



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

18.06.2025

№ 366

г. Орёл

Об организации оказания медицинской помощи пациентам с хронической обструктивной болезнью легких

В целях улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с хронической обструктивной болезнью легких (далее - ХОБЛ) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.03.2022 № 151н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при хронической обструктивной болезни легких (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)», а также рекомендациями круглого стола «Актуальные вопросы организации оказания медицинской помощи и социальной поддержки пациентам с хронической обструктивной болезнью легких» комитета Совета Федерации по социальной политике, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. методические рекомендации по организации оказания взрослому населению Орловской области первичной медико-санитарной помощи по профилю «пульмонология» пациентам с ХОБЛ согласно приложения № 1;

1.2. алгоритм ведения пациентов с ХОБЛ в первичном звене здравоохранения согласно приложения № 2;

1.3. порядок направления (маршрутизации) пациентов для оказания первичной специализированной медико-санитарной (амбулаторной) помощи пациентам с ХОБЛ согласно приложения № 3;

1.4. порядок направления (маршрутизации) пациентов для оказания плановой специализированной медицинской помощи по профилю «пульмонология» пациентам с ХОБЛ (порядок плановой госпитализации) согласно приложения № 4;

1.5. порядок направления (маршрутизации) больных с обострением ХОБЛ для оказания экстренной специализированной медицинской помощи по профилям «терапия», «пульмонология» с учетом территориального прикрепления медицинских организаций за пульмонологическими отделениями согласно приложения № 5.

2. Главным врачам бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области организовать:

2.1. контроль за оказанием медицинской помощи взрослому населению по профилю «пульмонология» пациентам с ХОБЛ в соответствии с утвержденными алгоритмами согласно приложениям №1 и № 2;

2.2. оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи (амбулаторной) по профилю «пульмонология»;

2.3. оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи (амбулаторной) по профилю «пульмонология» пациентам с ХОБЛ, прикрепленных территорий и стационарной специализированной медицинской помощи в соответствии с приложениями № 3 и № 4;

2.4. при необходимости маршрутизации пациента обеспечить внешнюю запись в региональной информационной системе здравоохранения Орловской области, ведение регистра больных с ХОБЛ;

2.5. госпитализацию по экстренным показаниям больных с ХОБЛ в соответствии с приложением № 5;

2.6. наличие неснижаемого запаса лекарственных препаратов для оказания медицинской помощи пациентам с ХОБЛ.

3. Главным внештатным специалистом Департамента здравоохранения Орловской области – терапевту (Курченко О. В.) и пульмонологу (Передельской О.А.) обеспечить:

3.1. контроль за соблюдением маршрутизации больных с ХОБЛ для оказания специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи пациентам с ХОБЛ;

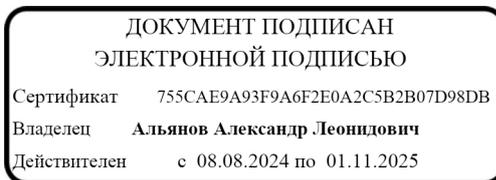
3.2. методическое руководство по вопросам организации оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи населению региона с заболеванием ХОБЛ;

3.3. регулярные образовательные мероприятия для врачей первичного звена региона (семинары, конференции, в том числе с использованием телемедицины);

3.4. консультирование и перевод пациентов с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ в пульмонологические и реанимационные отделения в соответствии с медицинскими показаниями.

4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя руководителя Департамента – начальника управления здравоохранения Департамента здравоохранения Орловской области В. О. Николаева.

Член Правительства
Орловской области –
руководитель
Департамента
здравоохранения
Орловской области



А. Л. Альянов

Методические рекомендации по организации оказания взрослому населению
Орловской области первичной медико-санитарной помощи пациентам с ХОБЛ

1. Общие положения

Оказание первичной медико-санитарной помощи в Орловской области осуществляется по территориально-участковому и территориальному (закрепление за лечебно-диагностическими базами стационарных учреждений городских поликлиник) принципам.

Первый уровень (первичный) – подразделения, оказывающие первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь в части обеспечения первичного приема населения и последующего диспансерного наблюдения.

Второй уровень (специализированный) - лечебно-диагностические (специализированные) отделения, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь, в том числе осуществляющие консультативно-диагностическое обеспечение прикрепленного по территориально-участковому принципу населения.

Третий уровень (специализированный консультативно-диагностический, в том числе высокотехнологичный)-лечебно-диагностические специализированные подразделения стационарных учреждений, на базе которых осуществляются консультативно-диагностические приемы, оказывается специализированная медицинская помощь жителям области.

Основные задачи первого уровня:

– организация и проведение мероприятий по профилактике, раннему выявлению и лечению ХОБЛ, формирование здорового образа жизни, в том числе снижение уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническое просвещение.

– оказание неотложной медицинской помощи при острых и внезапных заболеваниях и состояниях.

Основные задачи второго уровня:

– профилактика, диагностика и лечение ХОБЛ, требующих применения специальных методов исследований, обеспечение консультативной и диагностической помощи по профилю заболевания, определение рекомендаций по дальнейшему лечению больных.

Основные задачи третьего уровня:

– консультативно-диагностическая помощь с применением ресурсоемких диагностических технологий, в том числе в условиях дневного стационара, стационара на дому, использование имеющегося клинического и научно-практического потенциала.

– оказание первичной медико-санитарной помощи населению Орловской области осуществляется силами и средствами подразделений городских поликлиник (амбулаторных центров), консультативно-диагностических центров,

консультативно-диагностических отделений, центров и дневных стационаров, являющихся структурными подразделениями стационарных лечебно-профилактических учреждений.

В городских поликлиниках обеспечиваются выполнение задач первого и второго уровней первичной медико-санитарной помощи.

Консультативно-диагностические отделения (центры) стационарных лечебно-профилактических учреждений в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи осуществляют консультативный и диагностический прием пациентов по направлениям врачей специалистов второго уровня.

2. Распределение потоков пациентов в зависимости от цели обращения за медицинской помощью.

2.1. При обращении пациента для прохождения профилактического медицинского осмотра он направляется в подразделения первого уровня, обеспечивающие проведение профилактических мероприятий: отделение (кабинет) доврачебного приема, отделение (кабинет) медицинской профилактики, центр здоровья.

По результатам профилактического обследования, при выявлении факторов риска развития ХОБЛ, пациенту рекомендуется динамическое наблюдение в центре здоровья, отделении (кабинете) медицинской профилактики по месту его прикрепления, посещение занятий в соответствующих школах здоровья, лечебно-физкультурных кабинетах по программам, разработанным в центре здоровья.

В случае если выявляется подозрение на ХОБЛ, пациенту рекомендуется обращение (оформляется направление) к врачу-пульмонологу, врачу-терапевту участковому или врачу-специалисту первого уровня для определения дальнейшей тактики его наблюдения и лечения.

2.2. При обращении пациента по поводу заболевания на первом уровне первичная медико-санитарная помощь оказывается в плановой и неотложной форме. Плановая – это медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью. Неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении ХОБЛ без явных признаков угрозы жизни пациента.

Порядок организации оказания неотложной медицинской помощи определен приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.12 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»,

Оказание плановой первичной медико-санитарной помощи осуществляется на основе взаимодействия врачей-терапевтов участковых и врачей-пульмонологов.

3. Организация оказания медицинской помощи.

Диагностику и ведение пациентов с ХОБЛ осуществляют: врач-терапевт или врач общей практики (семейный врач), врач-пульмонолог, при необходимости осуществляется консультация, проводится лечение врачами других специальностей.

Врач первичного звена производит комплексную оценку симптомов, данных медицинской документации, истории жизни пациента. Также производится оценка факторов риска ХОБЛ (вредные привычки, профессиональный путь пациента, условия жизни).

Начальное обследование пациента осуществляется врачом первичного звена: изучение тяжести жалоб пациента с использованием шкал mMRC, CAT, исследование функции внешнего дыхания с бронхолитической пробой, рентгенографическое обследование грудной клетки. Врач-терапевт, врач общей практики (семейный врач) предписывает симптоматическую терапию короткодействующими бета-агонистами (КДБА) или комбинации короткодействующих бета-агонистов и короткодействующих антихолинолитиков (КДБА/КДАХ).

Врач-пульмонолог формулирует диагноз в соответствии с актуальной версией клинических рекомендаций, проводит дообследование пациента при наличии показаний, определяет необходимую схему лечения больного ХОБЛ и респираторной реабилитации, включая нутритивную и респираторную поддержку. Контроль эффективности предписанного плана лечения производится через 1,3,12 месяцев в первый год, далее ежегодно. Важным аспектом работы врача-пульмонолога кабинета врача пульмонолога медицинской организации является проведение школ для больных ХОБЛ.

Показаниями для консультации врача-пульмонолога являются:

- уточнение диагноза ХОБЛ
- дифференциальная диагностика
- подбор алгоритма ведения пациента, включая фармакологические и нефармакологические методы лечения больных ХОБЛ
- смена терапевтической стратегии при отсутствии эффекта от назначенной ранее терапии (в том числе и при низком комплайнсе тем или иным средством доставки лекарственных веществ).

Показания для госпитализации в дневной стационар медицинской организации:

- нарастание тяжести симптомов более чем трое суток (усиление одышки, усиление экспекторации мокроты, усиление гнойности мокроты)
- соответствие обострения критериям легкого или среднетяжелого обострения
- неэффективность начальной амбулаторной терапии обострения в течение трех суток
- обострение хронических сопутствующих заболеваний без нарушения функции жизненно важных органов второй степени и выше.

При невозможности осуществить госпитализацию на дневной стационар, возможна плановая госпитализация в круглосуточный стационар больных ХОБЛ не предусмотрены.

Показания для неотложной госпитализации в круглосуточный стационар медицинской организации:

- значительное нарастание тяжести симптомов (внезапно появившаяся тяжелая одышка)
- появление новых симптомов (цианоз, периферические отеки)
- неэффективность начальной терапии обострения в течение 3 суток
- обострение ХОБЛ у больных тяжелого и крайне тяжелого течения
- возникновение острых или обострение хронических сопутствующих заболеваний
- обострение ХОБЛ у больных старческого возраста.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- пациент способен принимать длительнодействующие бронхолитики (селективные бета2-адреномиметики и/или антихолинергические средства) в комбинации с ингаляционными ГКС или без них
- прием короткодействующих ингаляционных β 2-агонистов (селективных бета2-адреномиметиков) требуется не чаще чем каждые 4 часа
- пациент способен (если ранее он находился на амбулаторном ведении) самостоятельно передвигаться по комнате
- пациент способен принимать пищу и может спать без частых пробуждений из-за одышки
- клиническая стабильность состояния в течение 12-24 часов
- стабильные значения показателей кислотно-основного состояния и газов артериальной крови в течение 12-24 часов
- пациент или лицо, оказывающее помощь на дому, полностью понимает правильную схему приема препаратов.

В последующем лечение и наблюдение за состоянием пациента в соответствии с полученными рекомендациями осуществляет врач-терапевт участковый, врач-специалист первого уровня. По медицинским показаниям врач-специалист второго уровня может назначить дополнительные обследования и консультации. В зависимости от медицинских показаний лечение, динамическое наблюдение и реабилитация пациента может осуществляться на базе специализированных отделений второго уровня, при этом обеспечивается взаимодействие с врачом-терапевтом участковым.

Время ожидания приема пациента врачом-специалистом второго уровня не должно превышать 14 дней. Срок обследования для плановой госпитализации не должен превышать 10 дней. Учет больных, нуждающихся в стационарном лечении, ведется в «Книге регистрации больных, назначенных на госпитализацию» (форма 034/у).

Выписка рецептов для получения льготных лекарственных препаратов и оформление листков нетрудоспособности осуществляются в соответствии и с территориально-участковым принципом.

Ответственность за организацию оказания медицинской помощи в обособленном структурном подразделении возлагается на его руководителя, за качество оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи отвечает руководитель специализированного отделения учреждения.

4. Порядок взаимодействия городской поликлиники (амбулаторного центра) и лечебно-диагностических специализированных подразделений стационарных учреждений.

Направления больных в специализированные подразделения третьего уровня первичной медико-санитарной помощи осуществляется в соответствии с графиком приема врачей и работы лабораторно-диагностических отделений.

Время ожидания приема в лечебно-диагностическое отделение центра и специализированное отделение стационара не должно превышать 7 дней.

По факту оказания консультативно-диагностической помощи, или проведения диагностических исследований (дополнительного обследования, назначенного врачом-специалистом третьего уровня с целью уточнения диагноза или подготовки к госпитализации) пациенту оформляется и выдается на руки медицинское заключение с рекомендациями по дальнейшему лечению и обследованию.

Преемственность в организации оказания медицинской помощи населению Орловской области основывается на внедрении алгоритмов взаимодействия между

структурными подразделениями догоспитального и госпитального этапа, обеспечение единства лечебно-диагностических и реабилитационно-восстановительных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях города Орла и области. Маршрутизация пациента определяется лечащим врачом согласно приказу о маршрутизации.

По завершении лечения в стационарных условиях пациенту оформляется и выдается на руки подробная выписка из истории болезни с рекомендациями по дальнейшему лечению и обследованию, одновременно сведения о проведенном лечении и рекомендации по долечиванию направляются в учреждения первичной медико-санитарной помощи по месту прикрепления пациента.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Медицинская профилактика в городе Орле и Орловской области осуществляется на всех уровнях оказания населению первичной медико-санитарной помощи.

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии можно выделить три вида профилактики.

Первичная профилактика - система мер по предупреждению возникновения и воздействия факторов риска развития заболевания ХОБЛ (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, отказ от вредных привычек). В качестве мероприятий по профилактике ХОБЛ рекомендуется выявление, сокращение и контроль факторов риска, таких как курение, вредные воздействия на рабочем месте, и загрязнение среды в помещении. Всем пациентам с ХОБЛ с целью уменьшения риска обострений рекомендуется ежегодная вакцинация против гриппа. В общей популяции показано, что вакцинация лиц старше 65 лет против гриппа снижает риск пневмонии, госпитализации и смерти на 50–68%. Пациентам с ХОБЛ рекомендуется вакцинация против пневмококковой инфекции. Вакцинация против пневмококковой инфекции может снизить заболеваемость пневмококковой пневмонией у пациентов с ХОБЛ.

Вторичная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания.

Третичная профилактика - реабилитация, восстановление функций органов и систем организма).

6. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

У пациентов с ХОБЛ снижается физическая активность, а отсутствие физической активности служит предиктором повышенной летальности. Легочная реабилитация является важной и неотъемлемой частью ведения пациентов с ХОБЛ, имеющей высокий уровень доказательности.

Курсы легочной реабилитации рекомендуются пациентам с ХОБЛ с постоянной одышкой, несмотря на использование бронходилататоров (препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей), а также физически неактивным пациентам с частыми обострениями или непереносимостью физической нагрузки.

Эффекты легочной реабилитации включают:

– улучшение переносимости физической нагрузки

- уменьшение ощущения одышки
- улучшение качества жизни, связанного со здоровьем
- уменьшение количества и длительности госпитализаций
- уменьшение уровня тревоги и депрессии, связанных с ХОБЛ
- улучшение выживаемости
- улучшение результатов госпитализации по поводу обострений
- усиление действия ДДБА.

Реабилитация является многокомпонентной мерой. Рекомендуется включать в программу легочной реабилитации психологическую поддержку и борьбу с депрессией, обучение, нутритивную поддержку и индивидуальные занятия лечебной физкультурой. Длительность такой программы не установлена, однако считается, что она может продолжаться от 4 до 10 недель и должна осуществляться на уровне первичного звена.

7. Индивидуальные занятия лечебной физкультурой (физические тренировки)

При проведении легочной реабилитации у пациентов с ХОБЛ рекомендуется включать в программу индивидуальные занятия лечебной физкультурой (физические тренировки). Разработка тренировочных программ требует индивидуального подхода и зависит от исходного состояния пациента, степени тяжести ХОБЛ и сопутствующих заболеваний, а также мотивации. При наличии соответствующих показаний во время тренировки следует использовать различные виды респираторной поддержки.

В качестве индивидуального занятия лечебной физкультурой (физической тренировки) можно использовать занятия на беговой дорожке или велоэргометре от 10 до 45 минут на одно занятие с интенсивностью от 50% пикового потребления кислорода до максимального уровня переносимости. В общетерапевтической практике при отсутствии ресурсов для полноценной реабилитации следует рекомендовать ежедневные прогулки (например: 30 минут, 4 км – в зависимости от физического статуса), а также тренировки с помощью скандинавской ходьбы. В ряде программ имеются тренировки верхней группы мышц, что улучшает их функцию и силу.

Эффект от индивидуальных занятий лечебной физкультурой (физической тренировки) имеет продленное действие.

Рекомендуется включать в программу реабилитации в качестве тренировки дыхательной мускулатуры дренирующие дыхательные упражнения с помощью различных видов устройств (дыхательных тренажеров). Тренировка респираторных мышц может давать положительный эффект, особенно в сочетании с общими тренировками.

8. Обучение пациентов

В программу легочной реабилитации при ХОБЛ рекомендуется включать обучение пациентов. Обучение пациентов является эффективным средством достижения конкретных целей, включая прекращение курения, понимание ряда вопросов, связанных с терминальными событиями и улучшения исходов обострений. Для пожилых пациентов могут оказаться полезными многопрофильные образовательные программы.

При обучении пациентов с ХОБЛ рекомендуется составлять индивидуальный письменный план действий для оказания самопомощи. Создание индивидуального письменного плана действий, направленного на оказание пациентом самопомощи, приводит к улучшению качества жизни и сокращает время выздоровления при обострении из-за меньшей задержки начала лечения со стороны пациента. Обучение

пациентов наряду с инструкциями по оказанию самопомощи и индивидуальным письменным планом действий могут улучшить исходы обострений.

Проведение профилактических мероприятий осуществляется в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по профилю заболевания и настоящим приказом.

9. Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с ХОБЛ.

При оказании паллиативной помощи взрослым пациентам осуществляется руководство приказом Департамента здравоохранения Орловской области, приказом от 10.02.2023 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению Орловской области».

Признаки нуждаемости в оказании паллиативной помощи при хронических заболеваниях легких и иных расстройств дыхания, осложненных тяжелой хронической дыхательной недостаточностью:

- одышка в состоянии покоя или при минимальной нагрузке вне обострения заболевания (Да/нет)

- тяжелые соматические и психологические симптомы, несмотря на лечение

- по результатам исследования функции внешнего дыхания $FEV1 < 30\%$ или $CVF < 40\%$, $DLCO < 40\%$ (Да/нет)

- необходимость контролировать газовый состав артериальной крови после завершения оксигенотерапии – клинические проявления сердечной недостаточности

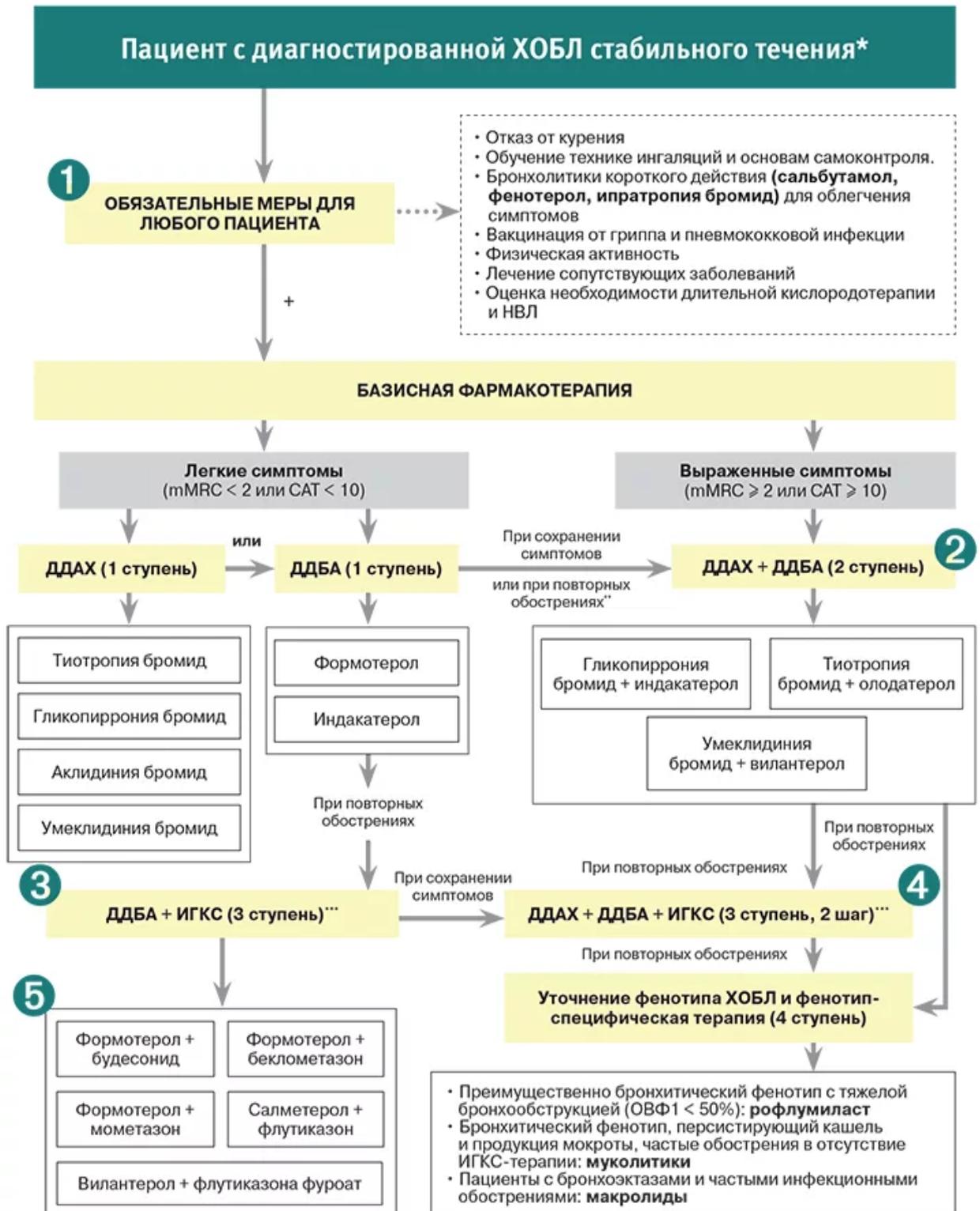
- повторные госпитализации (более трех в течение 12 месяцев в связи с обострением ХОБЛ).

10. Оценка деятельности учреждения первичной медико-санитарной помощи.

Для оценки эффективности организации оказания первичной медико-санитарной помощи, соответствия структуры и штатной численности учреждения объемам проводимой работы используются показатели оценки деятельности городской поликлиники, показатели заболеваемости и смертности и иные показатели, характеризующие здоровье прикрепленного населения.

Алгоритм ведения пациентов с ХОБЛ в первичном звене здравоохранения

Часть I



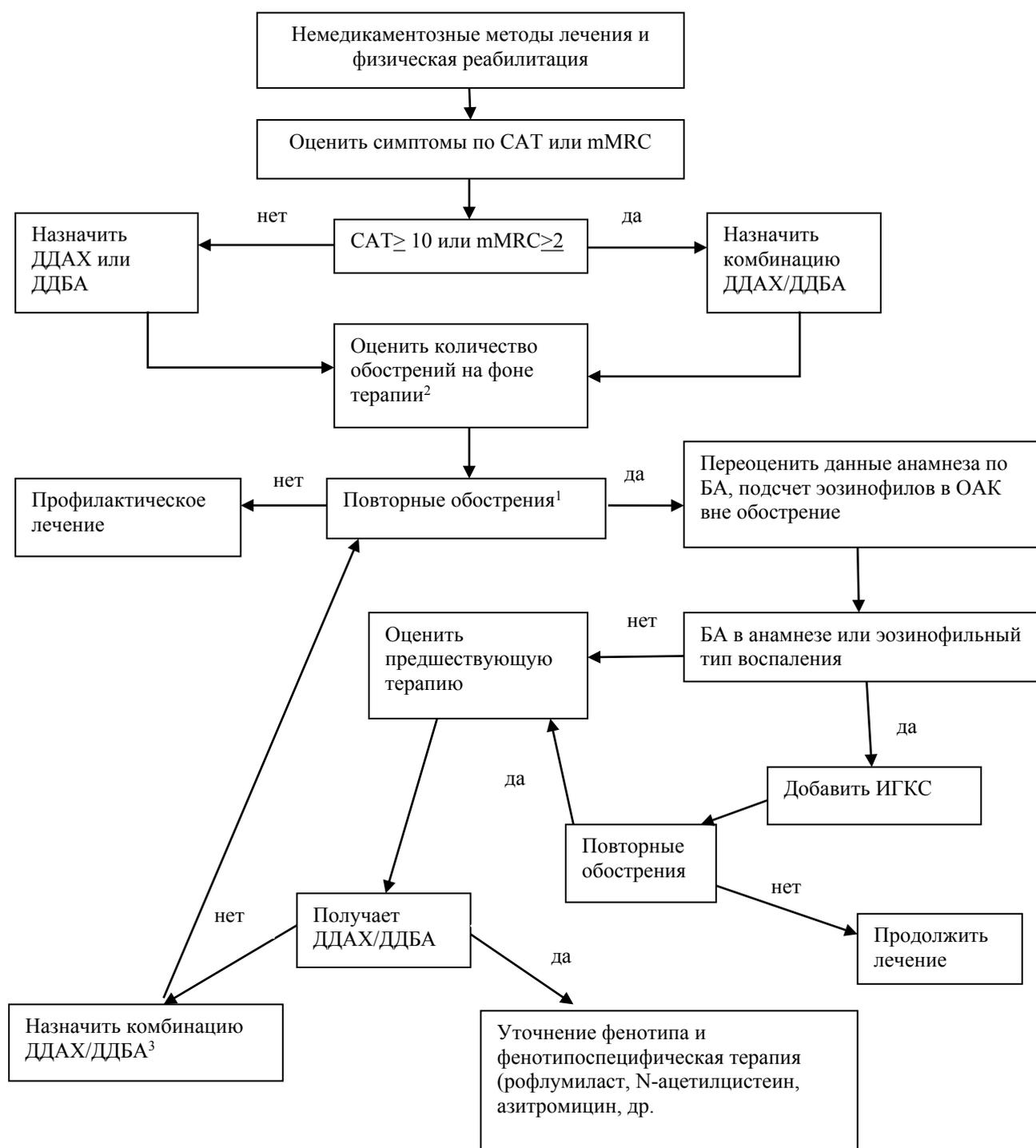
* Адаптировано из: Пульмонология. 2017. № 27(1). С. 13–20.

** ≥ 2 обострений в год на фоне терапии или 1 обострение на фоне терапии, потребовавшее госпитализации.

*** Наибольшая эффективность ИГКС отмечается при наличии в анамнезе бронхиальной астмы или повышенном содержании эозинофилов мокроты и/или крови вне обострения.

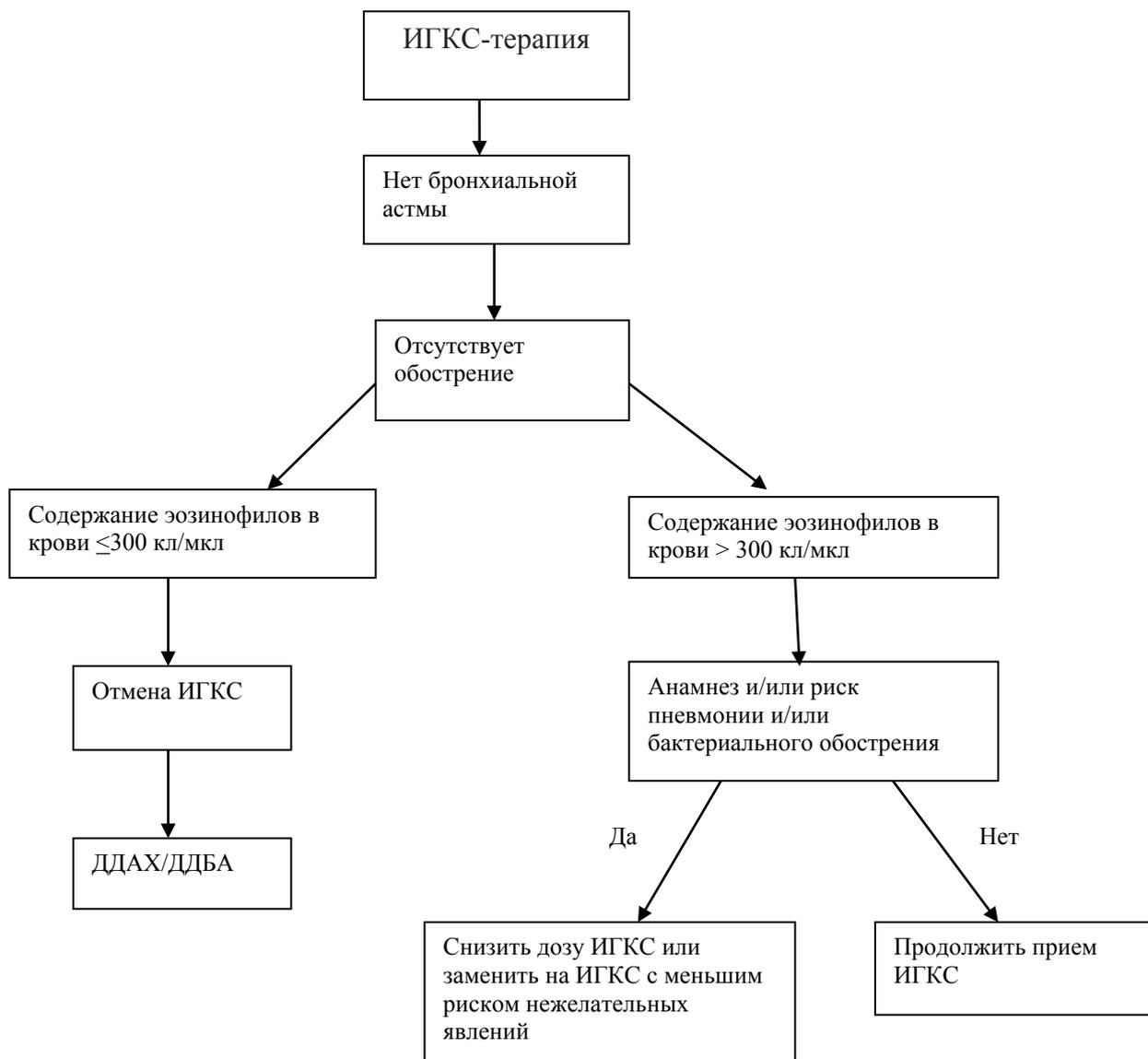
Алгоритмы действий врача

1. Алгоритм ведения пациента с установленным диагнозом ХОБЛ



1. На фоне проводимой терапии ≥ 2 обострений в год или 1 обострение, потребовавшее госпитализации
2. Переоценка количества обострений и выраженности симптомов проводится при каждом обращении пациента к врачу, оценка обострений проводится на фоне назначенной терапии, а не исходно.
3. Если обострения или выраженные симптомы сохраняются на фоне терапии ДДАХ/ДДБА/ИГКС, на данном этапе следует назначить ДДАХ/ДДБА/ИГКС
4. ОАК – общий анализ крови, ДДАХ-длительно действующие антихолинергические препараты, ДДБА-длительно действующие бета-агонисты, ИГКС- ингаляционные глюкокортикостероиды.

2. Алгоритм отмены ингаляционных глюкокортикостероидов у пациентов с ХОБЛ.



ДДАХ-длительно действующие антихолинергические препараты
ДДБА- длительно действующие бета-агонисты
ИГКС- ингаляционные глюкокортикостероиды.

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.

Оценка одышки по шкале mMRC:

- название на русском языке: модифицированный опросник Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки
- оригинальное название: mMRC (The Modified Medical Research Council Dyspnea Scale)
- назначение: оценка степени выраженности одышки, которую испытывает пациент с ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких)

Содержание (шаблон):

Степень	Тяжесть	Описание
0	нет	Я чувствую одышку только при сильной физической нагрузке
1	легкая	Я задыхаюсь, когда быстро иду по ровной местности или поднимаюсь по пологому холму
2	средняя	Из-за одышки я хожу по ровной местности медленнее, чем люди того возраста, или у меня останавливается дыхание, когда я иду по ровной местности в привычном для меня темпе
3	тяжелая	Я задыхаюсь после того, как пройду примерно 100 м, или нескольких минут ходьбы по ровной местности
4	очень тяжелая	У меня слишком сильная одышка, чтобы выходить из дому, задыхаюсь, когда одеваюсь или раздеваюсь

Ключ (интерпретация): пациенту предлагают выбрать одно из пяти утверждений, которое наиболее близко описывает его степень тяжести одышки: от 0 («я чувствую одышку только при сильной физической нагрузке») до 4 («у меня слишком сильная одышка, чтобы выходить из дому, или я задыхаюсь, когда одеваюсь или раздеваюсь»)

Пояснения: шкала mMRC позволяет более точно оценить состояние пациента с ХОБЛ.

Оценочный тест по ХОБЛ – CAT (COPD Assessment Test).

Название на русском языке: оценочный тест по ХОБЛ (Хроническая Обструктивная Болезнь Легких)

Оригинальное название: CAT (COPD Assessment Test)

Онлайн-версия на сайте www.CATestonline.org.

Назначение: оценка влияния ХОБЛ на связанное со здоровьем качество жизни пациента

Содержание (шаблон):

0 – 10 баллов – Незначительное влияние ХОБЛ на жизнь пациента

11– 20 баллов – Умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациента

21 – 30 баллов – Сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациента

31 – 40 баллов – Чрезвычайно сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациента

Ключ (интерпретация): Оценочный тест по ХОБЛ (CAT) имеет 8 пунктов, каждый из которых оценивается по 5-балльной шкале и суммируется. Направлен на оценку одышки; кашля; мокроты; стеснения в груди; ограничения активности у себя дома; уверенности, выходя из дома; сна и энергии.

- 0-10 баллов – незначительное влияние ХОБЛ на жизнь пациента
 11-20 баллов – умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациента
 21-30 баллов – сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациента
 31-40 баллов – чрезвычайно сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациента

Пояснения: оценочный тест по ХОБЛ (САТ) имеет широкий охват влияния на повседневную жизнь и самочувствие пациента.

Вопросник для диагностики ХОБЛ

Название на русском языке: вопросник для диагностики ХОБЛ

Оригинальное название: COPD diagnostic questionnaire

Источник (публикация с валидацией): *S. DeWeerd, L. Grouse. Chronic Airways Diseases: A Guide for Primary Care Physicians. 2005 - 28 pages.* Назначение: дифференциальная диагностика заболевания. Содержание (шаблон):

Вопрос	Варианты ответа	Баллы
1. Ваш возраст	40 – 49 лет	0
	50 – 59 лет	4
	60 – 69 лет	8
	70 лет и старше	10
2. Сколько сигарет Вы обычно выкуриваете ежедневно (если Вы бросили курить, то сколько Вы курили каждый день)? Сколько всего лет Вы курите сигареты? Пачка-день = кол-во сигарет, выкуриваемых в день/20 Пачка-лет = пачка-день X стаж курения	0 – 14 пачка-лет	0
	15 – 24 пачка-лет	2
	25 – 49 пачка-лет	3
	50 и более	7
3. Ваш вес в килограммах? Ваш рост в метрах? ИМТ = вес в кг / (рост в м) ²	ИМТ < 25,4	5
	ИМТ 25,4 – 29,7	1
	ИМТ > 29,7	0
4. Провоцирует ли плохая погода у Вас кашель?	Да	3
	Нет	0
	У меня нет кашля	0
5. Беспокоит ли Вас кашель с мокротой вне простудных заболеваний?	Да	3
	Нет	0
6. Беспокоит ли Вас кашель с мокротой по утрам?	Да	0
	Нет	3
7. Как часто у Вас возникает одышка?	Никогда	0
	Иногда или чаще	4
8. У Вас есть или отмечалась раньше аллергия?	Да	0
	Нет	3

Ключ (интерпретация):

17 и более баллов: диагноз ХОБЛ вероятен

16 или менее баллов: рассмотрите другие заболевания, включая бронхиальную астму, или направьте к специалисту.

Методология проведения исследования неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (спирометрии)

При проведении исследования неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (спирометрии) рекомендуется выполнять не менее трех технически правильных дыхательных маневра форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) до получения воспроизводимых результатов: максимальные и следующие за ними по величине показатели ФЖЕЛ и $ОФВ_1$ должны различаться не более чем на 150 мл. В случаях, когда величина ФЖЕЛ не превышает 1000 мл, максимально допустимая разница как по ФЖЕЛ, так и по $ОФВ_1$ не должна превышать 100 мл.

Если воспроизводимые результаты не получены после 3 попыток, выполнение дыхательных маневров необходимо продолжить до 8 попыток. Большое количество дыхательных маневров может привести к утомлению пациента и, в редких случаях, к снижению $ОФВ_1$ или ФЖЕЛ. При падении показателей более чем на 20% от исходной величины, дальнейшее тестирование следует прекратить в интересах безопасности пациента, а динамику показателей отразить в отчете. В отчете должны быть представлены графические результаты и цифровые значения как минимум трех лучших попыток.

Результаты технически приемлемых, но не удовлетворяющих критерию воспроизводимости попыток могут использоваться при написании заключения с указанием на то, что они не являются воспроизводимыми.

Бронходилатационный тест проводится с КДБА (сальбутамолом) в разовой дозе 400 мкг через ДАИ со спейсером. Повторное исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (спирометрию) следует проводить через 15–30 мин после ингаляции селективного бета2-адреномиметика.

Рекомендуется считать бронходилатационный тест положительным, если после ингаляции бронходилататора (сальбутамола) коэффициент бронходилатации (КБД) по $ОФВ_1$ составляет не менее 12%, а абсолютный прирост – 200 мл и более.

Формула для расчета КБД:

$$\text{КБД} = \frac{\text{ОФВ}_{1 \text{ после (мл)}} - \text{ОФВ}_{1 \text{ исх (мл)}}}{\text{ОФВ}_{1 \text{ исх (мл)}}} \times 100$$

где $ОФВ_{1 \text{ исх}}$ - значение спирометрического показателя до ингаляции бронходилататора (сальбутамола), $ОФВ_{1 \text{ после}}$ - значение показателя после ингаляции бронходилататора (сальбутамола).

При оценке бронходилатационного теста рекомендуется учитывать нежелательные реакции со стороны сердечно-сосудистой системы (тахикардию, аритмию, повышение артериального давления), а также появление таких симптомов, как возбуждение или тремор.

Порядок направления (маршрутизация) пациентов для оказания первичной
специализированной медико-санитарной помощи больным ХОБЛ
в амбулаторных условиях.

Медицинская организация	Территория прикрепления
БУЗ Орловской области «ООКБ»*	районы Орловской области по направлению от бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области), оказывающих первичную медико-санитарную помощь и/или специалистов пульмонологов, аллергологов-иммунологов, фтизиатров, торакальных хирургов Иногородние, иностранцы, ветераны и участники боевых действий по направлению от бюджетных учреждений здравоохранения г. Орла и Орловской области
БУЗ Орловской области «БСМП им. Н.А. Семашко»*	по направлению от бюджетных учреждений здравоохранения г. Орла
Плещеевская ЦРБ	Орловский район
Мценская ЦРБ	Мценский район
Ливенская ЦРБ	Ливенский район

В случае отсутствия врача пульмонолога в учреждении, пациенты направляются в плановом порядке врачом терапевтом на консультативный прием в областную консультативную поликлинику БУЗ Орловской области «ООКБ», консультации могут проводиться с использованием телемедицинских технологий.

Запись на прием врачом пульмонологом в областной консультативной поликлинике осуществляется в программе МИС SAAS «врач-врач».

* В случае возникновения неотложных состояний решение о тактике дальнейшего ведения принимает врач-терапевт/пульмонолог в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология» от 15.11.2012 г. № 916н с изменениями от 21.02.2020г.

Порядок направления (маршрутизация) пациентов для оказания плановой специализированной медицинской помощи по профилю «пульмонология» - порядок плановой госпитализации в стационарных условиях и условиях дневного стационара

№ п/п	Пульмонологическое отделение	Прикрепляемая медицинская организация
1.	БУЗ Орловской области «ООКБ»	МО г. Орла и Орловской области
2.	БУЗ Орловской области «БСМП им. Н.А. Семашко»	МО г. Орла

Направление пациентов на стационарное лечение в условиях дневного стационара или стационара с круглосуточным пребыванием пациентов осуществляется врачом-пульмонологом/терапевтом, выполняет врач пульмонолог/терапевт, ведущий амбулаторный прием или врач пульмонолог областной консультативной поликлиники после осмотра при наличии реабилитационного потенциала.

Порядок направления (маршрутизация) пациентов для оказания экстренной специализированной медицинской помощи по профилю «пульмонология» - порядок экстренной госпитализации

Патология	Категория больных	Профиль	МО
ХОБЛ в стадии обострения	Легкой степени, средней степени (критерии Клинических рекомендаций по ХОБЛ) Российского респираторного общества	терапия	Бюджетные учреждения здравоохранения Орловской области по территориальному принципу (ближайшее терапевтическое отделение ЦРБ к месту жительства)
	Жители города Орла с тяжелой, крайне тяжелой степени тяжести (критерии Клинических рекомендаций по ХОБЛ) Российского респираторного общества	Пульмонология	БУЗ Орловской области «БСМП им. Н.А. Семашко»
	Жители Орловской области с тяжелой, крайне тяжелой степени тяжести в стабильном состоянии (критерии Клинических рекомендаций по ХОБЛ) Российского респираторного общества	Пульмонология	БУЗ Орловской области «ООКБ»

общества Иногородние, иностранцы, ветераны и участники боевых действий		
Тяжелой, крайне тяжелой степени, жизнеугрожающие состояния (критерии Клинических рекомендаций по ХОБЛ) Российского респираторного общества	Реанимация (ближайшие ЦРБ с наличием реанимационных коек)	БУЗ Орловской области «Мценская ЦРБ»: БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ»: БУЗ Орловской области «Покровская ЦРБ» БУЗ Орловской области «БСМП им. Н.А. Семашко» БУЗ Орловской области «ООКБ»

После стабилизации состояния, осмотра врача-реаниматолога ОЦМК возможна транспортировка пациента бригадой скорой помощи переводом в бюджетное лечебное учреждение второго и третьего уровня.

Экстренная госпитализация лиц с ХОБЛ, нуждающихся в экстренной госпитализации, осуществляется по направлению врача-терапевта участкового, врача общей практики, врача-пульмонолога, врача торакального хирурга, фельдшера или врача бригады скорой медицинской помощи, главного внештатного специалиста терапевта, пульмонолога Департамента здравоохранения Орловской области.

Экстренная госпитализация осуществляется в бюджетные организации здравоохранения Орловской области по территориальному принципу.

В случае невозможности оказания стационарной медицинской помощи в соответствии со стандартом, в том числе - в случае развития жизнеугрожающих состояний, больные направляются (переводятся) на этап специализированной медицинской помощи в соответствии с прикреплением.

Перевод пациента в лечебное учреждение более высокого уровня, оказывающее специализированную, в том числе - анестезиолого-реанимационную помощь, для интенсивного лечения осуществляется по решению заведующего подразделением, оказывающего помощь больному с ХОБЛ, а при его отсутствии - лицом, его замещающим, на основании совместного осмотра с лечащим врачом по согласованию с заведующим профильного подразделения и заведующим анестезиолого-реанимационного подразделения учреждения, куда пациент переводится в соответствии со схемой маршрутизации. В спорных случаях вопрос перевода решает консилиум врачей и должностных лиц медицинской организации.

Транспортировка пациента осуществляется специализированным санитарным автотранспортом с оказанием адекватной медицинской помощи, в том числе - с поддержанием основных жизненно важных функций.