

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ -
ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ
И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ ДЕКОМПЕНСАЦИИ
ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Казань
2024**

УДК 616-036.12-082

ББК 53.05

M54

Авторы – составители

***А.Р. Абашев, Р.Ф. Шавалиев, Е.В. Демьянова, И.А. Гаврилов,
Д.И. Абдулганиева, Л.И. Фейсханова, А.А. Альмухаметов***

Рецензенты

Т.А. Куняева, канд. мед. наук, заместитель главного врача ГБУЗ «МРИЦКБ»
Республика Мордовия, главный внештатный специалист – терапевт Минздрава
России по Приволжскому федеральному округу и Республике Мордовия;

Р.Г. Сайфутдинов, докт. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной
и поликлинической терапии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
России

Методические рекомендации по ведению пациентов с высоким и
M54 очень высоким риском декомпенсации хронических неинфекционных
заболеваний / А.Р. Абашев, Р.Ф. Шавалиев, Е.В. Демьянова,
И.А. Гаврилов, Д.И. Абдулганиева, Л.И. Фейсханова,
А.А. Альмухаметов. – Казань, 2024. – 20 с.

© Министерство здравоохранения Республики Татарстан, 2024
© Казанский государственный медицинский университет, 2024
© Казанская государственная медицинская академия, 2024

ВВЕДЕНИЕ

Основным механизмом снижения преждевременной смертности, а также профилактики осложнений хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) является повышение эффективности диспансерного наблюдения в первичном звене здравоохранения [1].

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

Критически важным в процессе диспансерного наблюдения является достижение целевых значений показателей состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями. Диспансерное наблюдение осуществляется:

- врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом, участковым цехового врачебного участка, врачом общей практики (семейным врачом);
- врачом-специалистом;
- врачом по медицинской профилактике (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;
- фельдшером (акушером) фельдшерско-акушерского пункта, фельдшером фельдшерского здравпункта (в случае возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача).

По данным регистров ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, наиболее высокие показатели смертности среди пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении, отмечаются у коморбидных пациентов. Наиболее высокий риск – у пациентов с наличием сердечно-сосудистой коморбидности, а также у пациентов с сочетанием сердечно-сосудистых заболеваний и других хронических неинфекционных заболеваний. Это диктует необходимость актуализации подходов к проведению диспансерного наблюдения пациентов с ХНИЗ с целью повышения его эффективности и снижения смертности [1].

ПРИОРИТИЗАЦИЯ ГРУПП ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Процесс приоритизации необходимо начать с актуализации списка пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению, из числа застрахованных лиц, с учетом сведений об оказанной им медицинской помощи, на основании счетов-реестров в разрезе медицинских организаций, имеющих прикрепленное

население, для выделения приоритетной группы коморбидных пациентов для прохождения диспансерного наблюдения.



Для актуализации списков пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению, следует применять отчеты ГИС «Электронное здравоохранение Республики Татарстан» (алгоритм формирования – приложение к методическим рекомендациям):

- **отчет «Паспорт участка»** содержит информацию о пациентах, состоящих на диспансерном наблюдении;
- **отчет «Д-учет. Не состоящие на учете при диагнозах (приказ № 168н)»** содержит список пациентов, подлежащих, но не состоящих на диспансерном наблюдении.

Группа коморбидных пациентов высокого и очень высокого риска декомпенсации хронических неинфекционных заболеваний для проактивного приглашения на диспансерный прием

Формирование приоритетной группы коморбидных пациентов для проактивного приглашения на диспансерный прием основывается на оценке риска преждевременной смертности, в основе которого лежит сочетание заболеваний, относящихся к ХНИЗ, в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, болезней органов дыхания, болезней почек, а также их осложнений. Необходимо учитывать, что в наибольшей степени высокий риск обусловлен наличием сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистой коморбидностью.

Известен вклад отдельных ХНИЗ и их сочетаний в смертность. Распространенность АГ в российской популяции среди мужчин в возрасте 25–65 лет достигает 47%, среди женщин распространенность АГ – около 40%; у лиц старше 60 лет достигает 60% и выше. Согласно прогнозу к 2025 году число пациентов с АГ в мире увеличится на 15–20% и достигнет почти 1,5 миллиарда. АГ является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых (СС) (инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность), цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака, хроническая ишемия мозга) и почечных (хроническая болезнь почек (ХБП) заболеваний. Уровень САД ≥ 140 мм рт. ст. ассоциируется с повышением риска смертности и инвалидности в 70% случаев, при этом наибольшее число смертей в течение года, связанных с уровнем САД, возникают вследствие ИБС, ишемических и геморрагических инсультов. Между уровнем АД и риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) существует прямая связь. Пациенты с АГ с диагностированным ССЗ,

включая бессимптомные атеросклеротические бляшки со стенозом $\geq 50\%$, выявленные при визуализации, СД 1-го и 2-го типа, значительно повышенным единственным фактором риска (в том числе – с АГ 3-й степени) или хронической болезнью почек (ХБП, стадии 3–5) автоматически относятся к категориям очень высокого (риск СС смертности $\geq 10\%$) или высокого (СС смертность 5–10%) 10-летнего СС риска [2].

Заболеваемость хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) различается в России в пределах 6–10%. 46% всех смертей от респираторных заболеваний приходится именно на ХОБЛ. Смертность в течение 1 года среди пациентов с ХОБЛ любой степени тяжести составляет от 4,1% у пациентов в возрасте 45 лет и старше до 27,7% у пациентов 65–100 лет [3]; смертность при каждом обострении ХОБЛ с госпитализацией составляет 2,5% [4]. Известно, что у пациентов с тяжелым обострением ХОБЛ в первые 5 дней от начала обострения риск развития острого инфаркта миокарда повышается более чем в 2 раза [5].

У пациентов с сахарным диабетом 2-го типа смертность при развитии острого коронарного синдрома (ОКС) выше в 2–3 раза [6].

ХБП является 12-й ведущей причиной смертности, предполагается, что к 2040 г. она станет 5-й среди причин «потерянных лет жизни» [7].

По данным ВОЗ, на долю смертности от цирроза печени (ЦП) приходится до 1,8% случаев в европейских странах, что составляет 170 000 человек в год. Самыми распространенными причинами формирования ЦП являются хронический вирусный гепатит С и алкогольная болезнь печени [8].

К группам диагнозов, обуславливающих высокий риск смерти, целесообразно относить любое сочетание сопутствующих заболеваний и осложнений с основным диагнозом (а также сочетание нескольких диагнозов из группы основных), из указанных в таблицах 1 и 2.

Учитывается сочетание диагнозов в соответствии с кодами по МКБ-10, из числа входящих в группы 1, 2 или 3, в одном из трех вариантов:

- группа 1 + группа 2 или группа 3;
- группа 1 + группа 2 + группа 3;
- два и более заболеваний из группы 1.

Таблица 1

Критерии высокого риска декомпенсации (ВРД) хронических заболеваний

Группа 1	Группа 2	Группа 3
Основной диагноз	Сопутствующие заболевания	Осложнения заболеваний
<ul style="list-style-type: none"> • АГ частично контролируемая (часть I10-I15)* • ИБС, стенокардия напряжения 3-4 ФК (часть I20.8) • Сахарный диабет с уровнем глюкозы до 11 ммоль/л натощак (часть E10-E11) • ХОБЛ средней степени тяжести (часть J44) • Верифицированный атеросклероз брахиоцефальных артерий, со стенозом 50-70% (часть I67, I65-I66) • Цирроз печени, класс В по Чайлду – Пью (K74.3-K74.6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Злокачественное новообразование в анамнезе после радикального хирургического вмешательства, химио– или лучевой терапии (часть класса C00-C75) • Хроническая болезнь почек 3-й стадии (N18.3) • Ожирение с ИМТ более 30 (часть E66) 	<ul style="list-style-type: none"> • ХСН 2–3 стадия и ФВ 40-50% (часть I50) • Нарушения ритма: фибрилляция/ трепетание предсердий (I48), наджелудочковые тахикардии (I47.1) • Нарушения проводимости: АВ блокады 1–2-й степени, СА блокады 1–2-й степени (часть I44-I45) • Гипостатическая пневмония (J18.2) • Дыхательная недостаточность 1–2-й степени (J95.1-J95.3, J96) • Эмфизема легких (J43, J98.2, J98.3)

Примечание: АВ – атриовентрикулярная блокада; АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ИМТ – индекс массы тела; СА – синоаурикулярная блокада; ФВ – фракция выброса; ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь; ХСН – хроническая сердечная недостаточность.

*Здесь и далее код по МКБ-10 пересмотра.

Таблица 2

Критерии очень высокого риска декомпенсации (ОВРД) хронических заболеваний

Группа 1	Группа 2	Группа 3
Основной диагноз	Сопутствующие заболевания	Осложнения заболеваний
<ul style="list-style-type: none"> • АГ неконтролируемая (часть I10-I15) • Инфаркт миокарда в анамнезе (I21-I22) • ОНМК или ТИА в анамнезе (I60-I64, G45) 	<ul style="list-style-type: none"> • Активное онкологическое заболевание (часть класса C00-C75) • Хроническая болезнь почек 5-й стадии (N18.5) 	<ul style="list-style-type: none"> • ХСН 3 стадия и/или ФВ < 40% (часть I50) • Нарушения ритма: желудочковые тахикардии (I47.0, I47.2)

Окончание табл. 2

Группа 1	Группа 2	Группа 3
Основной диагноз	Сопутствующие заболевания	Осложнения заболеваний
<ul style="list-style-type: none"> Сахарный диабет с уровнем глюкозы более 11 ммоль/л натощак (часть E10-E11) ХОБЛ тяжелой степени (часть J44) Верифицированный атеросклероз брахиоцефальных артерий со стенозом более 70% (часть I67, I65-I66) Цирроз печени, класс C по Чайлду – Пью (K74.3-K74.6) 	<ul style="list-style-type: none"> Ожирение с ИМТ более 40 (часть E66) Тяжелая анемия (часть D50-D55) 	<ul style="list-style-type: none"> Состояние после имплантации электрокардиостимулятора или кардиовертера-дефибриллятора (часть I48) Нарушения проводимости: СА блокады 3-й степени, АВ блокады 3-й степени (часть I44-I45) Гипостатическая пневмония (J18.2) Дыхательная недостаточность 1–2-й степени (J95.1-J95.3, J96) Эмфизема легких (J43, J98.2, J98.3)

Примечание: ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; ТИА – транзиторная ишемическая атака.



Для формирования приоритетной группы коморбидных пациентов и их проактивного приглашения на диспансерный прием следует применять отчеты ГИС «Электронное здравоохранение Республики Татарстан» (алгоритм формирования отчетов – приложение к методическим рекомендациям);

- списки коморбидных пациентов;
- списки пациентов, выписанных из стационара.

Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения (на основании приказа МЗ РФ № 168н от 15.03.2022)

Артериальная гипертензия

- вес (ИМТ), окружность талии, статус курения;
- АД (Таблица 6), ЧСС;
- СКФ (не реже 1 раза в год) (Таблица 7);
- ХС-ЛНП (не реже 1 раза в год) (Таблица 3, 4);

- альбуминурия в разовой порции мочи (не реже 1 раза в год);
- отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭКГ (не реже 1 раза в год);
- отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭхоКГ (не реже 1 раза в год).

Ишемическая болезнь сердца

- вес (ИМТ), окружность талии, статус курения;
- АД (Таблица 6), ЧСС;
- СКФ (не реже 1 раза в год) (Таблица 7);
- ХС-ЛНП (не реже 2 раз в год) (Таблица 3, 4);
- пациентам при терапии варфарином – МНО (не реже 2 раз в год);
- отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭКГ (не реже 2 раз в год);
- отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭхоКГ (не реже 1 раза в год);
- отсутствие признаков ишемии миокарда по результатам нагрузочного тестирования у пациентов после применения высокотехнологичных методов лечения коронарных артерий (не реже 1 раза в 2 года).

Сахарный диабет

- вес (ИМТ), окружность талии, статус курения, АД (Таблица 6);
- ХС-ЛНП (Таблица 3, 4), гликированный гемоглобин (Таблица 5).

Хроническая обструктивная болезнь легких средней и тяжелой степени (с бронхиальной обструкцией всех степеней тяжести)

- отсутствие или уменьшение частоты обострений (оценка количества обострений за предшествующей период, оценка по шкале mMRS и CAT);
- оценка функции внешнего дыхания с исследованием обратимости бронхиальной обструкции 1 раз в 6 месяцев (Таблица 8);
- пульсоксиметрия при каждом посещении.

Стеноз сонной артерии

- вес (ИМТ), окружность талии, статус курения;
- АД (Таблица 6), ЧСС;
- ХС-ЛНП (не реже 2 раз в год) (Таблица 3, 4);

- уровень стеноза сонных артерий по данным ультразвукового допплеровского исследования сонных артерий (не реже 1 раза в год).

Цирроз печени

- частота ДН не реже 1 раза в 3-4 месяца;
- отсутствие данных о ЗНО по результатам ультразвукового исследования или компьютерной томографии, или магнитно-резонансной томографии;
- определение уровня альфа-фетопротеина крови.

Хроническая болезнь почек

- АД (Таблица 6);
- ХС-ЛНП (Таблица 3, 4) не реже 1 раза в год;
- СКФ (Таблица 7) не реже 1 раза в год
 - ✓ при подозрении на ХБП: а) количественная оценка альбуминурии и протеинурии путем определения экскреции альбумина и общего белка в суточной моче или б) определение концентрации альбумина или общего белка и креатинина в утренней порции мочи с расчетом отношения альбумин мочи/креатинин мочи или общий белок мочи/креатинин мочи [9];
 - ✓ направление к врачу-нефрологу при СКФ <60 мл/мин/ $1,73\text{ m}^2$ и/или альбуминурии/протеинурии ($\geq 0,5$ г/сут) A3 и A4 (A3 – уровень альбуминурии 30-1999 мг/24 часа, A4 – уровень альбуминурии ≥ 2000 мг/24 часа) [10].

Хроническая сердечная недостаточность

- вес (ИМТ), окружность талии, статус курения;
- АД (Таблица 6), ЧСС;
- общетерапевтический биохимический анализ крови [с расчетом СКФ (не реже 1 раза в год)];
- отсутствие снижения уровня эритроцитов, гемоглобина (не реже 1 раза в год);
- пациентам при терапии варфарином – МНО (не реже 2 раз в год);
- уровень N-концевого пропептида натрийуретического гормона (В-типа) (не реже 1 раза в 2 года);
- отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭКГ (не реже 1 раз в год);
- отсутствие признаков застоя в легких по данным рентгенографии органов грудной клетки (не реже 1 раза в год);

- отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭхоКГ – фракция выброса левого желудочка (не реже 2 раз в год);
- отсутствие жизнеугрожающих нарушений ритма сердца по данным мониторирования ЭКГ (не реже 1 раза в год).

Нарушения ритма и проводимости

- вес (ИМТ), окружность талии, статус курения;
- АД (Таблица 6), ЧСС;
- клинический анализ крови (не реже 1 раза в год);
- общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ) (не реже 1 раза в год);
- ХС-ЛНП (не реже 2 раз в год) (Таблица 3, 4);
- пациентам при терапии варфарином – МНО (не реже 2 раз в год);
- ЭКГ (не реже 2 раз в год);
- рентгенография органов грудной клетки (не реже 1 раза в год);
- ЭхоКГ (не реже 1 раза в год);
- мониторирование ЭКГ (не реже 1 раза в год);
- при необходимости – тестирование работы имплантируемого электронного устройства (1 раз в течение 6 мес. после имплантации, далее – не реже 1 раза в год).

Критерии компенсации и целевые значения основных показателей

Таблица 3

Оптимальные значения липидных параметров в зависимости от категории риска [11]

Параметры	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск	Очень высокий риск
ХС ЛНП, ммоль/л	< 3,0	< 2,6	< 1,8*	< 1,4*
ХС ЛВП, ммоль/л	мужчины > 1,0; женщины > 1,2			
ХС нeЛВП, ммоль/л		< 2,6	< 2,2	
ТГ, ммоль/л	< 1,7			
Лп(а), мл/дл	< 50	< 30		

Примечание: * и снижение ХС ЛНП >50% от исходного уровня.

ЛВП – липопротеиды высокой плотности, ЛНП – липопротеиды низкой плотности, ТГ – триглицериды, Лп(а) – липопротеид(а).

Таблица 4

Оценка 10-летнего сердечно-сосудистого риска [11]

Очень высокий риск	<ul style="list-style-type: none"> - Документированное АССЗ, клинически или по результатам обследования, включая ОКС, ИБС, ЧКВ, КШ или другие операции на артериях, инсульт/ТИА, поражение периферических артерий - АССЗ по данным обследований — значимая АСБ >50% - СД + поражение органов-мишеней, ≥ФР, а также раннее начало СД с длительностью более 20 лет - ХБП с СКФ <30 мл/мин/м² - СГХС в сочетании с ФР - SCORE2 ≥7,5% (<50 лет), ≥10% (50–69 лет), ≥15% (≥70 лет)
Высокий риск	<ul style="list-style-type: none"> - Значимо выраженный ФР: ОХС >8 ммоль/л и/или ХС ЛНП ≥4,9 ммоль/л и/или АД ≥180/100 мм рт. ст. - СГХС без ФР - СД без поражения органов-мишеней, СД ≥10 лет или с ФР - ХБП с СКФ 30–59 мл/мин/м² - Гемодинамически незначимый атеросклероз некоронарных артерий (стенозы) 25–49% - SCORE2 2,5–7,5% (<50 лет), 5–10% (50–69 лет), 7,5–15% (≥70 лет)
Умеренный риск	<ul style="list-style-type: none"> - Молодые пациенты (СД 1 типа моложе 35 лет, СД 2 типа моложе 50 лет) с длительностью СД <10 лет без поражения органов-мишеней и ФР - SCORE2 <2,5% (<50 лет), <5% (50–69 лет), <7,5% (≥70 лет)
Низкий риск	SCORE2 <2,5% (<50 лет), <5% (50–69 лет), <7,5% (≥70 лет)

Рис. 2. Шкала глобальной оценки 10-летнего ССР.

ОКС — острый коронарный синдром, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство, КШ — коронарное шунтирование, ТИА — транзиторная ишемическая атака, АСБ — атеросклеротическая бляшка, СКФ — скорость клубочковой фильтрации

Таблица 5

*Целевые уровни гликированного гемоглобина [6]***Алгоритм индивидуального выбора целей терапии по HbA1c**

При выборе индивидуального целевого уровня HbA1c в первую очередь следует учитывать:

- возраст пациента;
- ожидаемую продолжительность жизни; функциональную зависимость
- наличие АССЗ;
- риск развития тяжелых гипогликемий

Категории пациентов Характеристики	Молодой возраст	Средний возраст	Пожилой возраст			
			Функционально независимые	Функционально зависимые		
				Без старческой астении или деменции	Старческая астения или деменция	Завершающий этап жизни
Нет АССЗ и/или риск тяжелой гипогликемии	<6,5%	<7,0%	<7,5%	<8,0%	<8,5%	Избегать гипогликемий, симптомов гипергликемии
Есть АССЗ и/или риск тяжелой гипогликемии	<7,0%	<7,5%	<8,0%			

* ОПЖ — ожидаемая продолжительность жизни

И.И. Дедов, М.В.Шестакова, и др. «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом», 9-й выпуск, 2019 г.

Таблица 6

Целевые значения АД, измеренного в медицинском учреждении, в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний [2]

Возраст	Целевое значение САД (мм рт. ст.)					Целевое значение ДАД (мм рт. ст.)
	АГ	+ СД	+ ХБП	+ ИБС	+Инсульт/ ТИА	
18–64 года	≤130 при переносимости Нe <120	≤130 при переносимости Нe <120	<140 до 130 при переносимости	≤130 при переносимости Нe <120	≤130 при переносимости Нe <120	70–79
65–79 лет	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	70–79
≥80 лет	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	70–79
Целевое значение ДАД (мм рт. ст.)	70–79	70–79	70–79	70–79	70–79	

Таблица 7

Классификация и стратификация стадий ХБП по уровню СКФ [9]

СКФ (мл/мин/1,73 м ²)	Определение	Стадия
> 90	Высокая и оптимальная	C1
60–89	Незначительно сниженная	C2
45–59	Умеренно сниженная	C3а
30–44	Существенно-сниженная	C3б
15–29	Резко сниженная	C4
< 15	Терминальная почечная недостаточность	C5

Таблица 8

Стирометрическая (функциональная) классификация ХОБЛ [5]

Стадия ХОБЛ	Степень тяжести	ОФВ ₁ /ФЖЕЛ	ОФВ ₁ , % от должного
I	Легкая	< 0,7 (70%)	ОФВ ₁ / \geq 80%
II	Среднетяжелая	< 0,7 (70%)	50% \leq ОФВ ₁ / $<$ 80%
III	Тяжелая	< 0,7 (70%)	30% \leq ОФВ ₁ / $<$ 50%
IV	Крайне тяжелая	< 0,7 (70%)	ОФВ ₁ <30% или<50% в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

Маршрутизация

Пациенты с критериями ВРД и ОВРД в первую очередь проактивно приглашаются на диспансерный прием.

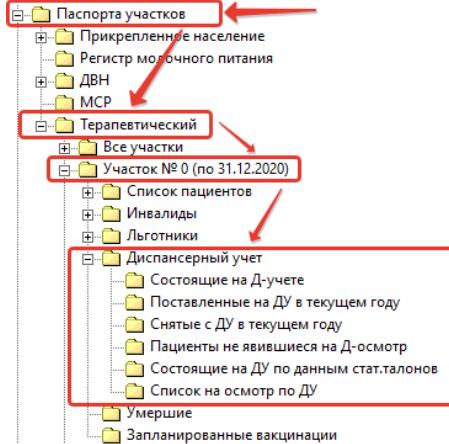
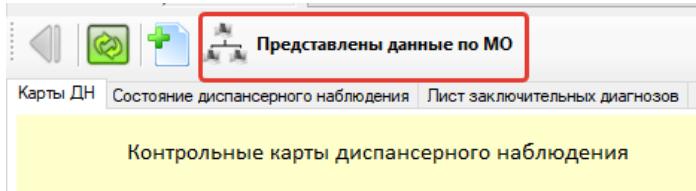
Пациенты с критериями ВРД проходят диспансерное наблюдение с достижением всех критериев компенсации заболеваний, им необходима госпитализация в стационар 1-го или 2-го уровня, а также при необходимости – проведение ТМК с куратором или стационаром 3-го уровня.

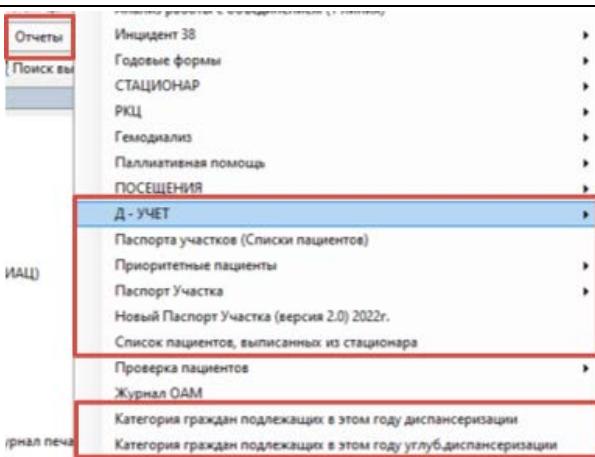
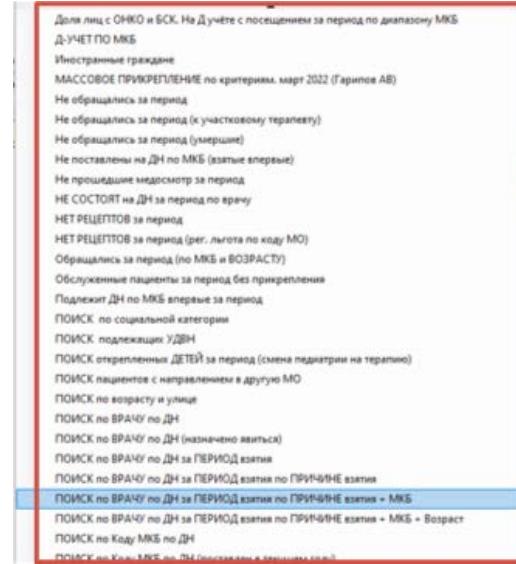
Пациенты с критериями ОВРД проактивно приглашаются на диспансерный прием с госпитализацией по показаниями в стационар 1-го или 2-го уровня, им требуется проведение ТМК с куратором или стационаром 3-го уровня, при необходимости – госпитализация в стационар 3-го уровня.

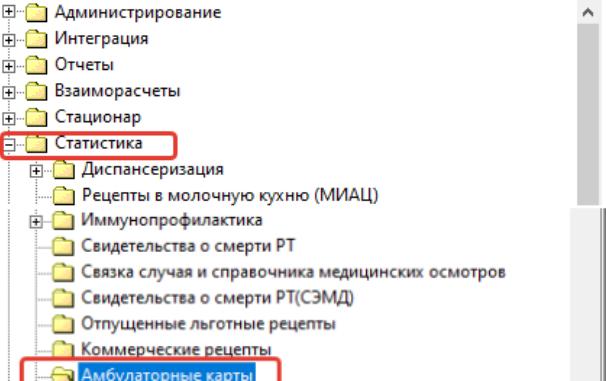
Необходимо отметить, что все пациенты, подлежащие диспансерному наблюдению по профилю имеющегося заболевания, проходят диспансерное наблюдение в установленном порядке в рамках действующих нормативных правовых актов.

Применение ГИС «Электронное здравоохранение Республики Татарстан» в организации диспансерного наблюдения пациентов с ВРД и ОВРД

ГИС «Электронное здравоохранение Республики Татарстан» содержит инструменты (модули, отчеты), позволяющие организовывать и контролировать процесс диспансерного наблюдения за пациентами с ВРД и ОВРД.

Уровень процесса	Пользователь	Перечень инструментов ГИС ЭЗ РТ	Описание инструмента
Участок	Врач-терапевт участковый Врач общей практики Медицинская сестра участковая	<p>Модуль «Диспансерное наблюдение» (Папка «Диспансерный учет» расположена в папке «Паспорта участков»)</p> 	<ol style="list-style-type: none"> Создание контрольной карты диспансерного наблюдения (форма 030/у). Формирование актуальных списков пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении. Мониторинг движения и явок на д-наблюдение. Просмотр информации о диспансерном наблюдении пациента, в том числе в других медицинских организациях. 
Участок	Врач-терапевт участковый Врач общей практики Медицинская сестра	Модуль «Отчеты»	<p>Формирование отчетов (списков) в текстовом формате (файлы .doc .xlsx):</p> <p>Д-учет (включает отчет «Д-учет. Не состоящие на учете при диагнозах (приказ № 168Н)»;</p> <p>– паспорта участков;</p>

	участковая		<ul style="list-style-type: none"> – приоритетные пациенты (включает списки «Д-учет пациентов 65 лет и старше»; «Пациенты 40–64 лет»; «Нет обращений за последние 2 года»; «Коморбидные пациенты»); – списки пациентов, выписанных из стационара; – списки пациентов с отказами ПДО.
Поликлиника	Заведующий терапевтическим отделением Заместитель главного врача Главный врач		
Поликлиника	Заведующий терапевтическим отделением Заместитель главного врача Главный врач	Модуль «Статистика» папка «Амбулаторные карты» (для формирования последовательно выберите папки «Статистика» – «Амбулаторные карты» – кнопка «Сохраненные» – фильтр общие – необходимый фильтр (условие))	Формирование списков пациентов по определенным критериям 

			
Поликлиника	<p>Заведующий терапевтическим отделением</p> <p>Заместитель главного врача</p> <p>Главный врач</p>	<p>Дашборды ГИС ЭЗ РТ http://91.144.142.145:3838/vitacore/ (для пользователей сетей коммерческого интернета)</p> <p>http://192.168.20.126:3838/vitacore/ (для пользователей сетей ГИСТ)</p> <p>Внимание: необходимо получить логин и пароль через техническую поддержку ГИС ЭЗ РТ</p>	<p>1. Формирование сводной информации по Республике Татарстан и выбранной медицинской организации.</p> <p>Распределение по группам диспансерного наблюдения в зависимости от выбранного критерия – «Кардиология», «Онкология».</p> <p>2. График «Общее количество пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении», в разрезе медицинских работников выбранной медицинской организации.</p> <p>3. График «Структура пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, по группе заболевания».</p> <p>4. Таблица «Работа с пациентами диспансерной группы» содержит информацию о работе врача с диспансерной группой (посещения за последние 14 дней от текущей даты)</p>
Минздрав РТ	<p>Заместители министра здравоохранения</p> <p>Сотрудники управления лечебной и профилактической помощью</p>		

	ГВС по кардиологии, терапии, по общей врачебной практике		
Минздрав РТ	Сотрудники управления лечебной и профилактической помощью ГВС по кардиологии, терапии, по общей врачебной практике	<p>Отчет МЗ РТ (последовательно выберите «Отчеты» – «МЗ РТ»)</p>	<p>Отчеты для ГВС по кардиологии (терапии) (последовательно выберите «Отчеты» – «МЗ РТ» – «ГВС Кардиология»):</p> <ul style="list-style-type: none"> – диспансерное наблюдение по БСК; – БСК по группам с ХСН; – регистр БСК с ХСН по МО <p>– доля лиц, состоявших на Д-учете по БСК среди умерших от БСК.</p>

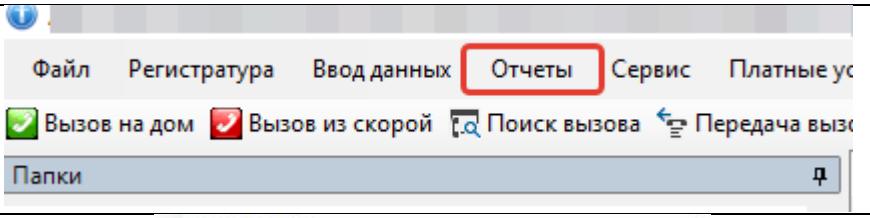
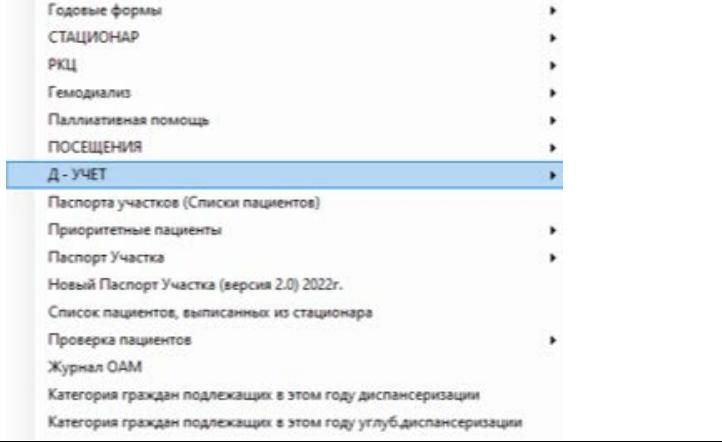
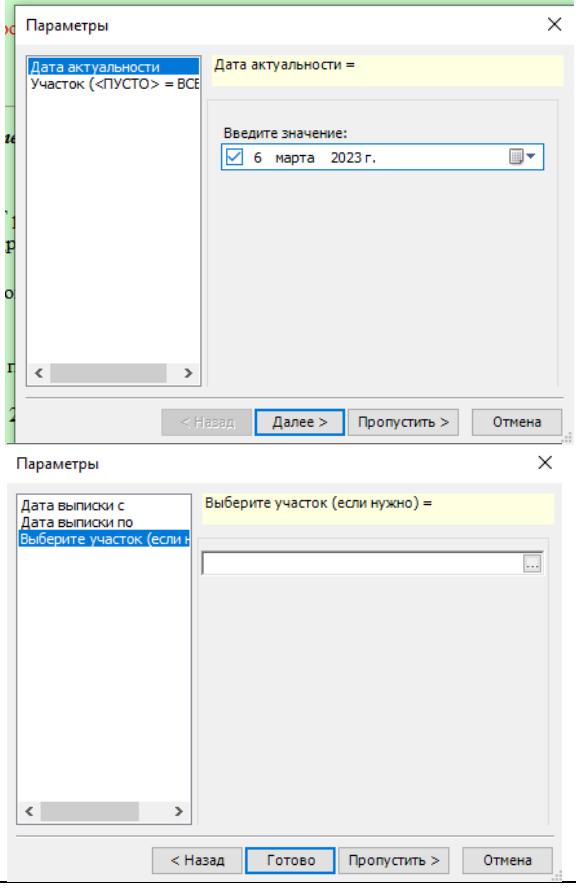
Заключение

Проведение эффективного диспансерного наблюдения коморбидных пациентов, имеющих высокий риск смерти, является важнейшим элементом снижения преждевременной смертности. Актуализация списков пациентов, нуждающихся в диспансерном наблюдении, выделение приоритетной группы коморбидных пациентов позволяет сфокусировать внимание врачей первичного звена здравоохранения на оказании помощи пациентам, находящимся в группе высокого риска преждевременной смерти [1].

Проактивное приглашение данной группы пациентов позволяет своевременно провести весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий в рамках диспансерного наблюдения: коррекцию терапии, повысить приверженность пациентов к лечению, направить пациента на дальнейшие этапы оказания ему помощи и мероприятия реабилитации.

Приложение

Алгоритм формирования отчета в ГИС ЭЗ РТ

1	<p>На строке «Меню» нажать кнопку «Отчеты»</p>	
2	<p>В выпадающем списке выберите необходимый отчет</p>	
3	<p>Последовательно укажите параметры отчета. Как правило: участок, период, дата актуальности, диагнозы МКБ-10.</p>	
4	<p>Дождитесь формирования файла. Сформированный файл будет доступен в правом нижнем углу экрана.</p>	

Список литературы

1. Методические рекомендации по организации приоритизации пациентов в рамках диспансерного наблюдения / О.М.Драпкина, Л.Ю. Дроздова, В.С. Фисенко [и др.] // Москва: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2022. – 42с.
2. Артериальная гипертензия у взрослых: клинические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 2020.
3. Nie, J.X.. Mortality of elderly patients in Ontario after hospital admission for chronic obstructive pulmonary disease / J.X. Nie, L. Wang, R.E. Upshur // Can. Respir. J. – 2007. – Vol. 14 (8). – P. 485–489.
4. Brulotte, C.A. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease in the emergency department / C.A. Brulotte, E.S. Lang // Emerg. Med. Clin. N. Am. – 2012. – Vol. 30(2). – P. 223–247.
5. Хроническая обструктивная болезнь легких: клинические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 2021.
6. Сахарный диабет 2 типа у взрослых: клинические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 2022.
7. Хроническая болезнь почек и артериальная гипертензия: как разорвать порочный круг? / Е.Ю. Эбзеева, В.А. Де, Л.И. Ни [и др.] // РМЖ. – 2022. – № 5. – С. 30–34.
8. Цирроз и фиброз печени: клинические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 2021.
9. Хроническая болезнь почек: клинические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 2021.
10. Хроническая болезнь почек: Проект клинические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 2024.
11. Нарушение липидного обмена: клинические рекомендации МЗ РФ. – Москва, 2023.