание белка в моче – 1 раз в год. Контроль АД – при каждом посещении врача. Общий анализ крови – 1 раз в год. Общий анализ мочи – 1 раз в год. Анализ мочи по Нечипоренко – по показаниям. Рентгенография органов грудной клетки – 1 раз в год	Сахароснижающая терапия в зависимости от типа СД согласно клиническим протоколам. Лазерная фотокоагуляция, гемодиализ (перитонеальный диализ) – по медицинским показаниям	Наблюдение пожизненно	Отсутствие прогрессии осложнений

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Нетоксический диффузный зоб Е 01.0, Е 04.0	1 раз в год		УЗИ ЩЖ – 1 раз в 6 месяцев в течение первого года, затем – 1 раз в год. ТТГ (TSH) при выявлении, далее – по медицинским показаниям, АТ к ТПО, св. Т3, св. Т4 – по медицинским показаниям	Согласно протоколам лечения	12 месяцев, при нормализации объема ЩЖ – снятие с учета. Наблюдение эндокринолога в течение беременности	Нормализация объема ЩЖ
Нетоксический узловой зоб Е 01.1, Е 04.1, Е 04.2	2 раза в год в течение 1-го года, далее – не реже 1 раза в год	Врач-хирург	УЗИ ЩЖ и региональных лимфатических узлов – 2 раза в год в течение 1-го года, далее – не реже 1 раза в год. Пункционная биопсия узлового образования – при выявлении, далее – по медицинским показаниям. ТТГ (TSH), FT4, АТ к ТПО – по медицинским показаниям. Общий анализ крови – 1 раз в год	Согласно протоколам лечения	Пожизненно с реклассификацией диагноза после хирургического лечения	Отсутствие роста узлового образования в ЩЖ
Диффузный токсический зоб Е 05.0, Е 05.3	До достижения клинического эутиреоза – не реже 1 раза в месяц, далее – не реже 1 раза в 3 месяца	Врач-терапевт (кардиолог), врач-офтальмолог, врач-хирург	Св. Т4 при выявлении, далее – 1 раз в месяц до достижения компенсации, далее – 1 раз в 3 месяца; ТТГ – при выявлении, далее – 1 раз в 3 месяца; АТ-рТТГ, АТ к ТПО, св. Т3 – по медицинским показаниям; УЗИ ЩЖ – по медицинским показаниям. Общий анализ крови – через 7–10 дней от начала тиреостатической терапии; далее – 1 раз в месяц до отмены тиреостатической терапии. Общий анализ мочи, ЭКГ, глюкоза крови и другие исследования – по медицинским показаниям	Согласно клиническим протоколам лечения	Не менее 2 лет. Реклассификация диагноза после хирургического лечения или радиойодтерапии и клинико-гормональной ремиссии – в течение 1 года	Клинико-гормональная компенсация. Отсутствие роста ЩЖ
Диффузно-узловой токсический зоб Е 05.1, Е 05.2	До достижения клинического эутиреоза – не реже 1 раза в месяц, далее – не реже 1 раза в 3 месяца	Врач-терапевт (кардиолог), врач-офтальмолог, врач-хирург	Св. Т4 – при выявлении, далее – 1 раз в месяц до достижения компенсации, далее – 1 раз в 3 месяца; ТТГ (TSH) – при выявлении, далее – 1 раз в 3 месяца; АТ-рТТГ, АТ к ТПО, св. Т3, УЗИ ЩЖ, пункционная биопсия узлового образования – по медицинским показаниям; общий анализ крови – через 7–10 дней от начала тиреостатической терапии; далее – по медицинским показаниям ОАМ, ЭКГ, БАК; скintiграфия ЩЖ и другие исследования – по медицинским показаниям	Согласно протоколам лечения	Не менее 2 лет. Реклассификация диагноза после хирургического лечения или радиойодтерапии	Клинико-гормональная компенсация. Отсутствие роста ЩЖ

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Гипотиреоз Е 02, Е 03	Не реже 1 раза в 6 недель до достижения компенсации, далее – не реже 1 раза в год	Врач-терапевт (кардиолог), врач-гинеколог, врач-офтальмолог, врач-невролог – по медицинским показаниям	ТТГ – при выявлении, далее – 1 раз в 6–8 недель до достижения компенсации, далее – не реже 1 раза в год; АТ к ТПО, св. Т4, УЗИ ЩЖ – при выявлении, далее – по медицинским показаниям; общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, гликемия, ЭКГ, МРТ (КТ) гипофиза и другие исследования – по медицинским показаниям	Согласно протоколам лечения	Наблюдение пожизненно	Клинико-гормональная компенсация
Аутоиммунный тиреоидит Е 06.3, Е 06.2	Не реже 1 раза в год	Врач-терапевт (кардиолог) – по медицинским показаниям. Врач-офтальмолог – по медицинским показаниям	ТТГ – при выявлении, далее – не реже 1 раза в год; АТ к ТПО, УЗИ ЩЖ – при выявлении, далее – по медицинским показаниям; св. Т4, АТ-рТТГ – по медицинским показаниям. Пункционная биопсия, сцинтиграфия ЩЖ, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, гликемия крови, МРТ гипофиза и другие исследования – по медицинским показаниям	Согласно протоколам лечения в зависимости от функционального состояния ЩЖ	3 года с реклассификацией диагноза	Клинико-гормональная компенсация
Подострый тиреоидит Е 06.1	1 раз в 10 дней	Врач-хирург, врач-терапевт – по медицинским показаниям	Общий анализ крови – при выявлении, далее – 1 раз в 10 дней до нормализации СОЭ, далее – по медицинским показаниям. ТТГ, св. Т4, АТ к ТПО, УЗИ ЩЖ – при выявлении, далее – по медицинским показаниям. Пункционная биопсия, сцинтиграфия ЩЖ – по медицинским показаниям	Согласно протоколам лечения	В течение 6 месяцев после снятия воспалительного процесса	Купирование воспалительного процесса
Гипокортицизм Е 27.1	4 раза в год	Врач-терапевт, врач-гастроэнтеролог, врач-гинеколог (врач-уролог), врач-фтизиатр – по медицинским показаниям	Общий анализ крови и другие исследования – по медицинским показаниям	Заместительная терапия: глюкокортикоиды, при необходимости минералокортикоиды в соответствии с протоколами лечения	Наблюдение пожизненно	Клинико-гормональная компенсация

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Гиперкортицизм Е 24	4 раза в год	Врач-офтальмолог, врач-гинеколог, врач-терапевт, врач-нейрохирург (невролог) – по медицинским показаниям	Контроль АД – при посещении врача. АКТГ, кортизол – базальное определение (суточный ритм) – 1 раз в год. ТТГ (TSH), АТ к ТПО – по медицинским показаниям. Биохимический анализ крови (натрий, калий, хлориды, креатинин и/или мочевины) – 2 раза в год. Глюкоза крови – 2 раза в год, глюкозотолерантный тест – по медицинским показаниям. МРТ (КТ) гипоталамо-гипофизарной области – при установлении диагноза, далее – при наличии патологического процесса – 1 раз в год. УЗИ органов малого таза (для женщин) – 1 раз в год. УЗИ ЩЖ, КТ области надпочечников – по медицинским показаниям. ЭКГ – 1 раз в год. Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год. R-графия ОГК – 1 раз в год	Согласно протоколам лечения (блокаторы биосинтеза АКТГ и кортизола, агонисты дофаминовых рецепторов, симптоматическая терапия: гипотензивная, средства для лечения остеопороза); лучевая терапия и хирургическое лечение – по показаниям	Не менее 3 лет с последующей реклассификацией диагноза	Клинико-метаболическая компенсация. Отсутствие прогрессии нарушений плотности костной ткани. Восстановление менструального цикла (в период фертильности)
Гиперальдостеронизм Е 26.0, Е 26.1, Е 26.8	4 раза в год	Врач-офтальмолог, врач-гинеколог, врач-терапевт (кардиолог), врач-хирург – по медицинским показаниям	Контроль АД – при посещении врача. ЭКГ – при выявлении, в дальнейшем – по медицинским показаниям, при нормализации АД – 1 раз в год. Общий анализ мочи – при выявлении, в дальнейшем – 1–4 раза в год. Проба по Зимницкому – при выявлении, в дальнейшем – 1–4 раза в год. Биохимический анализ крови (натрий, калий, хлориды, креатинин, мочевины) – 2 раза в год. Альдостерон, ренин (фармакологические пробы) – по медицинским показаниям. УЗИ забрюшинного пространства – при выявлении, в дальнейшем – 1 раз в год. КТ с контрастированием области надпочечников – при выявлении, далее – 1 раз в год. Глюкоза крови – 4 раза в год, глюкозотолерантный тест – по медицинским показаниям. Общий анализ крови – 1 раз в год	Согласно протоколам лечения (ограничение соли, калийсберегающие диуретики, препараты калия, гипотензивные препараты). Хирургическое лечение – по медицинским показаниям	Наблюдение пожизненно. Реклассификация диагноза после хирургического лечения	Клинико-гормональная компенсация

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Феохромоцитома Е 27.0, Е 27.5	4 раза в год	Врач-офтальмолог, врач-терапевт (кардиолог), врач-хирург – по медицинским показаниям	Контроль АД – при посещении врача. ЭКГ – при выявлении, в дальнейшем – по медицинским показаниям, при нормализации АД – 1 раз в год. Глюкоза крови – при выявлении, в период приступа, далее – 4 раза в год, глюкозотолерантный тест – по медицинским показаниям. УЗИ забрюшинного пространства – 1 раз в год. КТ с контрастированием области надпочечников – 1 раз в год. Биохимический анализ крови (натрий, калий, хлориды, креатинин и/или мочевины) – 2 раза в год. Катехоламины в крови, моче – при выявлении, в период приступа, при проведении фармакологических проб, в дальнейшем – по медицинским показаниям. Общий анализ крови – 1 раз в год. Общий анализ мочи – 1 раз в год. Сцинтиграфия, ангиография надпочечников – по медицинским показаниям	Согласно протоколам лечения (альфа-адреноблокаторы, бета-адреноблокаторы на фоне предшествующих). Хирургическое лечение	Реклассификация диагноза после хирургического лечения	Отсутствие признаков прогрессии роста аденомы
Гипопаратиреоз Е 20.0–Е 20.9	1 раз в 3 месяца (при компенсации фосфорно-кальциевого обмена допустимо 1 раз в 6 месяцев)	Врач-невролог – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год. Биохимический анализ крови (Са, Са <sup>++</sup> , фосфор, щелочная фосфатаза, креатинин и/или мочевины) – 2–4 раза в год. Паратирин – 1 раз в год. ТТГ (TSH) – при выявлении. ЭКГ – 1 раз в год. УЗИ почек, УЗИ области шеи, сцинтиграфия паращитовидных желез, костная денситометрия, миелография – по медицинским показаниям	Согласно протоколам лечения (диета, богатая солями кальция, магния, с ограничением фосфора, препараты кальция, витамины D и его аналоги)	Наблюдение пожизненно	Клинико-гормональная компенсация
Гиперпаратиреоз Е 21.0–Е 21.2	1 раз в 3 месяца	Врач-хирург (травматолог), врач-нефролог – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год. Биохимический анализ крови (Са, Са <sup>++</sup> , фосфор, щелочная фосфатаза, креатинин и/или мочевины) – 2–4 раза в год. Паратирин, остеокальцин, бета-кросслапс – по медицинским показаниям. ТТГ (TSH) – при выявлении. ЭКГ – 1 раз в год. Проба по Зимницкому, анализ мочи на белок Бенс-Джонса, сцинтиграфия надпочечников, УЗИ области шеи, рентгенография костей, легких, КТ (МРТ) шеи, средостения паращитовидных желез, УЗИ ОБП, костная денситометрия – по медицинским показаниям	Согласно протоколам лечения (хирургическое лечение – по медицинским показаниям)	Наблюдение пожизненно. Реклассификация диагноза после хирургического лечения	Клинико-гормональная компенсация

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Несахарный диабет Е 23.2	1 раз в 3 месяца	Врач - невролог, врач-офтальмолог – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год. Анализ мочи по Зимницкому – по медицинским показаниям. Проба с сухоядением – при выявлении. МРТ (КТ с контрастированием) гипоталамо-гипофизарной области – при установлении диагноза, далее – при наличии патологического процесса 1 раз в год. УЗИ надпочечников – по медицинским показаниям. Биохимический анализ крови (натрий, калий, хлориды, креатинин и/или мочевины) – 2 раза в год. Глюкоза крови – 4 раза в год, глюкозотолерантный тест – по медицинским показаниям. ЭКГ – 1 раз в год. Контроль АД – при посещении врача	Согласно протоколам лечения (заместительная терапия десмопрессином)	Наблюдение пожизненно	Клиническая компенсация (нормализация диуреза)
Аденома гипофиза Е 22.0, Е 22.1	2 раза в год	Врач - невролог, врач-нейрохирург, врач-офтальмолог, врач-гинеколог	Рентгенография гипоталамо-гипофизарной области, МРТ (КТ с контрастированием) гипоталамо-гипофизарной области – по медицинским показаниям. ЛГ, ФСГ, ТТГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, тестостерон – не менее 1 раза в год (СТГ – по медицинским показаниям). АКТГ, кортизол – базальное определение (суточный ритм), фармакологические пробы, глюкозотолерантный тест, УЗИ ЩЖ, костная денситометрия – по медицинским показаниям. Глюкоза крови – 2 раза в год. УЗИ органов малого таза (для женщин) – 1 раз в год. ЭКГ – 1 раз в год. Контроль АД – при посещении врача. Биохимический анализ крови (натрий, калий, хлориды, креатинин и/или мочевины), общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год по медицинским показаниям	Согласно протоколам лечения (агонисты дофаминовых рецепторов) соматостатин – при необходимости. Лучевая терапия (протонотерапия) и хирургическое лечение – по медицинским показаниям	До излечения аденомы гипофиза с последующей реклассификацией диагноза – через 2 года	Клинико-гормональная компенсация. Отсутствие признаков прогрессии роста аденомы

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Гипопитуитаризм Е 23.0, Е 23.1, Е 31.0	1 раз в 3 месяца	Врач-невролог, врач-офтальмолог, врач-гинеколог	ЛГ, ФСГ, ТТГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, тестостерон – не менее 1 раза в год (СТГ – по медицинским показаниям). АКТГ, кортизол – базальное определение (суточный ритм) – 1 раз в год. Фармакологические пробы – по медицинским показаниям. МРТ (КТ с контрастированием) гипоталамо-гипофизарной области – при установлении диагноза, далее – при наличии патологического процесса 1 раз в год. Биохимический анализ крови (натрий, калий, хлориды, креатинин и/или мочевины) – 2 раза в год. Глюкоза крови – 1 раз в год, глюкозотолерантный тест – по медицинским показаниям. УЗИ органов малого таза (для женщин) – 1 раз в год. УЗИ ЩЖ – по медицинским показаниям. ЭКГ – 1 раз в год. Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год. Контроль АД – при посещении врача. Рентгенография кисти (костный возраст), кариотип – по медицинским показаниям	Согласно протоколам лечения (заместительная терапия)	Наблюдение пожизненно	Клинико-гормональная компенсация
Нарушение полового созревания Е 30.0, Е 30.1, Е 30.8, Е 30.9, Е 22.8	1 раз в 3 месяца	Врач-гинеколог (врач-уролог) – 1 раз в 6 месяцев, врач-терапевт (врач-педиатр) – 1 раз в год	Рентгенография кисти (костный возраст), кариотип – по медицинским показаниям. ЛГ, ФСГ, ТТГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, тестостерон – не менее 1 раза в год. Фармакологические пробы – по медицинским показаниям. МРТ (КТ с контрастированием) гипоталамо-гипофизарной области – при установлении диагноза, далее – при наличии патологического процесса 1 раз в год. УЗИ органов малого таза, яичек – 1 раз в год. УЗИ грудных желез – 1 раз в год. УЗИ ЩЖ – 1 раз в год. КТ надпочечников – 1 раз в год. Биохимический анализ крови (натрий, калий, хлориды, креатинин и/или мочевины) – 2 раза в год. Глюкоза крови – 1 раз в год, глюкозотолерантный тест – по медицинским показаниям. ЭКГ – 1 раз в год. Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год. Контроль АД – при посещении врача. Костная денситометрия – 1 раз в год	Согласно протоколам лечения (заместительная терапия в зависимости от формы нарушения полового созревания). Хирургическое лечение – при необходимости	До достижения возраста физиологического периода полового созревания	Клинико-гормональная компенсация

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Дефицит гормона роста E 23.0	1 раз в 3 месяца	Врач-гинеколог (врач-уролог) – 1 раз в 6 месяцев, врач-педиатр – 1 раз в год, врач-невролог – 1 раз в год	Определение темпов роста, соматограмма – при посещении врача. Рентгенография кисти (костный возраст), кариотип – по медицинским показаниям. СТГ, ЛГ, ФСГ, ТТГ, FT4, пролактин, эстрадиол, прогестерон, тестостерон – не менее 1 раза в год. Фармакологические пробы – по медицинским показаниям. МРТ (КТ с контрастированием) гипоталамо-гипофизарной области – по медицинским показаниям. УЗИ органов малого таза, яичек – 1 раз в год. УЗИ грудных желез – 1 раз в год. УЗИ щитовидной железы – 1 раз в год. Биохимический анализ крови (натрий, калий, хлориды, креатинин и/или мочевины) – 2 раза в год. Глюкоза крови – 1 раз в год, глюкозотолерантный тест – по медицинским показаниям. ЭКГ – 1 раз в год. Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год. Контроль АД – при посещении врача. КТ надпочечников – по медицинским показаниям	Согласно протоколам лечения (заместительная терапия препаратами гормона роста)		Достижение социально значимого роста
<b>Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе Д (III) у врача-хирурга</b>						
Флеботромбоз, постфлеботический синдром I 80	2 раза в год	Врач-ангиохирург – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма – по медицинским показаниям	Эластическое бинтование ноги или эластический медицинский чулок. Курсовое медикаментозное лечение. Оперативное лечение – по показаниям	Наблюдение пожизненно	Снижение нетрудоспособности. Улучшение клинических показателей. Стабилизация процесса. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения
Хронический остеомиелит M 86	2 раза в год	Врач-травматолог, врач-терапевт – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год. Посев отделяемого на флору и определение ее чувствительности к антибиотикам, рентгенограмма – по медицинским показаниям	Лечение ЛС и хирургическое лечение	При достижении критериев эффективности	Ремиссия в течение 2 лет



Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Атеросклероз артерий конечностей I 70.2	2 раза в год	Врач-терапевт, сосудистый хирург – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма – 1 раз в год, УЗИ сосудов – 1 раз в год	Курсовое лечение не реже 2–3 раз в год. При наличии показаний – оперативное лечение	Наблюдение пожизненно	Снижение нетрудоспособности. Улучшение клинических показателей. Стабилизация процесса. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения
Синдром Рейно I 73.0	1 раз в год	Врач-терапевт, врач-сосудистый хирург – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год	Курсовая медикаментозная терапия. При наличии показаний – симпатэктомиа	Наблюдение пожизненно	Снижение нетрудоспособности. Улучшение клинических показателей. Стабилизация процесса, отсутствие инвалидности. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения
Эндартериит I 77.6	2 раза в год	Врач-терапевт, врач – сосудистый хирург – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год		При достижении критериев эффективности	Снижение нетрудоспособности. Улучшение клинических показателей. Стабилизация процесса, отсутствие инвалидности. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения
Состояние после операции по поводу язвенной болезни K 25–K 28	1 раз в год	Врач-терапевт – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год. Рентгенологическое и эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта – по медицинским показаниям	Диета. Медикаментозная терапия – по показаниям. Трудоустройство – по медицинским показаниям	Отсутствие нетрудоспособности. Через 1 год – перевод к врачу-терапевту	Снижение нетрудоспособности. Улучшение клинических показателей. Ликвидация осложнений, отсутствие инвалидности
Состояние после операций на органах гепатодуоденальной зоны K 80–K 87	1 раз в год	Врач-терапевт – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год. Рентгенологическое и эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта – по медицинским показаниям	Диета. Медикаментозная терапия – по показаниям. Трудоустройство – по медицинским показаниям	Отсутствие нетрудоспособности. Через 1 год – перевод к врачу-терапевту	Снижение нетрудоспособности. Улучшение клинических показателей. Ликвидация осложнений, отсутствие инвалидности
Желчнокаменная болезнь K 80	1 раз в год	Врач-терапевт – по медицинским показаниям	Общий анализ крови и другие методы исследования по медицинским показаниям	Диета. Медикаментозная терапия, раннее оперативное лечение – по медицинским показаниям	Отсутствие нетрудоспособности	Снижение нетрудоспособности. Улучшение клинических показателей. Ликвидация осложнений, отсутствие инвалидности

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Грыжи К 40–К 46	1 раз в год	Врач-терапевт – по медицинским показаниям	Общий анализ крови и другие методы исследования по медицинским показаниям	Диета. Медикаментозная терапия, раннее оперативное лечение – по медицинским показаниям	Отсутствие нетрудоспособности	Снижение нетрудоспособности. Улучшение клинических показателей. Ликвидация осложнений, отсутствие инвалидности
Варикозное расширение вен нижних конечностей I 83	1 раз в год	Врач-терапевт – по медицинским показаниям	Общий анализ крови и другие методы исследования по медицинским показаниям	Диета. Медикаментозная терапия, раннее оперативное лечение – по медицинским показаниям	Отсутствие нетрудоспособности	Снижение нетрудоспособности. Улучшение клинических показателей. Ликвидация осложнений, отсутствие инвалидности
Полипоз толстой кишки (после оперативного лечения) D 12	1 раз в год		Общий анализ крови – 2 раза в год, общий анализ мочи – 1 раз в год. Рентгенологическое и эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта – по медицинским показаниям	Диета. Режим. Трудоустройство – по медицинским показаниям	Отсутствие нетрудоспособности. Через 1 год – перевод к врачу-терапевту	Улучшение клинических показателей. Стабилизация процесса
диффузный D 12	2 раза в год	Врач-онколог	Общий анализ крови, общий анализ мочи – при каждом посещении. У колоноскопированных пациентов биохимические анализы крови (белок и белковые фракции, электролиты, билирубин, холестерин, мочевины, креатинин, амилаза), фиброколоноскопия – 1 раз в год. Фиброгастроскопия с биопсией полипов – 1 раз в год	Стационарное лечение осложнений – по показаниям. Режим питания, труда и отдыха. Гигиена перестомальной кожи. Подбор калоприемника. Диетическое регулирование функции илеостомы (исключение продуктов, вызывающих повышенное газообразование, ограничение растительной клетчатки и тугоплавких жиров; употребление глюкозо-солевых смесей для оральной регидратации). Трудоустройство	При достижении критериев эффективности	Улучшение клинических показателей. Стабилизация процесса. Отсутствие местных осложнений илеостомы. Отсутствие нарушений гомеостаза. Социальная и трудовая реабилитация
ворсинчатые опухоли D 12	На 1-м году – 1 раз в 3 месяца, на 2-м и 3-м году – 1 раз в 6 месяцев, в последующие годы – 1 раз в год	Врач-онколог	Общий анализ крови, общий анализ мочи, пальцевое исследование прямой кишки – при каждом посещении. Ректоромано-, фиброколоно- или ирригоскопия. Гастроскопия и исследование других органов – по медицинским показаниям	Соблюдение здорового образа жизни. Лечение сопутствующих заболеваний органов пищеварения	При достижении критериев эффективности	Снижение частоты запущенных случаев рака органов пищеварения

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
множественные полипы и тубулярно-ворсинчатые аденомы D 12	Через 6 и 12 месяцев, затем – 1 раз в год	Врач-онколог	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год. Ректоромано-, фиброколоно- или ирригоскопия при отсутствии фиброколоноскопа – по медицинским показаниям	Соблюдение здорового образа жизни. Лечение сопутствующих заболеваний органов пищеварения	Наблюдение пожизненно	Снижение онкологической заболеваемости
единичные тубулярные аденомы D 12	1 раз в год, по медицинским показаниям – чаще	Врач-онколог	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год. Ректоромано-, фиброколоно- или ирригоскопия при отсутствии фиброколоноскопа – по медицинским показаниям	Соблюдение здорового образа жизни. Лечение сопутствующих заболеваний органов пищеварения	Наблюдение пожизненно	Снижение онкологической заболеваемости
Оперированные по поводу множественных и единичных полипов и тубулярно-ворсинчатых аденом D 12	По медицинским показаниям	Врач-онколог	Общий анализ крови – 1 раз в год. Ректоромано-, фиброколоно- или ирригоскопия при отсутствии фиброколоноскопа – по медицинским показаниям	Соблюдение здорового образа жизни. Лечение сопутствующих заболеваний органов пищеварения	В течение 3 лет, затем при отсутствии рецидива – наблюдение у врача-терапевта	Снижение частоты запущенных случаев рака органов пищеварения
Одиночные полипы толстой кишки, не подлежащие операции (размер менее 0,4 см) D 12	1 раз в год	Врач-онколог	Общий анализ крови – 1 раз в год. Ректоромано-, колоноскопия – 1 раз в год (ирригоскопия – при отсутствии фиброколоноскопа)	Соблюдение здорового образа жизни. Лечение сопутствующих заболеваний органов пищеварения	Наблюдение пожизненно	Снижение частоты запущенных случаев рака органов пищеварения
Состояние после операций на органах грудной клетки I 85– I 94	2 раза в год	Врач-терапевт, врач – торакальный хирург – по медицинским показаниям	По медицинским показаниям	Стационарное лечение осложнений. Режим труда и отдыха. ЛФК. Трудоустройство	При отсутствии рецидива заболевания и осложнений – в течение 2 лет, затем – врач-терапевт	Улучшение клинических показателей. Трудовая реабилитация. Перевод под наблюдение врача-терапевта
Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе Д (III) у врача-уролога***						
Состояние после перенесенного острого пиелонефрита N 10	2 раза в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год, анализ мочи по Зимницкому; биохимический анализ крови (мочевина, креатинин); бактериологическое исследование мочи – по медицинским показаниям	Диета с исключением острых блюд, приправ, специй, алкоголя. Активный двигательный режим. Санация хронических очагов инфекции. Профилактика возникновения острых воспалительных заболеваний	Отсутствие рецидива в течение года – перевод в группу Д (II)	Отсутствие рецидивов. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Пиелонефрит хронический N 11	2 раза в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год, анализ мочи по Зимницкому; биохимический анализ крови (мочевина, креатинин); бактериологическое исследование мочи, другие исследования – по медицинским показаниям	Те же, антибактериальная терапия, препараты, улучшающие микроциркуляцию крови, витаминно- и иммуностимулирующая терапия. Санаторно-курортное лечение. Рациональное трудоустройство	Отсутствие рецидива в течение года – перевод в группу Д (III) под наблюдением врача-терапевта	Нормализация или улучшение функции почек. Уменьшение частоты обострений. Снятие группы инвалидности. Снижение временной нетрудоспособности. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения
Мочекаменная болезнь N 20	2 раза в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – 2 раза в год. Радиоизотопная ренография, обзорная и экскреторная урография – по медицинским показаниям. Анализ камня и биохимический анализ мочи – для республиканского уровня	Диета, назначаемая в зависимости от химического состава камней; стабилизация водно-электролитного баланса организма. Противорецидивное лечение. Литолитическая консервативная терапия при мочекишлом нефролитиазе	Отсутствие рецидива камнеобразования в течение 2 лет – перевод в группу Д (II)	Уменьшение частоты рецидивирования. Снижение временной нетрудоспособности. Перевод в группу Д (II) после удаления камней
Состояние после нефрэктомии по поводу мочекаменной болезни (лица с единственной почкой) N 20	2 раза в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ – 1 раз в год, УЗИ ОБП – по медицинским показаниям	Диета в зависимости от химического состава камней. Питьевой режим, предусматривающий стабилизацию водно-электролитного баланса организма, профилактика острых воспалительных заболеваний	Отсутствие рецидива камнеобразования в течение 2 лет	Отсутствие камнеобразования в течение 2 лет – перевод в группу Д (II)
Лейкоплакия мочевого пузыря N 30	2 раза в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Цистоскопия и общий анализ мочи – 2 раза в год	Трансуретральная электрокоагуляция – по показаниям	Отсутствие рецидива в течение 2 лет	Отсутствие рецидива в течение 2 лет – перевод в группу Д (II)
Гидронефроз (состояние после операции) N 13	2 раза в год, по медицинским показаниям – чаще	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ мочи, контрольная экскреторная урография, радиоизотопная ренография, ультразвуковое исследование почек – 1 раз в год	Диета и режим, как при хроническом пиелонефрите. Профилактика послеоперационных осложнений	Отсутствие рецидива в течение 2 лет, как при хроническом пиелонефрите. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения	Отсутствие рецидива в течение 2 лет – перевод в группу Д (II). Медицинская и социально-трудовая реабилитация в течение 2 лет
Состояние после травмы почки S 37	2 раза в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год, УЗИ ОБП – 2 раза в год	Режим труда и отдыха с ограничением выраженной физической нагрузки. Физиотерапевтические процедуры. Санаторно-курортное лечение – по медицинским показаниям	Отсутствие патологии в течение 1 года	Медицинская и социально-трудовая реабилитация в течение 2 лет

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Нефроптоз N 28.8	1 раз в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, экскреторная урография, контроль АД – 1 раз в год	Диета. Режим труда и отдыха – исключить физические нагрузки и перегрузки. ЛФК, укрепление мышц передней брюшной стенки. Профилактика воспалительных заболеваний почек и органов мочеполовой системы. Оперативное лечение – по показаниям. Санаторно-курортное лечение. Рациональное трудоустройство	Восстановление трудоспособности. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения	1. Оперативное устранение 2. Отсутствие симптоматики в течение 2 лет (нормальное АД, отсутствие расширения ЧЛС, отсутствие болей)
Аномалии почек, мочеточников, мочевого пузыря (с нарушением функции) Q 60–Q 64	2 раза в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, анализ мочи, биохимический анализ крови, ренография (либо экскреторная урография) – 1 раз в год	Профилактика возникновения инфекционно-аллергических и воспалительных заболеваний, переохлаждения организма; ограничение тяжелого физического труда	Наблюдение пожизненное	Отсутствие заболеваний почек и органов мочеполовой системы
Состояние после нефрэктомии	2 раза в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, анализ мочи, биохимический анализ крови, ренография (либо экскреторная урография) – 1 раз в год	Те же. Рациональное трудоустройство	Отсутствие заболеваний в течение года	Отсутствие поражения оставшейся почки. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы N 40	1 раз в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год, биохимический анализ крови, ПСА – 1 раз в год. УЗИ почек, простаты с определением остаточной мочи в мочевом пузыре, урофлоуметрия – по медицинским показаниям	Диета, богатая витаминами, с ограничением алкоголя, пищи консервированной, жареной, резко соленой, богатой специями. Режим – легкий физический труд, при гиподинамии – производственная гимнастика, прогулки, ЛФК. Устранение вредных привычек (курение и прочее)	Наблюдение пожизненно	Отсутствие рецидивов – выздоровление. Медицинская и социально-трудовая реабилитация. Перевод в группу Д (II) диспансерного наблюдения
Состояние после оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы N 40	2 раза в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, мочи – 2 раза в год, исследование количества остаточной мочи ПСА – 1 раз в год, УЗИ почек, простаты с определением остаточной мочи в мочевом пузыре, урофлоуметрия – по медицинским показаниям	Диета и режим те же. Профилактика воспалительных заболеваний верхних мочевых путей, фитотерапия, по показаниям – антибактериальная и противовоспалительная терапия. Санаторно-курортное лечение	Отсутствие рецидива в течение 1 года – перевод в группу Д (II)	Отсутствие прогрессирования

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Состояние после операции по поводу травмы уретры S 37.3	2 раза в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ мочи. Урофлоуметрия – 2 раза в год, уретрография – по медицинским показаниям	Бужирование (по схеме) и физиотерапевтическое лечение – по медицинским показаниям. Профилактика воспалительных заболеваний мочевого пузыря, простаты	Отсутствие рецидива в течение 2 лет	Отсутствие рецидива и прогрессирования
Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе Д (III) у врача-травматолога-ортопеда ***						
Повреждения магистральных сосудов на конечностях. Состояние после восстановительных операций, в том числе с использованием микрохирургической техники S 45, S 55, S 75, S 85	В течение первого года – ежеквартально, в течение 2-го года – не менее 2 раз в год	Врач-невролог	Флоуометрия, термография, изучение состояния свертывающей и противосвертывающей системы крови – по медицинским показаниям	Профилактика тромбоза и тромбоземболии, ЛФК	Восстановление функции поврежденной конечности. Перевод в группу Д (II)	Восстановление регионарного кровотока. Отсутствие ангиотрофических нарушений
Повреждения ключично-акромиального сочленения. Состояние после операции по поводу полного разрыва клювовидно-ключичной связки S 43.1	В течение 1-го года – 2 раза в год, в течение 2-го года – не менее 1 раза в год	Врач-невролог	Рентгенография акромиально-ключичного сочленения – 1 раз в год	ЛФК, массаж мышц плечевого пояса	Восстановление объема движений в плечевом суставе и силы мышц. Перевод в группы Д (II), Д (I)	Анатомическое соответствие суставообразующих поверхностей акромиально-ключичного сочленения
Переломы ключицы S 42.0	В течение года после завершения амбулаторного лечения	Врач-невролог	Рентгенография – 1 раз в год	ЛФК, массаж мышц плечевого пояса	При достижении критериев эффективности	Полная консолидация перелома. Восстановление функции плечевого сустава
Застарелые и привычные вывихи в плечевом суставе. Состояние после оперативного лечения S 43.4	В течение первого года – ежеквартально	Врач-невролог	Исследование функции мышц и объема движений в суставе – по медицинским показаниям	ЛФК, режим труда и отдыха	Полное восстановление функции плечевого сустава. Отсутствие рецидива вывиха	Восстановление функции верхней конечности. Перевод в группу Д (I)
Внутри- и околосуставные переломы проксимального конца плечевой кости S 42.2	В течение 2 лет после завершения амбулаторного лечения – один раз в год	Врач-невролог	Рентгенография – 1 раз в год	ЛФК, массаж, терапия ЛС – по медицинским показаниям	Восстановление функции верхней конечности. Перевод в группу Д (I)	Консолидация перелома с сохранением конгруэнтности суставообразующей поверхности. Полный объем движений

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Переломы диафиза плечевой кости S 42.3	В течение года, по завершении амбулаторного лечения – 2 раза в год	Врач-невролог	Клиническая оценка функции поврежденной конечности – по медицинским показаниям. Рентгенография – 1 раз в год	ЛФК, режим труда	При достижении критериев эффективности – перевод в группу Д (I)	Консолидация перелома без смещения. Восстановление функции локтевого и плечевого суставов
Внутрисуставные переломы в зоне локтевого сустава S 42.4	В течение года после травмы – ежеквартально	Врач-невролог	Рентгенография – 1 раз в год. Оценка объема движений в суставе и силы мышц – по медицинским показаниям	ЛФК, массаж, рассасывающая терапия	Увеличение объема движений. Перевод в группы Д (II), Д (I)	Консолидация перелома. Восстановление функции локтевого сустава
Закрытые и открытые переломы диафиза костей предплечья S 52.2, S 52.3, S 52.4	2 раза – в течение первого года после завершения амбулаторного лечения	Врач-невролог	Рентгенография – 1 раз в год. Функциональные клинические исследования – по медицинским показаниям	ЛФК, массаж	Восстановление функции. Перевод в группу Д (I)	Консолидация перелома без смещения. Восстановление ротационных движений предплечья и смежных сегменту суставов
Переломы луча в типичном месте S 52.1	В течение 1 года после травмы	Врач-невролог	Изучение функции кисти и лучезапястного сустава – по медицинским показаниям	ЛФК, массаж. Режим труда	При достижении критериев эффективности – перевод в группу Д (I)	Консолидация перелома. Восстановление функции лучезапястного сустава
Перелом ладьевидной кости S 62.0	В течение 2 лет после травмы. В течение первого года – 4 раза	Врач-невролог	Рентгенография – по медицинским показаниям, но не реже 1 раза в год	ЛФК	При достижении критериев эффективности – перевод в группу Д (I)	Консолидация перелома. Восстановление функции лучезапястного сустава
Субкапитальные и трансцервикальные переломы шейки бедра. Состояние после остеосинтеза или эндопротезирования S 72.0	Ежеквартально в течение первого года после операции, затем – 2 раза в год	Врач-невролог	Рентгенография – 1 раз в год	Режим, трудоустройство, ЛФК, массаж	Восстановление опорной функции поврежденной конечности. Перевод в группу Д (II)	Консолидация перелома. Стабильность ацетабулярного и бедренного компонента эндопротеза
Межвертельные, чрезвертельные и подвертельные переломы бедра. Состояние после остеосинтеза S 72.1, S 72.2	2 раза в год – в течение 2 лет после травмы	Врач-невролог	Рентгенография – 1 раз в год. Оценка функционального состояния близлежащих суставов по медицинским показаниям	Режим, трудоустройство у лиц моложе 60 лет, ЛФК	При достижении критериев эффективности – перевод в группу Д (II)	Консолидация перелома. Стабильность всех компонентов эндопротеза. Полная опорная функция

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Переломы диафиза бедренной кости S 72.3	В течение года после завершения амбулаторного лечения	Врач-невролог	Рентгенография – 1 раз в год. Другие исследования – по медицинским показаниям	Трудоустройство, режим, ЛФК	При достижении критериев эффективности – перевод в группу Д (I)	Консолидация перелома. Восстановление опорности и функции коленного и тазобедренного сустава
Переломы мыщелков бедренной и большеберцовой костей S 72.8	2 раза в год – в течение 2 лет после травмы	Врач-невролог	Рентгенография, исследование функции коленного сустава – по медицинским показаниям	Режим, трудоустройство, ЛФК, массаж	Восстановление опорной функции и объема движений в коленном суставе. Перевод в группы Д (II), Д (I)	Консолидация перелома, конгруэнтности суставной поверхности. Восстановление функции коленного сустава
Повреждения менисков коленного сустава. Состояние после менискэктомии S 83.2	Ежеквартально – в течение первого года после операции	Врач-невролог	Рентгенография, исследование функции коленного сустава – по медицинским показаниям	Режим, трудоустройство, ЛФК, массаж	При достижении критериев эффективности – перевод в группу Д (I)	Восстановление функции коленного сустава
Повреждение передней крестообразной связки. Пластика связки S 83.5	2 раза – в течение первого года после операции	Врач-невролог	Исследование стабильности сустава – по медицинским показаниям	ЛФК, массаж	Восстановление функции сустава. Перевод в группу Д (I)	Восстановление функции коленного сустава. Состоятельность капсуло-связочного аппарата
Переломы костей пястных, в том числе перелом Беннета S 83.5	В течение года после травмы – 1 раз в год	Врач-невролог	Рентгенография, клиническая оценка функции кисти – по медицинским показаниям	ЛФК, режим труда	При достижении критериев эффективности – перевод в группу Д (I)	Консолидация перелома. Восстановление функции
Повреждения сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев. Состояние после шва сухожилий S 66	4 раза – в течение года после завершения амбулаторного лечения	Врач-невролог	Клиническая оценка функции поврежденного сухожилия – по медицинским показаниям	ЛФК, лидаза, курс инъекций пирогенала	Восстановление функции сухожилия. Перевод в группу Д (I)	Восстановление функции хвата кисти
Повреждение локтевого и срединного нервов на уровне лучезапястного сустава S 64	Ежеквартально – в течение первого года	Врач-невролог	Клиническая оценка функции нервов и лучезапястного сустава, электрофизиологическое обследование – по медицинским показаниям	ЛФК, витаминотерапия	Восстановление функции. Перевод в группы Д (II) и Д (I)	Восстановление функции хвата кисти и всех видов чувствительности
Компрессионные переломы позвоночника, неосложненные S 12, S 32, S 22	2 раза в год – в течение 2 лет	Врач-невролог	Рентгенография – 1 раз в год. Клиническая оценка функционального состояния позвоночника – по медицинским показаниям	ЛФК, массаж мышц спины, трудоустройство	Восстановление функции. Перевод в группы Д (II) и Д (I)	Восстановление мобильности всех отделов позвоночника, отсутствие корешкового синдрома



Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Нестабильные типы переломов костей таза, переломы типа Мальгенья S 32.7	Ежеквартально – в течение первого года, 2 раза в год – на втором году диспансерного наблюдения	Врач-невролог, врач-уролог, врач-акушер-гинеколог	Рентгенография костей таза – по медицинским показаниям, не чаще 1 раза в год	Режим, трудоустройство, ЛФК, массаж	Восстановление функции. Перевод в группу Д (II)	Восстановление анатомической целостности тазового комплекса. Отсутствие болей в крестцово-подвздошном сочленении и тазобедренных суставах
Переломы вертлужной впадины S 32.4	2 раза в год – в течение 2 лет после завершения стационарного лечения	Врач-невролог, врач-уролог, врач-акушер-гинеколог	Рентгенография – 1 раз в год. Функциональное клиническое обследование – по медицинским показаниям	Режим, трудоустройство, ЛФК	Отсутствие болевого синдрома. Перевод в группу Д (II)	Восстановление объема движений в тазобедренном суставе
Закрытые переломы диафиза костей голени. Замедленная консолидация S 82.2, S 82.4	2 раза – в течение первого полугодия, затем – 1 раз в год	Врач-невролог	Рентгенография, исследование функции конечности – по медицинским показаниям	Режим, трудоустройство, ЛФК	Восстановление опорной функции конечности. Перевод в группы Д (II) и Д (I)	Консолидация перелома, восстановление полного объема движений в смежных сегментах суставов
Закрытые переломы диафиза костей голени, неосложненные S 82.2, S 82.4	2 раза – в течение 1-го года после завершения амбулаторного лечения	Врач-невролог	Рентгенография, исследование функции коленного и голеностопного суставов – по медицинским показаниям	Режим, трудоустройство, ЛФК, массаж мышц бедра	Восстановление функции конечности. Перевод в группу Д (I)	Консолидация перелома, восстановление функции в смежных сегментах суставов
Абдукционно-эверсионные переломы в зоне голеностопного сустава II–III степени S 82	Ежеквартально – в течение первого года и 1 раз в год в последующем	Врач-невролог	Рентгенография, исследование опорной функции и объема движений в голеностопном суставе – по медицинским показаниям	Режим, трудоустройство, ЛФК, плавание, массаж. Ношение супинаторов	Восстановление опорной функции и объема движений. Перевод в группы Д (II) и Д (I)	Консолидация перелома, восстановление функции голеностопного сустава
Разрывы ахиллова сухожилия. Состояние после операции S 86.0	2 раза – в течение первого года после операции	Врач-невролог	Исследование локального статуса – 1 раз в год	ЛФК, массаж, рассасывающая терапия	При достижении критериев эффективности – перевод в группу Д (I)	Полное восстановление функции голеностопного сустава
Переломы в суставе Лисфранка, застарелые (состояние после восстановительного лечения) S 92	Ежеквартально – в течение первого года, затем – 1 раз в год	Врач-невролог	Рентгенография, исследование опорной функции стопы – по медицинским показаниям	ЛФК, массаж, режим, трудоустройство	При достижении критериев эффективности – перевод в группу Д (I)	Консолидация перелома, восстановление функции перелома стопы

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Открытые переломы, осложненные остеомиелитом М 86.1	Ежеквартально – в течение 2 лет после травмы	Врач-невролог	Рентгенография, другие исследования – по медицинским показаниям	Профилактические курсы антибактериальной терапии. Физиотерапия	Восстановление опорной функции конечности. Перевод в группу Д (II)	Ремиссия воспалительного процесса в течение 2 лет. Консолидация перелома. Восстановление функции в смежных сегментах суставов
Интервертебральный остеохондроз позвоночника М 42	1 раз в год	Врач-невролог	Рентгенография, другие исследования – по медицинским показаниям	Трудоустройство, режим, ЛФК, массаж, терапия ЛС. Физиотерапия	Улучшение клинических показателей. Перевод в группы Д (II), Д (I)	Стойкое отсутствие болевого синдрома
Остеохондропатии	1 раз в год	Врач-невролог	Рентгенография, другие исследования – по медицинским показаниям	ЛФК, физиотерапия	При достижении критериев эффективности – перевод в группу Д (I)	Реоссификация костной структуры. Восстановление функции
Ревматоидный полиартрит. Состояние после хирургической синовэктомии	2 раза в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Рентгенография, исследование функции суставов – по медицинским показаниям	Режим, трудоустройство, ЛФК, массаж. Базисная терапия согласно клиническим протоколам	При достижении критериев эффективности – перевод в группу Д (II)	Стойкая ремиссия. Восстановление функции
Коксартрозы (посттравматические, диспластические, идиопатические)	1 раз в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Рентгенография, другие исследования – по медицинским показаниям	Режим, ЛФК, трудоустройство	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности	Длительное диспансерное наблюдение
Состояние после тотального или однополюсного эндопротезирования тазобедренного сустава	2 раза в год – в течение 1-го года, затем – 1 раз в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Рентгенография, исследование функции тазобедренного сустава – по медицинским показаниям	Лечение согласно клиническим протоколам	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности	Длительное диспансерное наблюдение
Деформирующий артроз коленного сустава. Состояние после восстановительных оперативных вмешательств	2 раза в год – в течение 1-го года, затем 1 раз в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Рентгенография, исследование функции сустава – по медицинским показаниям	Лечение согласно клиническим протоколам	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности	Длительное диспансерное наблюдение
Деформация конечностей на почве повреждений и заболеваний центральной и периферической нервной системы	2 раза в год	Врач-невролог	Электрофизиологические исследования и другие исследования – по медицинским показаниям	Режим, ЛФК, массаж	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности	Длительное диспансерное наблюдение
Реплантация конечностей и сегментов (кисти, пальцев)	4 раза – в течение первого года, затем – 2 раза в год	Врач-невролог	Исследование функции кисти, пальцев – по медицинским показаниям	Режим, трудоустройство, ЛФК, терапия ЛС	При достижении критериев эффективности – перевод в группу Д (II)	Восстановление регионарного кровотока, всех видов чувствительности и функций кисти

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Статическая деформация стоп. Состояние после восстановительных оперативных вмешательств	2 раза – в течение первого года	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Исследование функции стопы, подограния, электрофизиологическая оценка ходьбы, переката стопы по медицинским показаниям	Режим, трудоустройство, ЛФК, массаж, ношение супинаторов	Перевод в группу Д(I) при достижении критериев эффективности	Длительное диспансерное наблюдение
Состояние после оперативных вмешательств на костно-суставном аппарате в связи с опухолевым и системным поражением	Ежеквартально – в течение первого года, затем – 2 раза в год	Врач-онколог	Рентгенография, радионуклидное исследование очага поражения, исследование функции оперированной конечности – по медицинским показаниям	Режим, трудоустройство	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности, восстановление функции конечности	Отсутствие рецидива опухолевого роста в течение 5 лет. Восстановление опорной функции
Деформирующие дорсопатии М 40–М 43	1 раз в год, по показаниям – чаще	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Рентгенография и другие методы исследования по медицинским показаниям	Режим, трудоустройство, ЛФК, массаж, ношение корсета	При отсутствии прогрессирования в течение нескольких лет – перевод в группу Д (II)	Диспансерное наблюдение
<b>Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе Д (III) у врача-офтальмолога</b>						
Глаукома первичная Н 40.0–Н 40.2	4 раза в год, по медицинским показаниям – чаще	Врач-терапевт, врач-невролог, врач-эндокринолог – по медицинским показаниям	Общее офтальмологическое обследование включает: состояние переднего отрезка глаза и его придатков, определение остроты зрения без коррекции и с коррекцией, исследование поля зрения, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, гониоскопию – по медицинским показаниям	Амбулаторное лечение: лечение ЛС местное – постоянно, общее – курсами 2–3 раза в год, лазерное (по медицинским показаниям). Стационарное лечение: отработка режима миотиков, поддерживающая терапия, хирургическое вмешательство (по медицинским показаниям). Режим, санаторно-курортное лечение сопутствующих заболеваний, трудоустройство – по медицинским показаниям	Наблюдение пожизненно	Стабилизация зрительных функций, компенсация офтальмотонуса

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Глаукома вторичная Н 40.3–Н 40.6	4 раза в год, по медицинским показаниям – чаще	Врач-терапевт – по медицинским показаниям	Общее офтальмологическое обследование включает: состояние переднего отрезка глаза и его придатков, определение остроты зрения без коррекции и с коррекцией, исследование поля зрения, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, ультразвуковое исследование (В-сканирование), гониоскопию, другие исследования – по медицинским показаниям	Амбулаторное лечение: лечение ЛС местное – постоянно, общее – курсами 2–3 раза в год, лазерное (по медицинским показаниям). Стационарное лечение: отработка режима миотиков, поддерживающая терапия, хирургическое вмешательство (по показаниям). Режим, санаторно-курортное лечение сопутствующих заболеваний, трудоустройство – по медицинским показаниям. Амбулаторное лечение основного заболевания	Наблюдение пожизненно	Стабилизация зрительных функций, компенсация офтальмотонуса
Близорукость прогрессирующая (свыше 3,0 Д с прогрессированием 1,0 Д и выше ежегодно) Н 52.1	3 раза в год – по показаниям. При стабилизации близорукости в течение 3 лет – перевод в группу Д (II)	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общее офтальмологическое обследование, объективное исследование рефракции в условиях циклоплегии; определение запаса аккомодации, ультразвуковое определение переднего-заднего размера глаза (по показаниям). Осмотр глазного дна с фундус-линзой. Консультация терапевта, эндокринолога – по медицинским показаниям	Склеропластические операции, коррекция миопии (очковыми, контактными линзами), лечение ЛС (общеукрепляющее), тренировки аккомодации, режим физической и зрительной нагрузки (по медицинским показаниям). Лазерная фотокоагуляция – по показаниям	Наблюдение до 18 лет, при стабилизации миопии – снятие с учета	Стабилизация миопического процесса
Близорукость высокой степени (свыше 10,0 Д) и осложненная любой степени Н 52.1	2 раза в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общее офтальмологическое обследование, прямая офтальмоскопия, объективное исследование рефракции, ультразвуковое определение переднего-заднего размера глаза (по показаниям). Осмотр глазного дна с фундус-линзой	Коррекция миопии (очковая, контактная или хирургическая). Лечение ЛС общеукрепляющее. Лазерное и хирургическое лечение (по медицинским показаниям). Рациональное трудоустройство, ограничение зрительных и физических нагрузок	Наблюдение пожизненно	Стабилизация миопического процесса
Ретинопатия диабетическая, гипертоническая, смешанного типа Н 36.0	3 раза в год, по медицинским показаниям – чаще	Врач-терапевт, врач-эндокринолог	Исследование остроты и поля зрения, тонометрия, прямая офтальмоскопия, флуоресцентная ангиография и ультразвуковое исследование (по медицинским показаниям), гониоскопия, оптическая когерентная томография (по медицинским показаниям)	Диета, режим, медикаментозное лечение, фотокоагуляция – по медицинским показаниям, лазерное и хирургическое лечение (по медицинским показаниям). Лечение основного заболевания. Рациональное трудоустройство (при показаниях)	Наблюдение пожизненно	Стабилизация зрительных функций и офтальмологической картины

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Сосудистые осложнения гипертонической болезни (ишемическая нейропатия, окклюзии сосудов сетчатки, тяжелые ангиоспазмы) Н 34.0–Н 34.9	4 раза в год	Врач-терапевт, врач-невролог, врач-эндокринолог, врач-кардиолог	Общее офтальмологическое обследование, прямая офтальмоскопия, калиброметрия, оптическая когерентная томография, тонометрия, кампиметрия, коагулограмма – по медицинским показаниям	Лечение основного заболевания, фотокоагуляция – по показаниям, лазерное и хирургическое лечение (по медицинским показаниям). Сосудорасширяющая и сосудукрепляющая терапия. Режим, диета, санаторно-курортное лечение (по медицинским показаниям). Рациональное трудоустройство	Наблюдение пожизненно	Улучшение клинических показателей. Стабилизация зрительных функций
Последствия поврежденного органа зрения (проникающие ранения, контузии и ожоги глаза II–IV степени) Т 90.4	1 раз в месяц первые 3 месяца после выписки из стационара и 2 раза в год в течение 3 лет. При показаниях – чаще. Затем – перевод в группу Д (II) на 5 лет (при относительном обострении)	Врач-терапевт, врач-хирург, врач-невролог – по медицинским показаниям	Общее офтальмологическое обследование, ультразвуковое обследование, рентгенологическое исследование, оптическая когерентная томография, флюоресцентная ангиография – по медицинским показаниям	Лечение ЛС и хирургическое лечение последствий травм (по медицинским показаниям). Оптическая и косметическая коррекция (по показаниям). Рациональное трудоустройство (по медицинским показаниям)	Стабилизация и восстановление зрительных функций, отсутствие основного процесса	Стабилизация и восстановление зрительных функций, отсутствие основного процесса
Последствия травм органа зрения Т 90.4	1 раз в год	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общее офтальмологическое обследование, прочие – по медицинским показаниям	Щадящий режим труда и быта, гигиена зрительного труда	При стабилизации процесса – снятие с учета через 5 лет	Отсутствие ухудшения состояния органа зрения
Герпетическая болезнь глаза В 00.5	2 раза в год – в течение 3 лет после заболевания, по медицинским показаниям – чаще	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, иммунологические и вирусологические исследования, исследование остроты зрения, чувствительности роговицы, биомикроскопия, тонометрия – по медицинским показаниям	Местное лечение ЛС, противорецидивная вакцинация. Диета, режим	При стабилизации процесса – снятие с учета через 3 года	Отсутствие рецидива заболевания
Дегенеративные и дистрофические изменения сетчатки Н 31.0	2 раза в год	Врач-терапевт, врач-невролог, врач-стоматолог, врач-эндокринолог	Общее офтальмологическое обследование, периметрия, кампиметрия, электрофизиологическое исследование, анализ крови клинический, биохимические исследования, оптическая когерентная томография, флюоресцентная ангиография – по медицинским показаниям	Диета. Рациональное трудоустройство. Лечение ЛС – по медицинским показаниям	При стабилизации процесса – снятие с учета через 5 лет	Стабилизация процесса

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Воспалительные заболевания зрительного нерва и сетчатки Н 30, Н 46	1 раз в месяц первые 3 месяца после стихания острых явлений, далее – 2 раза в год. При отсутствии рецидивов заболевания в течение 3 лет – перевод в группу Д (II)	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общее офтальмологическое обследование, ультразвуковое и электрофизиологическое исследование, общий анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография черепа, иммунологические и серологические реакции, оптическая когерентная томография, флюоресцентная ангиография – по медицинским показаниям	Лечение основного заболевания. Режим. Диета	При стабилизации процесса – снятие с учета через 5 лет	Стабилизация процесса. Сохранение зрительных функций, перевод в группу Д (II)
Увеиты (ириты, иридоциклиты, хориоидиты) и их последствия Н 20	1 раз в месяц – в течение 3 месяцев после стихания острых явлений, 2 раза в год – в течение 2 лет	Врач-терапевт, врач-фтизиатр, врач-отоларинголог, врач-стоматолог	Общее офтальмологическое обследование. Общий анализ крови, общий анализ мочи, иммунологические, серологические реакции – по медицинским показаниям	Лечение основного заболевания. Профилактическая противорецидивная терапия. Режим, диета. Рациональное трудоустройство (по медицинским показаниям)	При стабилизации процесса – снятие с учета через 2 года	Сохранение зрительных функций
Последствия увеитов и воспалительных заболеваний зрительного нерва Н 21.4–Н 21.9, Н 47	1 раз в год, по медицинским показаниям – чаще	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общее офтальмологическое обследование, другие исследования – по медицинским показаниям	Щадящий режим труда и зрительной работы, профилактика простудных заболеваний	При стабилизации процесса – снятие с учета через 2 года	Сохранение зрительных функций
Состояние после проведенного лечения (хирургического, лучевого) по поводу онкологического заболевания органа зрения:	1 раз в год, по медицинским показаниям – чаще	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общее офтальмологическое обследование, другие исследования – по медицинским показаниям	Щадящий режим труда и зрительной работы, профилактика простудных заболеваний	При стабилизации процесса – снятие с учета через 2 года	Сохранение зрительных функций
опухоли век, конъюнктивы С 43.1, С 44.1, С 69.0	1-й год – 1 раз в 3 месяца, 2-й год – 1 раз в 6 месяцев, 3-й год – 1 раз в год пожизненно	Врач-онколог, врач-невролог	Общее офтальмологическое обследование. Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год. R-графия ОГК, УЗИ органов брюшной полости – 1 раз в год	Щадящий режим труда и зрительной работы, профилактика простудных заболеваний	Наблюдение пожизненно	Выживание. Своевременное выявление отсутствия рецидивов заболевания
внутриглазные опухоли С 69.2–С 69.4	1-й год – 1 раз в 3 месяца, 2-й год – 1 раз в 6 месяцев, 3-й год – 1 раз в год пожизненно	Врач-онколог, врач-невролог	Общее офтальмологическое обследование. Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год. УЗИ органов брюшной полости, R-графия ОГК – 1 раз в год	Щадящий режим труда и зрительной работы, профилактика простудных заболеваний	Наблюдение пожизненно	Выживание. Своевременное выявление отсутствия рецидивов заболевания

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
а) после локального удаления	1-й год – 1 раз в 3 месяца, 2-й год – 1 раз в 6 месяцев, 3-й год – 1 раз в год пожизненно	В р а ч - о н к о л о г , врач-нейрохирург	Общее офтальмологическое обследование. Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2–3 раза в год, диафаноскопия, КТ, МРТ орбиты, микроцикло-скопия и гониоскопия – по медицинским показаниям, УЗИ органов брюшной полости, Р-графия ОГК – 1 раз в год	Щадящий режим труда и зрительной работы, профилактика простудных заболеваний	Наблюдение пожизненно	Выживание. Своевременное выявление отсутствия рецидивов заболевания
б) после фотокоагуляции	1-й год – 1 раз в 3 месяца, 2-й год – 1 раз в 6 месяцев, 3-й год – 1 раз в год пожизненно	В р а ч - о н к о л о г , врач-нейрохирург	Общее офтальмологическое обследование. Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2–3 раза в год, диафаноскопия, КТ, МРТ орбиты, микроцикло-скопия и гониоскопия – по медицинским показаниям, УЗИ органов брюшной полости, Р-графия ОГК – 1 раз в год	Щадящий режим труда и зрительной работы, профилактика простудных заболеваний	Наблюдение пожизненно	Выживание. Своевременное выявление отсутствия рецидивов заболевания
в) после энуклеации или экзентерации	1-й год – 1 раз в 3 месяца, 2-й год – 1 раз в 6 месяцев, 3-й год – 1 раз в год пожизненно	В р а ч - о н к о л о г , врач-нейрохирург	Общее офтальмологическое обследование. Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2–3 раза в год, диафаноскопия, КТ, МРТ орбиты, микроцикло-скопия и гониоскопия – по медицинским показаниям, УЗИ органов брюшной полости, Р-графия ОГК – 1 раз в год	Протезирование – 1 раз в год	Наблюдение пожизненно	Выживание. Своевременное выявление отсутствия рецидивов заболевания
опухоли орбиты доброкачественные D 31.6	2 раза в год – в течение 1 года	Врач-нейрохирург, врач-невролог	Общее офтальмологическое обследование. Общий анализ крови – 2 раза в год, офтальмоскопия, экзография, КТ, МРТ орбиты – по медицинским показаниям	Щадящий режим труда и зрительной работы, профилактика простудных заболеваний	При благополучном исходе – снятие с учета через 1 год	Своевременное выявление рецидивов заболевания, их отсутствие
то же злокачественные C 69.6	1-й год – 1 раз в 3 месяца, 2-й год – 1 раз в 6 месяцев, 3-й год – 1 раз в год пожизненно	Врач-нейрохирург, в р а ч - о н к о л о г , врач-отоларинголог	Общий анализ крови, анализ мочи общий – 2 раза в год, определение остроты и поля зрения, офтальмоскопия, КТ орбиты, экзография, УЗИ органов брюшной полости, Р-графия ОГК – по медицинским показаниям		Наблюдение пожизненно	Выживание. Своевременное выявление рецидивов заболевания, их отсутствие
Состояние после операции по поводу отслойки сетчатки Н 33	2 раза в месяц – в течение 2 месяцев после операции, 4 раза в год – в течение первого года, затем – 2 раза в год (по медицинским показаниям – чаще)	В р а ч - т е р а п е в т , врач-эндокринолог	Общее офтальмологическое обследование, электрофизиологическое исследование сетчатой оболочки, оптическая когерентная томография, флюоресцентная ангиография, эхоскопия – по медицинским показаниям	Режим, лечение ЛС. Рациональное трудоустройство	Стабилизация зрительных функций, отсутствие рецидивов отслойки сетчатки в течение 5 лет – снятие с учета. При двустороннем поражении – наблюдение пожизненно	Стабилизация зрительных функций

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Состояние после рефракционных операций на роговой оболочке Н 18.7	2–3 раза в месяц – в течение 2 месяцев после выписки из стационара. Далее – 3–4 раза в год в течение 2 лет (по медицинским показаниям – чаще)	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общее офтальмологическое обследование, особое внимание обратить на состояние роговицы и рефракцию	Трудоустройство по медицинским показаниям. Местное лечение по медицинским показаниям. Рациональная коррекция	При стабилизации зрительных функций – снятие с учета через 2 года	Повышение зрительных функций
Состояние после склеропластических операций по поводу прогрессирующей близорукости и миопии высокой степени Н 52.1	3 раза в месяц – в течение первого месяца после выписки из стационара, далее – 4 раза в год в течение 2 лет, затем – перевод в группу Д (II) при стабилизации процесса	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общее офтальмологическое обследование, особое внимание обратить на величину рефракции и состояние глазного дна. Эхоскопия, эхобиометрия, прямая офтальмоскопия – по медицинским показаниям	Оптическая коррекция (по медицинским показаниям), терапия ЛС общеукрепляющая. Режим. Рациональное трудоустройство	При стабилизации зрительных функций – снятие с учета через 2 года	Стабилизация миопического процесса
Состояние после операции по поводу глаукомы Н 40	3 раза в месяц – в течение 2 месяцев после выписки, затем – 1 раз в месяц в течение 4 месяцев. Далее – по медицинским показаниям	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общее офтальмологическое обследование, особое внимание обратить на состояние фильтрационной подушки и глубину передней камеры. Тонометрия – 1 раз в месяц, периметрия – 1 раз в 3 месяца (по медицинским показаниям – чаще), оптическая когерентная тонография – по медицинским показаниям	Ограничение физической нагрузки до 2 месяцев после операции. Режим, диета	Наблюдение пожизненно	Компенсация внутриглазного давления. Стабилизация зрительных функций
Состояние после операции по поводу катаракты: а) афакия Н 27	2 раза в месяц – в течение 1-го месяца после выписки, 2 раза в месяц – после 3 месяцев, затем – 2 раза в год в течение года	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общее офтальмологическое обследование, обратить внимание на состояние роговицы при грыже стекловидного тела, состояние макулярной области, оптическая когерентная тонография – по медицинским показаниям	Ограничение физической нагрузки на 6 месяцев после операции	При стабилизации зрительных функций – снятие с учета через 1 год	Повышение зрительных функций



Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
б) с имплантацией интраокулярной линзы Н 25, Н 26	3 раза – в течение 1-го месяца после операции, 2 раза – в течение 1-го года	Врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общее офтальмологическое обследование, особое внимание обратить на положение линзы и ее прозрачность, состояние макулярной области, оптическая когерентная тонография – по медицинским показаниям	Ограничение физической нагрузки на 6 месяцев после операции	При стабилизации зрительных функций – снятие с учета через 1 год	Повышение зрительных функций
Состояние после операции на стекловидном теле Н 43	4 раза в месяц – в течение 2 месяцев после выписки, 1 раз в 3 месяца – в течение года, перевод в группу Д (II) – срок наблюдения 1 раз в год в течение 3 лет	Врач-терапевт, врач-эндокринолог	Общее офтальмологическое обследование, прямая бинокулярная офтальмоскопия, тонография и электрофизиологические исследования сетчатки и зрительного нерва, эхоскопия, эхобиометрия, оптическая когерентная тонография – по медицинским показаниям	Лечение сопутствующих заболеваний	При стабилизации зрительных функций – снятие с учета через 3 года	Повышение остроты зрения, ее стабилизация, расширение полей зрения, прилегание сетчатки. Прозрачность оптических сред
Состояние после лазерных операций при хориоретинальной дистрофии Н 31	1 раз в год, по медицинским показаниям – чаще	Врач-терапевт	Общее офтальмологическое обследование, обратить внимание на наличие субретинальных мембран, кровоизлияний, зоны отека и его распространения. Оптическая когерентная тонография, флюоресцентная ангиография – по медицинским показаниям	Ангиопротекторы и средства антидистрофические	При стабилизации зрительных функций – снятие с учета через 1 год	Стабилизация зрительных функций
при открытоугольной глаукоме	4 раза в год, по медицинским показаниям – чаще	Врач-терапевт, врач-невролог, врач-эндокринолог	Общее офтальмологическое обследование. Периметрия, тонометрия, офтальмоскопия – по медицинским показаниям	Средства гипотензивной терапии	Наблюдение пожизненно	Стабилизация зрительных функций
Примечание. Врач-офтальмолог в случае необходимости может брать на диспансерный учет пациентов с другими заболеваниями органа зрения, не указанными в настоящей схеме.						
Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе Д (III) у врача-отоларинголога						
Хронический гнойный тубоотит панальный средний отит Н 66.1	1 раз в год	Врач-невролог, врач-офтальмолог	Акуметрия. Тональная аудиометрия, рентгенография височных костей, бактериологическое исследование – по медицинским показаниям	Лечение согласно клиническим протоколам	Снятие с учета в случае восстановления морфологического функционального эффекта после операции	Отсутствие обострения
Хронический гнойный эпитимпаноантральный средний отит Н 66.2	1 раз в год	Врач-невролог, врач-офтальмолог	Акуметрия. Тональная аудиометрия, рентгенография височных костей, КТ височных костей – по медицинским показаниям; бактериологическое исследование – в случае обострения, микологическое обследование – по медицинским показаниям, общий и биохимический анализ крови – по медицинским показаниям	Лечение согласно клиническим протоколам	Наблюдение пожизненно	Уменьшение частоты обострений, полная эпидермизация трепанационной полости, восстановление анатомических структур среднего уха

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Неврит слухового нерва (нейросенсорная потеря слуха двусторонняя, односторонняя с нормальным слухом на противоположном ухе) Н 90.3 и Н 90.4	1 раз в год	Врач - сурдолог, врач-слухопротезист	Акуметрия, аудиометрия. Тимпанометрия – по медицинским показаниям	Лечение согласно клиническим протоколам	Наблюдение пожизненно	Стабилизация слуха, стабильные пороги восприятия на аудиограмме
Отосклероз Н 80	1 раз в год	Врач-сурдолог	Акуметрия, аудиометрия. Тимпанометрия, проба с костным телефоном – по медицинским показаниям	Лечение согласно клиническим протоколам	Наблюдение пожизненно	Контроль за слухом на другом ухе, направление на операцию – по медицинским показаниям
Синусит хронический: полипозный верхнечелюстной J 32.0; этмоидальный J 32.2; фронтальный J 32.1; сфеноидальный J 32.3; пансинусит J 32.4	1 раз в год	Врач-стоматолог	Рентгенография околоносовых синусов, КТ околоносовых синусов, риноцистограмма, микробиологическое исследование отделяемого из синусов, общий анализ крови и мочи – по медицинским показаниям	При обострении – лечение в соответствии с протоколами, вне обострения – санация полости носа и носоглотки	Отсутствие обострений в течение 2 лет	Отсутствие обострений
Тонзиллит хронический J 35.0	1 раз в год	Врач-терапевт (педиатр)	Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – по показаниям, дополнительные обследования – по назначению консультантов	Хирургическое лечение	Снятие с учета через полгода после оперативного лечения	Отсутствие обострений, уменьшение длительности обострения и его интенсивности
Хронический ларингит: гипертрофический, отечно-полипозный J 37.0 Папилломатоз и другие подобные заболевания D 14.1	2 раза в год	Врач - фтизиатр, врач - онколог, врач - фониатр, врач-пульмонолог	Флюорография органов грудной клетки, стробоскопия, рентгеномография, эндоскопия – по медицинским показаниям	Во время обострения – лечение согласно клиническим протоколам	Наблюдение пожизненно	Уменьшение воспалительного очага, улучшение или восстановление звучности голоса, подвижности голосовых складок. Отсутствие обострений или уменьшение их количества в течение года
Паралич голосовых складок и гортани двусторонний J 38.0	1 раз в год	Врач-фониатр, учитель-логопед	Рентгенограмма органов грудной клетки, томограмма средостения, УЗИ щитовидной железы, фиброгастродуоденоскопия – по медицинским показаниям	Лечение ЛС согласно клиническим протоколам, в случае ухудшения дыхания – направление на хирургическое лечение	Наблюдение пожизненно	Улучшение дыхания, восстановление подвижности голосовых складок, расширение просвета голосовой щели, появление звучного голоса

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
<b>Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами, состоящими в группе учета Д (III) у врача-дерматовенеролога*</b>						
Пиодермия, фурункулез L 08.0, L 02.9	1–2 раза в год	Другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови – 1 раз в год, другие исследования – по медицинским показаниям	Санитарно-гигиенический режим, диета с пониженным содержанием углеводов, общеукрепляющая терапия, устранение вредных привычек, лечение сопутствующих заболеваний, медикаментозная терапия – по показаниям (антибиотики, иммунокорригирующие препараты, наружное лечение)	Перевод в группу Д (I) при достижении критериев эффективности	Состояние клинико-лабораторной компенсации
Зудящие дерматозы (экзема, нейродермит, атопический дерматит, рецидивирующая крапивница) L 30.9, L 28.0, L 120.9, L 50.9	2 раза в год	Врач-терапевт, врач-аллерголог, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови, биохимический анализ крови, другие исследования – по медицинским показаниям	Диета, санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, устранение вредных привычек, витаминотерапия, гипосенсибилизирующая и седативная терапия, глюкокортикостероидные гормоны – по показаниям, физиотерапия, санаторно-курортное лечение, соблюдение охранительного режима	Перевод в группу Д (I) при достижении критериев эффективности	Состояние клинико-лабораторной компенсации
Псориаз артропатический, пустулезный L 40.5, L 40.1	2 раза в год	Врач-терапевт – 1 раз в год, врач-ревматолог – 1 раз в год, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год, биохимический анализ крови – 1 раз в год, другие исследования – по медицинским показаниям	Режим, диета, санация очагов инфекции, цитостатическая терапия, седативная, гипосенсибилизирующая терапия, глюкокортикостероидные гормоны – по показаниям, применение цитокинов по показаниям, физио- и бальнеолечение, наружная терапия	Наблюдение пожизненно	Состояние клинико-лабораторной компенсации
Псориаз обыкновенный L 40.0	1 раз в год	Врач-терапевт – 1 раз в год, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год, другие исследования – по медицинским показаниям	Режим, диета, санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, устранение вредных привычек, по показаниям – наружное лечение, витаминотерапия, физио- и бальнеолечение	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности	Состояние клинико-лабораторной компенсации

Продолжение табл.

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия *	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Волчанка красная (дискоидная) L 93.0 подострая кожная L 93.1	2 раза в год	Врач-терапевт, врач-ревматолог – 1 раз в год, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, кровь на LE-клетки, ЭКГ – 1 раз в год, другие исследования – по медицинским показаниям	Санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, устранение вредных привычек, антималярийные препараты, глюкокортикостероидные гормоны – по показаниям, фотозащитные кремы, соблюдение охранительного режима	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности	Состояние клинико-лабораторной компенсации
Склеродермия ограниченная L 94.0	2 раза в год	Врач-терапевт, врач-ревматолог – 1 раз в год, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, ЭКГ – 1 раз в год, другие исследования – по медицинским показаниям	Санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, устранение вредных привычек, по показаниям – антибиотики и глюкокортикостероиды и препараты, улучшающие микроциркуляцию в коже, соблюдение охранительного режима	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности	Состояние клинико-лабораторной компенсации
Фотодерматит, порфирия кожная поздняя L 56.8, E 80.1	1 раз в год	Врач-терапевт – 1 раз в год, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови – 1 раз в год, порфирины мочи – 1–2 раза в год, другие исследования – по медицинским показаниям	Диета, устранение вредных привычек, снижение инсоляции, уменьшение травматизации, антималярийные препараты, гепатопротекторы, применение фотозащитных кремов, витаминов, наружная дезинфицирующая терапия, соблюдение охранительного режима	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности	Состояние клинико-лабораторной компенсации
Эритема многоформная L 51.9	1–2 раза в год	Врач-терапевт – 1 раз в год, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1–2 раза в год, другие исследования – по медицинским показаниям	Диета, санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, устранение контакта с аллергенами, антигистаминные препараты, антибиотикотерапия, в тяжелых случаях – глюкокортикостероидные препараты, наружная терапия, соблюдение охранительного режима	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности	Состояние клинико-лабораторной компенсации
Васкулит аллергической кожи, васкулит узловатый L 95.9, L 95.8	1–2 раза в год	Врач-терапевт – 1 раз в год, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год, определение эритроцитов, тромбоцитов, свертываемости крови – 1 раз в год, биохимическое исследование крови, другие исследования – по медицинским показаниям	Диета, санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, устранение вредных привычек, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витаминотерапия, по показаниям – антибиотики, глюкокортикостероиды, наружная терапия, соблюдение охранительного режима	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности	Состояние клинико-лабораторной компенсации

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Пузырные дерматозы (пузырчатка, дерматоз герпетический, пемфигиоз) L 10.9, L 13.0, L 12.9	4 и более раз в год	Врач-терапевт, врач-эндокринолог, врач-стоматолог – 1–2 раза в год, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, глюкоза крови, исследование содержимого пузырей на акантолитические клетки Тцанка, эозинофилы – 1 раз в год, другие исследования – по медицинским показаниям	Режим, диета, санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, глюкокортикостероидная терапия, препараты сульфоновой группы при дерматозе Дюринга, наружная дезинфицирующая терапия	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности	Состояние клинико-лабораторной компенсации
Розацеа, угри обыкновенные, кистозные, шаровидные D 71.9, L 70.0, L 70.1	1–2 раза в год	Врач-терапевт – 1 раз в год, врач-гастроэнтеролог, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови – 1–2 раза в год, посев отделяемого пустул на флору и чувствительность к антибиотикам, исследование на демодекс и другие исследования – по медицинским показаниям	Режим, диета, санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, в том числе желудочно-кишечного тракта, антибиотикотерапия, ароматические ретиноиды – по показаниям, метронидазол, наружная терапия, физиолечение	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности	Состояние клинико-лабораторной компенсации
Хейлит (экзофолиативный, актинический, не-солнечный и другие формы) K 13.0, L 56.8, L 59.8	1–2 раза в год	Врач-терапевт, врач-стоматолог – 1 раз в год, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год, исследование на кандиды – 1 раз в год, другие исследования – по медицинским показаниям	Режим, диета, санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, витаминотерапия, противомаларийные препараты, наружно-фотозащитные, кортикостероидные мази, соблюдение охранительного режима	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности	Состояние клинико-лабораторной компенсации
Мастоцитоз (пигментная крапивница) Q 82.2	1–2 раза в год	Врач-терапевт – 1 раз в год, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи – 1 раз в год, другие исследования – по медицинским показаниям	Диета, лечение сопутствующих заболеваний, устранение вредных привычек, седативные антигистаминные, антисеротониновые препараты	Наблюдение пожизненно	Состояние клинико-лабораторной компенсации
Гендерматозы (дискератоз врожденный, Хейли-Хейли болезнь, кератодермия, ихтиоз и другие) Q 82.8, Q 80.9	2 раза в год	Врач-терапевт – 2 раза в год, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – 1 раз в год, другие исследования – по медицинским показаниям	Режим, санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, витаминотерапия, при тяжелом течении – глюкокортикостероиды, наружно-питательные кремы с витамином А, репаративные препараты	Наблюдение пожизненно	Состояние клинико-лабораторной компенсации

Диспансерное динамическое наблюдение за пациентами с основными факторами риска в группе Д (II) у врача отделения (кабинета) профилактики или врача-терапевта участкового (врача общей практики)						
Нозологическая форма	Частота наблюдения	Дополнительные медицинские осмотры врачей-специалистов	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6	7
Актиномикоз А 42.8 Хромомикоз В 43.0	2–4 раза в год	Врач-терапевт – 1 раз в год, другие врачи-специалисты – по медицинским показаниям	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ крови на ВИЧ – 1 раз в год, анализ на грибы бактериоскопический и бактериологический – 1–2 раза в год, биопсия очагов и другие исследования – по медицинским показаниям	Системные антимикотические препараты, витаминотерапия, общеукрепляющие иммунокорректирующие препараты, наружное лечение	Перевод в группу Д (II) при достижении критериев эффективности	Состояние клинико-лабораторной компенсации
Гонококковая инфекция А 54 Сифилис А 50 Трихомониаз мочеполовой А 59.0 Герпес генитальный А 60.0 Дерматофития В 35.9 Чесотка В 86	Наблюдение, обследование и лечение в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Минздравом				Перевод в группу Д (I)–Д (II) при достижении критериев эффективности	Состояние клинико-лабораторной компенсации

\* Назначение и частота диагностических исследований и наблюдений определяются по медицинским показаниям.

\*\* При отсутствии врачей-специалистов диспансерное динамическое наблюдение проводит врач-терапевт участковый (врач общей практики), назначение и частота диагностических исследований и наблюдения определяются по медицинским показаниям.

\*\*\* При отсутствии данных специалистов диспансерное наблюдение проводят врачи-хирурги.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВЛЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО БАНКА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
6 июня 2011 г. № 214

**8/23788** Об установлении формы отчетности 0520 «Отчет о кассовых оборотах банка», утверждении Инструкции о порядке составления и представления информации по форме отчетности 0520 «Отчет о кассовых оборотах банка» и о признании утратившими силу некоторых постановлений Совета директоров Национального банка Республики Беларусь  
(17.06.2011)

На основании абзаца второго статьи 30, части первой статьи 39 Банковского кодекса Республики Беларусь Правление Национального банка Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Установить форму отчетности 0520 «Отчет о кассовых оборотах банка» согласно приложению к настоящему постановлению.

2. Утвердить прилагаемую Инструкцию о порядке составления и представления информации по форме отчетности 0520 «Отчет о кассовых оборотах банка».

3. Признать утратившими силу:

постановление Совета директоров Национального банка Республики Беларусь от 26 июня 2007 г. № 192 «Об утверждении форм отчетов о кассовых оборотах банков и Национального банка Республики Беларусь и Инструкции о порядке составления отчетов о кассовых оборотах банков и Национального банка Республики Беларусь (форма 0520)» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2007 г., № 185, 8/16856);

постановление Совета директоров Национального банка Республики Беларусь от 28 сентября 2007 г. № 295 «О внесении изменений в постановление Совета директоров Национального банка Республики Беларусь от 26 июня 2007 г. № 192» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2007 г., № 240, 8/17185);

постановление Совета директоров Национального банка Республики Беларусь от 29 октября 2008 г. № 351 «О внесении изменений и дополнений в постановление Совета директоров Национального банка Республики Беларусь от 26 июня 2007 г. № 192» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 291, 8/19833);

постановление Совета директоров Национального банка Республики Беларусь от 22 июля 2009 г. № 238 «О внесении изменений в постановление Совета директоров Национального банка Республики Беларусь от 26 июня 2007 г. № 192» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2009 г., № 188, 8/21287);

постановление Совета директоров Национального банка Республики Беларусь от 14 октября 2009 г. № 330 «О внесении изменения в постановление Совета директоров Национального банка Республики Беларусь от 22 июля 2009 г. № 238» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2009 г., № 253, 8/21515).

4. Настоящее постановление вступает в силу с 1 июля 2011 г.

Первый заместитель Председателя Правления

Ю.М.Алымов

Приложение  
к постановлению  
Правления  
Национального банка  
Республики Беларусь  
06.06.2011 № 214

Форма 0520

**ОТЧЕТ  
о кассовых оборотах банка**

за период с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
по \_\_\_\_\_  
(наименование банка)

№ п/п	Наименование отчетных данных	Код отчетных данных	Сумма, млн. белорусских рублей
1	2	3	4
	<b>ПРИХОД</b>		
1	Поступления наличных денег от реализации товаров	2002	
2	Поступления наличных денег от оказания платных услуг	2004	
3	Поступления наличных денег на текущие (расчетные) банковские счета и банковские вклады (депозиты) физических лиц	2016	

Окончание табл.

№ п/п	Наименование отчетных данных	Код отчетных данных	Сумма, млн. белорусских рублей
1	2	3	4
4	Поступления наличных денег на текущие (расчетные) банковские счета организаций, подчиненных Министерству связи и информатизации Республики Беларусь	2017	
5	Поступления наличных денег на текущие (расчетные) банковские счета индивидуальных предпринимателей	2019	
6	Прочие поступления наличных денег на текущие (расчетные) банковские счета индивидуальных предпринимателей	2020	
7	Поступления наличных денег от проведения валютно-обменных операций	2030	
8	Прочие поступления наличных денег	2032	
	Итого по кодам 2002–2032	х	
9	Поступления наличных денег в кассу банка из касс филиалов (отделений), структурных подразделений, обменных пунктов, банкоматов, платежно-справочных терминалов банка	2033	
10	Остатки наличных денег в кассах банка на начало отчетного месяца	2035	
11	Поступления наличных денег в кассу банка из Национального банка Республики Беларусь	2037	
12	Покупка наличных денег банком у других банков	2039	
	<b>РАСХОД</b>		
13	Выдачи наличных денег на заработную плату и на прочие выплаты и расходы, не отражаемые в составе фонда заработной платы	2040	
14	Выдачи наличных денег на закупки сельскохозяйственной продукции	2046	
15	Выдачи наличных денег на выплату пенсий, пособий и страховых выплат	2050	
16	Выдачи наличных денег на другие цели	2053	
17	Выдачи наличных денег с карт-счетов и текущих (расчетных) банковских счетов физических лиц	2054	
18	Выдачи наличных денег с банковских вкладов (депозитов) физических лиц	2055	
19	Выдачи наличных денег на проведение валютно-обменных операций	2056	
20	Выдачи наличных денег с текущих (расчетных) банковских счетов индивидуальных предпринимателей	2058	
21	Выдачи наличных денег для подкрепления организаций, подчиненных Министерству связи и информатизации Республики Беларусь	2059	
	Итого по кодам 2040–2059	х	
22	Продажа наличных денег банком другим банкам	2066	
23	Выдачи наличных денег из кассы банка в кассы филиалов (отделений), структурных подразделений, обменные пункты, банкоматы банка	2067	
24	Остатки наличных денег в кассах банка на отчетную дату	2070	
25	Вывоз наличных денег из кассы банка в Национальный банк Республики Беларусь	2072	
	Баланс по кассовым оборотам на отчетную дату	2000	
26	Поступления наличных денег от реализации товаров через организации, подчиненные Министерству связи и информатизации Республики Беларусь	2075	
27	Сумма наличных денег, полученная от реализации товаров в предыдущем месяце и проведенная по балансу банка в первый рабочий день следующего месяца	2089	
28	Сумма проинкассированных наличных денег	2093	

Руководитель \_\_\_\_\_  
(подпись)\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)Главный бухгалтер \_\_\_\_\_  
(подпись)\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)



**Формат текстового файла F0520.NNN, содержащего информацию  
о кассовых оборотах банка в разрезе административно-территориальных единиц  
Республики Беларусь на отчетную дату**

Имя файла: F0520.NNN  
Почтовый адрес ProCarry: МАКЕТ.NBRB  
Текст:

<pre>#maket «F0520» #branch NNN #day DD #month MM #year YYYY #version VR #clerk «name» #phone «number» #postclerk «pname» #postphone «pnumber» 0,CCCC,A1,X 0,CCCC,A2,X 0,CCCC,A3,X 0,CCCC,A4,X ..... B1,CCCC,A1,X B1,CCCC,A2,X ..... ..... B2,CCCC,A3,X B2,CCCC,A4,X ..... .....</pre>	<p>информация в целом по банку – в разрезе отчетных данных, внутри каждого отчетного данного – в разрезе административно-территориальных единиц Республики Беларусь</p> <p>информация по первому филиалу (отделению) банка – в разрезе отчетных данных, внутри каждого отчетного данного – в разрезе административно-территориальных единиц Республики Беларусь</p> <p>информация по второму филиалу (отделению) банка – в разрезе отчетных данных, внутри каждого отчетного данного – в разрезе административно-территориальных единиц Республики Беларусь</p>
--	---

где NNN – код банка;  
DD – номер дня в отчетной дате («по состоянию на дату»);  
MM – номер месяца;  
YYYY – год (4 знака);  
VR – порядковый номер версии файла на отчетную дату (начиная с «1»);  
name – фамилия работника, ответственного за подготовку текстового файла (в кавычках);  
number – номер контактного телефона работника, ответственного за подготовку текстового файла (в кавычках);  
pname – фамилия работника, осуществившего передачу текстового файла (в кавычках);  
pnumber – номер контактного телефона работника, осуществившего передачу текстового файла (в кавычках);  
B1, B2, ... – код филиала (отделения) банка (для данных в целом по банку принимает нулевое значение);  
CCCC – код отчетного данного согласно форме отчетности 0520 «Отчет о кассовых оборотах банка»;  
A1, A2, ... – код района (города) в соответствии с информацией о кодах административно-территориальных единиц Республики Беларусь;  
X – значение отчетного данного (в миллионах белорусских рублей с одним десятичным знаком).

УТВЕРЖДЕНО  
Постановление  
Правления  
Национального банка  
Республики Беларусь  
06.06.2011 № 214

## **ИНСТРУКЦИЯ**

**о порядке составления и представления информации по форме отчетности 0520 «Отчет о кассовых оборотах банка»**

### **ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящая Инструкция определяет порядок составления и представления информации по форме отчетности 0520 «Отчет о кассовых оборотах банка» (далее – отчет) банками Республики Беларусь (далее – банки).

2. Настоящая Инструкция обязательна для исполнения банками, осуществляющими в белорусских рублях кассовое обслуживание юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, частных нотариусов и физических лиц, не являющихся индивидуальными предпринимателями (далее – физические лица).

### **ГЛАВА 2 ПОРЯДОК СОСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТА О КАССОВЫХ ОБОРОТАХ БАНКА**

3. При составлении отчета применяется информация о кодах административно-территориальных единиц Республики Беларусь согласно приложению к настоящей Инструкции.

4. Банки составляют отчеты и представляют их в следующем порядке:

филиалы (отделения) банков, их структурные подразделения в разрезе административно-территориальных единиц Республики Беларусь – в банки;

банки в разрезе филиалов (отделений) и административно-территориальных единиц Республики Беларусь – в Национальный банк Республики Беларусь (далее – Национальный банк).

5. Отчет составляется работником банка, филиала (отделения), назначенным приказом (распоряжением) руководителя банка, филиала (отделения) либо лицом, им уполномоченным, на основании данных бухгалтерского учета поступлений и выдач наличных денег, который ведется в кассовых журналах с указанием кодов отчета в объявлениях на взнос наличными, чеках, приходных и расходных кассовых ордерах, препроводительных ведомостях к сумкам с денежной выручкой, оформленных в соответствии с требованиями нормативных правовых актов Национального банка по организации кассовой работы в банках, а также данных внесистемного учета. Кассовый журнал ведется в электронном виде и при необходимости распечатывается на бумажном носителе.

Отчет, представленный на бумажном носителе, подписывается руководителем (лицом, им уполномоченным) и главным бухгалтером (лицом, уполномоченным руководителем).

6. Работники, определенные в приказе (распоряжении) руководителя банка, филиала (отделения) либо лица, им уполномоченного, проверяют правильность распределения данных по кодам отчета в разрезе административно-территориальных единиц Республики Беларусь, устанавливают логическую связь показателей проверяемых отчетных данных с отчетами на предыдущие даты.

7. Отчет банка составляется на 1, 8, 15 и 22-е числа отчетного месяца в миллионах белорусских рублей с одним десятичным знаком в виде текстового файла с именем F0520.NNN, где NNN – код банка.

В отчет включаются отчетные данные как в целом по банку, так и в разрезе его филиалов (отделений), их структурных подразделений (центры банковских услуг, расчетно-кассовые центры, обменные пункты и т.д.), а также операции банкоматов в разрезе административно-территориальных единиц Республики Беларусь. При этом по приходу и расходу отражаются отчетные данные по наименованиям показателей и кодам отчетных данных.

В отчете банка содержатся сведения об операциях приема и выдачи наличных денег в банкоматах, обменных пунктах, расположенных на территории других, чем банк, филиал (отделение), структурными подразделениями которых они являются, административно-территориальных единиц Республики Беларусь, с отражением кодов названных административно-территориальных единиц.

Отчетные данные по кодам 2075, 2089, 2093 включаются в отчет на 1-е число отчетного месяца и содержат информацию за предыдущий месяц. В отчет на 8, 15 и 22-е числа отчетные данные по кодам 2075, 2089, 2093 не включаются.

Данные отчета, за исключением сведений по кодам 2035 и 2070, отражают кассовые обороты банка за период с начала месяца до конца банковского дня, предшествующего отчетной дате.

Информация отчета должна соответствовать следующим критериям:

сумма значений отчетных данных по кодам 2002, 2004, 2016, 2017, 2019, 2020, 2030, 2032, 2033, 2035, 2037, 2039 равна сумме значений отчетных данных по кодам 2040, 2046, 2050, 2053–2056, 2058, 2059, 2066, 2067, 2070, 2072 и значению отчетного данного по коду 2000;

значения отчетного данного по коду 2035 в отчетах на 8, 15 и 22-е числа месяца равны и соответствуют значению отчетного данного по коду 2070 в отчете на 1-е число того же месяца;

значение каждого из отчетных данных в целом по банку, включаемое в отчет сводной информационной строкой (в этом случае код филиала (отделения) банка равен нулю), равно сумме значений соответствующих отчетных данных по всем филиалам (отделениям) банка.

8. Ежедневно работником банка, филиала (отделения) ведется учет кассовых оборотов по кодам отчетных данных с последующим выведением итогов на 1, 8, 15 и 22-е числа месяца.

Итоги кассовых оборотов банка за день по приходу (коды 2002–2039) и расходу (коды 2040–2072), за исключением остатков кассы, отраженных по кодам 2035 и 2070, должны совпадать с итогами оборотов ежедневного бухгалтерского баланса по дебету и кредиту балансовых счетов 1010, 1011, 1020, 1030, 1040, 1060 плана счетов бухгалтерского учета в банках Республики Беларусь согласно приложению 1 к постановлению Совета директоров Национального банка Республики Беларусь от 19 сентября 2005 г. № 283 «О ведении бухгалтерского учета в банках, расположенных на территории Республики Беларусь» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2005 г., № 172, 8/13232) (далее – план счетов).

Если для отражения операции с наличными деньгами используются одновременно два балансовых счета из балансовых счетов 1010, 1011, 1020, 1030, 1040, 1060 плана счетов, коды отчета присваиваются каждому балансовому счету.

9. В конце последнего банковского дня, предшествующего отчетной дате, по оборотам, проходящим через банк, филиалы (отделения), их структурные подразделения, для составления отчета на 1, 8, 15 и 22-е числа месяца выводятся общие итоги кассовых оборотов нарастающим итогом с начала месяца по каждому коду отчета. При этом ежедневные остатки кассы по кодам 2035 и 2070 не суммируются.

По коду 2035 отражается остаток кассы на 1-е число отчетного месяца, по коду 2070 – остаток кассы на отчетную дату, что должно соответствовать остатку кассы на конец банковского дня, предшествующего отчетной дате.

10. Итоги кассовых оборотов банка по приходу (коды 2002–2039) и расходу (коды 2040–2072) на 1, 8, 15 и 22-е числа месяца сверяются уполномоченным лицом с данными бухгалтерского учета, в частности с итогами оборотов по дебету и кредиту балансовых счетов 1010, 1011, 1020, 1030, 1040, 1060 плана счетов за соответствующие периоды.

### ГЛАВА 3 СОДЕРЖАНИЕ ОТЧЕТНЫХ ДАННЫХ

11. В отчете по соответствующим показателям отражаются:

наличные деньги, внесенные физическими лицами в кассы юридических лиц в качестве возмещения средств по платежам, ранее оплаченным юридическим лицом в безналичном порядке;

выдачи наличных денег физическим лицам по переводам юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями в пользу физических лиц, не связанным с осуществлением предпринимательской деятельности, без открытия соответствующих счетов в банке;

выдачи наличных денег работникам служб инкассации банка для доставки наличных денег непосредственно клиентам банка – юридическим лицам, индивидуальным предпринимателям на основании указанного ими на обороте чеков целевого назначения получаемых сумм.

Операции по доставке юридическим лицам наличных денег, предназначенных для обмена, включаются в формирование показателей «Выдачи наличных денег на другие цели» (код 2053) и «Прочие поступления наличных денег» (код 2032).

Операции по вывозу на хранение в другой банк и доставке с хранения работниками служб инкассации сумок с наличными деньгами в формирование показателей (кодов) отчета не включаются.

12. В формирование показателя «Поступления наличных денег от реализации товаров» (код 2002) включаются поступления наличных денег:

от реализации потребительских товаров в соответствии с Указаниями по заполнению формы государственной статистической отчетности 12-торг (товарооборот) «Отчет о розничном товарообороте и запасах товаров», утвержденными постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 12 октября 2010 г. № 218 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2010 г., № 261, 7/1358);

от реализации товара, конфискованного по решению суда;

от реализации товаров, изъятых и обращенных в доход бюджета налоговыми органами;

от реализации имущества юридических лиц, обращенного контролирующими органами в доход государства и переданного этим юридическим лицам на реализацию;

от реализации банком физическим лицам товара, принятого в счет погашения просроченной задолженности по кредиту, оплате векселя, процентов по ним;

от магазинов-складов;

от реализации юридическими лицами физическим лицам имущества, бывшего в употреблении, неликвидных материалов, отходов производства;

от реализации бланков на текущий (расчетный) банковский счет республиканского унитарного предприятия «Издательство «Белбланкавыд»;

за питание медицинских работников учреждений здравоохранения, персонала санаторно-курортных и оздоровительных организаций, учреждений дошкольного образования, детей, находящихся в лагерях дневного пребывания, организованных на базе учреждений образования, и спортивных лагерях, а также учащихся в учреждениях образования;

за топливо, оплаченное учащимися автошкол, учебно-производственных комбинатов трудового обучения и профессиональной ориентации, профессионально-технических училищ;

за вторичное сырье, сданное организацией в пункты сбора (заготовки) вторичного сырья.

13. В формирование показателя «Поступления наличных денег от оказания платных услуг» (код 2004) включаются поступления наличных денег:

за услуги в соответствии с Указаниями по заполнению формы государственной статистической отчетности 12-ун «Отчет об объеме платных услуг населению», утвержденными постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 6 ноября 2009 г. № 288 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2010 г., № 1, 7/1167);

изъятых налоговыми органами и обращенных в доход бюджета;

за услуги, оказанные банками юридическим лицам, индивидуальным предпринимателям, частным нотариусам;

за изготовление печатей, штампов;

за услуги по определению стоимости земельных участков методом кадастровой оценки;

в кассы банков за услуги связи, за исключением платы за услуги связи, поступившей в кассы организаций, подчиненных Министерству связи и информатизации Республики Беларусь (далее – Министерство связи и информатизации).

14. В формирование показателя «Поступления наличных денег на текущие (расчетные) банковские счета и банковские вклады (депозиты) физических лиц» (код 2016) включаются поступления наличных денег:

от физических лиц с зачислением на текущие (расчетные) банковские счета, банковские вклады (депозиты), карт-счета по месту их открытия;

от физических лиц в кассы банков, в которых текущие (расчетные) банковские счета, банковские вклады (депозиты), карт-счета не открыты, для зачисления на имеющиеся текущие (расчетные) банковские счета, банковские вклады (депозиты), карт-счета, а также для открытия новых текущих (расчетных) банковских счетов, банковских вкладов (депозитов), карт-счетов в банке-получателе;

от физических лиц для пополнения чековых книжек, расчетных чеков;

от реализации сберегательных сертификатов;

на карт-счета физических лиц с использованием платежно-справочных терминалов, банкоматов с функцией пополнения карт-счетов наличными деньгами.

15. В формирование показателя «Поступления наличных денег на текущие (расчетные) банковские счета организаций, подчиненных Министерству связи и информатизации Республики Беларусь» (код 2017) включаются поступления наличных денег, принятых кассами организаций, подчиненных Министерству связи и информатизации, независимо от назначения (основания) на текущие (расчетные) банковские счета организаций, подчиненных Министерству связи и информатизации (республиканское унитарное предприятие почтовой связи «Белпочта», республиканское унитарное предприятие электросвязи «Белтелеком», их обособленные и структурные подразделения, в том числе отделения почтовой связи, пункты почтовой связи и электросвязи).

Поступления наличных денег на текущие (расчетные) банковские счета иных организаций, подчиненных Министерству связи и информатизации, включаются в формирование соответствующих показателей (кодов) отчета.

16. В формирование показателя «Поступления наличных денег на текущие (расчетные) банковские счета индивидуальных предпринимателей» (код 2019) включаются поступления наличных денег, полученных от реализации товаров, выполнения работ и оказания услуг, на текущие (расчетные) банковские счета индивидуальных предпринимателей (аналогично содержанию кодов 2002, 2004).

17. В формирование показателя «Прочие поступления наличных денег на текущие (расчетные) банковские счета индивидуальных предпринимателей» (код 2020) включаются поступления наличных денег на текущие (расчетные) банковские счета индивидуальных предпринимателей для пополнения их текущих (расчетных) банковских счетов и прочие поступления, не включенные в формирование показателя «Поступления наличных денег на текущие (расчетные) банковские счета индивидуальных предпринимателей» (код 2019).

18. В формирование показателя «Поступления наличных денег от проведения валютно-обменных операций» (код 2030) включаются поступления наличных денег от продажи физическим лицам:

наличной иностранной валюты;

безналичной иностранной валюты;

платежных документов в иностранной валюте (дорожные чеки, чеки Tax free), аккредитивов.

19. В формирование показателя «Прочие поступления наличных денег» (код 2032) включаются следующие поступления:

все виды налогов, сборов (пошлин), штрафов, пени, неустоек, обязательных и иных платежей в бюджет, государственные внебюджетные фонды;

сборы за проведение государственного технического осмотра транспортных средств, постановку транспортных средств на учет и снятие с учета, выдачу государственных номерных знаков для автомобильных и других транспортных средств (включая лодки, катера), взимаемые органами Государственной автомобильной инспекции Министерства внутренних дел Республики Беларусь и другими юридическими лицами в соответствии с законодательством;

членские и добровольные взносы в различные общественные организации, объединения, фонды, ассоциации и союзы;

наличные деньги за участие в торгах, аукционах, ярмарках, выставках, семинарах, конференциях;

взносы в уставные фонды юридических лиц, в потребительские кооперативы;

вступительные, паевые и иные взносы стоимости объектов недвижимости;

наличные деньги от продажи объектов недвижимости, в том числе в стадии незавершенного строительства и (или) готовности;

наличные деньги за выполненные проектные, изыскательские, строительно-монтажные, пусконаладочные работы;

наличные деньги за приватизацию;

безвозмездная (спонсорская) помощь;

наличные деньги для пополнения электронных кошельков;

наличные деньги для пополнения текущих (расчетных) банковских счетов частных унитарных предприятий;

займы от физических лиц;

наличные деньги для погашения кредитов, займов и процентов за пользование ими;

платежи по договорам лизинга;

наличные деньги от ломбардов (уплата процентов, выкуп заложенного имущества);

излишки наличных денег;

наличные деньги для погашения недостачи;

наличные деньги от реализации памятных монет, памятных банкнот, мерных слитков из драгоценных металлов, футляров для монет и мерных слитков, драгоценных камней;

наличные деньги от физических лиц для переводов денежных средств физическим лицам, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности, без открытия текущих (расчетных) банковских счетов, вкладов (депозитов), карт-счетов;

наличные деньги от реализации акций, облигаций, чеков «Имущество», «Жилье» и других ценных бумаг, за исключением сберегательных сертификатов;

наличные деньги от деятельности в сфере игорного бизнеса;

наличные деньги за проданные лотерейные билеты;

наличные деньги за бланки, за исключением поступлений на текущий (расчетный) банковский счет республиканского унитарного предприятия «Издательство «Белбланкавыд»;

наличные деньги за трудовые книжки и вкладыши к ним, санитарные книжки, нагрудные знаки, справки, за исключением справок, выдаваемых банками;

наличные деньги за выдачу налоговыми органами книг замечаний и предложений;

арендная плата, за исключением арендной платы, поступающей на текущие (расчетные) банковские счета индивидуальных предпринимателей;

наличные деньги за выдачу специальных разрешений (лицензий), сертификатов;

страховые платежи;

наличные деньги, изъятые и конфискованные по уголовным делам;

наличные деньги от реализации предметов религиозного назначения, за проведение религиозных обрядов, ритуалов и церемоний, пожертвования религиозным организациям;

возврат выданных под отчет и других неизрасходованных сумм, полученных юридическими лицами по чекам в банке, а также с использованием корпоративных банковских пластиковых карточек, включая возврат излишне полученных сумм на заработную плату и на прочие выплаты и расходы, не отражаемые в составе фонда заработной платы, выплату стипендий, пенсий, пособий, алиментов и на другие цели;

не использованные по назначению депонированные и (или) недепонированные суммы, полученные юридическими лицами по чекам в банке;

депонированные суммы заработной платы, прочие выплаты и расходы, не отражаемые в составе фонда заработной платы, выплачиваемые юридическим лицом из выручки;

наличные деньги, поступившие от Министерства обороны Республики Беларусь, Министерства внутренних дел Республики Беларусь и Комитета государственной безопасности Республики Беларусь, других организаций, которые в соответствии с законодательством не расшифровывают назначение платежа;

другие поступления наличных денег, не включенные в формирование показателей «Поступления наличных денег от реализации товаров» (код 2002), «Поступления наличных денег от оказания платных услуг» (код 2004), «Поступления наличных денег на текущие (расчетные) банковские счета и банковские вклады (депозиты) физических лиц» (код 2016), «Поступления наличных денег на текущие (расчетные) банковские счета организаций, подчиненных Министерству связи и информатизации Республики Беларусь» (код 2017), «Поступления наличных денег от проведения валютно-обменных операций» (код 2030).

20. В формирование показателя «Поступления наличных денег в кассу банка из касс филиалов (отделений), структурных подразделений, обменных пунктов, банкоматов, платежно-справочных терминалов банка» (код 2033) включаются поступления наличных денег:

в кассу банка из касс его филиалов (отделений), структурных подразделений, касс по подготовке авансов, обменных пунктов;

из банкоматов, платежно-справочных терминалов при их выгрузке;

в кассы филиалов (отделений), структурных подразделений банка, кассы по подготовке авансов, обменные пункты;

в банкоматы при их загрузке;

в кассу банка при их покупке в том же банке.

21. В формирование показателя «Остатки наличных денег в кассах банка на начало отчетного месяца» (код 2035) включаются остатки наличных денег в кассах банков, филиалов (отделений) банков и их структурных подразделений, обменных пунктах и банкоматах (в том числе обменных пунктах, банкоматах, расположенных на территории других, чем банк, филиал (отделение), административно-территориальных единиц Республики Беларусь), числящиеся на балансовых счетах 1010, 1011, 1020, 1030, 1040, 1060 плана счетов на начало отчетного месяца.

22. В формирование показателя «Поступления наличных денег в кассу банка из Национального банка Республики Беларусь» (код 2037) включаются поступления наличных денег:

в кассу банка из Национального банка;

для подкрепления банкоматов банка Национальным банком.

23. В формирование показателя «Покупка наличных денег банком у других банков» (код 2039) включаются поступления наличных денег в кассы банка из касс других банков.

24. В формирование показателя «Выдачи наличных денег на заработную плату и на прочие выплаты и расходы, не отражаемые в составе фонда заработной платы» (код 2040) включаются выдачи:

наличных денег на заработную плату и на прочие выплаты и расходы, не отражаемые в составе фонда заработной платы, в соответствии с Указаниями по заполнению в формах государственных статистических наблюдений статистических показателей по труду, утвержденными постановлением Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 29 июля 2008 г. № 92 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 222, 8/19374);

алиментов;

излишне удержанных из заработной платы сумм;

наличных денег на командировочные расходы (суточные, проживание, проезд), на возмещение расходов, связанных с командировками, произведенных в белорусских рублях и иностранной валюте на территории Республики Беларусь и за границей, в соответствии с Инструкцией о порядке и условиях предоставления гарантий и компенсаций при служебных командировках за границу, утвержденной постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 30 июля 2010 г. № 115 (Национальный реестр правовых ак-

тов Республики Беларусь, 2010 г., № 201, 8/22689), и Инструкцией о порядке и размерах возмещения расходов при служебных командировках в пределах Республики Беларусь, утвержденной постановлением Министерства финансов Республики Беларусь от 12 апреля 2000 г. № 35 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000 г., № 43, 8/3359; 2008 г., № 68, 8/18390), и иные расходы, произведенные в период командировки в пределах Республики Беларусь и за границей;

наличных денег Министерству обороны Республики Беларусь, Министерству внутренних дел Республики Беларусь, Комитету государственной безопасности Республики Беларусь, другим организациям, которые в соответствии с законодательством не расшифровывают целевое назначение получаемых сумм;

наличных денег студентам (курсантам) и учащимся учебных заведений;

наличных денег детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей;

наличных денег на заработную плату и на прочие выплаты и расходы, не отражаемые в составе фонда заработной платы, с текущих (расчетных) банковских счетов профсоюзных организаций;

наличных денег с благотворительных счетов, безвозмездной (спонсорской) помощи с текущих (расчетных) банковских счетов.

25. В формирование показателя «Выдачи наличных денег на закупки сельскохозяйственной продукции» (код 2046) включаются выдачи наличных денег на закупки сельскохозяйственной продукции, дикорастущих растений и (или) их частей у физических лиц.

26. В формирование показателя «Выдачи наличных денег на выплату пенсий, пособий и страховых выплат» (код 2050) включаются выдачи:

пенсий, всех видов пособий (за исключением выходного пособия), страховых выплат;

единовременной материальной помощи, оказываемой отдельным категориям граждан по решению органов местного управления и самоуправления;

наличных денег со счетов, открытых в банках индивидуальным предпринимателям, в соответствии с Инструкцией о порядке зачисления на счета, учета и использования средств Фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь, утвержденной постановлением правления Фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 20 марта 2002 г. № 1/5 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2002 г., № 42, 8/7945; 2009 г., № 121, 10/114);

государственной адресной социальной помощи;

наличных денег физическим лицам, направленным на лечение за границу.

27. В формирование показателя «Выдачи наличных денег на другие цели» (код 2053) включаются выдачи:

займов, безвозмездных субсидий;

кредитов физическим лицам, индивидуальным предпринимателям, имеющим право в соответствии с законодательством не открывать текущие (расчетные) банковские счета;

наличных денег донорам крови и ее компонентов;

наличных денег для возврата налогов (включая подоходный налог) и других платежей;

наличных денег юридическим лицам, осуществляющим деятельность в сфере игорного бизнеса, на выплату выигрышей;

наличных денег на скупку драгоценных металлов и драгоценных камней в изделиях и ломе;

наличных денег на выплату комитентам;

наличных денег организациям культуры на покупку произведений и предметов искусства и антиквариата;

наличных денег с депозитных счетов судов в случаях, если в чеках не указано целевое назначение;

наличных денег на погашение электронных денег;

наличных денег юридическим лицам на осуществление приема стеклотары и сбор (заготовку) отходов в качестве вторичного сырья от физических лиц;

наличных денег ломбардам;

наличных денег на возмещение средств физическим лицам за неоказанные услуги (невыполненные работы, возврат некачественного товара и др.);

наличных денег на возмещение ущерба;

наличных денег на уплату арендной платы и компенсации за использование в производственных целях помещений, автотранспорта и оборудования, принадлежащих физическим лицам на праве собственности;

наличных денег на покупку у физических лиц акций, облигаций и других ценных бумаг (за исключением сберегательных сертификатов), в том числе на выплату доходов по ним;

наличных денег на покупку именных приватизационных чеков «Имущество»;

физическим лицам доходов по акциям, других доходов от участия работников в собственности организации (дивиденды, проценты, выплаты по долевым паям и др.) наличными деньгами;

наличных денег при осуществлении операций с памятливыми монетами, памятливыми банкнотами, мерными слитками из драгоценных металлов, футлярами для монет и мерных слитков, драгоценными камнями;

наличных денег физическим лицам по переводам от физических лиц, не связанным с осуществлением предпринимательской деятельности, без открытия соответствующих счетов;

на расчеты наличными деньгами, осуществляемые между юридическими лицами, их обособленными подразделениями, индивидуальными предпринимателями;

наличных денег на возмещение расходов, связанных с использованием физическими лицами личных денежных средств физических лиц, использованных на основании договоров, заключенных с нанимателем, в интересах юридических лиц, их обособленных подразделений, с которыми укаленные физические лица состоят в трудовых отношениях;

на возмещение физическим лицам наличных денег, затраченных ими на прохождение медицинского осмотра;

наличных денег на возврат средств, ранее внесенных в качестве пополнения текущих (расчетных) банковских счетов частных унитарных предприятий, частных нотариусов;

наличных денег на другие цели, не включенные в формирование показателей «Выдачи наличных денег на заработную плату и на прочие выплаты и расходы, не отражаемые в составе фонда заработной платы» (код 2040), «Выдачи наличных денег на закупки сельскохозяйственной продукции» (код 2046), «Выдачи наличных денег на выплату пенсий, пособий и страховых выплат» (код 2050).

28. В формирование показателя «Выдачи наличных денег с карт-счетов и текущих (расчетных) банковских счетов физических лиц» (код 2054) включаются выдачи наличных денег с карт-счетов и текущих (расчетных) банковских счетов физических лиц.

29. В формирование показателя «Выдачи наличных денег с банковских вкладов (депозитов) физических лиц» (код 2055) включаются выдачи наличных денег:

с банковских вкладов (депозитов) физических лиц;

от продажи сберегательных сертификатов, включая выплату доходов по ним;

для возврата неиспользованного остатка денежных средств по чековой книжке, расчетному чеку.

30. В формирование показателя «Выдачи наличных денег на проведение валютно-обменных операций» (код 2056) включаются выдачи:

наличных денег на приобретение у физических лиц наличной иностранной валюты;

наличных денег на покупку у физических лиц дорожных чеков, аккредитивов;

наличных денег при закрытии карт-счета и прекращении использования банковской пластиковой карточки, эмитированной в иностранной валюте;

наличных денег на покупку иностранной валюты с текущих (расчетных) банковских счетов и банковских вкладов (депозитов) физических лиц в иностранной валюте, включая выплату процентов по ним;

в наличных белорусских рублях остатка наличной иностранной валюты в виде дробной и (или) некротной минимальному номиналу части банкноты;

наличных денег по переводам физических лиц в иностранной валюте;

наличных денег физическим лицам по возврату налога на добавленную стоимость на товары, приобретенные с использованием чеков Tax free.

31. В формирование показателя «Выдачи наличных денег с текущих (расчетных) банковских счетов индивидуальных предпринимателей» (код 2058) включаются выдачи в соответствии с законодательством наличных денег с текущих (расчетных) банковских счетов индивидуальных предпринимателей.

32. В формирование показателя «Выдачи наличных денег для подкрепления организаций Министерства связи и информатизации Республики Беларусь» (код 2059) включаются выдачи наличных денег для подкрепления организаций Министерства связи и информатизации.

Выдачи наличных денег на заработную плату и на прочие выплаты и расходы, не отражаемые в составе фонда заработной платы, на оказание государственной адресной социальной помощи включаются в формирование соответствующих показателей (кодов) отчета.

33. В формирование показателя «Продажа наличных денег банком другим банкам» (код 2066) включаются выдачи наличных денег для их продажи другим банкам.

34. В формирование показателя «Выдачи наличных денег из кассы банка в кассы филиалов (отделений), структурных подразделений, обменные пункты, банкоматы банка» (код 2067) включаются:

выдачи наличных денег из кассы банка в кассы по подготовке авансов, кассы филиалов (отделений) банка, их структурных подразделений, обменные пункты;

загрузка наличных денег в банкоматы;



выдачи наличных денег из филиалов (отделений) банка, их структурных подразделений, обменных пунктов, касс по подготовке авансов в кассы банка;

выгрузка наличных денег из банкоматов, платежно-справочных терминалов;

выдачи из кассы банка наличных денег при их продаже в том же банке.

35. В формирование показателя «Остатки наличных денег в кассах банка на отчетную дату» (код 2070) включаются остатки наличных денег в кассах банка, его филиалов (отделений) и их структурных подразделений, обменных пунктах и банкоматах (в том числе обменных пунктах, банкоматах, расположенных на территории других, чем банк, филиал (отделение), административно-территориальных единиц Республики Беларусь), числящиеся на балансовых счетах 1010, 1011, 1020, 1030, 1040, 1060 плана счетов на конец банковского дня, предшествующего отчетной дате.

36. В формирование показателя «Вывоз наличных денег из кассы банка в Национальный банк Республики Беларусь» (код 2072) включаются наличные деньги, вывозимые из кассы банка в Национальный банк, а также выгружаемые Национальным банком из банкоматов, платежно-справочных терминалов банка.

37. В формирование показателя «Поступления наличных денег от реализации товаров через организации, подчиненные Министерству связи и информатизации Республики Беларусь» (код 2075) включаются поступления от юридических лиц, индивидуальных предпринимателей за товары, реализованные с оплатой в безналичном порядке и наличной форме через организации, подчиненные Министерству связи и информатизации.

Информация по указанному показателю отражается в отчете банка один раз в месяц по состоянию на 1-е число месяца, следующего за отчетным. Банк – получатель средств юридического лица, индивидуального предпринимателя, на текущие (расчетные) банковские счета которых поступают средства, ведет внесистемный учет этих поступлений.

38. В формирование показателя «Сумма наличных денег, полученная от реализации товаров в предыдущем месяце и проведенная по балансу банка в первый рабочий день следующего месяца» (код 2089) включаются наличные деньги:

полученные от реализации товаров, сданные в кассу банка, его филиала (отделения) или работникам службы инкассации в предыдущем месяце и проведенные по балансу банка в первый рабочий день следующего месяца;

сданные в кассу банка, его филиала (отделения) юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем в первый рабочий день текущего месяца и проведенные по балансу банка в этот же день, если в объявлении на взнос наличными и других документах, применяемых банками для оформления операций приема наличных денег в соответствии с локальными нормативными правовыми актами банков, указано, что они получены за последний (последние) день (дни) прошедшего месяца.

Информация по названному показателю отражается в отчете банка, в кассу которого поступили наличные деньги, один раз в месяц по состоянию на 1-е число месяца, следующего за отчетным. При сборе наличных денег работниками службы инкассации банка отражение данных в отчете осуществляется банком, в кассу которого оприходованы наличные деньги.

В тех случаях, когда месяц начинается нерабочим днем для банка, по указанному показателю отражается не вся сумма наличных денег, оприходованная по балансу банка в первый рабочий день месяца, а лишь та ее часть, которая получена за последний (последние) день (дни) прошедшего месяца. Сумма наличных денег, перешедшая с предыдущего месяца, определяется по юридическим лицам, индивидуальным предпринимателям, обслуживаемым работниками службы инкассации, на основании препроводительных ведомостей к сумкам с денежной выручкой за соответствующие дни, а по остальным юридическим лицам, индивидуальным предпринимателям – на основании информации, указанной ими в объявлениях на взнос наличными и других документах, применяемых банками, о сумме наличных денег, полученных от реализации товаров за последний (последние) день (дни) прошедшего месяца.

39. В формирование показателя «Сумма проинкассированных наличных денег» (код 2093) включаются наличные деньги, собранные работниками службы инкассации банка, в том числе у юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, счета которых открыты в других банках, и сданные в кассу банка для пересчета.

Информация по названному показателю отражается в отчете банка один раз в месяц по состоянию на 1-е число месяца, следующего за отчетным.

Банк, в который поступают проинкассированные наличные деньги, ведет их внесистемный учет на основании препроводительных ведомостей к сумкам с денежной выручкой. Наличные деньги учитываются за полный календарный месяц в соответствии с датой препроводительной ведомости к сумке с денежной выручкой независимо от даты проведения суммы по балансу.

#### ГЛАВА 4 ТЕХНОЛОГИЯ ПЕРЕДАЧИ ОТЧЕТА

40. Отчет представляется банками в виде файлов формата MS-DOS по электронной почте ProCarry в адрес почтового ящика МАКЕТ.NBRB, через документальный информационный портал Национального банка <http://wallhall/nbrb.by> или другим способом, согласованным с главным управлением информационных технологий Национального банка.

41. Банк получает отчеты от всех филиалов (отделений), их структурных подразделений, осуществляет контроль переданной информации, подготавливает сводные данные по банку, формирует объединенный текстовый файл F0520.NNN, где NNN – код банка, и передает его в Национальный банк.

В заглавной части текстового файла указываются фамилии и номера телефонов исполнителя отчета, ответственного за его подготовку, а также должностного лица, осуществляющего передачу текстового файла в Национальный банк.

42. При формировании отчета в банке по соответствующим административно-территориальным единицам Республики Беларусь округление сумм производится программным путем для передачи в Национальный банк с отнесением округлений по показателям «Прочие поступления наличных денег» (код 2032) и «Выдачи наличных денег на другие цели» (код 2053).

43. Текстовый файл формируется по состоянию на конец банковского дня, предшествующего отчетной дате, и содержит информацию по каждому филиалу (отделению) в разрезе отчетных данных, внутри каждого отчетного данного – в разрезе административно-территориальных единиц Республики Беларусь.

В текстовый файл отчета включаются сводные данные по банку в целом (в этом случае код филиала (отделения) банка равен нулю), а также по каждому филиалу (отделению).

При нулевом значении отчетного данного соответствующую информационную строку допускается не включать в текстовый файл.

В случае полного отсутствия отчетных данных текстовый файл содержит только заглавную часть без информационных строк.

44. Установлен следующий регламент представления отчета в Национальный банк:  
отчет с информацией по состоянию на 1-е число отчетного месяца – не позднее 12.00 четвертого банковского дня отчетного месяца;

отчет с информацией по состоянию на 8, 15 и 22-е числа отчетного месяца – не позднее 12.00 третьего банковского дня, следующего соответственно за 7, 14 и 21-м числами отчетного месяца.

45. Информация, переданная в виде текстового файла F0520.NNN, при приеме информационной системой Национального банка подвергается входному контролю согласно критериям, указанным в пункте 7 настоящей Инструкции. В зависимости от результатов входного контроля банку в течение одного часа с момента получения отчета дается положительный ответ или предоставляется протокол ошибок.

После исправления ошибок, указанных в протоколе, банк повторно передает отчет в Национальный банк, присвоив очередной номер версии. Ранее переданная версия отчета аннулируется.

Отчет считается принятым в случае, если положительный ответ Национального банка предоставлен банку в пределах срока, определенного в пункте 44 настоящей Инструкции.

46. При обнаружении ошибок в переданной информации до окончания установленного срока на отчетную дату банк повторно передает в Национальный банк исправленный отчет, присвоив очередной номер версии.

В случае выявления ошибок по окончании срока в отчетном месяце на промежуточные даты (8, 15 и 22-е числа месяца) банк производит исправления в целом за месяц и направляет отчет в Национальный банк со всеми внесенными изменениями на 1-е число месяца, следующего за отчетным.

47. При установлении ошибок по окончании срока в результате последующих проверок правильности отражения поступлений и выдач наличных денег по кодам отчета, проведенных банком (Национальным банком), банк производит корректировку отчета.

При обнаружении ошибок на промежуточные даты (8, 15 и 22-е числа месяца) корректировка производится в целом за месяц, в Национальный банк отчет представляется на 1-е число месяца.

Исправление отчета в банке допускается на основании объяснительных записок с разрешения главного бухгалтера банка (лица, уполномоченного руководителем) и руководителя банка (лица, им уполномоченного).

Корректировка производится согласно резолюции Председателя Правления Национального банка (лица, им уполномоченного) на письменном обращении банка.

Информация для корректировки, производимой два раза в год (до 20 июня и до 20 декабря), направляется банком в Национальный банк:

в виде отдельных текстовых файлов установленного формата с информацией на 1-е число соответствующего отчетного месяца и добавлением к имени файла любой буквы латинского алфавита;

по электронной почте ProCarry в адрес почтового ящика МАКЕТ.NBRB, через документальный информационный портал Национального банка <http://wallhall/nbrb.by> или другим способом, согласованным с главным управлением информационных технологий Национального банка.

48. Банк вправе разрабатывать для своих филиалов (отделений), их структурных подразделений порядок организации учета данных при формировании отчета, регламент передачи информации для включения в отчет и программное обеспечение учета и контроля кассовых оборотов, соответствующее требованиям настоящей Инструкции.

Приложение  
к Инструкции о порядке  
составления  
и представления информации по  
форме отчетности 0520 «Отчет  
о кассовых оборотах банка»

**Информация о кодах административно-территориальных единиц  
Республики Беларусь**

Код	Название района или города
Районы и города Брестской области	
404	г. Барановичи и район
408	Березовский
412	г. Брест и район
416	Ганцевичский
420	Дрогичинский
425	Жабинковский
430	Ивановский
434	Ивацевичский
440	Каменецкий
443	Кобринский
447	Лунинецкий
450	Ляховичский
452	Малоритский
454	г. Пинск и район
456	Пружанский
458	Столинский
Районы и города Витебской области	
605	Бешенковичский
608	Браславский
610	Верхнедвинский
612	г. Витебск и район
615	Глубокский
618	Городокский
621	Докшицкий
624	Дубровенский
627	Лепельский
630	Лиозненский
633	Миорский
636	г. Орша и район
638	г. Полоцк и район
639	г. Новополоцк
640	Поставский
642	Россонский
644	Сенненский
646	Толочинский
649	Ушачский
651	Чашникский
655	Шарковщинский
658	Шумилинский
Районы и города Гомельской области	
303	Брагинский
305	Буда-Кошелевский
308	Ветковский

Продолжение табл.

Код	Название района или города
310	г. Гомель и район
312	Добрушский
314	Ельский
316	Житковичский
318	г. Жлобин и район
323	Калинковичский
325	Кормянский
328	Лельчицкий
330	Лоевский
335	г. Мозырь и район
338	Наровлянский
340	Октябрьский
343	Петриковский
345	г. Речица и район
347	Рогачевский
350	г. Светлогорск и район
354	Хойникский
356	Чечерский
Районы и города Гродненской области	
204	Берестовицкий
208	Волковысский
213	Вороновский
220	г. Гродно и район
223	Дятловский
226	Зельвенский
229	Ивьевский
233	Кореличский
236	г. Лида и район
240	Мостовский
243	Новогрудский
246	Островецкий
249	Ошмянский
252	Свислочский
254	Слонимский
256	Сморгонский
258	Щучинский
Районы и города Минской области	
701	г. Минск
704	Березинский
708	Борисовский
709	г. Жодино
713	Вилейский
720	Воложинский
722	Дзержинский
725	Клецкий
728	Копыльский
730	Крупский
732	Логойский
734	Любанский
736	Минский
738	Молодечненский
740	Мядельский
742	Несвижский
744	Пуховичский
746	Слуцкий
748	Смолевичский
750	Солигорский
752	Стародорожский

Окончание табл.

Код	Название района или города
754	Столбцовский
756	Узденский
758	Червенский
Районы и города Могилевской области	
804	Белыничский
808	г. Бобруйск и район
813	Быховский
817	Глусский
820	Горецкий
823	Дрибинский
825	Кировский
828	Климовичский
830	Кличевский
835	Костюковичский
838	Краснопольский
840	Кричевский
842	Круглянский
844	г. Могилев и район
846	Мстиславский
848	Осиповичский
850	Славгородский
852	Хотимский
854	Чаусский
856	Чериковский
858	Шкловский

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
27 мая 2011 г. № 47

**8/23793** Об установлении перечня противопоказаний к занятию спортом при приеме лиц для получения начального образования, базового образования, среднего образования в специализированных по спорту классах учреждений общего среднего образования и для получения общего среднего образования в средних школах – училищах олимпийского резерва  
(20.06.2011)

На основании части первой пункта 3 и части первой пункта 12 статьи 159 Кодекса Республики Беларусь об образовании Министерство здравоохранения Республики Беларусь **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Установить перечень противопоказаний к занятию спортом при приеме лиц для получения начального образования, базового образования, среднего образования в специализированных по спорту классах учреждений общего среднего образования и для получения общего среднего образования в средних школах – училищах олимпийского резерва согласно приложению.

2. Настоящее постановление вступает в силу с 1 сентября 2011 г.

Министр

В.И.Жарко

СОГЛАСОВАНО  
Министр образования  
Республики Беларусь  
С.А.Маскевич  
26.05.2011

СОГЛАСОВАНО  
Министр спорта и туризма  
Республики Беларусь  
О.Л.Качан  
26.05.2011

Приложение  
к постановлению  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
27.05.2011 № 47

## **ПЕРЕЧЕНЬ**

**противопоказаний к занятию спортом при приеме лиц для получения начального образования, базового образования, среднего образования в специализированных по спорту классах учреждений общего среднего образования и для получения общего среднего образования в средних школах – училищах олимпийского резерва<sup>1</sup>**

### **ГЛАВА 1 ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЗАНЯТИЮ СПОРТОМ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ЗАНЯТИЙ ШАШКАМИ И ШАХМАТАМИ)**

1. Инфекционные и паразитарные болезни:
  - 1.1. острые инфекционные и паразитарные болезни до выздоровления;
  - 1.2. туберкулез;
  - 1.3. вирусный гепатит:
    - 1.3.1. острый вирусный гепатит – в течение 6 месяцев после перенесенной болезни;
    - 1.3.2. хронический вирусный гепатит;
  - 1.4. микозы (распространенная форма);
  - 1.5. склерома;
  - 1.6. болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), включая ВИЧ-инфицирование;
  - 1.7. мононуклеоз, вызванный гамма-герпетическим вирусом (мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейна-Барра);
  - 1.8. последствия инфекционных и паразитарных болезней с нарушением функции органов и систем.
2. Новообразования:
  - 2.1. злокачественные новообразования;
  - 2.2. доброкачественные новообразования с нарушением функций органов и систем или затрудняющие движения;
  - 2.3. новообразования нервной системы.
3. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм:
  - 3.1. анемии, связанные с питанием, – до выздоровления;
  - 3.2. гемолитические анемии;
  - 3.3. апластические анемии;
  - 3.4. нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния;
  - 3.5. другие болезни крови и кроветворных органов:
    - 3.5.1. агранулоцитоз;
    - 3.5.2. болезни селезенки;
    - 3.5.3. эритроцитоз;
  - 3.6. отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм:
    - 3.6.1. иммунодефициты, плохо поддающиеся лечению;
    - 3.6.2. саркоидоз.
4. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ:
  - 4.1. болезни щитовидной железы:
    - 4.1.1. синдром врожденной йодной недостаточности;
    - 4.1.2. врожденный гипотиреоз;
    - 4.1.3. тиреотоксикоз (гипертиреоз);
    - 4.1.4. тиреоидит;
  - 4.2. сахарный диабет;
  - 4.3. нарушения других эндокринных желез:
    - 4.3.1. гипопаратиреоз;
    - 4.3.2. гиперпаратиреоз и другие нарушения паращитовидной (околощитовидной) железы;
    - 4.3.3. акромегалия и гипофизарный гигантизм;
    - 4.3.4. гиперпролактинемия;
    - 4.3.5. синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона;
    - 4.3.6. преждевременная половая зрелость центрального происхождения;
    - 4.3.7. гипопитуитаризм;

- 4.3.8. несахарный диабет;
- 4.3.9. синдром (болезнь) Иценко-Кушинга;
- 4.3.10. адреногенитальные расстройства;
- 4.3.11. гиперальдостеронизм;
- 4.3.12. первичная недостаточность коры надпочечников;
- 4.3.13. полигландулярная дисфункция;
- 4.4. недостаточность питания:
  - 4.4.1. тяжелая белково-энергетическая недостаточность;
  - 4.4.2. умеренная белково-энергетическая недостаточность;
  - 4.4.3. задержка развития, обусловленная белково-энергетической недостаточностью, – решается индивидуально врачебно-консультационной комиссией государственной организации здравоохранения (далее – ВКК);
  - 4.4.4. белково-энергетическая недостаточность неуточненная;
- 4.5. ожирение:
  - 4.5.1. ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов, 2–4-й степени;
  - 4.5.2. крайняя степень ожирения, сопровождаемая альвеолярной гиповентиляцией;
  - 4.5.3. другие формы ожирения;
- 4.6. нарушение обмена веществ:
  - 4.6.1. нарушения обмена аминокислот;
  - 4.6.2. нарушения обмена углеводов;
  - 4.6.3. нарушения обмена липопротеидов;
  - 4.6.4. нарушения обмена пуринов и пиримидинов;
  - 4.6.5. нарушения обмена гликозамингликанов;
  - 4.6.6. нарушения обмена порфирина и билирубина;
  - 4.6.7. кистозный фиброз.
- 5. Психические расстройства и расстройства поведения:
  - 5.1. органические, включая симптоматические, психические расстройства – легкой степени решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;
  - 5.2. психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ;
  - 5.3. шизофрения, шизотипическое, шизоаффективное и бредовое расстройства;
  - 5.4. расстройства настроения:
    - 5.4.1. биполярное аффективное расстройство – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;
    - 5.4.2. депрессивное и маниакальное расстройства – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;
  - 5.5. диссоциативные расстройства – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;
  - 5.6. расстройства личности:
    - 5.6.1. специфические расстройства личности – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;
    - 5.6.2. смешанные и другие расстройства личности – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;
  - 5.7. умственная отсталость – легкой степени решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;
  - 5.8. расстройства психологического развития:
    - 5.8.1. специфические расстройства развития моторных функций;
    - 5.8.2. общие расстройства психологического развития:
      - детский аутизм;
      - атипичный аутизм;
      - синдром Ретта;
      - дезинтегрированное расстройство детского возраста;
      - гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями;
      - синдром Аспергера;
  - 5.9. эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте:
    - 5.9.1. социализированные, несоциализированные расстройства поведения – легкой степени решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;
    - 5.9.2. смешанные расстройства поведения и эмоций – легкой степени решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

5.9.3. тики:

транзиторные тики;

хронические моторные тики или вокализмы;

комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром де-ла-Туретта);  
другие тики – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

5.9.4. другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся  
обычно в детском и подростковом возрасте:

энурез неорганической природы;

энкопрез неорганической природы;

поедание несъедобного.

6. Болезни нервной системы:

6.1. последствия воспалительных болезней центральной нервной системы;

6.2. экстрапирамидные и другие двигательные нарушения;

6.3. полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы;

6.4. эпизодические и пароксизмальные расстройства:

6.4.1. эпилепсия;

6.4.2. преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы и родственные  
синдромы;

6.5. последствия поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений;

6.6. болезни нервно-мышечного синапса и мышц;

6.7. системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему:

6.7.1. наследственная атаксия;

6.7.2. спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы;

6.8. демиелинизирующие болезни центральной нервной системы;

6.9. церебральный паралич и другие паралитические синдромы.

7. Болезни глаза:

7.1. болезни век, слезных путей, глазницы, с нарушением функции глаза;

7.2. хронический конъюнктивит – решается индивидуально ВКК;

7.3. болезни склеры, роговицы, радужной оболочки и цилиарного тела:

7.3.1. склерит;

7.3.2. кератит;

7.3.3. иридоциклит;

7.3.4. рубцы и помутнение роговицы, приводящие к нарушению функции глаза;

7.4. катаракта, за исключением врожденной точечной, не влияющей на остроту зрения;

7.5. болезни сосудистой оболочки и сетчатки:

7.5.1. дегенерация сетчатки и сосудистой оболочки глаза;

7.5.2. отслойка сосудистой оболочки глаза;

7.5.3. отслойка и разрыв сетчатки;

7.5.4. ретинопатия и ретинальные сосудистые изменения;

7.6. глаукома;

7.7. болезни стекловидного тела и глазного яблока:

7.7.1. помутнение стекловидного тела;

7.7.2. эндофтальмиты;

7.7.3. состояния после проникающих ранений глазного яблока;

7.8. болезни зрительного нерва и зрительных путей:

7.8.1. неврит зрительного нерва;

7.8.2. атрофия зрительного нерва;

7.9. болезни мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз, аккомодации и  
рефракции:

7.9.1. косоглазие паралитическое, содружественное более 15 градусов;

7.9.2. понижение остроты зрения, аномалии рефракции ниже 0,3 на оба глаза без коррек-  
ции;

7.9.3. миопия слабой степени до 0,7 без изменений на глазном дне<sup>2</sup> – допуск с исследова-  
нием глазного дна фундус-линзой 1 раз в год;

7.9.4. миопия с коррекцией более 3,0 Д без изменений на глазном дне;

7.9.5. миопия любой степени с изменениями на глазном дне;

7.9.6. гиперметропия более 4,0 Д;

7.10. зрительные расстройства и слепота:

7.10.1. диплопия;

7.10.2. монокулярный характер зрения;

7.10.3. дефекты поля зрения и сужение поля зрения более чем на 20 градусов;

7.10.4. дихромазии и аномальная трихромазия типов А, В<sup>3</sup>.



8. Болезни уха и сосцевидного отростка:
  - 8.1. болезни среднего уха и сосцевидного отростка:
    - 8.1.1. хронический туботимпанальный гнойный средний отит<sup>4</sup>;
    - 8.1.2. хронический эптитимпано-антральный гнойный средний отит;
    - 8.1.3. адгезивная болезнь среднего уха двусторонняя с восприятием шепотной речи до 0,5 метра и разговорной речи до 3 метров (потеря слуха более 50 дБ);
  - 8.2. нейросенсорная потеря слуха двусторонняя;
  - 8.3. нарушения вестибулярной функции;
  - 8.4. болезнь Меньера.
9. Болезни системы кровообращения:
  - 9.1. хронические ревматические болезни сердца с поражением клапанов сердца;
  - 9.2. болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением:
    - 9.2.1. артериальная (эссенциальная) гипертензия;
    - 9.2.2. вторичная артериальная гипертензия;
  - 9.3. ишемическая болезнь сердца;
  - 9.4. другие болезни сердца:
    - 9.4.1. миокардит;
    - 9.4.2. перикардит;
    - 9.4.3. эндокардит;
    - 9.4.4. неревматические поражения митрального клапана:
      - пролапс митрального клапана I степени с регургитацией 2-й степени;
      - пролапс митрального клапана I степени с регургитацией 1-й степени без семейных случаев внезапной смерти при пролапсе митрального клапана, предшествующих случаев эмболии, нарушений ритма и проводимости сердца – допуск с контролем ультразвукового исследования сердца 1 раз в 6 месяцев;
      - пролапс митрального клапана и других клапанов сердца II и более степени;
      - пролапсы митрального и других клапанов сердца на фоне миксоматоза створок;
    - 9.4.5. неревматические поражения аортального клапана с регургитацией 1-й и более степени на фоне измененных створок клапана;
    - 9.4.6. неревматические поражения трикуспидального клапана с пролапсом II и более степени;
    - 9.4.7. неревматические поражения клапана легочной артерии с пролапсом II и более степени;
    - 9.4.8. кардиомиопатии;
    - 9.4.9. нарушения ритма и проводимости:
      - предсердно-желудочковая блокада (атриовентрикулярная) 2-й и более степени;
      - блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса – допуск с контролем электрокардиограммы 1 раз в год;
      - блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса – допуск с контролем электрокардиограммы 1 раз в год;
      - полная блокада левой ножки пучка Гиса;
      - полная блокада правой ножки пучка Гиса – допуск с контролем электрокардиограммы 1 раз в год;
    - синдром преждевременного возбуждения: синдром WPW; синдром CLC с нарушениями ритма;
    - синдром удлиненного/укороченного QT;
    - синдром ранней реполяризации желудочков;
    - экстрасистолия: ранние, частые, политопные, полиморфные, аллоритмии;
    - пароксизмальная тахикардия;
    - фибрилляция и трепетание предсердий, желудочков;
    - синдром слабости синусового узла;
  - 9.5. болезни артерий, артериол и капилляров;
  - 9.6. цереброваскулярные болезни.
10. Болезни органов дыхания:
  - 10.1. болезни верхних дыхательных путей:
    - 10.1.1. хронические болезни миндалин и аденоидов с обострениями более 4 раз в год;
    - 10.1.2. хронический ларингит и ларинготрахеит – решается индивидуально ВКК;
    - 10.1.3. вазомоторный и аллергический ринит – решается индивидуально ВКК;
    - 10.1.4. поллиноз;
    - 10.1.5. папилломатоз гортани;
    - 10.1.6. озена;
    - 10.1.7. хронический синусит<sup>4</sup>;

- 10.1.8. смещение носовой перегородки – решается индивидуально ВКК;
- 10.1.9. гипертрофия носовых раковин – решается индивидуально ВКК;
- 10.1.10. паралич голосовых складок – решается индивидуально ВКК;
- 10.2. хронические болезни нижних дыхательных путей;
- 10.3. бронхиальная астма – легкая степень решается индивидуально ВКК;
- 10.4. рецидивирующие носовые кровотечения<sup>5</sup>.
- 11. Болезни органов пищеварения:
  - 11.1. челюстно-лицевые аномалии с нарушениями функций;
  - 11.2. болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:
    - 11.2.1. язва пищевода;
    - 11.2.2. язва желудка;
    - 11.2.3. язва двенадцатиперстной кишки;
    - 11.2.4. острый геморрагический гастрит – решается индивидуально ВКК;
    - 11.2.5. хронический гастрит с выраженными нарушениями функции и обострениями более 4 раз в год;
    - 11.2.6. хронический гастродуоденит – решается индивидуально ВКК;
  - 11.3. грыжи:
    - 11.3.1. паховая;
    - 11.3.2. бедренная;
    - 11.3.3. пупочная;
    - 11.3.4. передней брюшной стенки;
  - 11.4. неинфекционный энтерит и колит:
    - 11.4.1. болезнь Крона;
    - 11.4.2. язвенный колит;
    - 11.4.3. радиационный гастрит и колит;
  - 11.5. другие болезни кишечника:
    - 11.5.1. дивертикулярная болезнь кишечника;
    - 11.5.2. выпадение прямой кишки;
    - 11.5.3. язва заднего прохода и прямой кишки;
    - 11.5.4. язва кишечника;
    - 11.5.5. геморрой;
    - 11.5.6. спайки абдоминальные с проявлением кишечной непроходимости два и более раза;
  - 11.6. болезни печени:
    - 11.6.1. токсическое поражение печени;
    - 11.6.2. гепатит;
  - 11.7. болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы:
    - 11.7.1. желчнокаменная болезнь (холелитиаз);
    - 11.7.2. холецистит – решается индивидуально ВКК;
    - 11.7.3. острый панкреатит;
    - 11.7.4. другие хронические панкреатиты;
    - 11.7.5. спазм сфинктера Одди.
- 12. Болезни кожи и подкожной клетчатки:
  - 12.1. инфекции кожи и подкожной клетчатки;
  - 12.2. дерматит и экзема (распространенная форма);
  - 12.3. папулосквамозные нарушения (распространенная форма);
  - 12.4. гипертрофические изменения кожи (распространенная форма);
  - 12.5. угри (тяжелая форма).
- 13. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани:
  - 13.1. инфекционные артропатии;
  - 13.2. реактивные артропатии;
  - 13.3. воспалительные полиартропатии:
    - серопозитивный ревматоидный артрит;
    - юношеский (ювенильный) артрит;
  - 13.4. артрозы;
  - 13.5. артриты – до снятия с диспансерного учета;
  - 13.6. приобретенные деформации пальцев рук и ног:
    - 13.6.1. наружное искривление большого пальца (hallus valgus) – решается индивидуально ВКК;
    - 13.6.2. другие деформации большого пальца стопы – решается индивидуально ВКК;
    - 13.6.3. другие деформации пальцев стопы – решается индивидуально ВКК;

- 13.7. другие приобретенные деформации конечностей:
  - 13.7.1. свисание стопы или кисти;
  - 13.7.2. разная длина конечностей 2 см и более;
  - 13.7.3. плоская стопа (pes planus) приобретенная 1-й степени с явлениями артроза или 2-й, 3-й степени;
- 13.8. поражения надколенника:
  - 13.8.1. привычный вывих надколенника;
  - 13.8.2. хондромалиция надколенника с явлениями артроза пателлофemorального сочленения;
- 13.9. хроническая нестабильность коленного сустава;
- 13.10. другие специфические поражения суставов;
- 13.11. системные поражения соединительной ткани:
  - 13.11.1. узелковый полиартериит и родственные состояния;
  - 13.11.2. другие некротизирующие васкулопатии;
  - 13.11.3. системная красная волчанка;
  - 13.11.4. системный склероз;
  - 13.11.5. дерматомиозит;
- 13.12. деформирующие дорсопатии:
  - 13.12.1. сколиоз более 5 градусов;
  - 13.12.2. остеохондроз позвоночника с наличием корешкового синдрома;
  - 13.12.3. другие деформирующие дорсопатии;
- 13.13. болезни мягких тканей:
  - 13.13.1. поражение мышц с нарушением функции;
  - 13.13.2. поражения синовиальных оболочек и сухожилий с нарушением функции;
- 13.14. остеопатии и хондропатии:
  - 13.14.1. нарушения плотности и структуры костной ткани;
  - 13.14.2. юношеский остеохондроз бедра и таза;
  - 13.14.3. другие юношеские остеохондрозы;
  - 13.14.4. хондропатия Осгуда-Шлаттера – решается индивидуально ВКК;
  - 13.14.5. другие остеохондропатии – решается индивидуально ВКК.
- 14. Болезни мочеполовой системы:
  - 14.1. гломерулярные болезни почек;
  - 14.2. тубулоинтерстициальный нефрит;
  - 14.3. мочекаменная болезнь;
  - 14.4. другие болезни почки и мочеточника:
    - 14.4.1. нефроптоз 2-й и более степени;
    - 14.4.2. киста почки;
  - 14.5. другие болезни мочевой системы:
    - 14.5.1. хронический цистит;
    - 14.5.2. стойкая протеинурия;
    - 14.5.3. ортостатическая протеинурия – решается индивидуально ВКК;
    - 14.5.4. нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря;
  - 14.6. рецидивирующая и устойчивая гематурия;
  - 14.7. хроническая почечная недостаточность;
  - 14.8. болезни мужских половых органов:
    - 14.8.1. варикозное расширение вен мошонки;
    - 14.8.2. гидроцеле;
    - 14.8.3. сперматоцеле;
  - 14.9. неопущение яичка.
- 15. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения:
  - 15.1. врожденные аномалии (пороки развития) системы кровообращения:
    - 15.1.1. врожденные аномалии (пороки развития) сердечных камер и соединений;
    - 15.1.2. врожденные аномалии (пороки развития) сердечной перегородки;
    - 15.1.3. врожденные аномалии (пороки развития) легочного и трехстворчатого клапана с нарушением функции;
    - 15.1.4. врожденные аномалии (пороки развития) аортального и митрального клапана с нарушением его функции;
    - 15.1.5. двустворчатый аортальный клапан с нарушением его функции;
    - 15.1.6. малые аномалии сердца (избыточная трабекулярность желудочков, аномальное крепление створочных хорд, аномальное положение хорд, аномалии папиллярных мышц и другое) или их сочетание, изменяющие геометрию полости левого (правого) желудочка и со-

проводящиеся нарушением диастолической функции желудочка (по результатам ЭхоКГ) и (или) нарушениями ритма и проводимости сердца;

15.1.7. состояния после хирургических вмешательств на сердце и сосудах до снятия с диспансерного учета;

15.2. врожденные аномалии и деформации костно-мышечной системы:

15.2.1. дефекты, укорачивающие верхнюю конечность;

15.2.2. дефекты, укорачивающие нижнюю конечность;

15.2.3. дефекты, укорачивающие конечность неуточненную;

15.2.4. другие врожденные аномалии (пороки развития) конечности(ей);

15.2.5. остеохондродисплазия с дефектами роста трубчатых костей и позвоночника;

15.2.6. другие остеохондродисплазии;

15.2.7. плоская стопа (pes planus) врожденная 1-й степени с явлениями артроза или 2-й, 3-й степени;

15.2.8. врожденные аномалии (пороки развития) позвоночника и костей грудной клетки: spina bifida occulta;

синдром Клиппеля-Фейля;

врожденный спондилолистез;

врожденный сколиоз, вызванный пороком развития кости;

другие врожденные аномалии позвоночника, не связанные со сколиозом;

шейное ребро, другие врожденные аномалии ребер – решается индивидуально ВКК;

врожденная аномалия грудины – решается индивидуально ВКК;

другие врожденные аномалии костей грудной клетки – решается индивидуально ВКК;

15.3. врожденные аномалии (пороки развития) различных органов и систем с нарушением функции органов и систем.

16. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин с нарушением функции органов и систем.

## ГЛАВА 2

### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЗАНЯТИЮ ШАШКАМИ И ШАХМАТАМИ

17. Психические расстройства и расстройства поведения:

17.1. органические, включая симптоматические, психические расстройства – легкой степени решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

17.2. психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ;

17.3. расстройства настроения:

17.3.1. биполярное аффективное расстройство – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

17.3.2. депрессивное и маниакальное расстройства – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

17.4. расстройства личности:

17.4.1. специфические расстройства личности – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

17.4.2. смешанные и другие расстройства личности – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

17.5. умственная отсталость;

17.6. расстройства психологического развития:

17.6.1. специфические расстройства развития моторных функций;

17.6.2. общие расстройства психологического развития:

детский аутизм;

атипичный аутизм;

синдром Ретта;

дезинтегрированное расстройство детского возраста;

гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями;

синдром Аспергера – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

17.7. эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте:

17.7.1. социализированные, несоциализированные расстройства поведения – легкой степени решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

17.7.2. смешанные расстройства поведения и эмоций – легкой степени решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

17.7.3. тики;

транзиторные тики;

хронические моторные тики или вокализмы;

комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром де-ла-Туретта);

другие тики – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

17.7.4. другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте:

энурез неорганической природы;

энкопрез неорганической природы;

поедание несъедобного.

<sup>1</sup> Названия заболеваний даны в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятой в 1989 году сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения.

<sup>2</sup> Для занятий боксом, борьбой, единоборствами, прыжками в воду; тяжелой атлетикой, спортивной гимнастикой, акробатикой, бейсболом, военно-техническими видами спорта, прыжками с трамплина, фристайлом, автоспортом, мотоспортом, лыжным двоеборьем.

<sup>3</sup> Для занятий автоспортом, мотоспортом, велоспортом, греблей академической, греблей на байдарках, парусным спортом, подводным плаванием, плаванием в ластах, военно-прикладными видами спорта, конным спортом.

<sup>4</sup> Для занятий водными видами спорта, зимними видами спорта, велоспортом (шоссе).

<sup>5</sup> Для занятий силовыми видами спорта.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

26 мая 2011 г. № 44

**8/23794** Об установлении перечня медицинских показаний для получения общего среднего, профессионально-технического, специального образования и дополнительного образования взрослых на дому и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 декабря 2009 г. № 141  
(20.06.2011)

На основании части второй пункта 1 статьи 160, части второй пункта 1 статьи 181, части второй пункта 1 статьи 251 и пункта 1 статьи 271 Кодекса Республики Беларусь об образовании Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Установить перечень медицинских показаний для получения общего среднего, профессионально-технического, специального образования и дополнительного образования взрослых на дому согласно приложению.

2. Признать утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 декабря 2009 г. № 141 «Об установлении перечня медицинских показаний для обучения и воспитания на дому учащихся общеобразовательных учреждений, детей-инвалидов и лиц с особенностями психофизического развития, обучающихся в дошкольных, общеобразовательных учреждениях, специальных учреждениях образования, учреждениях, обеспечивающих получение профессионально-технического образования, и признании утратившими силу постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 сентября 2006 г. № 72 и от 22 мая 2008 г. № 95» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2010 г., № 27, 8/21823).

3. Настоящее постановление вступает в силу с 1 сентября 2011 г.

Министр

В.И.Жарко

Приложение  
к постановлению  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
26.05.2011 № 44

**ПЕРЕЧЕНЬ**

**медицинских показаний для получения общего среднего, профессионально-технического, специального образования и дополнительного образования взрослых на дому\***

1. Злокачественные новообразования всех локализаций – до 6 месяцев после окончания лечения.

2. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм:

2.1. гемолитические анемии – до 6 месяцев от наступления ремиссии и окончания получения гормональной терапии;

2.2. апластические анемии – до 6 месяцев от наступления ремиссии и окончания иммуносупрессивной терапии;

2.3. конституциональная апластическая анемия;

2.4. нарушения свертываемости крови, тромбоцитопеническая пурпура и другие геморрагические состояния:

2.4.1. наследственный дефицит фактора VIII, фактора IX и другие нарушения свертываемости – тяжелое течение, ингибиторная форма, гемартроз суставов с двигательными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;

2.4.2. пурпура и другие геморрагические состояния – до 6 месяцев от наступления ремиссии;

2.5. другие болезни крови и кроветворных органов:

2.5.1. агранулоцитоз – до 6 месяцев от наступления ремиссии;

2.5.2. болезнь Костмана;

2.5.3. нейтропении (врожденная, циклическая);

2.6. отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм:

2.6.1. первичные иммунодефициты – с момента установления диагноза;

2.6.2. саркоидоз – до 1 месяца от наступления ремиссии;

2.7. состояния после трансплантации костного мозга, печени, почек, других органов – до 2 лет после окончания иммуносупрессивной терапии.

3. Болезни органов дыхания:

3.1. дыхательная недостаточность 2-й и более степени;

3.2. озена;

3.3. бронхиальная астма (тяжелое течение) с частыми приступами;

3.4. состояние после удаления доли или сегмента легкого – до 3 месяцев после оперативного лечения.

4. Болезни системы кровообращения:

4.1. сердечная недостаточность 2-й и более степени;

4.2. острая ревматическая лихорадка – активная фаза;

4.3. болезни вен, лимфатических сосудов или лимфатических узлов с двигательными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;

4.4. артериальная гипертензия: для взрослых – 3-й и более степени, для детей в возрасте до 18 лет – 2-й и более степени;

4.5. состояние после оперативного лечения на сердце – до 6 месяцев после оперативного лечения.

5. Болезни органов пищеварения:

5.1. печеночная недостаточность;

5.2. хронический гепатит с высокой лабораторной активностью;

5.3. цирроз печени в стадии субкомпенсации и декомпенсации;

5.4. портальная гипертензия – до 3 месяцев после оперативного лечения;

5.5. болезнь Крона – в стадии обострения;

5.6. язвенный колит – в стадии обострения;

5.7. синдром короткой кишки.

6. Болезни кожи и подкожной клетчатки:

6.1. дерматит и экзема распространенная – тяжелое течение в период обострения;

6.2. эритродермии – решается индивидуально врачебно-консультационной комиссией государственной организации здравоохранения (далее – ВКК);

6.3. папулосквамозные нарушения (распространенная форма);

6.4. генерализованный пустулезный псориаз;

6.5. гипертрофические изменения кожи (распространенная форма).

7. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани:

7.1. болезни костно-мышечной системы с двигательными нарушениями и нарушениями способности к самообслуживанию ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;

7.2. болезни костно-мышечной системы после оперативного лечения с двигательными нарушениями и нарушениями способности к самообслуживанию ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;

7.3. болезни костно-мышечной системы, требующие лечения гипсовой повязкой, с двигательными нарушениями и нарушениями способности к самообслуживанию ФК 3\*\* и ФК 4\*\* для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;

7.4. системные поражения соединительной ткани – активная фаза;

7.5. артропатии:

7.5.1. юношеский (ювенильный) артрит с двигательными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;

- 7.5.2. первичный генерализованный остеоартроз;
- 7.5.3. псориатические артропатии с двигательными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;
- 7.5.4. артропатии с двигательными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше.
- 8. Беременность с 28 недель до 70 дней послеродового периода (при грудном вскармливании – до 6 месяцев).
- 9. Болезни мочеполовой системы:
  - 9.1. гломерулярные болезни с выраженными и резко выраженными нарушениями почек и высокой степенью активности – непрерывно рецидивирующее течение;
  - 9.2. хронический тубулоинтерстициальный нефрит – непрерывно рецидивирующее течение;
  - 9.3. хроническая почечная недостаточность.
- 10. Болезни нервной системы:
  - 10.1. последствия воспалительных болезней центральной нервной системы с двигательными и (или) другими остаточными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;
  - 10.2. дистония торсионная (генерализованная форма);
  - 10.3. демиелинизирующие болезни центральной нервной системы с двигательными, координаторными и другими нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;
  - 10.4. эпилепсия с частыми припадками\*\*\*;
  - 10.5. полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы с двигательными и (или) другими остаточными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;
  - 10.6. детский церебральный паралич и другие паралитические синдромы с двигательными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;
  - 10.7. Болезни нервно-мышечного синапса и мышц:
    - 10.7.1. прогрессирующие мышечные дистрофии с двигательными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;
    - 10.7.2. врожденные миопатии с двигательными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;
    - 10.7.3. миотонические расстройства с двигательными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;
    - 10.7.4. миастения с бульбарными, дыхательными, двигательными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;
  - 10.8. системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему:
    - 10.8.1. наследственная атаксия с двигательными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;
    - 10.8.2. спинальная мышечная атрофия с двигательными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше.
- 11. Психические расстройства и расстройства поведения:
  - 11.1. шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;
  - 11.2. аффективные расстройства настроения:
    - 11.2.1. маниакальный эпизод – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;
    - 11.2.2. депрессивный эпизод – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;
    - 11.2.3. биполярное аффективное расстройство – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;
  - 11.3. органические, включая симптоматические, психические расстройства:
    - 11.3.1. деменция при других уточненных болезнях (эпилептическая, посттравматическая, постгипоксическая и другая) – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;
    - 11.3.2. другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;
    - 11.3.3. расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

11.4. поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте:

11.4.1. гиперкинетические расстройства – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

11.4.2. расстройства поведения – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

11.4.3. смешанные расстройства поведения и эмоций – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

11.4.4. расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста, – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

11.4.5. другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте:

неорганический энурез (дневной) – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

неорганический энкопроз (дневной);

11.5. невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

11.6. поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами:

11.6.1. расстройства приема пищи – тяжелая степень;

11.7. расстройства зрелой личности и поведения у взрослых с частыми декомпенсациями и социальной дезадаптацией:

11.7.1. специфические расстройства личности;

11.7.2. смешанное и другое расстройство личности;

11.8. общие расстройства психологического развития:

11.8.1. детский аутизм;

11.8.2. атипичный аутизм;

11.8.3. синдром Ретта;

11.8.4. гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями;

11.8.5. синдром Аспергера – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога;

11.9. умственная отсталость:

11.9.1. легкая умственная отсталость, осложненная выраженными нарушениями поведения;

11.9.2. умеренная умственная отсталость, осложненная выраженными нарушениями поведения;

11.9.3. тяжелая умственная отсталость;

11.9.4. глубокая умственная отсталость;

11.10. тики:

11.10.1. транзиторные тики, хронические моторные тики или вокализмы;

11.10.2. комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром де-ла-Туретта);

11.10.3. другие тики – решается индивидуально ВКК с участием врача-психиатра-нарколога.

12. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения:

12.1. spina bifida (неполное закрытие позвоночного канала) с двигательными и тазовыми нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;

12.2. врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия;

12.3. буллезный эпидермолиз.

13. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин:

13.1. внутричерепная травма (тяжелая степень) – до 6 месяцев после выписки из стационара;

13.2. травмы спинного мозга с двигательными нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;

13.3. последствия травм с двигательными и тазовыми нарушениями ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше;

13.4. переломы позвоночника, требующие длительного постельного режима.

14. Недержание кала.

15. Недержание мочи стойкое.

16. Асцит.



17. Состояние, связанное с наличием искусственного отверстия (колостома, гастростома, трахеостома и другое).

18. Болезни эндокринной системы:

18.1. сахарный диабет (первый тип, декомпенсация, непрерывно лабильное течение);

18.2. тиреотоксикоз (гипертиреоз) средней и тяжелой степени в стадии субкомпенсации и декомпенсации – до нормализации уровня тироксина общего и (или) свободного в крови;

18.3. гипотиреоз средней и тяжелой степени в стадии декомпенсации.

19. Болезни, не вошедшие в настоящий перечень и приведшие к ограничениям жизнедеятельности ФК 3\*\* и ФК 4\*\*, для детей в возрасте до 18 лет – ФК 2\*\* и выше.

\* Названия заболеваний даны в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятой в 1989 году сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения.

\*\* При оценке показателей, характеризующих нарушение категорий (критериев) жизнедеятельности человека, выделяют пять функциональных классов (далее – ФК) их выраженности (в процентах):

ФК 0 – характеризует отсутствие нарушения жизнедеятельности (0 %);

ФК 1 – легкое нарушение (от 1 до 25 %);

ФК 2 – умеренно выраженное нарушение (от 26 до 50 %);

ФК 3 – выраженное нарушение (от 51 до 75 %);

ФК 4 – резко выраженное нарушение (от 76 до 100 %).

\*\*\* Под частыми припадками понимаются генерализованные судорожные припадки с частотой 3–4 раза в течение 30 дней; очаговые судорожные припадки с частотой 2–3 раза в течение 7 дней; бессудорожные припадки с частотой 10 и более раз в день.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ИНОСТРАННЫХ ДЕЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
30 мая 2011 г. № 4

**8/23795** Об утверждении Инструкции о порядке организации работы по однократному продлению срока действия паспорта гражданина Республики Беларусь  
(20.06.2011)

На основании Указа Президента Республики Беларусь от 14 апреля 2011 г. № 146 «О внесении дополнений и изменений в Указ Президента Республики Беларусь от 3 июня 2008 г. № 294», подпункта 6.16 пункта 6 Положения о Министерстве иностранных дел Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 31 июля 2006 г. № 978 «Вопросы Министерства иностранных дел Республики Беларусь», Министерство иностранных дел Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию о порядке организации работы по однократному продлению срока действия паспорта гражданина Республики Беларусь.

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

С.Н.Мартынов

СОГЛАСОВАНО

Министр внутренних дел  
Республики Беларусь

А.Н.Кулешов

30.05.2011

УТВЕРЖДЕНО  
Постановление  
Министерства  
иностраных дел  
Республики Беларусь  
30.05.2011 № 4

**ИНСТРУКЦИЯ**

**о порядке организации работы по однократному продлению срока действия паспорта гражданина Республики Беларусь**

1. Настоящая Инструкция разработана на основании Положения о документах, удостоверяющих личность, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 3 июня 2008 г. № 294 «О документировании населения Республики Беларусь» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 135, 1/9740), перечня административных процедур, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 26 апреля 2010 г. № 200 «Об административных процедурах, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2010 г., № 119, 1/11590), и устанавливает порядок работы дипло-

матических представительств и консульских учреждений Республики Беларусь (далее – заграничное учреждение) по однократному продлению срока действия паспорта гражданину Республики Беларусь, временно выехавшему за пределы Республики Беларусь.

2. Однократное продление срока действия паспорта гражданина Республики Беларусь (далее – паспорт) осуществляется на период не более двух лет с даты окончания данного срока.

3. Необходимость длительного пребывания за пределами Республики Беларусь может быть обусловлена болезнью, обучением, осуществлением гражданином Республики Беларусь (далее – гражданин) трудовой деятельности, наличием у него семейных и иных обстоятельств в государстве временного пребывания, не позволяющих ему произвести обмен паспорта в установленном порядке.

4. Для однократного продления срока действия паспорта уполномоченным должностным лицом заграничного учреждения (далее – консульское должностное лицо) принимаются документы согласно подпунктам 11.7.1, 11.7.2 пункта 11.7 перечня административных процедур, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан.

5. Для однократного продления срока действия паспорта консульское должностное лицо обязано:

5.1. проверить визуально подлинность и срок действия предъявленного паспорта;

5.2. проверить документ, подтверждающий необходимость длительного пребывания за пределами Республики Беларусь;

5.3. проверить правильность заполнения заявления согласно приложению 1 и соответствие сведений, указанных в нем, данным паспорта;

5.4. внести сведения о гражданине в подсистему «Гражданство» специализированного программно-аппаратного комплекса, предназначенного для автоматизации консульской деятельности (далее – АС «Консул»);

5.5. направить для принятия согласованного решения об однократном продлении паспорта запрос в управление по гражданству и миграции управления внутренних дел областного исполнительного комитета, главного управления внутренних дел Минского городского исполнительного комитета (далее – УГиМ) по месту жительства гражданина согласно приложению 2.

6. В случае получения ответа УГиМ, содержащего сведения об отсутствии обстоятельств, препятствующих однократному продлению срока действия паспорта, консульское должностное лицо обязано:

6.1. на 28-й странице паспорта внести отметку о продлении срока действия паспорта согласно приложению 3, указать дату, до которой осуществляется однократное продление, учинить свою подпись и скрепить ее печатью заграничного учреждения с изображением Государственного герба Республики Беларусь;

6.2. в заявлении согласно приложению 1 в разделе «Служебные отметки» произвести запись об однократном продлении срока действия паспорта;

6.3. внести соответствующие изменения в АС «Консул»;

6.4. вручить паспорт гражданину (его законному представителю).

7. Уведомление об однократном продлении срока действия паспорта направляется в УГиМ по месту жительства гражданина согласно приложению 4.

8. В случае получения ответа о наличии обстоятельств, препятствующих однократному продлению срока действия паспорта, консульское должностное лицо обязано:

8.1. в заявлении согласно приложению 1 в разделе «Служебные отметки» произвести запись об отказе в однократном продлении срока действия паспорта;

8.2. уведомить гражданина (его законного представителя) об отказе в однократном продлении срока действия паспорта и разъяснить ему порядок въезда в Республику Беларусь, о чем гражданин (его законный представитель) производит соответствующую запись в заявлении согласно приложению 1 в разделе «Служебные отметки»;

8.3. внести соответствующие изменения в АС «Консул»;

8.4. вернуть консульский сбор в порядке, установленном законодательными актами.

Приложение 1  
к Инструкции о порядке организации  
работы по однократному продлению  
срока действия паспорта гражданина  
Республики Беларусь

Посольство (Генеральное консульство, Кон-  
сульство, отделение Посольства) Республики  
Беларусь в \_\_\_\_\_  
(название государства,  
населенного пункта аккредитации)  
гражданина Республики Беларусь \_\_\_\_\_  
(фамилия,  
\_\_\_\_\_ собственное имя, отчество (при наличии))  
временно находящегося в \_\_\_\_\_  
(название государства  
\_\_\_\_\_ временного пребывания)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В связи с истечением срока действия моего паспорта серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выданного  
\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.,  
(орган внутренних дел Республики Беларусь) (дата выдачи паспорта)  
и невозможностью выезда в настоящий момент в Республику Беларусь прошу продлить срок  
его действия по причине \_\_\_\_\_  
(указать причину, по которой паспорт

\_\_\_\_\_ не может быть обменен в установленном порядке: болезнь; обучение; осуществление трудовой

\_\_\_\_\_ деятельности; наличие семейных и иных обстоятельств в государстве временного пребывания)

О себе сообщаю следующие сведения:

Фамилия, собственное имя, отчество (при наличии)	
Число, месяц, год рождения; место рождения	
Место работы (учебы) в Республике Беларусь	
Место работы (учебы) в государстве временного пребывания	
Адрес регистрации по месту житель- ства и фактического места жительст- ва в Республике Беларусь, номер телефона	
Адрес места жительства в государст- ве временного пребывания, номер телефона	

Сведения о близких родственниках (родители, дети, братья, сестры, внуки, дед, бабушка) и  
супруге, которые проживают в \_\_\_\_\_  
(название государства временного пребывания)

и в Республике Беларусь:

№ п/п	Фамилия, собственное имя, отчество (при наличии)	Гражданство (подданство)	Степень родства	Адрес места жительства

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_ (подпись гражданина)

Служебные отметки: \_\_\_\_\_

1. Срок действия паспорта серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ продлен до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись консульского должностного лица)

2. Об отказе в однократном продлении срока действия паспорта я уведомлен(а), мне разъяснен порядок въезда в Республику Беларусь.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись гражданина)

Приложение 2  
к Инструкции о порядке организации  
работы по однократному продлению  
срока действия паспорта гражданина  
Республики Беларусь

\_\_\_\_\_  
(УГиМ)

### О возможности однократного продления паспорта

В связи с поступившим заявлением о продлении срока действия паспорта просим проверить по учету гражданина \_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество (при наличии),

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год рождения)  
паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_  
(орган внутренних дел Республики Беларусь)  
\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г., зарегистрированного по месту  
\_\_\_\_\_ (дата выдачи)

жительства: \_\_\_\_\_  
и сообщить о наличии или отсутствии обстоятельств, препятствующих однократному продлению срока действия паспорта, владельцем которого является указанный гражданин.

\_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

\* Запрос составляется на бланке загранучреждения в соответствии с законодательством о делопроизводстве в государственных органах.

Приложение 3  
к Инструкции о порядке организации  
работы по однократному продлению  
срока действия паспорта гражданина  
Республики Беларусь

### ОБРАЗЕЦ отметки о продлении срока действия паспорта

The validity of the present passport is extended until
Тэрмін дзеяння пашпарта падоўжаны да
_____ (Date, дата)*
_____ (дата) _____ (подпись должностного лица)

Размер отметки – 72 x 40 мм.

\* Дата проставляется группами арабских цифр (число, месяц, год).

Приложение 4  
к Инструкции о порядке организации  
работы по однократному продлению  
срока действия паспорта гражданина  
Республики Беларусь

\_\_\_\_\_  
(УГиМ)

**Об однократном продлении  
срока действия паспорта**

Информируем, что \_\_\_\_\_  
(название заграничного учреждения)  
срок действия паспорта серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выданного \_\_\_\_\_  
(орган внутренних дел)  
\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ Г.  
Республики Беларусь) \_\_\_\_\_ (дата выдачи)  
гражданину \_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество (при наличии))  
был продлен до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
\_\_\_\_\_  
(должность) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

\* Запрос составляется на бланке заграничного учреждения в соответствии с законодательством о делопроизводстве в государственных органах.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ПО ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
6 июня 2011 г. № 33

**8/23797** О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства  
(20.06.2011) по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь от 20 августа 2007 г. № 70

На основании статьи 3.30 Процессуально-исполнительного кодекса Республики Беларусь об административных правонарушениях, подпункта 7.4 пункта 7 Положения о Министерстве по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 29 декабря 2006 г. № 756 «О некоторых вопросах Министерства по чрезвычайным ситуациям», Министерство по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь **ПОСТАНОВЛЯЕТ**:

1. Внести в пункт 1 постановления Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь от 20 августа 2007 г. № 70 «О составлении протоколов об административных правонарушениях должностными лицами Департамента по надзору за безопасным ведением работ в промышленности Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2007 г., № 223, 8/17051; 2008 г., № 93, 8/18500; 2010 г., № 174, 8/22576) следующие изменения и дополнения:

абзац первый изложить в следующей редакции:

«1. Предоставить полномочия на составление протоколов об административных правонарушениях, предусмотренных статьями 9.17, 10.1, 10.2, частью 1 статьи 15.4, статьями 15.15, 15.18–15.20, частью 3 статьи 15.52, статьями 18.29, 18.40, 20.7, 20.8, 21.4, 21.5, частью 3 статьи 21.6, статьями 21.9, 21.10, 21.12, 23.1–23.5, частью 1 статьи 23.11, статьями 23.12, 23.13, 23.35, 23.48, 23.61, 23.62, 24.4–24.6 Кодекса Республики Беларусь об административных правонарушениях, следующим должностным лицам Департамента по надзору за безопасным ведением работ в промышленности Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь (далее – Госпромнадзор), осуществляющим в установленном порядке государственный надзор в области промышленной безопасности, безопасности перевозки опасных грузов:»;

абзац пятый изложить в следующей редакции:

«главному государственному инспектору;»;

дополнить пункт абзацами шестым–восьмым следующего содержания:

«ведущему государственному инспектору;

старшему государственному инспектору;

государственному инспектору.».

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Первый заместитель Министра

В.В.Карпицкий

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ТОРГОВЛИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
7 июня 2011 г. № 25

**8/23798** Об установлении перечня алкогольных напитков, на осуществление импорта которых не распространяется исключительное право государства, на 2011 год  
(20.06.2011)

На основании подпункта 6.7 пункта 6 Положения о Министерстве торговли Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 29 июля 2006 г. № 961 «Вопросы Министерства торговли Республики Беларусь», пункта 1 постановления Совета Министров Республики Беларусь от 6 июня 2011 г. № 713 «О предоставлении полномочий» Министерство торговли Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Установить перечень алкогольных напитков, на осуществление импорта которых не распространяется исключительное право государства, на 2011 год согласно приложению.
2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

В.С.Чеканов

Приложение  
к постановлению  
Министерства торговли  
Республики Беларусь  
07.06.2011 № 25

**ПЕРЕЧЕНЬ**

**алкогольных напитков, на осуществление импорта которых не распространяется исключительное право государства, на 2011 год**

№ п/п	Страна происхождения напитка	Наименование алкогольных напитков	
		на английском языке	на русском языке
1. Шампанское (2204 10 110 0 единой Товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности Таможенного союза (далее – ТН ВЭД ТС)			
1.1	Франция	Moët & Chandon	Мует и Шандон
1.2	Франция	Veuve Clicquot	Вдова Клико
1.3	Франция	Dom Perignon	Дом Периньон
1.4	Франция	Crystal	Кристалл
1.5	Франция	Champagne Mumm	Шампанское Мумм
2. Вина виноградные (из 2204 21 ТН ВЭД ТС) минимальная цена производителя не менее 10 евро за сосуд емкостью 0,75 л			
3. Коньяки (из 2208 20 ТН ВЭД ТС), изготовленные из коньячных спиртов, выдержанных более 10 лет			
3.1	Франция	Martell	Мартель
3.2	Франция	Remy Martin	Реми Мартен
3.3	Франция	Camus	Камю
3.4	Франция	Courvoisier	Курвуазье
3.5	Франция	Hine	Хайн
3.6	Франция	Cuvee (Lheraud Cognac Cuvee 20)	Кюве (Леро Коньяк Кюве 20)
3.7	Армения	Erebuni	Эребуни
3.8	Армения	Akhtamar	Ахтамар
3.9	Армения	Armenia	Армения
3.10	Армения	Dvin	Двин
3.11	Армения	Vaspurakan	Васпуракан
3.12	Армения	Nairi	Наири
3.13	Армения	Noy	Ной
4. Виски (2208 30 ТН ВЭД ТС) с выдержкой не менее 12 лет			
4.1	Шотландия	Johnnie Walker	Джонни Уокер
4.2	Ирландия	Bushmills	Бушмиллс
4.3	Великобритания	Chivas Regal	Чивас Ригал
4.4	Великобритания	Ballantine's	Баллантайнс
4.5	Ирландия	Jameson	Джеймсон
4.6	США	Jack Daniel's	Джек Дениэлс
4.7	США	Jim Beam	Джим Бим
5. Ром (из 2208 40 ТН ВЭД ТС)			
5.1	Куба	Havana Club	Гавана Клуб
5.2	Куба	Varadero	Варадеро
5.3	Багамы, Бермудские острова, США (Пуэрто-Рико)	Bacardi	Бакарди

Окончание табл.

№ п/п	Страна происхождения напитка	Наименование алкогольных напитков	
		на английском языке	на русском языке
5.4	Венесуэла	Castro	Кастро
6. Джин (2208 50 110 0, 2208 50 190 0 ТН ВЭД ТС)			
6.1	Великобритания	Beefeater	Бифитер
6.2	Великобритания	Gordon's	Гордонс
6.3	США	Seagram's	Сиграмс
6.4	Великобритания	Sapphire Bombay	Сапфир Бомбей

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ТОРГОВЛИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
7 июня 2011 г. № 27

**8/23799** О внесении изменений в постановление Министерства торговли Республики Беларусь от 8 мая 2009 г. № 28  
(20.06.2011)

На основании подпункта 6.7 пункта 6 Положения о Министерстве торговли Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 29 июля 2006 г. № 961 «Вопросы Министерства торговли Республики Беларусь», и постановления Совета Министров Республики Беларусь от 20 мая 2011 г. № 638 «О внесении изменений в постановления Совета Министров Республики Беларусь от 19 июля 2007 г. № 924 и от 23 октября 2007 г. № 1389» Министерство торговли Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Внести в постановление Министерства торговли Республики Беларусь от 8 мая 2009 г. № 28 «О некоторых вопросах осуществления Министерством торговли Республики Беларусь административных процедур в отношении юридических лиц и индивидуальных предпринимателей» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2009 г., № 131, 8/20942) следующие изменения:

- 1.1. абзацы четвертый и пятый пункта 1 исключить;
- 1.2. приложения 3 и 4 к этому постановлению исключить.

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

В.С.Чеканов

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ФИНАНСОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
15 июня 2011 г. № 40

**8/23800** О внесении изменений в постановление Министерства финансов Республики Беларусь от 25 июня 2007 г. № 98  
(20.06.2011)

На основании подпункта 2.4 пункта 2 Указа Президента Республики Беларусь от 14 сентября 2004 г. № 444 «О введении маркировки товаров контрольными (идентификационными) знаками», пункта 10 Положения о Министерстве финансов Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 31 октября 2001 г. № 1585 «Вопросы Министерства финансов Республики Беларусь», Министерство финансов Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Внести в пункт 1 постановления Министерства финансов Республики Беларусь от 25 июня 2007 г. № 98 «Об установлении стоимости контрольных (идентификационных) знаков и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства финансов Республики Беларусь» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2007 г., № 159, 8/16719; 2008 г., № 301, 8/20035; 2009 г., № 83, 8/20713; № 235, 8/21437; 2010 г., № 225, 8/22770) следующие изменения:

- в абзаце первом подпункта 1.1 цифры «40» заменить цифрами «70»;
- в подпункте 1.2 цифры «200» заменить цифрами «340».

2. Настоящее постановление вступает в силу с 1 июля 2011 г.

Министр

А.М.Харковец

СОГЛАСОВАНО

Министр экономики  
Республики Беларусь  
Н.Г.Снопков

15.06.2011