

**Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Республиканский центр развития здравоохранения**

**Пилотное внедрение Программы
управления заболеваниями «Хроническая
обструктивная болезнь легких» в Центре
лучшей практики**

Методические рекомендации

Нур-Султан, 2019

УДК
ББК

М

Рецензенты:

Уразова С.Н. – заведующая кафедрой общей врачебной практики № 2 НАО «Медицинский Университет Астана», доктор медицинских наук

Латыпова Н.А. – заведующая кафедрой семейной и доказательной медицины НАО «Медицинский Университет Астана», доктор медицинских наук

Немеренко А. – доцент Школы Управления Общественным Здравooхранением Государственного Медицинского и Фармацевтического Университета им. Н. Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова, кандидат медицинских наук

Авторы: Гаркалов К.А. – руководитель медицинского центра «Медлайн», доцент, кандидат медицинских наук.

Иманова Ж.А. – руководитель Центра совершенствования медицинской помощи РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения».

Методические рекомендации по пилотному внедрению Программы управления заболеваниями «Хроническая обструктивная болезнь легких» в Центре лучшей практики: Методические рекомендации./ Гаркалов К.А., Иманова Ж.А. // Нур-Султан., 2019 г. – 66 с.

ISBN

В методических рекомендациях рассмотрены организационные вопросы проведения мероприятий необходимых для успешного внедрения программ управления ХОБЛ и достижения её эффективности, не углубляясь в вопросы диагностики и лечения заболеваний.

Автор настоятельно рекомендует при проведении лечебно-диагностических мероприятий по ХОБЛ и другим заболеваниям, включенным в республиканскую программу управления заболеваниями, руководствоваться стандартами оказания медицинской помощи и клиническими протоколами.

Данные методические рекомендации предназначены для сотрудников Центров лучших практик, а также для практических врачей, участвующих в Республиканской программе управления заболеваниями.

УДК:

ББК:

Методические рекомендации обсуждены и одобрены к использованию на заседании Экспертного совета РЦРЗ МЗРК, Протокол № ...от ...июня 2019 года. Утверждены и рекомендованы к изданию типографическим методом.

ISBN

©Гаркалов К.А., Иманова Ж.А.

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ	5
1. КЛЮЧЕВЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЕНИЯ ХОБЛ.....	12
2. ЭТАПЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЕНИЯ ХОБЛ	13
2.1. ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ	14
2.2. ПРИГЛАШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ К УЧАСТИЮ В ПУЗ, МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ.....	16
2.3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ХОБЛ В РАМКАХ ПУЗ, МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОМАНДА.....	19
2.4. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ ХОБЛ В РАМКАХ ПУЗ..	25
3. МОДЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА ПАЦИЕНТА С МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ.....	29
3.1. ЗАПЛАНИРОВАННЫЙ ПРИЕМ	32
3.2. МОТИВАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И ПЕРСОНАЛА	35
3.3. УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МОДЕЛИ ПУЗ.....	37
4. САМОМЕНЕДЖМЕНТ И ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ	38
4.1. ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ	39
4.2. СРЕДСТВА САМОКОНТРОЛЯ.....	42
4.3. ПОДДЕРЖКА САМОМЕНЕДЖМЕНТА	44
5. ТЕКУЩИЙ АНАЛИЗ, ОЦЕНКА, ПЛАНИРОВАНИЕ	46
6. УСЛОВИЯ УПРАВЛЕНИЯ ХОБЛ	49
Список литературы	53
Приложения.....	56
Приложение 1. Буклет, посвященный ХОБЛ	56
Приложение 2. Пример карты наблюдения за пациентом с ХОБЛ.....	57
Приложение 3. Оценочный тест по ХОБЛ – САТ (COPD Assessment Test).....	58
Приложение 4. Модифицированный вопросник Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки (mMRC).....	59
Приложение 5. Примерный план занятий школы ХОБЛ	60
Приложение 6. Примерный дневник самонаблюдения пациента ХОБЛ.....	61
Приложение 7. План действий пациента ©	62
Приложение 8. Индикаторы эффективности Программы управления ХОБЛ и их расчеты.....	63

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АЛО – амбулаторное лекарственное обеспечение
ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения
ВОП – врач общей практики
ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ДН – дыхательная недостаточность
ЗОЖ – здоровый образ жизни
ИКЧ – индекс курящего человека
ИМТ – индекс массы тела
КТ – компьютерная томография
МДК – мультидисциплинарная команда
МЗ РК – Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МО – медицинская/кие организация/ции
НПО – неправительственная/ные организация/ции
ОФВ1 – объем форсированного выдоха за первую секунду
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
ПУЗ – Программа управления заболеваниями
РСДЛА – давление в легочной артерии
СМР – средний медицинский работник
ФЖЕЛ – форсированный жизненная емкость легких
ХБ – хронический бронхит
ХЛС – хроническое легочное сердце
ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания
ЭКГ - электрокардиография
ЭхоКГ – эхокардиография
Э – эмфизема легких

ВВЕДЕНИЕ

Хронические неинфекционные заболевания (далее - ХНИЗ) остаются одной из актуальнейших проблем современного здравоохранения, являясь ведущими причинами высокой преждевременной смертности и инвалидизации населения развитых стран. Согласно оценкам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в 2015 году хронические неинфекционные заболевания стали причиной 40 миллионов смертей в мире, а по данным исследования Global Burden of Disease в 2016 году на ХНИЗ пришлось более 70% от всех смертей, регистрируемых в мире [1].

На протяжении последних двух десятилетий произошла резкая трансформация глобального состояния здравоохранения. Продолжительность жизни во всем мире возросла как никогда раньше, и в результате население планеты в среднем стало старше. Количество людей в мире растет. Многие страны достигли исключительных успехов в плане профилактики детской смертности. Главными причинами смертности и инвалидности теперь являются не инфекционные детские заболевания, а неинфекционные болезни взрослых. В Европе и Центральной Азии многие основные причины потери здоровья не связаны с инфекционными заболеваниями. Аналогично мировым тенденциям инфекционные заболевания, болезни во время беременности, проблемы питания и болезни новорожденных теряют важность в этом регионе, так как неинфекционные заболевания приводят к смерти все большего числа людей и росту числа случаев инвалидности [2].

Такие факторы риска, как: неправильное питание, повышенное артериальное давление, употребление алкоголя, курение, повышенный индекс массы тела (ИМТ) и недостаток физической активности, привели к росту неинфекционных заболеваний в этом регионе,

Соответственно предупреждение факторов риска развития и прогрессирования ХНИЗ является важным направлением работы медицинских работников, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП).

По данным Европейского региона ВОЗ, ХНИЗ обуславливает почти 86% от всей смертности и 77 % бремени болезней, что влечет за собой нагрузку на систему здравоохранения, наносит ущерб экономическому развитию. К 2030 году: ожидаемое увеличение расходов на здравоохранение, связанное с хроническими заболеваниями, с 25% до 54% [3].

Бремя ХНИЗ ежегодно нарастает, по мнению *Stanford University Patient Education Center*, хронические болезни увеличатся на 300% к 2049 году. Кроме того, хронические заболевания приводят к боли, истощению, инвалидности, зависимости, потере физической функции и снижению активности. К тому же, у людей, имеющих хронические заболевания, имеется значительное снижение работоспособности и снижение ежемесячных доходов, происходит уменьшение количества дел, которые они могут сделать за день, они проводят большее

количество времени в болезненном состоянии в постели, у них имеет место плохое настроение и снижается психическое здоровье [4].

ХНИЗ являются главной причиной смертности, заболеваемости и инвалидности во всем мире, в том числе и в Республике Казахстан. Это обстоятельство делает проблему ХНИЗ для Казахстана особенно актуальной, особенно у жителей сельской местности, не всегда имеющих возможность наблюдения у специалиста.

В конце сентября 2018 года Всемирная Организация Здравоохранения, Лондонский Имперский Колледж и Альянс по борьбе с неинфекционными заболеваниями опубликовали отчет, касающийся четырех хронических заболеваний, таких как рак, сердечно-сосудистые заболевания, хронические респираторные заболевания и диабет. По результатам отчета, ХНИЗ убивают каждый год примерно 41 миллион людей, из них 17 миллионов смертей считаются преждевременными (смерть до 70 лет). В десятку стран, где самый высокий риск смертности мужчин от ХНИЗ попал и Казахстан. Но если меры принятые министерством здравоохранения по профилактике, раннему выявлению и лечению сердечно-сосудистых заболеваний показали свои результаты в плане снижения смертности, инвалидности и т.п., то распространенность болезней органов дыхания продолжает расти, в том числе смертность от них (Рисунок 1).

В Казахстане болезни органов дыхания (БОД) составляют более 30 % в общей структуре заболеваемости. Они в 2–3 раза превышают показатели болезней органов кровообращения. [5]. При этом как показывает первое международное эпидемиологическое исследование по распространенности ХОБЛ, бронхиальной астмы и аллергического ринита, проведенное на территории стран СНГ (CORE), распространенность ХОБЛ в Казахстане в 17 раз превышает официальные показатели Министерства здравоохранения РК,

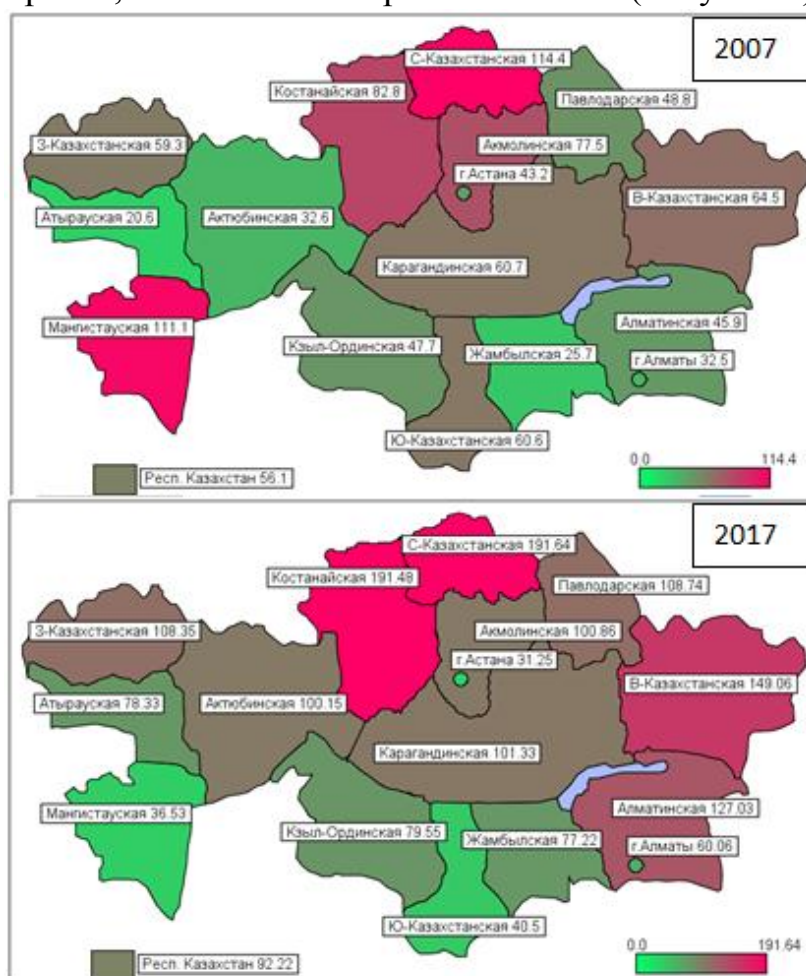
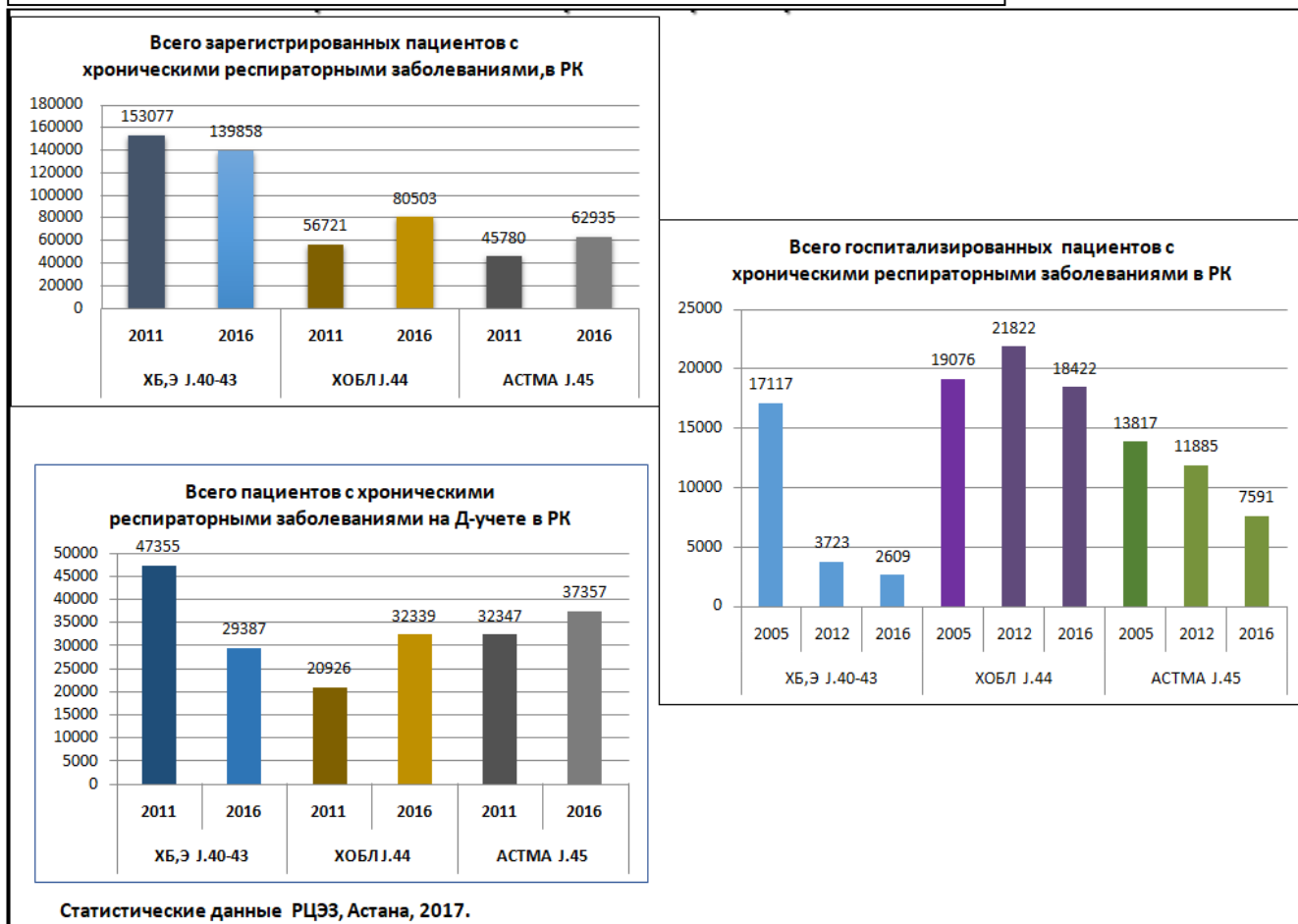


Рисунок 1. Смертность от болезней органов дыхания, всего на 100000 населения

демонстрируя на примере Алматы высокий уровень заболеваемости населения Казахстана, сравнимый с другими странами. При этом в группе хронических респираторных заболеваний именно ХОБЛ показывает значительный рост смертности и заболеваемости. По данным Глобальной Инициативы по ХОБЛ (*GOLD, 2018*) от этого недуга в мире страдает более 300 миллионов человек, это примерно 10% взрослых. Более 3 миллионов человек умерли от ХОБЛ в 2012 году, что составляет 6% всех смертей в мире. По прогнозам, к 2020 году смертность от ХОБЛ возрастет и данное заболевание может переместиться с 4-й на 3-ю позицию в этом трагичном списке. Эта тенденция отмечается во всем мире в том числе и в Казахстане (Рисунок 2). Как видно из представленных на рисунке данных, за 5 лет наблюдается увеличение как общего количества пациентов с ХОБЛ, в том числе вставших на диспансерный учет, так и число госпитализаций.

Рисунок 2. Статистика хронических респираторных заболеваний в Казахстане



ХОБЛ представляет собой важную проблему для общественного здравоохранения и при этом это заболевание поддается профилактике и лечению. Поэтому ХОБЛ можно предотвратить, если принять срочные меры по борьбе с главными факторами риска: курением и загрязнением воздуха.

Профилактика заболеваний является приоритетной задачей ПМСП и включает в себя профилактику инфекционных и хронических неинфекционных заболеваний, осуществляется на индивидуальном, групповом и популяционном

уровнях. ХНИЗ – это ряд хронических заболеваний, включающих сердечно-сосудистые заболевания, онкологические, хронические респираторные заболевания, психические расстройства, диабет.

Приоритетность мер по профилактике заболеваний в настоящее время является одним из принципов государственной политики в области здравоохранения. Одним из основных направлений профилактики является диспансеризация. Эффективность диспансерного учета остается сегодня одной из актуальных проблем современного здравоохранения.

Диспансеризация населения как система профилактических осмотров получила всеобщее распространение в 80-е годы XX-го века. Несмотря на высокие показатели охвата диспансеризацией в 80-е годы XX века (практически до 100%), эффективность результатов составляла не более 20% (И.М. Андреева, Н.Т. Комарницкая, 1989). До 80% от всех обращений населения за медицинской помощью составляют случаи обращения в амбулаторно-поликлиническое звено (Ю.П. Лисицын, 1982). Именно медицинская организация, оказывающая ПМСП, является тем учреждением здравоохранения, в котором ведется диспансерное наблюдение и учет диспансерных больных (Г.З. Демченкова, 1987; М.В. Кацман, М.М. Богданов, 1990).

Программа всеобщей диспансеризации населения была принята в 1986 г., согласно которой в поликлиниках были созданы отделения и кабинеты профилактики, увеличена численность участковых врачей и педиатров, улучшено лабораторно-инструментальное оснащение. По результатам диспансеризации рекомендовалось выделять группы здоровых, практически здоровых и больных. Впервые указывалось, что в каждой из вышеперечисленных групп следует учитывать лиц с факторами риска возникновения определенных заболеваний (производственного, бытового, генетического характера) и давались рекомендации по их диспансерному наблюдению. Однако запланированное ежегодное всеобщее обследование населения не было достаточно обосновано с позиции ресурсного и организационного обеспечения и оказалось весьма затратным, в значительной степени затрудняющим текущую работу поликлиник и в конечном итоге недостаточно эффективным. Центральной фигурой её проведения должен являться участковый врач. Именно на него, как хорошо знающего население своего территориального участка, наряду с участковой медсестрой ложится вся ответственность за проведение профилактических осмотров и скринингов. Однако, с учетом целого ряда факторов (большая нагрузка на участковую службу, отсутствие её материальной заинтересованности в качественном проведении, разрозненность со специализированной службой, куда в основном стремятся попасть пациенты, снижение мотивации самих пациентов в участии в диспансеризации, её заорганизованность) привели к значительному снижению эффективности диспансеризации.

В связи с накоплением большого объема информации по результатам диспансеризации и необходимостью их систематизации были разработаны автоматизированные скрининговые системы (Г.С. Попов с соавт., 1986; Л.А. Соколовская, 2005). Работы ученых тех лет (И.М. Андреевой (1989г.),

Н.Т. Комарницкой (1986г., 1989г.), Г.З. Демченковой с соавт. (1979г., 1986г., 1987г.), М.Л. Полонского с соавт. (1987г.), И.Н. Тюльпина (1981г.), С.Я. Фредлина (1961г., 1964г., 1974г.), М.В. Кацман с соавт. (1990г.), В.А. Миняев с соавт. (1980г., 1983г., 1986г.), Г.А. Новгородцева (1983г., 1984г.), А.М. Сердюк (1991г.), А.Ф. Серенко (1976г., 1982г.) и др.) дали достаточно полную характеристику проблемам реализации диспансерного метода в городских поликлиниках и предложили различные подходы к их решению.

Несмотря на огромное количество позитивных моментов, диспансеризация, в частности в том виде, в котором она проводится в настоящее время, является малоэффективной.

По данным Institute of Medicine of the National Academies USA (2015г.) существующая система оказания медицинской помощи не справляется со своими обязанностями. Необходимо искать новые формы профилактики и работы с населением, имеющим хронические неинфекционные заболевания. В связи с чем, в настоящее время Министерством здравоохранения Республики Казахстан предложено заменить механизм диспансеризации на новую форму работы с пациентами, имеющими ХНИЗ – динамическое наблюдение, которая органично вписывается Программы управления заболеваниями (ПУЗ).

Более десяти лет назад в ответ на ряд проблем, которые возникли в медицинском обслуживании за последние годы, была предложена концепция Disease Management – новый структурированный системный подход, по определению Epstein R.S. & Sherwood L.M. (1996) «максимально обеспечивающий реализацию функциональных возможностей пациента, снижающий риск развития болезней, инвалидизацию и смертность, и поднимающий на новый уровень продуктивность и рентабельность» здравоохранения.

Управление болезнью (Disease Management) – целостная концепция, которая организует структуру и порядок оказания медицинской помощи адекватно процессу развития заболевания у конкретного пациента.

Согласно определению Американской ассоциации управления болезнью (DMAA), Disease Management – система скоординированных вмешательств и коммуникаций в целях охраны здоровья населения, имеющего состояние, при которых усилия самого пациента по охране здоровья являются существенными.

В нашей стране Программа управления заболеваниями действует с 2013 года (в виде пилотного Проекта запущена в 2-х регионах, а с 2017 года в ПУЗ задействованы все регионы) и включает по настоящее время три заболевания: сахарный диабет, артериальную гипертензию и хроническую сердечную недостаточность. Введение с 2019 года вместо привычной формы наблюдения за пациентами диспансеризации, видоизмененной формы – динамического наблюдения должно способствовать более эффективному развитию данной программы.

В таблице 1 представлены основные отличия диспансеризации и динамического наблюдения, которые должны дать новый толчок в повышении эффективности работы организаций ПМСП.

Таблица 1. Основные отличия диспансеризации и динамического наблюдения в рамках ПУЗ. Гаркалов К.А., 2019 ©

	Диспансерный учет	Динамическое наблюдение в рамках ПУЗ
Определение	Это система мер, направленных на сохранение здоровья населения, предупреждение развития заболеваний, снижение частоты обострений хронических заболеваний, развития осложнений, инвалидности, смертности и повышение качества жизни	Это система скоординированных и интегрированных медицинских вмешательств и коммуникаций для определенных групп пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе клинический менеджмент и самоменеджмент
Решение об участии	Пациент автоматически брался на диспансерный учет после установки диагноза	Решение участвовать в ПУЗ остается за пациентом
Установление диагноза	Узким специалистом в поликлинике или в стационаре	Участковый врач также имеет право выставить диагноз
Роль специалиста	Консультация специалистов в соответствии с приказом и при необходимости	Консультации специалистов должна осуществляться по необходимости
	Стремление пациента попасть к специалисту в обход участкового врача	Пациент в первую очередь выстраивает и поддерживает коммуникацию с участковой службой, посещая специалиста лишь по рекомендации участкового врача
Роль пациента	Пациент – ведомое звено, его задача: выполнение врачебных назначений	Осуществление самоменеджмента заболевания и самоконтроля состояния здоровья
	Наличие знаний пациента НЕ обязательны	Образование пациента является неотъемлемой частью ПУЗ
Индикатором эффективности работы	Наличие в амбулаторных картах диспансерных пациентов заключений, анализов, посещений в соответствии с приказом МЗ РК	Индикаторами эффективности должны быть: уменьшение госпитализаций, вызовов «скорой помощи», временной и стойкой нетрудоспособности
Ответственность	Участковый врач, отделения ПМСП	Солидарная ответственность

Как видно из таблицы, одним из основных отличий этих двух форм профилактической работы является активное участие пациента в контроле над своим заболеванием.

Теория, лежащая в основе управления болезнью, утверждает, что ресурсы здоровья могут использоваться более эффективно, если пациент становится активным «центром, вокруг которого здравоохранение организуется» (Hunter D. G., 1999). Пациенты должны быть вовлечены как партнеры в процесс оказания помощи (Clark N. M., Gong M., 2000; Holman H., Lorig K., 2000), иметь широкий контроль над собственным лечением, быть полностью информированы и принимать ответственность за процесс управления своим здоровьем. При чем это участие должно быть осознанным, поддерживаемое наличием знаний пациента о своем заболевании и отлаженной коммуникацией с участковой службой.

Только при условии развития и поддержки самоменеджмента пациентов с ХОБЛ со стороны медицинских работников организаций ПМСП, а также при подключении общественных и коммерческих организаций, возможно получить эффект от программы управления ХОБЛ.

Концепция Программы управления ХОБЛ включает поддержку взаимодействия между врачом и пациентом с целью совместного планирования индивидуальной стратегии управления болезнью; акцент на предотвращении обострений и осложнений болезни, используя научно-обоснованные принципы и модели, предполагающие полноценное участие пациента в процессе получения медицинской помощи; оценку результатов клинических, психологических и экономических усилий с целью последующей разработки мер по улучшения здоровья в целом.

Концепция особенно эффективна если рассматривать пациентов скорее как индивидуумов, переносящих хронический клинический курс болезни и ее лечения, нежели как переносящих ряд дискретных эпизодов. К тому же, каждая хроническая болезнь (ХОБЛ, астма, диабет, артрит, депрессия и другие) более не рассматривается отдельно. Пришло понимание того, что одинаковые стратегии (образовательные, поведенческие и когнитивные вмешательства, социальная поддержка и др.) могут быть одинаково эффективны в лечении многих хронических состояний. Современные подходы в лечении синтезируются, основываясь на физических, психологических, социальных, культурных и духовных потребностях пациентов.

Важным является пересмотр известного представления о выздоровлении – это более не «возврат к норме» или «исцеление». Выздоровление включает «глубоко личный уникальный процесс изменения установок, ценностей, чувств, целей, навыков и «ролей» человека. Оно подразумевает плодотворную жизнь, даже при наличии ограничений, связанных с болезнью, и включает развитие нового смысла и цели жизни человека по мере того, как он преодолевает катастрофические эффекты болезни» (Roberts G., Wolfson P., 2004).

Программы управления ХОБЛ в последнее время получили широкое распространение как средство повышения качества и эффективности медицинской помощи пациентам с ХОБЛ. Имеются данные об успешном внедрении DMP при хронических состояниях, таких как ХОБЛ, сердечная недостаточность и сахарный диабет [6], а также работы исследовавшие

эффективность программ именно при ХОБЛ, которые доказали эффективность специальных программ. Так ряд работ [7,8] обнаружили уменьшение смертности, продолжительности жизни, обострений болезни у пациентов с ХОБЛ, а также снижение количества госпитализаций не только по поводу ХОБЛ, но и сопутствующим сердечнососудистым заболеваниями. Так по данным официальной статистики в таких странах как Финляндия, Германия, Канада и ряде других, где были внедрены программы управления ХОБЛ удалось снизить смертность от ХОБЛ от 9% (Канада) до 16,7% (Финляндия).

1. КЛЮЧЕВЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЕНИЯ ХОБЛ

На рисунке 3 отображены основные элементы управления заболеванием. Как видно из рисунка это следующие компоненты:

Рисунок 3. Ключевые элементы программы управления



1. **Интегрированный и комплексный уход, непрерывность ухода, координация разных компонентов и мультидисциплинарная команда, реабилитация, профилактика.**

2. **Активные инструменты управления пациентом (обучение управлением здоровьем, наделение полномочиями, самоменеджмент)**

3. **Клинические руководства, протоколы, алгоритмы, основанные на доказательной медицине и инструменты их внедрения**

4. **Информационные технологии, системные решения**

5. **Непрерывное повышение качества**

Все эти компоненты уже воплощаются в программах, которые уже работают в нашей стране (сахарный диабет, артериальная гипертензия,

хроническая сердечная недостаточность), и управление ХОБЛ должно органично вписаться в уже имеющиеся в первичном звене технологии ПУЗ. Тем не менее о некоторых из них будет рассказано ниже более подробно.

Тем не менее, необходимо сказать о необходимости координации и интегрированном подходе к лечению больных с ХОБЛ между командой специалистов первичного звена, пульмонологами, стационарами, службами «скорой помощи» и реабилитации, включая, в том числе, различные организации, борющиеся с курением и помогающие людям бросить курить.

Непрерывность оказания помощи на всех этапах и взаимосвязь между ними способствует лучшему контролю над заболеванием и достижению целей этого контроля: снижение числа обострений, улучшение качества жизни и т.д.

Одним из важных компонентов интегрированного подхода является усиление роли медицинских сестер. В рамках передачи ряда функций от участкового врача участковой медицинской сестре необходимо, после соответствующего обучения, передать полномочия по динамическому наблюдению за пациентами с ХОБЛ, поддержке контакта с этими пациентами и контролю за выполнением им лечебных программ и рекомендаций по самоменеджменту.

Одним из важных элементов ПУЗ является наличие, основанного на хорошей доказательной базе клинического протокола по ХОБЛ [9], который одобрен Объединенной комиссией по качеству МЗ РК и рекомендован к применению. Но наличие клинического протокола по диагностике и лечению ХОБЛ недостаточно без его внедрения в каждую медицинскую организацию. Под внедрением понимается не только знакомство с ним специалистов ПМСП, но и обеспечение рекомендаций протокола со стороны руководства организации. В частности, это означает возможность проведения таких исследований как компьютерная спирография, рентгенография/флюорография, а при необходимости – компьютерная томография органов грудной клетки, электрокардиография, Эхокардиография, пульсоксиметрия, исследования крови, а также консультация врача пульмонолога.

И главное обеспечение пациентов, участвующих в программе управления ХОБЛ, препаратами базисной терапии в рамках ГОБМП, включенных в список АЛО. **Отсутствие возможности у пациента ХОБЛ применять лекарственные средства базисной терапии, прописанных в клиническом протоколе, может свести на нет** все усилия мультидисциплинарной группы, отлаженного взаимодействия и интегрированного подхода, выстроенных процессов организации программы, и снизить эффект от остальных элементов программы.

2. ЭТАПЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЕНИЯ ХОБЛ

Управление ХОБЛ обеспечивается следующими составляющими [10]:

1) процесс идентификации групп пациентов, нуждающихся в управлении болезнью;

2) организация помощи в процессе управления болезнью на основе достоверно измеренных данных актуального состояния пациента;

3) модель практического сотрудничества пациента с врачами и другими поставщиками медицинских услуг (средний медицинский персонал /менеджеры по уходу за пациентами/, клинические фармакологи, социальные работники, волонтеры);

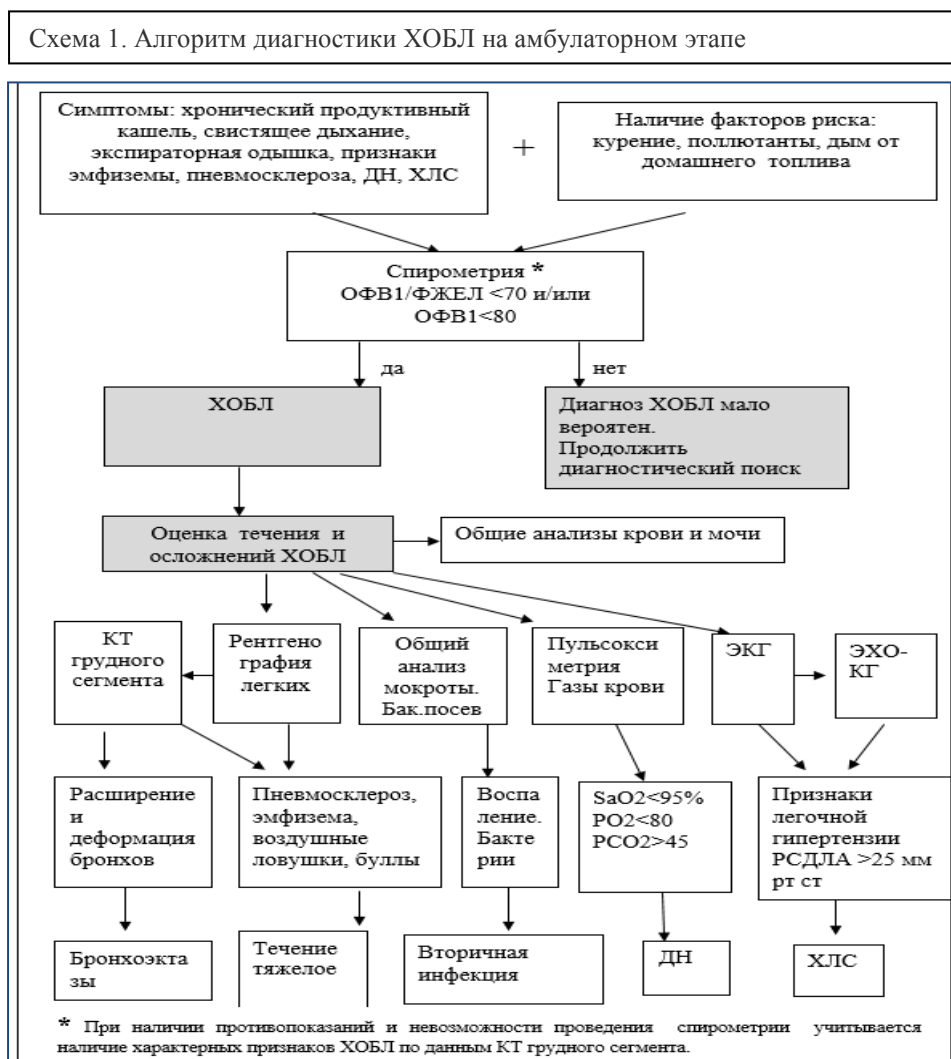
4) обучение пациента самоуправлению здоровьем (может включать первичную профилактику, программы модификации поведения, комплаенс-наблюдение);

5) текущий и окончательный анализ, оценка и планирование;

6) регулярная обратная связь (может включать обстоятельные беседы с пациентом, врачом и вспомогательными службами в целях коррекции «плана здоровья»).

2.1. ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ

Основное концептуальное положение эффективности любой ПУЗ – успешная работа первичного звена, как элемента системы здравоохранения, как наиболее часто и массово взаимодействующего с населением. Именно медработники ПМСП являются ведущим звеном в оказании помощи больным ХОБЛ. Очень важное значение имеет своевременная диагностика болезни. В схеме 1 представлен алгоритм диагностики ХОБЛ на амбулаторном этапе [9].



Диагноз ХОБЛ должен предполагаться у всех пациентов при наличии кашля, выделения мокроты или одышки и выявлении факторов риска развития ХОБЛ [11]. В реальной жизни на ранних стадиях заболевания курильщик не считает себя больным, т.к. оценивает кашель как нормальное состояние, если трудовая деятельность его ещё не нарушена. Даже появление одышки, возникающей при физической нагрузке, расценивается им как результат пожилого возраста или детренированности. Ключевым анамнестическим фактором, помогающим поставить диагноз ХОБЛ, служит установление факта ингаляционного воздействия на органы дыхания патогенных агентов, в первую очередь – табачного дыма. При оценке статуса курения всегда указывается индекс курящего человека (ИКЧ, пачка-лет).

Помимо активного курения, при сборе анамнеза следует уделять большое внимание выявлению эпизодов пассивного курения. Это касается всех возрастных групп, включая воздействие табачного дыма на плод во внутриутробном периоде в результате курения самой беременной или окружающих ее людей. Профессиональные ингаляционные воздействия, наряду с курением, рассматриваются в качестве обстоятельств, приводящих к возникновению ХОБЛ. Это касается различных форм воздушных загрязнений на рабочем месте, включая газы и аэрозоли, а также воздействие дыма от органического топлива.

Поэтому диагностика ХОБЛ складывается на основе анализа ряда этапов:

- создание словесного портрета больного на основании сведений, почерпнутых из беседы с ним (тщательный сбор жалоб больного, а также анамнеза жизни и анамнеза заболевания);
- объективного (физического) обследования;
- результатов лабораторно–инструментальных исследований: **диагноз ХОБЛ всегда должен быть подтвержден** данными спирометрии – постбронходилатационные значения $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$ - обязательный признак ХОБЛ, который существует на всех стадиях заболевания.

Соответственно критериями включения в Программу должны быть пациенты с установленной ХОБЛ (обязательное проведение спирографического исследования и имеющимися показателями: объем форсированного выдоха в 1 секунду (ОФВ_1) / объем форсированного объема (ФЖЕЛ) $< 70\%$), в некоторых случаях требуется проведение КТ органов грудной клетки для подтверждения (дифференциальной диагностики ХОБЛ).

Кроме того, пациенты с ХОБЛ должны быть готовы участвовать в Программе, соблюдать лечебные рекомендации, готовые пройти образовательную программу, консультирование по прекращению курения (при необходимости) и желание бросить курить, а также быть готовым к коммуникации (в том числе телефонной) со специалистами ПМСП, к которой прикреплен пациент.

Пациенты, имеющие выраженную дыхательную недостаточность, требующие искусственной вентиляции легких, интенсивной терапии, а также имеющими тяжелую сопутствующую патологию (например, с запущенной злокачественной опухолью), с когнитивными, психическими расстройствами,

а также с недостоверным диагнозом ХОБЛ не должны включаться в Программу управления ХОБЛ.

Одной из важных задач при организации оказания помощи больным ХОБЛ является организация процесса выявления таких больных среди прикрепленного населения. Раннее привлечение пациентов к Программе управления заболеванием, применение пациентом профилактических мер и базисной терапии позволит предотвратить осложнения, выход на инвалидность, преждевременную смертность.

В настоящее время существуют несколько способов выявления этих заболеваний:

- профилактические медицинские осмотры целевых групп населения (скрининги);
- самообращение пациентов с соответствующими жалобами;
- активное выявление пациентов, обращающихся в МО по другим причинам.

На наш взгляд резерв последнего способа также задействован недостаточно. Прикрепленное к участку население помимо обращений к своему участковому врачу обращается и в другие медицинские организации или к врачам специалистам. До настоящего времени этот резерв контактов не был в достаточной мере использован для организации выявления больных с ХОБЛ. В связи с этим предлагается следующие меры:

- обязательное направление на спирографическое исследование всех курящих пациентов, независимо от причины обращения;
- обязательное исследование обратившегося в медицинскую организацию в рамках скрининга или медицинского осмотра (флюорографии), при наличии симптомов кашля, одышки, стажа курения;
- активное использование наглядных пособий для обращения внимания населения на первые симптомы ХОБЛ (Приложение 1);
- создание условий для обследования обратившегося при появлении у него мотивации (кабинеты функциональной диагностики, наличие портативных компьютерных спирографов на приеме у пульмонологов, участковых врачей).

2.2. ПРИГЛАШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ К УЧАСТИЮ В ПУЗ, МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

После выявления пациента с ХОБЛ и установления диагноза и отсутствия исключений, о которых говорилось выше, пациента необходимо пригласить в Программу и рассказать не только о преимуществах, которые он будет иметь, но и об обязательствах, которые должен взять пациент по изменению образа жизни, отказе от вредных привычек, исполнению медицинских рекомендаций.

Что же получают пациенты при участии в Программе:

- 1) превентивную медицинскую помощь, а не противодействующую
- 2) последующее, постоянное наблюдение
- 3) непрерывность медицинской помощи
- 4) улучшенные исходы и качество жизни

- 5) повышенный уровень вовлечения в контроле над своим заболеванием
- 6) более редкое пребывание в больнице или его исключение
- 7) обеспечение лекарственных средств в соответствии с АЛО.

Однако, не редко пациентам необходимо правильно преподнести данные преимущества и мотивировать его. Для чего специалисту ПМСП необходимо быть знакомым с элементами мотивационного консультирования.

Мотивационное консультирование это процесс, когда двое (или более) людей рассматривают убеждения, стимулы, верования побуждающие человека к действию или бездействию в какой-либо ситуации, это личностно ориентированный, направляющий метод коммуникации, нацеленный на выявление и усиление внутренней мотивации изменения [12].

Метод мотивационного консультирования впервые был предложен в рамках поведенческого подхода Вильямом Миллером в 1983 году, а в 1991 году подробно описан, доказан научными исследованиями и неоднократно издана была книга об этой методике [13]. Овладение навыками данной методики будет полезно специалистам ПМСП не только в приглашении пациента к участию в Программе, но особенно при разговоре о вредных привычках изменении образа жизни и следованию рекомендаций.

Преимуществами этого метода являются:

- ✓ Эффективность
- ✓ Низкая стоимость
- ✓ Усиление приверженности (улучшение лечения)
- ✓ Совместимость с другими видами психокоррекции
- ✓ Стимулирование ресурсов клиента
- ✓ Усиление мотивации клиента

Нередко мы сталкиваемся с сопротивлением пациента, проявляющиеся такими признаками в поведении пациента, как: спор, игнорирование, молчание, обвинения, злости, пессимизме, юморе и даже инфантилизме. Причинами этого нередко являются: неверие в конечный результат, нежелание менять привычки, отсутствие уважения к специалисту, недовольство переменами.

Для преодоления этого сопротивления специалисту необходимо овладеть некоторыми приемами, такими как: поощрение и поддержка, умение задавать открытые вопросы, обладать так называемым «отражающим слушанием» и обязательно подводить итог, делать выводы.

Поддержка.

Поддержка со стороны медицинских работников очень важна для людей, пришедших по поводу болезни, а тем более впервые на консультацию по изменению образа жизни, поведению, отказу от вредных привычек. Также важна поддержка для людей с отдельными личностными чертами: тревога, мнительность, неуверенность. И, наоборот, поддерживающее поведение может быть неуместно для пациентов с демонстративным или настойчивым поведением. Поддержку можно выразить одобрительными фразами, например: «Вы поступили правильно», «Вы молодец, что хотите изменить это», «Очень хорошо» и т.п.

Открытые вопросы

Открытые вопросы, задаваемые специалистом ПМСП, наряду с демонстрацией поддержки, понимания пациента с ХОБЛ позволяют ему рассказывать о своем состоянии, а значит открываться, снять напряжение, быть более расслабленным при обсуждении проблем. Это в свою очередь позволяет установить эмоциональный контакт между пациентом и специалистом ПМСП, который поможет в дальнейшем созданию коммуникаций между участковой службой и больным ХОБЛ в плане управления болезнью. В отличие от закрытых вопросов, на которые можно ответить только «Да» или «Нет» (Например: «Вы курите?»), открытые вопросы вынуждают пациента рассказывать о своей болезни, например: «Как давно вы курите?», «Какие методы вы применяли чтобы бросить курить?», «Что вас беспокоит?», «Как ваша семья относится к тому, что вы хотите участвовать в Программе?» и т.п.

Рефлексия («Отражающее слушание»)

«Отражающее слушание» является одной из основных техник, позволяющих пациенту понять, что его слушают внимательно, помогает непосредственно установить эмпатичный контакт. Слушая пациента, вы можете «отражать» не только смысл услышанного, но чувства, которые испытывает пациент, во время сказанного.

Например, пациент говорит фразу: «Я знаю, что курение вредит здоровью и 1,5 пачки в день это много, но я курю давно, больше 20 лет...»

Примерный ответ специалиста ПМСП: «Это очень хорошо, что вы осознаете вред курения и понимаете как трудно это прекратить без помощи со стороны специалистов».

Или, пациент произносит: «Да не поймешь врачей, один говорит не ешьте сливочное масло, оно приводит к повышению холестерина, другой говорит, что холестерин полезен, кому верить?»

Примерный ответ специалиста ПМСП: «На самом деле существует как полезный холестерин, о котором вам говорил второй врач, и вредный холестерин, который вредит вашему здоровью, и первый врач предупреждал вас о снижении употребления продуктов, способствующих повышению вредного холестерина».

ИТОГ

Обязательно нужно подвести итог вашей беседы. Это позволяет собрать воедино все факты, о которых говорилось в беседе. Позволяет увидеть и услышать эффект от беседы, поскольку одновременно мы не можем говорить и оценивать, облегчает планирование дальнейшего сотрудничества. Естественной реакцией пациента на тот факт, что его слушают являются: желание говорить еще, появляется желание открытости и быть понятым, что приводит к симпатии к специалисту ПМСП, готовности меняться, сотрудничать, прийти еще раз, появлению надежды на возможные перемены в здоровье пациента, его образе жизни.

Для улучшения эффекта от консультации необходимо учитывать физические и эмоциональные компоненты успешного общения, такие, как: обстановка, удобное и достаточное время для пациента, безопасность и

конфиденциальность общения, а также наличие доверия, эмпатии и безоценочность общения.

Получив согласие пациента с ХОБЛ на участие в Программе, специалисту ПМСП из мультидисциплинарной команды необходимо ввести данного пациента в Регистр пациентов, участвующих в ПУЗ*, где будет вестись учет всех пациентов ХОБЛ, участвующих в ПУЗ и можно будет отслеживать эффективность динамического наблюдения за ними.

Описание процесса занесения пациента в Регистр с другими заболеваниями, включенными в ПУЗ, описано в других методических рекомендациях [14].

2.3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ХОБЛ В РАМКАХ ПУЗ, МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОМАНДА

Современные системы скрининга – раннего выявления заболеваний в настоящее время внедрены во многих развитых странах.

По рекомендации ВОЗ в скрининговые программы желательно включать не только тесты на раннее выявление заболеваний, но также и тесты на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смерти населения как развитых, так и развивающихся стран мира.

Рациональное питание и контроль артериального давления, прекращение курения и ограничение употребления алкоголя, достаточный уровень физической активности и приведение массы тела к норме расценивается как главные условия для снижения уровня инвалидности и смертности населения и улучшения прогноза этих показателей. В дальнейшем предполагается, что участковая служба должна усилить профилактическую работу среди пациентов, состоящих на диспансерном учете, и прикрепленного населения в целом по уменьшению влияния или предупреждению выявленных факторов. Однако, в силу большой загруженности специалистов ПМСП их работа в основном сводится к лечебно-диагностическим мероприятиям среди болеющего населения. А работа по профилактике проводится в виде советов, иногда заключающихся в одной фразе (Например: «Вам нужно бросить курить!»).

Программа управления заболеваниями подразумевает несколько иную роль участковых медицинских работников, учитывая при этом предыдущий опыт наблюдения за хроническими больными. Однако, есть опасения, что без специальных образовательных курсов (особенно для средних медицинских работников), заинтересованности и контроля со стороны руководства медицинской организации, стимулов для всех участников процесса результат внедрения программы управления заболеваниями, в том числе ХОБЛ, может не превзойти результаты системы диспансеризации.

* На момент создания методических рекомендаций Регистр для пациентов с ХОБЛ не создан

В связи с чем, участковая служба должна работать в команде хорошо выполняя свою часть ответственности – это **мультидисциплинарная команда (МДК)**. С учетом разукрупнения поликлиник, которое происходит в настоящее время, создание центров ПМСП, имеющих СВА в состав МДК должны входить: врач общей практики/участковый врач терапевт, участковые медицинские сестры/медсестры общей практики, специалист ЗОЖ, социальный работник, психолог. Руководителем такой группы чаще всего является участковый врач. Координирует работу таких групп заведующий отделением, старшая медицинская сестра отделения.

Врач общей практики отвечает за организацию всего процесса управления ХОБЛ, приглашает пациентов участвовать в программе, будучи руководителем МДК, распределяет обязанности внутри группы. Осуществляет динамическое наблюдение за пациентами ХОБЛ, постепенно передавая эти функции медицинским сестрам (начиная с больных ХОБЛ со стабильным течением), вместе со специалистом ЗОЖ обсуждает план по работе с факторами риска каждого пациента, участвовавшего в Программе, принимает участие в организации школы ХОБЛ (объясняет пациентам необходимость ее посещения), определяет показания для консультации пульмонолога и других специалистов (в том числе психолога), дополнительного обследования, проводит мониторинг приверженности пациента рекомендациям. Кроме того, участковый врач выявляет вероятность наличия у пациентов своего участка наличия ХОБЛ и направляет их на дополнительное обследование для установления диагноза.

Участковая медицинская сестра осуществляет динамическое наблюдение, переданных ей от участкового врача, пациентов с ХОБЛ, поддерживает постоянную коммуникацию с пациентами, осуществляет запланированные обзвоны пациентов, участвующими в ПУЗ, заполняет карту наблюдения пациента, осуществляет контроль за наличием и ведением пациентом дневника самонаблюдения, достижений по выполнению индивидуального плана борьбы с факторами риска, приема базисной терапии, заполнение Регистра, приглашение пациентов в школу ХОБЛ, а в последующем и проведение занятий школы.

Специалист ЗОЖ организует и контролирует работу по борьбе с факторами риска ХОБЛ, разрабатывая индивидуальный план по борьбе с факторами риска, также участвует в работе школы ХОБЛ, составляет или распространяет наглядные пособия, памятки по факторам риска, первым симптомам ХОБЛ и о самой Программе управления ХОБЛ.

Социальный работник приглашает на приём, обследования, (по телефону), посещает на дому семьи, информирует, приглашает в школы здоровья, также может проводить обзвоны пациентов для проведения запланированных приемов пациентов с ХОБЛ, способствует участию членов семьи в оздоровлении лиц с факторами риска ХОБЛ. Участвует в работе школ ЗОЖ, координирует работу с местными социальными службами.

Психолог – организывает группы пациентов, может распределять их по проблемам, проводит занятия, помогая преодолевать барьеры к изменению

поведения, тем самым вселяет уверенность в пациентов, что они могут управлять своим заболеванием.

Работу мультидисциплинарной команды контролирует заведующий отделением. Он же осуществляет надзор за использованием клинических протоколов, взаимодействием между специалистами внутри команды и специалистами других отделений поликлиники, проводит анализ данных о пациентах, участвующих в ПУЗ, соблюдением приказов по динамическому наблюдению и т.д.

В круг обязанностей членов МДК входит наблюдение за пациентом, обучение, медицинская помощь и лечение, разработка внутренних правил, проведение мероприятий и мониторинг. Внутри каждой группы функциональные обязанности могут меняться в зависимости от загруженности, опыта специалистов, входящих в МДК, и структуры каждой медицинской организации. Кроме распределения обязанностей, в группе должна быть развита взаимозаменяемость, взаимная поддержка, коммуникация и осведомленность о каждом пациенте ХОБЛ, участвующим в ПУЗ, для достижения максимальной пользы и эффективности Программы.

Многие из медицинских работников, а иногда им помогают и пациенты, выполняют все или часть этих обязанностей, в зависимости от знаний и компетенций, что в значительной степени определяется их образованием.

Каждый из членов группы имеет свою область специализации и навыки. Специалисты определенной категории, например, психологи, работают в соответствии со своими функциональными обязанностями. Не следует забывать, что каждый из специалистов имеет ограниченные знания и компетенции и поэтому в необходимых случаях следует консультироваться или направлять пациента к другому специалисту.

Мультидисциплинарная команда должна играть первостепенную роль в осуществлении управления болезнью и поддержки самоменеджмента пациента с ХОБЛ, решившего участвовать в ПУЗ, именно хорошо отлаженная работа в команде способна успешно и эффективно развивать динамическое наблюдение за пациентом и добиться реализации целей Программы. И, конечно, со стороны руководства медицинской организации необходимы поддержка и стимулирование успешных команда, а также распространение их опыта.

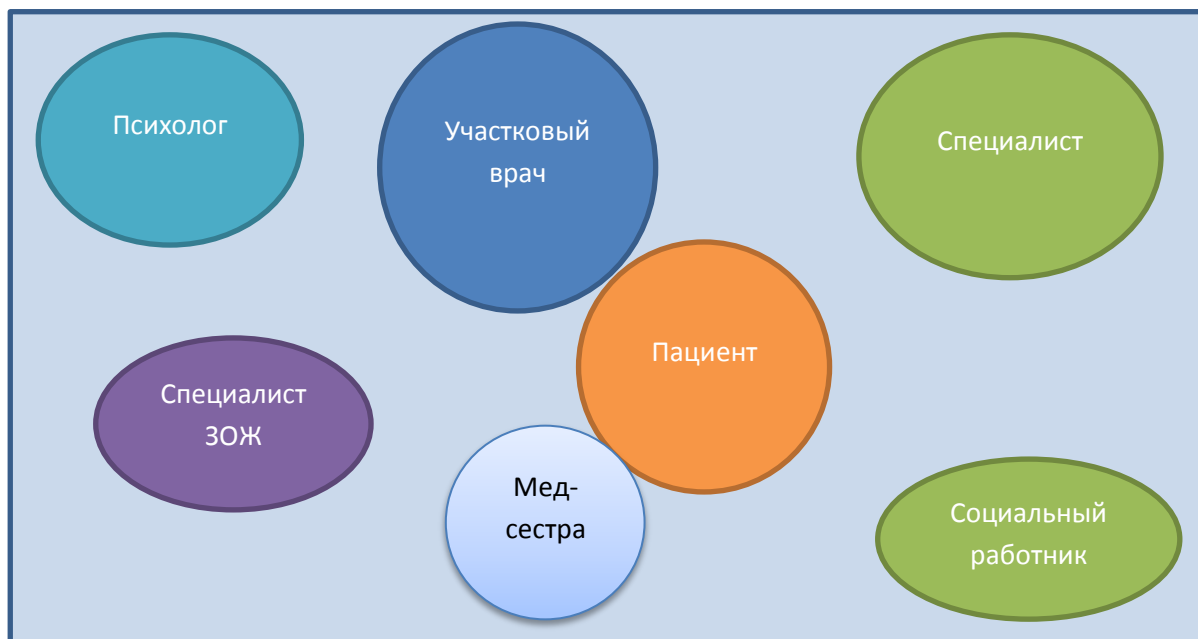
Команды, в которых усилия членов действительно объединены, более эффективны. Это не значит, что один специалист выполняет работу другого, но границы обязанностей в таких группах более подвижные и существуют возможности их дублирования.

Например, специалист ЗОЖ более компетентен в вопросах диеты или воздействия курения на организм и может помочь пациентам с ХОБЛ и их близким в подборе правильного питания и мерах по прекращению курения. Медсестра может оказать помощь в вопросах приема лекарственных средств, заполнению дневника самонаблюдения, а врач может закрепить то, чему пациента научили медсестра и специалист ЗОЖ.

Определяющим фактором успеха работы команды является тесное взаимодействие между ее членами.

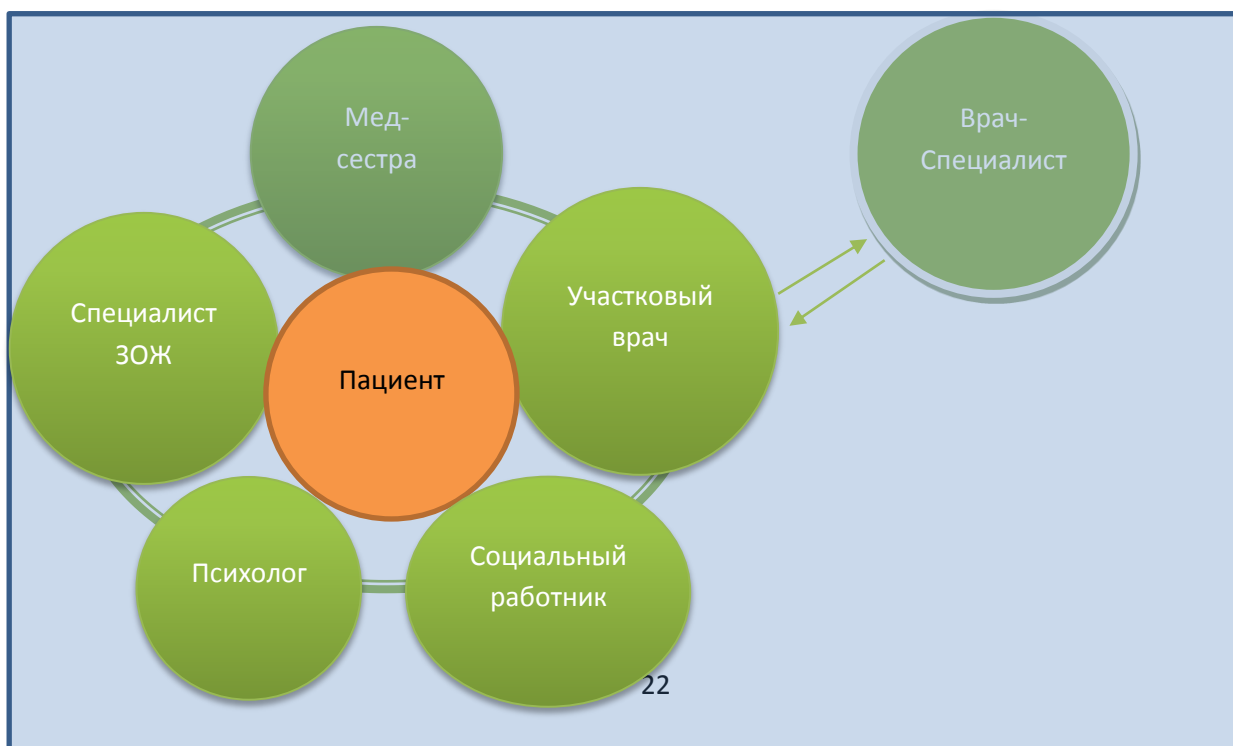
К сожалению, в настоящее время в нашем здравоохранении у врачей поликлиник отсутствуют навыки работы в команде и пациент предоставлен сам себе (Рисунок 4).

Рисунок 4. Современное взаимоотношение медицинских работников и пациента



Предоставление же медицинской помощи группой специалистов требует коллективных усилий, при этом пациент с ХОБЛ остается в центре внимания (Рисунок 5). Все члены команды, включая пациента, должны совместно определять способы лечения, обучения и самоконтроля и отслеживать достижение этих целей.

Рисунок 5. Работа мультидисциплинарной команды требует совместных усилий



В каждой стране существуют свои программы подготовки со специализацией в обучение больных и управлением заболеванием. Нашей стране только предстоит организовывать подобные курсы.

Можно выделить основные необходимые компетенции для работы в команде по управлению заболеванием и начать проведение обучения, как участковых врачей, так и медицинских сестер.

Психологические, личностные и социально-экономические факторы оказывают значительное влияние на исход лечения хронических болезней и могут иметь для человека большее значение, чем его личные знания о болезни. Поэтому специалисты ПМСП должны уметь правильно оценивать эти состояния.

Непрерывность предоставления медицинской помощи играет важную роль и обеспечить это будет легче, если у членов команды общая основная база знаний.

С течением времени роль медицинского работника меняется. Эти изменения происходят под влиянием социальных, технологических и политических факторов и научных исследований, которые влияют на способы и уровень предоставления медицинской помощи и на роль пациентов с ХОБЛ в лечебном процессе.

Что касается узких специалистов, то они должны осуществлять консультации по коррекции лечения, при необходимости. Так же пульмонологов можно привлекать, первое время, в качестве преподавателей школ для больных ХОБЛ, до тех пор, пока эта функция не будет передана (после обучения) медсестрам и специалистам ЗОЖ.

В разных странах внедрение междисциплинарного подхода в обучение и управление больных с ХОБЛ имеет свои особенности и может включать разных специалистов. Конкретные задачи, выполняемые отдельным членом МДК, также отличаются в зависимости от страны и категории специалистов. Различия будут также определяться имеющимися ресурсами и оборудованием. В должностных инструкциях обычно описываются задачи, а не его роль специалиста. С конца XIX века медицина шагнула далеко вперед, но до сих пор существуют значительные различия в подготовке специалистов по обучению больных и контролю болезни, но по сути у нас в стране никто не учит врачей навыкам обучения, консультирования.

Во многих странах специалисты, оказывающие медицинскую помощь людям в рамках ПУЗ, получают дополнительную подготовку. По своему содержанию эти программы обучения междисциплинарные, их продолжительность также разнится и может колебаться от двух недель до нескольких лет.

Возможно, роль пульмонолога, особенно первое время, должна быть больше, чем просто скорректировать терапию пациенту с ХОБЛ, которого направил участковый терапевт. Как мы уже говорили одна из его задач обучение пациента, ибо это основа самоконтроля, который играет важнейшую роль в улучшение результатов лечения ХОБЛ. Обучение необходимо для приобретения навыков самоконтроля (или изменения поведения) и эффективного и уверенного

осуществления самоконтроля на протяжении всей жизни с хроническим заболеванием.

Медицинские работники несут ответственность перед пациентами ХОБЛ за предоставление им современных знаний и формирование у них навыков, необходимых для управления течением болезни и достижения оптимальных результатов. Для предоставления эффективного обучения от медицинских работников требуются прочные знания о болезни и навыки; установление позитивных отношений с людьми, страдающими ХОБЛ, и членами их семей. В пределах своих функций и области работы, медицинские работники, оказывающие специализированную медицинскую помощь, должны нести ответственность за обучение больных самостоятельному управлению заболеванием. Научные исследования способствуют быстрому развитию науки о хронических заболеваниях, что обуславливает необходимость в постоянном совершенствовании знаний. Медицинские работники обязаны повышать свой уровень знаний и анализировать практику с целью повышения качества обучения и медицинской помощи. В зависимости от системы здравоохранения, в обучении людей с ХОБЛ, их лечении и уходе участвуют специалисты разных профилей. Важно, чтобы оказываемая ими помощь была согласованной и научно обоснованной.

Поэтому помимо клинической работы и консультирования коллег, с современного специалиста требуются навыки обучения не только пациентов, но и медицинских сестер, для постепенной передачи им функций обучения. Кроме того, от них требуются навыки научного исследователя - умение находить отчеты исследований и критически их оценивать; умение применять данные исследований на практике (научно обоснованная практика).

Воздействие на системные преобразования – содействие развитию и воздействию на стратегическое планирование и политику в области здравоохранения в части профилактики, ухода, обучения, лечения и научных исследований применительно к ХОБЛ.

Пульмонологи также должны взять на себя обязанности, выходящие за рамки оказания непосредственной помощи больным с ХОБЛ.

Повышение осведомленности общества о значении профилактики и о трудностях жизни с ХОБЛ должны стать одним из основных предназначений узкого специалистов в поликлинике.

Эти специалисты должны защищать интересы пациентов с ХОБЛ для обеспечения им адекватного уровня медицинской помощи и возможности участия в общественной жизни. Помимо этого, необходимо привлечь внимание людей к особой роли обучения в управлении заболеванием.

Пульмонологи, обладающие опытом и научно-обоснованными знаниями, могут оказать существенное влияние на правительства и структуры, обеспечивающие финансирование здравоохранения, в плане разработки политики, учитывающей значимость непрерывного образования, клинического лечения и научных исследований в соответствующей области.

Таким образом, МДК должна играть важную роль в ведении пациента, участвующего в ПУЗ, и руководителям медицинских организаций ПМСП необходимо пересматривать организацию работы по мере уменьшения нагрузки на специалистов, если он заинтересован в эффективности ПУЗ.

2.4. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ ХОБЛ В РАМКАХ ПУЗ

Выше уже говорилось, о преимуществах динамического наблюдения перед диспансерным, несколько заорганизованное и формализованное в последние годы.

Принципиальными отличиями динамического наблюдения от диспансеризации, на мой взгляд, должны стать:

- изменение критериев его эффективности (например, снижение госпитализации, вызовов «скорой помощи»);
- активное привлечение самих пациентов к участию в контроле над болезнью (самоменеджмент пациентов с ХОБЛ);
- значительное сокращение так называемых обязательных диагностических исследований со стандартной кратностью.

При диспансерном наблюдении единственным стимулом для пациентов ХОБЛ было получение препаратов базисной терапии в рамках ГОБМП – амбулаторное лекарственное обеспечение (АЛО). Именно АЛО было и поводом для пациентов пройти все приписанные приказом исследования с указанной кратностью, в том числе посещения пульмонологов.

При динамическом наблюдении необходимо сокращать исследования и консультации специалистов, отдав право решения о наличии показаний для консультации и исследований участковому врачу, при этом в клиническом протоколе четко, без двоякой интерпретации, описать эти показания, сохранив некоторые исследования для пациентов с ХОБЛ не реже 1 раза в год (например, компьютерная спирография).

И к этому должны быть готовы все службы, особенно контролирующие, министерства здравоохранения, которое в последнее время взяло курс на самостоятельность, в том числе финансовую, ПМСП.

При взятии на учет участковый врач должен начать с выяснения факторов, приведших к развитию заболевания, и в случае сохранения их воздействия проводить профилактические мероприятия по уменьшению или прекращению их воздействия. По данным ВОЗ [15] основной причиной развития ХОБЛ является табачный дым (включая вдыхание вторичного табачного дыма, или пассивное курение).

Другие факторы риска включают:

- загрязнение воздуха внутри помещений (например, в результате использования твердого топлива для приготовления пищи и обогрева);
- загрязнение атмосферного воздуха;
- наличие пыли и химических веществ на рабочих местах (испарений, раздражающих веществ и дымов);

- частые инфекции нижних дыхательных путей в детстве.

Основным фактором риска развития ХОБЛ в нашей стране является курение. Поэтому многие случаи ХОБЛ предотвратимы. Всеобъемлющее осуществление Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с против табака позволит снизить распространенность курения и бремя ХОБЛ во всем мире.

Существуют методические рекомендации ВОЗ по проведению работы с пациентами, которые курят, по уменьшению или прекращению курения [16].

Кроме того, в соответствии с Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 февраля 2019 года «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи» динамическое наблюдение больных ХОБЛ участковыми врачами осуществляется в следующих рамках (Таблица 2).

Таблица 2. Основные мероприятия по динамическому наблюдению за больными ХОБЛ в организациях ПМСП

Нозология	Кратность осмотра СМР	Кратность осмотра ВОП	Кратность осмотра специалистом	Минимум диагностических исследований	кратность	длительность и критерии для снятия с учета
Хронические заболевания нижних дыхательных путей: 7.1. Другая хроническая обструктивная легочная болезнь, J44	1 раз в 6 месяцев (тип А, В, легкой, средней степени) 1 раз в 3 месяца (тип С, D, тяжелой и крайне тяжелой степени)	1 раз в год (тип А, В, легкой, средней степени); 1 раз в 6 месяцев (тип С, D, тяжелой и крайне тяжелой степени)	1 раз в год пульмонолог	спирография	1 раз в год	пожизненно
				пульсоксиметрия	1 раз в год	
				эхокардиография	1 раз в год	
				эхокардиография	2 раза в год	

Как видно из таблицы основные мероприятия сокращены до минимума и осуществляются 1 раз в год при благоприятном и контролируемом течении. Однако, в имеющемся на сегодняшний день клиническом протоколе по диагностике и лечению ХОБЛ, одобренном Объединенной комиссией по качеству МЗ РК в 2016 году, предлагаются следующие показания для консультации специалистов при наблюдении за больными ХОБЛ в амбулаторных условиях:

консультация пульмонолога – при необходимости дифференциальной диагностики, отсутствии должного эффекта от проводимой терапии, решение вопроса о необходимости проведения кислородотерапии, вентиляционной поддержки;

консультация кардиолога – при наличии сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, развитии аритмии;

консультация отоларинголога – для исключения/подтверждения патологии верхних дыхательных путей;

консультация онколога – для коррекции тактики ведения в случае подозрения на опухолевый процесс;

консультация фтизиатра - для коррекции тактики ведения в случае подозрения на туберкулезный процесс;

Там же оговорены показания для экстренной госпитализации*:

- внезапное развитие одышки в покое;
- появление новых симптомов: цианоз, периферические отеки;
- обострение не купируется проводимой терапией амбулаторно;
- отсутствие эффекта от проводимых мероприятий по купированию острых симптомов/обострения на этапе скорой помощи (сохранение бронхиальной обструкции и ДН на фоне проводимой медикаментозной и кислородотерапии);
- обострение ХОБЛ на фоне серьезных сопутствующих заболеваний: сердечная недостаточность, вновь возникшие аритмии;
- наличие таких осложнений как пневмония, спонтанный пневмоторакс, декомпенсированное легочное сердце;
- невозможность лечения обострения на дому.

Также необходимо обратить внимание участковой службы и на этом также делается акцент в клиническом протоколе, что плановой госпитализации при ХОБЛ не предусмотрено.

Также в клиническом протоколе все диагностические мероприятия и методы лечения ХОБЛ, с которыми обязательно необходимо ознакомиться не только участковому врачу, но и участковым медицинским сестрам.

Помимо ввода данных о пациенте, участвующем в Программе, в специальный Регистр, на него необходимо заполнять Карту наблюдения за пациентом (Приложение 2).

Кроме паспортных данных, занесения результатов обследований необходимо рассчитать показатель Индекса курильщика – это показатель, используемый для определения вероятности развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Его нужно знать и оценивать всем курильщикам. Итоговый показатель индекса курящего позволяет врачам и самому пациенту оценить риски, при необходимости провести дополнительное обследование и назначить лечение. Довольно часто высокие показатели индекса курения становятся той стимулирующей составляющей, которая заставляет человека забыть о вредной убивающей привычке.

Существуют два основных способа расчета Индекса.

Первый - Индекс курящего человека (ИКЧ), который рассчитывается по следующей формуле, предполагающей умножение количества ежедневно выкуриваемых сигарет на 12 месяцев (пачка лет):

$\text{ИКЧ} = \text{количество сигарет в день} \times \text{число месяцев в году}$
--

* **Примечание** - лечение обострений проводится в круглосуточном стационаре или по принципу стационара «на дому» при условии посещения их медицинскими сестрами.

Второй вариант – эта формула индекса курения, которая предполагает умножение общего стажа курения в годах на показатель ежедневно выкуриваемых сигарет. В расчет принимаются средние данные. Итог следует разделить на 20 – по количеству сигарет в пачке.

$$\text{Индекс курения} = (\text{стаж курения} \times \text{число сигарет в день}) /$$

Полученные результаты оцениваются и интерпретируются по специальной шкале [17], указанной в таблице 3.

Также для установки категории пациента с ХОБЛ (А, В, С или D) в соответствии с современной классификацией необходимо оценить симптомы и выраженность одышки, используя специальные вопросники:

1. Шкала одышки mMRC (Modified Medical Research Council) [18]
2. COPD Assessment Test (CAT-TECT) [19]

Выяснив ответы на вопросники (Приложение 3,4) специалист ПМСП может определить категорию пациента, которая при правильной работе с пациентом в рамках Программы будет переходить от D к C или B, что определяет и объем назначаемой терапии пациенту с ХОБЛ.

Таблица 3. Оценка индекса курильщика

Полученный результат	Оценка данных и риски
Индекс курящего человека расчет по ИКЧ	
От 120	Гарантированно имеется обструктивный бронхит курильщика. Форма хроническая
От 160	Огромна вероятность развития ХОБЛ
От 240	Курильщик гарантированно заработал ХОБЛ. Читайте также: Почему курение опасно в подростковом возрасте
Индекс курильщика по формуле пачка/лет	
От 10	Есть вероятность развития ХОБЛ
От 20	В анамнезе уже есть ХОБЛ, велика вероятность развития онкологии.
От 30	Есть онкологический процесс.

Также важно обязательное исследование сатурации кислорода (пульсоксиметрия) у больных ХОБЛ (Рисунок 6), отслеживать динамику этого показателя как за период наблюдения, так и на физическую нагрузку (тест с 6-минутной ходьбой) .

Таким образом, для организации помощи пациентам ХОБЛ в рамках Программы и проведения эффективного динамического наблюдения за за ними необходимы следующие условия:

– наличие клинического протокола, основанного на современных, научно-обоснованных клинических рекомендациях, а также созданные на основе протокола алгоритмы, стандарты операционных процедур и т.п.;

Рисунок 6. Проведение пульсоксиметрии



- обученные участковые медицинские сестры, способные осуществлять динамическое наблюдение за пациентами ХОБЛ;
- наличие Регистра пациентов с ХОБЛ, участвующих в ПУЗ;
- наличие карты наблюдения за пациентом ХОБЛ, отражающую все основные показатели динамики течения болезни и эффективности наблюдения;
- наличие у организации ПМСП возможностей осуществления всех необходимых диагностических исследований, включенных в Приказы МЗ по динамическому наблюдению и клинический протокол по ХОБЛ;
- обеспечение участковой службы инструментами контроля за пациентами ХОБЛ (пульсоксиметр, спирограф, весы и т.п.);
- взаимодействие целого ряда сотрудников, включенных в МДК, распределение обязанностей и их выполнение;
- обеспечение пациентов препаратами базисной терапии в рамках АЛО для возможности проводить достаточную, в соответствие с рекомендациями клинического протокола, терапию больных ХОБЛ.

3. МОДЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА ПАЦИЕНТА С МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Ранее говорилось о МДК (Рисунок 7) и примерном распределении функциональных обязанностей между ними. В реалии эти функции могут

распределяться по-другому, в том числе лидером команды, работающей с пациентом в рамках Программы, может быть не участковый врач, а врач ЗОЖ, или опытная медсестра, в том числе имеющая диплом прикладного или академического бакалавра.

Что касается участковых медицинских сестер, то Программа управления заболеваниями позволяет в полной мере делегировать им функции, которые обозначены еще в Приказе № 7 Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года.

Рисунок 7. Движение пациента и мультидисциплинарная команда



Однако, для этого руководство медицинской организации должно обеспечить ряд условий:

- обучение участковых медицинских сестер динамическому наблюдению пациентов с ХОБЛ, навыкам общения, консультирования, обучения больных;
- обеспечение участковых медицинских сестер отдельным кабинетом сестринского приема;
- обеспечение кабинета компьютером с подключением к интернету, пульсоксиметром, тонометром, весами, картами наблюдения за больными ХОБЛ и т.д.;
- обеспечение буклетами, листовками с инфографикой для проведения разъяснительной работы.

Все это позволит участковой медсестре выполнять ее функции в рамках ПУЗ:

- самостоятельный прием и осмотр больных с записью в амбулаторной карте в пределах своей компетенции;

- обслуживание вызовов на дом, в том числе вызовов неотложной медицинской помощи при отсутствии показаний для врачебной помощи;
- оказание пациентам доврачебной и неотложной медицинской помощи;
- участие в динамическом наблюдении за больными с ХОБЛ;
- направление больных на консультацию к врачу общей практики/участковому врачу;
- активный патронаж больных с хроническими формами заболеваний на дому, после выписки из стационара;
- отбор и направление на осмотр к участковому врачу, в том числе на медицинский осмотр в передвижных медицинских комплексах, консультативно-диагностических поездах;
- выписка рецептов на бесплатные лекарственные средства для больных;
- консультирование по телефону лиц с ХОБЛ и проводить обзвон пациентов с ХОБЛ;
- определение сатурации кислорода, артериального давления, веса, расчета индекса курящего человека;
- выяснение запроса пациента на информацию и посещения им образовательного курса, дача информации (устно, буклеты, распечатки).

Внутри мультидисциплинарной команды может быть перераспределение этих функций. Так, например, обзвон пациентов может проводить соцработник, обучение в школе ХОБЛ – специалист ЗОЖ и т.д.

Кроме того, очень важное значение имеет обучение пациента, о чем будет говориться дальше более подробно, ибо информированный пациент становится партнером участковой службы в достижении цели.

Рисунок 8. Модель оказания помощи при хронических заболеваниях



3.1. ЗАПЛАНИРОВАННЫЙ ПРИЕМ

Запланированное оказание медицинской помощи, которое генерирует пациент-ориентированный план лечения, является основой управления ХОБЛ, что ведет к улучшению клинических исходов для пациента. Это выполняется благодаря заранее подготовленному (запланированному) приему.

Запланированный прием – это взаимодействие с пациентом, предлагаемое участковой службой концентрации внимания на тех аспектах медицинской помощи, которые обычно не предоставляются при обращении в связи с острым заболеванием.

Целью поставщика медицинских услуг является предоставление клинического управления, основанного на доказательствах и оказание поддержки самоменеджмента пациента с регулярными запланированными интервалами, без «шума» присущего для приема при остром заболевании.

Как выглядит запланированный прием:

- команда медицинских работников определяют пациентов, которым требуется прийти на прием в связи со специфическими потребностями оказания помощи;
- пациентов заранее предупреждают о необходимости посещений для систематизации приоритетов оказания помощи;
- посещения происходят через регулярные промежутки времени, по согласованию медицинского работника и пациента;
- члены команды имеют четкие функции и задания;
- ключевыми аспектами оказания медицинской помощи являются предоставление клинического управления и поддержки самоменеджмента пациента;
- до выполнения запланированного приема необходимо заранее разработать план потребностей оказания помощи.

Шаги запланированного приема:

Шаг 1-Выявление пациента

- 1. Выбрать под-контингент пациентов с ХОБЛ. Например, пациенты, имеющие госпитализации, имеющие высокий индекс курящего человека, или сниженные показатели сатурации кислорода. При этом необходимо использовать регистр пациентов по сегментации контингента.
- 2. Определить приоритетными тех пациентов, которые не были на приеме в последнее время.
- 3. Рассмотреть блок-схему по необходимому медицинскому управлению, в том числе карту наблюдения по определенному ХОБЛ.

Шаг 2-Связь с пациентом

1. Обзвон: Дать указание административному персоналу позвонить пациенту и объяснить необходимость запланированного посещения (это может быть разговор по заранее расписанному сценарию).

2. Позволить пациенту выбрать день и время для посещения.
3. Попросить пациента пройти с исследованиями (н-р, компьютерная спирография или общий анализ крови) за неделю до приема.
4. Попросить пациента принести все предписания и данные домашнего мониторинга (н-р, из дневника самонаблюдения).

Шаг 3-Подготовка к приему

1. Член команды подготавливает всю необходимую информацию для приема (результаты анализов, карта наблюдения, с указанием необходимого лечения, обсуждение плана предыдущего лечения).
2. Член команды (возможно медсестра) изучает медикаменты и лабораторные данные до приема, и консультируется с участковым врачом, при необходимости.

Шаг 4-Прием

1. Обзор предыдущего плана лечения с пациентом ХОБЛ, выявление вопросов/тревог/соответствий пациента и определить стратегию решения проблем вместе с пациентом.
2. Произвести медицинскую оценку и манипуляции (н-р, провести пульсоксиметрию).
3. Обзор и корректировка режима приема медикаментов пациента, при необходимости.
4. Направить к узким специалистам, при необходимости.
5. Организация поддержки самоменеджмента (н-р, школы ХОБЛ или оказание поддержки самоменеджмента на приеме у врача, н-р, постановка целей самоменеджмента с планом действия пациента.
6. График последующего наблюдения.

Шаг 5- Последующее наблюдение

1. Не обязательно личное присутствие (используйте телефон, электронную почту).
2. Проверить правильный прием медикаментов (особенно вновь прописанных медикаментов).
3. Проверить соблюдение плана лечения.
4. Вопросы по решению проблемы, при необходимости.
5. График дополнительного наблюдения, при необходимости.

Последующее наблюдение.

Последующее наблюдение является частью плана лечения:

- Часы приема определенного члена команды для последующего наблюдения.
- Использование различных методов для снижения нагрузки на участковую службу.

- Построение системы напоминаний по последующему наблюдению в систему регистрации.
- Разделение целевого контингента по клиническим и/или поведенческим нуждам для определения приоритетов в последующих мероприятиях .

Последующее наблюдение не должно осуществляться от случая к случаю. Лучшие исходы при хронических заболеваниях бывают результатом превентивного последующего наблюдения, осуществляемого командой медицинских работников. В сфере недвижимости есть поговорка, «Месторасположение, месторасположение и еще раз месторасположение». При хронических заболеваниях говорят: последующее наблюдение, последующее наблюдение, последующее наблюдение. Поддержка при отслеживании состояния больного через телефонную связь: медсестры способствуют увеличению, физической нагрузки среди пожилого населения, используя телефонные напоминания [20].

Самые успешные вмешательства по хроническим заболеваниям включают повышенную клиническую заинтересованность тех членов, которые являются членами командами, но не являются врачами. Поэтому управление ХОБЛ у конкретного пациента должна обсуждаться в МДК, в том числе та работа, которую они выполняют, и то, как они собираются это делать и как улучшить это [21].

Спланированные взаимодействия имеют программу, такую, как, например, в рутинном посещении участкового врача или медицинской сестры. Спланированные приемы могут проходить в форме один на один, но можно попробовать организовать встречу в группе. Мы можем использовать регистры и инструменты для того, чтобы помочь составить программу и не оставлять в стороне важные части медицинской помощи [22].

Пациенты с более комплексными потребностями, или находящиеся в острой стадии или в стадии ухудшения, часто получают больше пользы при оказании им большего внимания. Использование метода сопровождения пациента или менеджера по медицинскому обслуживанию, обычно, это медсестра или фармацевт, показало свою эффективность при хронических заболеваниях [23].

Пациентов постоянно нужно просить о том, чтобы они производили «обратное обучение» для проверки понимания и того, насколько они комфортно себя чувствуют при работе с планом. Врачам необходимо удостоверяться, подходит ли их стиль взаимодействия к культурным нормам, ценностям и верованиям.

У большинства пациентов есть семьи, которые обеспечивают определенный уровень ухода и поддержки, то есть ведут по сути последующее наблюдение, зачастую уже без медицинского сопровождения. В случае пожилых людей и людей с хроническими нарушениями всех возрастов эта «неформальная помощь» может быть значительной по объему, интенсивности и продолжительности. Семейная забота поднимает ряд вопросов.

Во-первых, опекуны должны быть сами научены навыкам ухода за больным, то есть иметь некое руководство для оказания помощи внутри семьи.

Во-вторых, ряд исследований, изучавших данную проблему, поднимают вопрос о необходимости поиска способов защиты здоровья и безопасности семейных попечителей, поскольку их потребности в уходе подвергают их высокому риску травм и неблагоприятных событий.

В третьих, лица, ухаживающие за больным в семье, являются неоплачиваемыми поставщиками медицинских услуг (некоторые из которых увольняются с работы для осуществления ухода), которым часто требуется помощь, в том числе как стать компетентными, безопасными работниками-добровольцами, чтобы лучше организовать помощь больному члену семьи [24].

Семейные опекуны часто чувствуют себя неподготовленными к оказанию медицинской помощи, не имеют достаточных знаний для оказания надлежащей медицинской помощи и практически не получают рекомендаций от официальных поставщиков медицинских услуг [25].

Из-за неадекватных знаний и навыков лица, осуществляющие уход за семьей, могут быть незнакомы с типом ухода, который они должны предоставлять, или с количеством необходимого ухода. Семейные опекуны могут не знать, когда им нужны общественные ресурсы, а затем могут не знать, как получить доступ и наилучшим образом использовать имеющиеся ресурсы [26].

В связи с чем, необходимо обязательно объяснять и обучать членов семьи навыкам ухода, заполнения дневника самоконтроля и использованию плана действий, а также помогать пациенту в борьбе с факторами риска и изменению образа жизни.

3.2. МОТИВАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И ПЕРСОНАЛА

Непрерывное взаимодействие между участковой службой медицинской организации и пациентом с ХОБЛ является одной из главных составляющих в повышении эффективности контроля над заболеванием.

Однако, данное взаимодействие должно быть взаимно востребованным: как для пациента с ХОБЛ, так и для медицинской организации. При чем, мотивированы должны быть обе стороны.

Исследования продемонстрировали, что пациенты с хроническими заболеваниями, которые участвовали в программе по управлению заболеванием с большей готовностью называли свое лечение структурированным и совместным, в котором пациент занимает центральное место [27]. Эти результаты свидетельствуют о том, что программы по управлению заболеванием могут действительно оказывать значительное влияние на проведение лечения. Исходя из этого, можно было бы предположить, что пациенты с ХОБЛ охотно должны согласиться на участие в Программе. Однако, нынешнее отношение населения к участковой службе, проблемы самой службы (текучесть кадров и их недоукомплектованность, загруженность другими программами и т.п.), отсутствие или недостаток навыков мотивационного консультирования, общения, динамического наблюдения, ведения пациентов в рамках Программы может значительно затруднить внедрение Программы управления ХОБЛ.

При этом надо понимать, что внедрение Программы управления ХОБЛ принесет и без того занятым сотрудникам здравоохранения определенные неудобства и повышение нагрузки. Однако, руководителям медицинской организации, заведующим отделениями участковой службы необходимо понимать, что управляемое и контролируемое хроническое заболевание у пациентов, получающих амбулаторное лечение в рамках программы, все же значительно улучшится и это значительно снизит нагрузку на саму участковую службу [28]. Поэтому организаторы здравоохранения всех уровней для получения эффекта от Программы управления должны сделать все необходимое для того, чтобы Программа показала результат, и в первую очередь заинтересовать пациентов и сотрудников, участвующих в ПУЗ.

Преимущества, которые получает пациент, соглашаясь участвовать в Программе по управлению ХОБЛ, на первый взгляд очевидны, так как он получает:

- превентивную медицинскую помощь, а не противодействующую;
- обеспечение базисной терапией в рамках ГОБМП;
- непрерывную связь с участковой службой и наблюдение;
- непрерывность медицинской помощи;
- информацию о своем заболевании от профессионалов, план поведения при изменениях в состоянии;
- поддержку при изменении образа жизни, отказе от вредных привычек;
- улучшенные исходы и качество жизни;
- повышенный уровень вовлечения и удовлетворенности;
- отсутствие или уменьшение госпитализаций, вызовов «скорой помощи».

Именно об этих преимуществах нужно говорить, приглашая пациента с ХОБЛ участвовать в Программе. Кроме того, можно изыскать средства (приглашение бизнес структур, общественных организаций) для премирования наиболее активных (или наиболее нуждающихся) средствами контроля: пульсоксиметр, тонометр, весы и т.п.

Что касается медперсонала, то его заинтересованность может быть связана с уменьшением нагрузки, улучшением показателей (таких как госпитализация, временная и стойкая нетрудоспособность, частота вызовов «скорой помощи» на участке), которые произойдут после того, как наладится весь механизм организации динамического наблюдения за пациентами с ХОБЛ.

Тем не менее со стороны менеджеров здравоохранения всех уровней может быть следующие мотивационные действия:

повышение материальной заинтересованности сотрудников через различные механизмы;

дополнительные бонусы при аттестации медработников на категорию;

проведение дополнительного обучения врачей по таким курсам, как: коммуникативные навыки, мотивационное консультирование, динамическое наблюдение больных ХОБЛ;

поддержка со стороны администрации и специалистов медицинской организации.

При нахождение финансовой возможности – обеспечение отдельными мобильными телефонами и связью для координации наблюдения за пациентами.

3.3. УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МОДЕЛИ ПУЗ

Модель организации работы участковой службы и медицинской организации в целом исходит из тех условий и возможностей, которыми эта организация располагает, а также из имеющегося потенциала сотрудников.

Основные условия следующие.

Готовность медицинской организации:

- обучение руководителей медицинских организаций, в том числе заместителей главного врача и заведующих отделением, основам организации ПУЗ, с целью преодоления преград, решения проблем и поддержки участковой службы;
- наличие возможностей обследования пациентов в соответствии с рекомендациями клинического протокола (доступность для больных ХОБЛ функциональных, лабораторных, лучевых исследований);
- открытие и оснащение кабинетов сестринского приема, для возможности передачи ряда функций по динамическому наблюдению от участкового врача участковым медицинским сестрам;
- полное обеспечение пациентов ХОБЛ, участвующих в ПУЗ, препаратами базисной терапии в рамках АЛО – одно из главных условий контроля ХОБЛ;
- обеспечение консультации специалистов при необходимости (доступность при необходимости), что позволит своевременно провести коррекцию лечения и усилить влияние на пациента по изменению образа жизни;
- обеспечение работы школы ХОБЛ, в том числе материальная поддержка преподавателей школы, обеспечение методическими пособиями по обучению пациентов с ХОБЛ и наглядными пособиями;
- мотивация и поддержка персонала, участвующего в ПУЗ, в том числе социальных работников, специалистов ЗОЖ, психологов, что позволит привлечь последних к активной работе в мультидисциплинарной команде, а участковой службе подойти к ПУЗ со всей ответственностью, а не рассматривать ПУЗ как очередную нагрузку и формально подойти к организации Программы .

Готовность персонала:

- обучение врачей работе в рамках программы управления заболевания (останавливаясь на вопросах организации самоменеджмента, работе в МДК и долгосрочной эффективности ПУЗ, что улучшит понимание врачей сути их деятельности в Программе и даст всем организациям ПМСП единый подход к её внедрению);
- обучение медицинских сестер динамическому наблюдению пациентов с ХОБЛ, что должно придать уверенности среднему медперсоналу и повысить их статус как среди населения, так и в собственных глазах участковых медицинских сестер);

- внедрение клинического протокола по ХОБЛ, что позволит стандартизировать оказание лечебно-диагностической помощи больным ХОБЛ и использовать медикаменты с доказанной эффективностью;

- своевременное выявление пациентов с ХОБЛ и приглашение в ПУЗ, что позволит на более ранних стадиях привлекать пациентов с ХОБЛ к Программе и достигнуть лучших результатов в профилактике осложнений, обострений, госпитализаций и т.д.;

- наличие средств и форм контроля со стороны участковой службы;

- обучение навыкам мотивационного консультирования, общения, обучения;

- обучение навыкам поддержки самоменеджмента пациентов;

- ликвидация дефицита кадров в участковой службе, так как превышение нагрузки (работа на 1,5-2 участка) несомненно скажется на эффективном внедрении Программы;

- обучение других членов мультидисциплинарной команды (соцработники, специалисты ЗОЖ, психологи).

Готовность населения:

- информирование прикрепленного населения о Программе ;

- информирование пациентов ХОБЛ о преимуществах участия в Программе;

- привлечение членов семьи пациентов с ХОБЛ, участвующих в Программе, к действиям по изменению образа жизни и отказа от вредных привычек;

- обучение пациентов ХОБЛ в школе здоровья, что сделает пациента информированным, обладающим необходимыми навыками и знаниями для самоконтроля болезни;

- распространение информации об успехах Программы и конкретных пациентов среди прикрепленного населения, что приведет к возрастанию уровня доверия населения к участковой службе;

- публичное поощрение пациентов, добившихся успехов в контроле над болезнью, благодаря участию в Программе;

- привлечение НПО и бизнес-предприятий к участию в Программе.

Кроме того, необходимо активное привлечение всех видов СМИ, социальных сетей для пропаганды Программы управления заболеванием.

При решении этих вопросов можно рассчитывать на действительно эффективное внедрение Программы управления ХОБЛ.

4. САМОМЕНЕДЖМЕНТ И ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Одной из главных составляющих и отличительных особенностей Программы управления заболеванием от других форм профилактической работы с пациентами (например, диспансеризация) является самоменеджмент.

Самоменеджмент – это способность отдельного человека управлять симптомами, лечением, физическими и психологическими последствиями и изменением образа жизни, присущими при наличии хронического заболевания [29].

Основными задачами самоменеджмента являются:

- Осуществление ухода при заболевании
- Управление эмоциональными переменами
- Продолжение ведения обычной деятельности

То есть по сути сохранение, а при возможности, улучшение качества жизни пациента с хроническим заболеванием.

По словам Джанелл Барлоу (2002) эффективный самоменеджмент включает в себе способность контролировать свое заболевание и влиять на когнитивное, поведенческое и эмоциональное реагирование, необходимое для поддержания удовлетворительного качества жизни. Это представляет собой динамичный, непрерывный процесс саморегуляции. Самоменеджмент включает в себя возможность отслеживать свое заболевание и вносить изменения в свою жизнь.

При этом это должен быть непрерывный процесс управления и обучения!

4.1. ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Образовательные программы для пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе ХОБЛ, являются важным компонентом развития самоменеджмента и последующего выстраивания партнерских отношений между участковой службой и информированного пациентом.

Кроме того, обучение пациента с хроническим заболеванием имеет большое значение с точки зрения помощи пациенту в наступившей жизни с болезнью. Ведь в отличие от острого заболевания (таблица 4), где пациент уверен или по крайней мере надеется на излечение и выздоровление, при хроническом заболевании он должен привыкать к его наличию и, вероятно, менять свой привычный образ жизни.

Таблица 4. Основные отличия острого и хронического заболеваний

Параметр	Острое заболевание	Хроническое заболевание
Начало	Быстрое	Постепенное
Причина	Одна	Множество
Длительность	Короткая	Неопределенная
Диагноз	Как правило точный	Точный не сразу
Диагностические исследования	Чаще всего решающее	Их значимость ограничена

Лечение	Излечивается	Излечивается редко
Роль врача	Выбрать и проводить терапию	Учитель/Наставник и партнер
Роль пациента	Исполнять назначения	Партнер - лицо осуществляющее ежедневное управление заболеванием

И лучше если необходимые ему знания, который пациент начинает активно собирать из всех возможных источников, будут предоставлены врачом или обученным специалистом ПМСП в рамках специальной школы.

Ведь самые подробные рекомендации, полученные от врача на приеме, не могут охватить все разнообразие ситуаций, в которых может оказаться человек. Необходимость создания центров обучения, которые в нашей стране получили название «школ» (Школа диабета, Астма-школа, школа ХОБЛ и др.), определяется прежде всего низким уровнем знаний людей о своем заболевании и стремлением расширить свои представления о нем. Свидетельством неправильных представлений о болезни могут служить такие примеры, как распространение мифических способов излечения от хронического заболевания или применение не апробированных методов лечения, которые могут нанести серьезный вред организму.

Роль самого человека в лечении хронического заболевания не может ограничиваться пассивным подчинением медицинским назначениям, как при острых ситуациях. К сожалению, до сих пор приходится сталкиваться в практике лечения ХНИЗ с такой позицией, когда врач считает: «Я знаю про заболевание больше, чем пациент, значит, я буду решать за него». Такой врач обычно отказывает человеку в активном участии в лечебном процессе, не одобряет поиска информации с его стороны и практически не принимает во внимание психологические особенности и обстоятельства жизни. Разумеется, экспертом в области болезни является врач. Однако принятие окончательных решений по проблемам жизни с этим заболеванием, безусловно, прерогатива самого человека. Руководствуется он при этом не только медицинскими, но также социальными соображениями, и принимает такие решения в силу своих психологических особенностей. Соответственно, врач не может не принимать во внимание перечисленные обстоятельства, так как они непосредственно влияют на результаты лечения.

На самом деле успешное лечение всех хронических заболеваний невозможно без активного, грамотного и самостоятельного проведения лечения самими людьми в амбулаторных условиях. Например, практика лечения диабета требует от человека многих специальных знаний и навыков и, с учетом меняющихся обстоятельств жизни (разные условия питания, поездки, сопутствующие заболевания и т.д.), принятия самостоятельных решений медицинского характера. Разумеется, для освоения таких умений необходима специальная подготовка с участием медицинских профессионалов, которую, собственно, и называют обучением. Хотелось бы подчеркнуть,

что принципиальной целью терапевтического обучения является не просто передача информации о болезни, а оказание лечебного эффекта.

Методологической основой обучения являются специально разрабатываемая структурированная программа (Приложение 5). Структура программы подразумевает четкую регламентацию объема и определенную последовательность изложения материала. Для каждого раздела формулируются учебные цели и оговаривается необходимый набор наглядных материалов, а также педагогических приемов, направленных на усвоение, повторение и закрепление знаний и навыков. Программа должна содержать необходимый минимум информации, но при этом предусматривается возможность для каждого человека с диабетом получить дополнительные сведения, овладеть какими-либо навыками (например, использованием пикфлоуметра, тонометра), даже если они не входят в структуру программы.

Обучение в «школе» не имеет ничего общего с простым чтением лекций. Ведь проводящий лекцию специалист не получает прямой информации о том, достигают ли слушатели целей обучения. В отличие от этого, наши занятия имеют форму беседы, обучающий персонал должен найти к каждому человеку в группе свой подход. Приветствуется, когда в процессе обучения люди задают обучающему любые волнующие их вопросы, участвуют в дискуссиях, свободно выражая свое, пусть нестандартное, мнение, а обучающий внимательно их выслушивает и анализирует. Несмотря на то, что процесс обучения по заболеванию называют «школой», нельзя понимать его в банальном смысле этого слова, так же, как и в качестве варианта санитарно-просветительной работы.

Обучение эффективно только при проведении его «живым лицом» - врачом, медицинской сестрой и т.д. Аудио-визуальные средства обучения (книги, брошюры, фильмы, компьютерные программы и т.д.) служат лишь дополнением или применяются для контроля полученных знаний. Основными формами обучения являются групповая, т.е. «школа» (не более 15 человек), и индивидуальная (применяется, например, при впервые выявленной ХОБЛ). Школа во многом значительно эффективнее индивидуального обучения при работе со взрослыми, так как появляется возможность делиться опытом, наблюдать успехи у других и самому стремиться к достижению таких успехов. Обучение может проводиться как в стационарном (5-10 дней пребывания в больнице), так и амбулаторном вариантах. Вторым вариантом хорош тем, что позволяет врачу наблюдать за течением болезни в реальной, а не больничной жизни.

Кроме теоретических знаний, в «школе» в обязательном порядке даются практические навыки, касающиеся самоконтроля. Так при ХОБЛ необходимо обучить самостоятельному использованию пульсоксиметра, тонометра, технике ингаляций через небулайзер, выбору правильного питания, физических нагрузок и в целом ведения более свободного образа жизни. Необходимым компонентом обучения является работа с личными дневниками самоконтроля пациента с ХОБЛ. Результаты самоконтроля обучаемый человек заносит в дневник, что служит базисом для самостоятельного лечения и его последующего

обсуждения с врачом. Обученный человек сам может менять дозы базисных препаратов или корректировать свое питание, добиваясь приемлемых значений, позволяющих предотвратить в будущем развитие осложнений. На основе дневников, которые ведут обучаемые, проводится разбор ошибок и разъяснение вопросов, оставшихся неясными во время обсуждения на занятии.

Использование образовательных программ в лечении больных ХОБЛ способствует достоверному уменьшению субъективного восприятия одышки, при этом показатели функции внешнего дыхания при этом не меняются, отмечается достоверное изменение критериев качества жизни.

Внедрение образовательных программ для больных ХОБЛ позволяет значительно улучшить осведомленность о своем заболевании, методах контроля и управления симптомами, что способствует снижению числа обострений и госпитализаций [30], улучшает самоконтроль, повышает приверженность пациентов к лечению. В результате обучения в «Школах здоровья» происходит улучшение качества жизни больных, снижение числа госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи [31]. По данным клинико-экономического анализа применение всех форм обучения больных с хроническими заболеваниями приводит к снижению показателя «стоимость болезни» вследствие снижения потребности в медицинской помощи, а также к оптимизации структуры затрат на лечение пациентов.

Целью школы для пациентов, участвующих в ПУЗ должно быть не просто обеспечение их знаниями о болезни, изменению поведения и приверженности лечения, но и навыкам самоконтроля, решения проблем, связанных с заболеванием, что должно приводить к повышению самоэффективности пациента и его уверенности в своих силах по контролю болезни [32].

Основными условиями обучения пациентов являются:

- наличие методического пособия по обучению больных с ХОБЛ для врачей/медсестер;
- обученный навыкам преподавания врач/медсестра;
- непрерывность обучения одной группы пациентов в школе (с первого по последнее занятие состав пациентов не меняется);
- оплата проведения занятий преподавателю;
- наличие книги-инструкции по ХОБЛ для пациента.

4.2. СРЕДСТВА САМОКОНТРОЛЯ

При организации самоменеджмента пациента с ХОБЛ необходимо учесть, что пациент должен проводить мониторинг симптомов, приема лекарственных средств, изменений в поведении, режима дня, питания, вовлеченности в физическую активность, снижения или отказ от вредных привычек, на основании которых участковая служба будет делать вывод об эффективности контроля, необходимости дополнительных обследований и консультации специалиста (пульмонолога).

Соответственно контроль болезни должен осуществляться с помощью простых и понятных для пациентов инструментов самоконтроля, которые он должен иметь и уметь их использовать.

Целью самоконтроля является систематическое наблюдение возможными способами за состоянием своего организма, влиянием на него различных факторов. Основные методики самоконтроля: инструментальные (например, с помощью пульсоксиметра или тонометра) и субъективные (степень одышки, кашля, наличие отеков на ногах и др.).

Систематическое наблюдение за состоянием своего здоровья, а так же его изменениями, которые происходят под воздействием лечения и изменения образа жизни, лежит в основе самоконтроля. Заменить врачебный контроль самоконтроль не может, но, будучи дополнением к нему, может значительно облегчить принятие решения медицинского работника по дальнейшим рекомендациям. Посредством самоконтроля можно оценить эффективность применяемой терапии, выполнять правила личной гигиены, осуществлять физические упражнения, а так же, в целом, следить за состоянием своего здоровья. Анализировать эффективность лечебных мероприятий позволяют данные систематически проводимого самоконтроля. Поэтому врачу необходимо прививать навыки организации самоконтроля, объяснять необходимость и значение систематического самоконтроля с целью эффективного осуществления лечебного процесса и улучшения результатов.

Данные самоконтроля фиксируются пациентом самостоятельно, но на первых этапах вести учёт самоконтроля пациенту может помогать медицинская сестра или специалист ЗОЖ. Далее участковая медсестра ежемесячно контролирует как ведётся пациентом дневник самонаблюдения.

Дневник самонаблюдения (Приложение 6) является одним из основных инструментов самоменеджмента. Дневник самонаблюдения может быть стандартным для всех пациентов с ХОБЛ, участвующих в ПУЗ, или пациент может сделать его самостоятельно, используя тетрадку, распечатанный лист бумаги или в электронном виде, используя компьютер. В нем пациент ежедневно отмечает параметры, разрабатываемые под его индивидуальные потребности и возможности. Среди этих параметров должны быть показатели приема лекарственных средств, объективных (например, сатурация кислорода, частота пульса, показатели давления) и субъективных (одышка, наличие и выраженность кашля, отеков на ногах и др.) показателей, а также калорийность питания, количество выкуриваемых сигарет, сон и т.д. В приложении 5 представлен пример такого дневника самонаблюдения.

При договоренности с пациентом в дневнике самонаблюдения могут отмечаются нарушения режима, лечения и их характер. К нарушениям относятся употребление алкогольных напитков, несоблюдения правил приема лекарственных средств, нарушение режима употребления пищи и т.д.

Следующим важным инструментом является план действий пациента, где указываются основные рекомендации по лечению и поведению пациента

в зависимости от тяжести симптомов и объективных показателей болезни (Приложение 7).

Поэтому от сотрудников участковой службы (возможно с помощью пульмонолога) требуется определить цели индивидуального лечения, что следует делать совместно с каждым человеком, страдающим ХОБЛ, а затем разработать индивидуальный план лечения, который должен находиться у пациента, периодически пересматриваться по мере изменения состояния пациента и достижения целей лечения.

Кроме этого, у пациента с ХОБЛ должны быть индивидуальные средства контроля, такие как пульсоксиметр, весы, а при необходимости еще и тонометр, пикфлоуметр, сантиметровая лента, для измерения окружности живота и отеков на ногах.

4.3. ПОДДЕРЖКА САМОМЕНЕДЖМЕНТА

Как уже говорилось выше члены мультидисциплинарной команды активно помогают осуществлять самоменеджмент пациенту и обязательно контролируют выполнение рекомендаций и фиксируют даже небольшие достижения и положительные результаты, таким образом стимулируя пациента с ХОБЛ продолжать работу по контролю за заболеванием и поддерживать начинания по изменению образа жизни.

Поддержка самоменеджмента – помощь, которую лица, осуществляющие уход за пациентом, оказывают самому пациенту, а также кругу его поддержки (определяет сам пациент), что позволяет пациенту управлять своим заболеванием на ежедневной основе и развивать уверенность в поддержании здорового поведения на протяжении всей жизни.

Поддержка самоменеджмента пациента представляет собой комплекс мероприятий, которые медицинские работники должны проводить для того, чтобы подчеркнуть центральную роль пациента в управлении своим заболеванием, а также для поддержки пациента в изменении образа жизни таким образом, чтобы пациент чувствовал себя мотивированным и воодушевленным [33].

Особенности сопровождения пациента в ПУЗ:

- Регулярно оценивать уровень контроля над заболеванием, следование указаниям и статус самоменеджмента;
- Немедленно корректировать лечение или сообщать о возникших потребностях лечащему врачу;
- Обеспечивать поддержкой самоменеджмента;
- Обеспечивать более интенсивное последующее наблюдение;
- Осуществлять сопровождение в процессе оказания медицинской помощи, в случае необходимости.

Кроме инструментов самоменеджмента, о которых говорилось выше, совместная работа по изменению образа жизни и снижения факторов риска прогрессирования ХОБЛ является План действий по коррекции факторов риска.

При этом работу по разработке индивидуального подобного Плана может на себя взять специалист ЗОЖ.

При этом работа составлению данного Плана не должна быть формальной, необходимо выявить главные причины (например, курение), и достаточно подробно переговорить с пациентом, для выработки работоспособного Плана действий, чтобы он выполнял для пациента с ХОБЛ. И обязательно должен быть контроль со стороны МДК. При этом подобные планы могут меняться по мере достижения целей.

Поддержка самоменеджмента со стороны работников медицинской организации позволяет:

- Повысить пациенту уверенность в себе (что связано с поведенческими изменениями и лучшими исходами);
- Улучшение знаний и улучшение поведения по самоменеджменту (решение проблем является ключевой стратегией);
- Улучшить качество жизни пациентов;
- Улучшить клинические исходы ХОБЛ;
- Снизить или изменить использование пациентом и врачами других услуг (консультации пульмонолога, вызова «скорой помощи» и т.д.).

Обученный самоменеджменту, при поддержке специалистов мультидисциплинарной команды, пациент должен обладать знаниями и навыками не только по контролю болезни.

Пациент должен уметь решать проблемы по ситуациям, которые могут влиять на его здоровье, в отсутствии врача и, возможно, рекомендаций, описанных в плане действий. Однако, обученный самоменеджменту пациент должен уметь самостоятельно принимать решения по облегчению своего состояния, предотвращению ухудшения, обострения и вне связи со своей медицинской организацией (самолет, выезд за границу).

В период взаимодействия в рамках Программы происходит формирование партнерских отношений пациента с ХОБЛ с работниками здравоохранения (Рисунок 9).

Рисунок 9. Важный элемент качественной медицинской помощи при ПУЗ

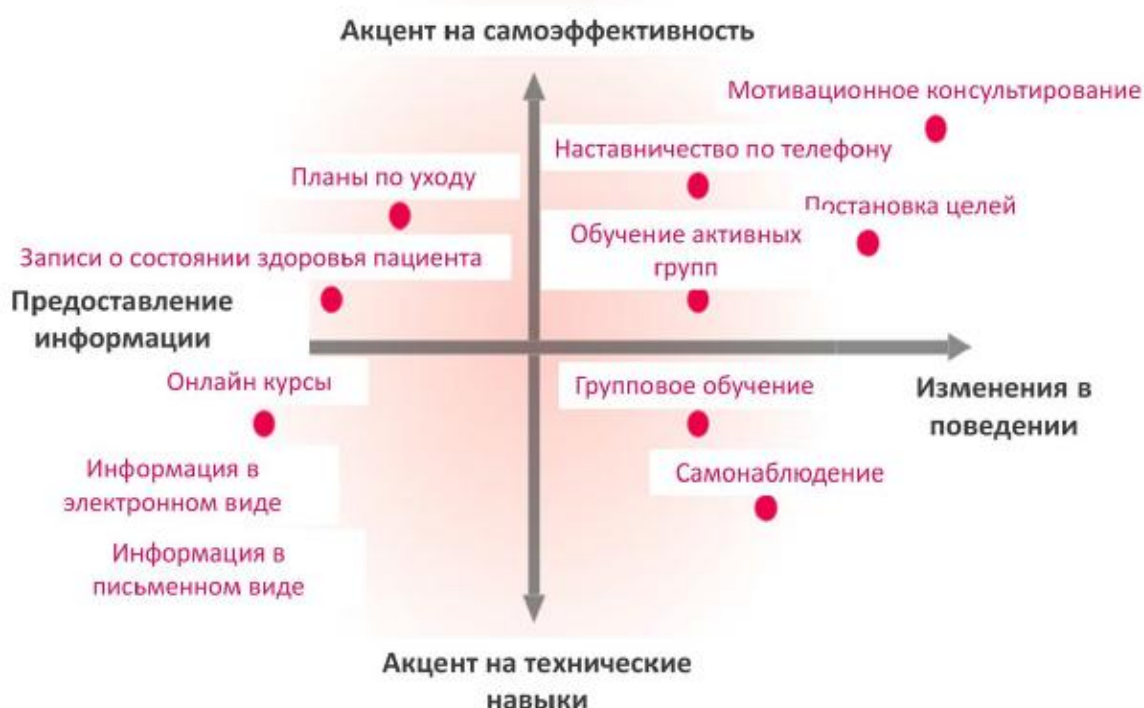


При этом информированный активный пациент характеризуется наличием мотивации, направленной на достижение цели, информация о заболевании навыки, позволяющие осуществлять самоконтроль, а также уверенность, необходимая для эффективного принятия решений о своем здоровье и управления им.

А подготовленной практикующей командой является МДК, у которой в период взаимодействия с пациентом имеется полная информация о нем, она поддерживает принятия пациентом решений, способствующих улучшению его состояния и качества жизни, а также имеет все ресурсы для оказания высококачественной медицинской помощи,

Поддержка самоменеджмента оказывается на протяжении всего динамического наблюдения (Рисунок 10) пациента, участвующего в ПУЗ, и для этого команда должна пользоваться всеми имеющимися у нее возможностями [34].

Рисунок 10. Стратегия по продолжению оказания поддержки самоменеджмента



Таким образом, пациенты с хронической обструктивной болезнью легких, участвующих в ПУЗ, нуждаются в поддержке, а также в информации, чтобы стать эффективными менеджерами собственного здоровья. Для чего им необходимы знания о заболевании, которые они должны получить в школе ХОБЛ, понимание необходимости приема базисной терапии и овладение навыками самоуправления, которым его также должны научить медицинские работники, и постоянная поддержка со стороны членов мультидисциплинарной команды, а также семьи, друзей и сообщества [35].

5. ТЕКУЩИЙ АНАЛИЗ, ОЦЕНКА, ПЛАНИРОВАНИЕ

Симптомы у пациентов с ХОБЛ медленно ухудшаются на протяжении многих лет. И, к сожалению, это незаметно приводит к снижению его качества

жизни и только при появлении заметных симптомов, чаще всего одышка, они обращаются за медицинской помощью. Отсутствие базисной терапии, сохранение прежнего образа жизни и вредных привычек, а также сопутствующие заболевания, который, как правило, сопровождают табакозависимых лиц, приводят к нарастанию симптомов, инвалидности и ранней смертности. Поэтому вовлечение в Программу управления пациентов с ХОБЛ должно быть как можно раньше, что позволит добиться лучшего результата и продемонстрировать хорошую эффективность работы всей мультидисциплинарной команды и медицинской организации в целом.

Оценочная деятельность — важная часть Программы. Цель мониторинга и оценочные исследования — оценить эффективность программ по управлению заболеванием в сравнении с традиционным лечением, а также определить уровень удовлетворенности программами.

Для оценки эффективности Программы должны быть составлены индикаторы. Важными свойствами хорошего индикатора являются простота и единство понимания этого индикатора, наличие данных и возможность их обработки, а также последующий их сравнительный анализ.

Для проведения анализа должна быть обеспечена возможность сбора данных, а также методика их сбора.

Выше мы уже говорили о наличии регистра данных, в который вносится каждый пациент, изъявивший желание участвовать в Программе.

Кроме того, мы должны иметь объективные критерии эффективности программы как по каждому пациенту отдельно, так и по медицинской организации/департамента здравоохранения в целом.

Анализ, как и собственно сбор данных должен быть регулярным.

Итак, какие индикаторы могут быть использованы для оценки эффективности Программы управления ХОБЛ? Основными прогностическими факторами у больных ХОБЛ являются выраженность одышки, степень бронхиальной обструкции (ОФВ₁), дистанция в тесте с 6-минутной ходьбой и индекс массы тела [36**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. Поэтому можно предложить следующие индикаторы эффективности

Программы на уровне пациента:

1. Оценка симптомов и выраженность одышки с использованием стандартизированных опросников: Шкала одышки mMRC (Modified Medical Research Council) и COPD Assessment Test (CAT-TECT). Второй тест более полный, однако, первый занимает меньше времени у медицинского работника. Выраженный в цифрах показатель легко считается и может продемонстрировать положительную или отрицательную динамику.

2. Число обострений в год. По данным клинического руководства ВОЗ GOLD (Global initiative of Obstructive Lung Disease) 2017 года подчеркивалось, что важнейшее значение в ухудшении дальнейшего прогноза заболевания и общего состояния больных ХОБЛ имеет частота обострений. Чем чаще происходят обострения ХОБЛ, тем быстрее наступает летальный исход. Поэтому

данный показатель, также выраженный цифрой является простым для понимания и объективным.

3. Одним из важных показателей прогрессирования ХОБЛ является скорость снижения Объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1). Выраженность воспаления, фиброза и экссудата в просвете мелких бронхов также коррелирует со степенью снижения ОФВ1 [37]. Поэтому определение этого показателя и его изменения в динамике является важным показателем эффективности контроля за заболеванием.

Что касается таких показателей состояния больных с как: пульсоксиметрия, масса тела, интенсивность физической нагрузки, а также интенсивность курения, то их достаточно использовать в дневнике самонаблюдения и при заполнении индивидуального плана работы с факторами риска. Потому что эти факторы могут быть даже противоположными. Например, пациентам ХОБЛ с повышенным весом необходимо рекомендовать снижать вес, а пациентам с низкой массой тела – ее наращивать. Что касается пульсоксиметрии, то данный критерий более важен при оценке степени обострения, а также необходимо использовать в соответствии с рекомендациями клинического протокола, для начала и подбора длительной кислородотерапии.

Индикаторы на уровне организации:

1. Обеспеченность базисной терапией – является неотъемлемой, одной из главных частей успешности Программы. Но, возможно, одной из сложных в плане оценки ее и контроля. Тем не менее необходимо ее включить в критерии эффективности контроля над заболеванием.

2. Процент участковых медицинских сестер, ведущих самостоятельный прием пациентов с ХОБЛ

3. Процент пациентов с ХОБЛ, участвующих в Программе управления, за которыми ведется динамическое наблюдение.

4. Процент пациент с ХОБЛ, участвующих в Программе и прошедших обучение в «Школе ХОБЛ».

5. Процент пациентов с ХОБЛ, участвующих в ПУЗ, которые прекратили курить.

6. Степень обеспеченности пациентов с ХОБЛ, участвующих в Программе управления заболеванием, дневниками наблюдения, планом действия

7. Частота консультаций узких специалистов на одного пациента с ХОБЛ в год по данному заболеванию и его осложнениям.

8. Процент пациентов с ХОБЛ, участвующих в Программе управления заболеванием, для которых разработан План борьбы с факторами риска.

9. Процент пациентов с ХОБЛ, за которыми ведется динамическое наблюдение, госпитализированных в стационар за год.

10. Процент пациентов, участвующих в Программе, имевших временную нетрудоспособность по поводу обострения ХОБЛ за год.

11. Среднее число вызовов «скорой помощи» к пациентам с ХОБЛ, за которыми ведется динамическое наблюдение, за год.

12. Число пациентов с ХОБЛ, получивших инвалидность, за год.

13. Процент умерших пациентов ХОБЛ, участвующих в ПУЗ, за год

Индикаторы на уровне региона/страны

1. Обеспеченность медицинской организацией компьютерными спирографами.

2. Вовлеченность пациентов ХОБЛ в Программу управления заболеванием.

3. Показатель обеспеченности финансовых средств, выделенных в рамках АЛО, на 1 пациента с ХОБЛ (по регионам: район, область, города с республиканским значением).

4. Соотношение выделенных средств на АЛО (в среднем на 1 человека) к следующим показателям: госпитализации больных ХОБЛ, стойкой нетрудоспособности больных ХОБЛ, частоте вызовов «скорой помощи», смертности больных ХОБЛ.

5. Уровень госпитализации больных ХОБЛ

6. Уровень выхода на инвалидность пациентов с ХОБЛ

7. Уровень смертности пациентов с ХОБЛ

Расчет данных показателей приводится в Приложении 8.

Измерение и оценка промежуточных и долговременных результатов – методы измерения долговременных результатов могут включать оценку объема использования медицинских услуг, сравнительных расходов на ведение больных и удовлетворенности пациентов качеством оказываемых услуг [14]. Сбор, анализ и оценка данных показателей позволит в последующем правильно планировать работу организаций, а также и выделение и перераспределение финансовых средств, как между регионами, так и между ПМСП и специализированной помощью.

6. УСЛОВИЯ УПРАВЛЕНИЯ ХОБЛ

За период внедрения Программ управления заболеваниями в Казахстане с 2013 года проделана большая работа. Так на первом этапе были определены три заболевания (артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность) и пилотные области: г. Павлодар и Петропавловск (2013г.) и гг. Астана и Алматы, ЗКО, Костанайская и Карагандинская области (2016г.), проведено обучение региональных координаторов в рамках Проекта Всемирного банка и компанией CSH (Канада). В дальнейшем к Программе были привлечены все медицинские организации ПМСП, НИИКВБ был назначен ответственным центром за внедрение Программы, сотрудниками НИИ были проведены усовершенствования клинических протоколов, разработаны алгоритмы по трем нозологиям (артериальная гипертензия, сахарный диабет и ХСН), проведено обучение сотрудников медорганизаций ПМСП клиническим аспектам ПУЗ, и разработан электронная версия регистра, сбор и анализ данных.

В 2019 году начался третий этап внедрения ПУЗ

- Внедрение инструментов самоменеджмента: дневник самоконтроля, план действий пациента, краткий план по факторам риска;

- Усиление значения образования больных, в том числе использованию инструментов самоконтроля;
- Повышение роли мультидисциплинарной группы и улучшение взаимодействия между сотрудниками внутри ее;
- Разъяснение экономической эффективности внедрения ПУЗ.

А также присоединение еще одного заболевания к Программе – хронической обструктивной болезни легких.

Это постепенно должно привести к тому, что большинство пациентов с этими заболеваниями должны контролировать болезнь на амбулаторном уровне с вовлечением пациентов в самоменеджмент заболевания (Рисунок 11), что значительно снизит затраты на их лечение в стационаре, вызовы «скорой помощи» и т.п.

Рисунок 11. Пирамида Kaiser Permanente – соответствие уровня управления хроническими заболеваниями и самопомощи



Таким образом, основными условиями для внедрения и эффективности Программы управления ХОБЛ должны быть:

1. Готовность медицинской организации:

- внедрение клинического протокола по ХОБЛ;
- обеспечение возможности обследования и привлечение узких специалистов в соответствии с рекомендациями клинического протокола по ХОБЛ;
- открытие кабинетов сестринского приема и их оснащение;
- обеспечение пациентов с ХОБЛ препаратами базисной терапии в рамках АЛО;

– поддержка и мотивация МДК.

2. Раннее выявление пациентов ХОБЛ и динамическое наблюдение:

обучение участковых врачей и медицинских сестер, а также других сотрудников МДК соответствующим навыкам по работе с пациентами в рамках ПУЗ;

наличие плана борьбы с факторами риска, карт наблюдения, регистра больных ХОБЛ, участвующих в ПУЗ;

наличие методических рекомендаций, наглядных пособий для ведения школ ХОБЛ.

3. Развитие самоменеджмента пациентов с ХОБЛ:

– наличие у пациентов инструментов самоконтроля, плана действий и борьбы с факторами риска;

– обучение пациентов в школе ХОБЛ;

– мотивация пациентов.

При условии соблюдения вышеуказанных условий можно ожидать первые успехи от внедрения Программы управления заболеванием.

За период с 2013 года, в течение которого идет внедрение Программы управления заболеваниями по трем заболеваниям (хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет), начиная с двух пилотных регионов, с расширением пилотных регионов в 2016 году и последующим повсеместным внедрением ПУЗ по всем медицинским организациям ПМСП можно сделать предварительный SWOT-анализ (таблица 5) для предупреждения тех негативных моментов, которые могут возникнуть при внедрении ПУЗ ХОБЛ и использования возможностей для успешного внедрения.

Таблица 5. Анализ проводимого внедрения ПУЗ в организациях ПМСП

Сильные стороны	Слабые стороны
Наличие опыта специалистов ПМСП по работе в Программе управления заболеваниями Наличие понятий у специалистов ПМСП о МДК, инструментах самоменеджмента Наличие региональных координаторов ПУЗ Наличие рекомендаций по проведению и внедрению ПУЗ Разработанные карты наблюдений за пациентами Коррекция КП под ПУЗ Эффективность внедрения самоменеджмента, образования пациентов в улучшении контроля над заболеваниями, подтвержденная	Отсутствие единых подходов к внедрению Программы Отсутствие утвержденных Приказом МЗ РК критериев отбора пациентов для ПУЗ. Трудности в связи с передачей НИИКВБ ответственности за внедрение ПУЗ в организации ПМСП и возникшим диссонансом между задачами НИИ и потребностями ПМСП Создание регистра больных, участвующих в ПУЗ без привязки к РПН (ИИН) Слабые навыки специалистов ПМСП по мотивационному консультированию, разработке инструментов самоменеджмента, обучения пациентов.

научными исследованиями	
Возможности	Угрозы
<p>Изменение индикаторов эффективности ПУЗ</p> <p>Разработка плана занятий для обучения пациентов с СД, ХСН, АГ и ХОБЛ методических руководств по обучению пациентов на данные темы.</p> <p>Обучение участковых медицинских сестер динамическому наблюдению за пациентами с ХНИЗ в медколледжах по созданной РУП</p> <p>Однодневный семинар для руководителей организаций ПМСП</p> <p>Обучение экономической эффективности ПУЗ менеджмент здравоохранения</p> <p>Создание мобильных приложений</p> <p>Отслеживание обеспечением базисными препаратами в рамках АЛО</p>	<p>Формальное обучение специалистов ПМСП со стороны преподавателей и обучение большими группами (более 30 человек) на местах</p> <p>Включение в ПУЗ без согласия пациентов</p> <p>Признание внесения 20% и более пациентов, состоящих на «Д» учете, в Регистр – реализацией ПУЗ и приравнивание данного показателя к истинному внедрению самоменеджмента у этих пациентов, без подтверждения реальной работы с ними</p> <p>Низкий доступ пациентов, вовлекаемых в ПУЗ к препаратам базисной терапии в рамках АЛО</p> <p>Допуск к обучению специалистов ПМСП преподавателей, не получивших подготовку в рамках тренинга.</p>

Список литературы

1. WHO. Non-communicable disease fact sheet. January 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
2. Глобальное бремя болезней (Global burden of disease): Порождение доказательств, направление Политики институт по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья Университет Штата Вашингтон сеть Человеческого развития всемирный банк, 2013г.
3. Partnership for Solutions: Better Lives for People with Chronic Conditions, WA State, Health Affairs, 2005, 24 (1) 80-92, National Council on Aging
4. Stanford University Patient Education Center , Lorig, K. 2003, National Council on Aging
5. Распространенность болезней органов дыхания среди населения крупного промышленного города// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 12 (часть 5) – С. 828-831 Омарова М.Н., Кенжебаева А.Т., Жумагулова А.Н., Аспетов Д.Р., Жуматова Б.Х.
6. 10. Glasgow RE, Funnell MM, Bonomi AE, et al. Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Ann Behav Med* 2002;24:80-7.
7. Evaluation of a disease management program for COPD using propensity matched control group, Pradeep Paul George,¹ Bee Hoon Heng,¹ Tow Keang Lim,² John Abisheganaden,³ Alan Wei Keong Ng,³ Akash Verma,³ and Fong Seng Lim, *J Thorac Dis.* 2016 Jul; 8(7): 1661–1671.
8. Disease management program for chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. Rice KL¹, Dewan N, Bloomfield HE, Grill J, Schult TM, Nelson DB, Kumari S, Thomas M, Geist LJ, Beaner C, Caldwell M, Niewoehner DE, *Am J Respir Crit Care Med.* 2010 Oct 1;182(7):890-6.
9. <https://diseases.medelement.com/disease/>
10. Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd Ed, 2006 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
11. Чучалин А.Г. с соавт. Российское респираторное общество. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких, 2014г.
12. Rollnick, Stephen; Miller, William R. (October 1995). "What is Motivational Interviewing?". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy.* 23 (4): 325–334.
13. Motivational Interviewing, Third edition/ William R. Miller and Stephen Rollnick, 2012г.
14. С.Ф. Беркинбаев, Г.А. Джунусбекова, Н.А. Абдикалиев. Принципы внедрения Программ управления заболеваниями в качестве составной части вторичной и третичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в рамках диспансерного обслуживания на уровне ПМСП (методические рекомендации), 2018г, Алматы.

15. [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
16. Демин А.К., Рекомендации ENSP по лечению табачной зависимости, 2016 г.
17. kureniesigaret.ru/vred-kureniya/indeks-kurilschika.html
18. ATS News 1982; 8:12-16
19. Jones PW et al. CAT: Expert guidance on frequently asked questions 2009
20. Journal of Geront: Medical Sciences 2002 vol 57A no 11 M733-M740.
21. Taplin S, Galvin MS, Payne T, Coole D, Wagner E. Putting Population-Based Care Into Practice: Real Option or Rhetoric? J Am Board Fam Pract. 1998; 11(2):116-26.
22. McCulloch et al. Effective Clinical Practice 1998; 1:12-22 and Disease Management 2000; 3(2):75-82
23. Edward H Wagner, The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ. 2000 Feb 26; 320(7234): 569–572.
24. National Alliance for Caregiving, AARP. Caregiving in the U.S. Bethesda, MD: National Alliance for Caregiving, AARP; Apr, 2004.
25. Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG, et al. Family caregiving skill: Development of the concept. Res Nurs Health. 2000;23:191–203.
26. Given B, Given CW, Stommel M, et al. Predictors of use of secondary carers used by the elderly following hospital discharge. J Aging Health. 1994;6(3):353–76
27. Stefanie Joos et al. ELSID-Diabetes study-evaluation of a large scale implementation of disease management programmes for patients with type 2 diabetes. Rationale, design and conduct--a study protocol; BMC Public Health. 2005 Oct 4;5:99
28. Effects of a Long-term Hypertension Control Program on Stroke Incidence and Prevalence in a Rural Community in Northeastern Japan, Hiroyasu Iso, Takashi Shimamoto, Yoshihiko Naito, Shinichi Sato, Akihiko Kitamura, Minoru Iida, Masamitsu Konishi, David R. Jacobs, Jr and Yoshio Komachi, Stroke. 1998;29:1510-1518
29. Barlow et al, client Educ Couns 2002;48:177
30. Матвеева И.Е. Значение образовательных программ в лечении хронического обструктивного бронхита. Диссертация на соискание уч.ст.канд.мед.наук, 2003г.
31. Гаркалов К. А. Медико-социальное значение обучения больных бронхиальной астмой: Автореф. дис. канд. мед. наук / К.А. Гаркалов -М., 1995.-23 с.
32. Bodenheimer et al JAMA 2002;288:2469
33. Извлечения из «Паспорта программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями (ПУЗ)» - Руководство по внедрению ПУЗ в организациях ПМСП, под редакцией авторского коллектива РГП «Республиканский центр развития здравоохранения», 2016 г.
34. DeSilva, 2011 “ Helping People Help Themselves”
35. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/SelfManagement.aspx>

36. Celli B, Cote C, Marin J, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, Pinto Plata V, Cabral HJ: The body mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2004; 350: 1005–1012.

37. Hogg JC, Chu F. et al The nature of small-airway obstruction in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2004;350:2645-53

Приложения

Приложение 1. Буклет, посвященный ХОБЛ

Составлен: ГКУЗ «Волгоградский областной центр медицинской профилактики», Волгоград


		ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)	
Заболевание, для которого характерно сужение мелких дыхательных путей (бронхов) и разрушение ткани легких (альвеол)			
	СИМПТОМЫ ХОБЛ		
Хронический длительный кашель, усиливающийся в утренние часы			
Скопление в дыхательных путях трудноотделяемой мокроты			
Постепенно нарастающая одышка, которая со временем появляется даже при ходьбе			
По мере прогрессирования ХОБЛ у больного возникают симптомы поражения сердечно-сосудистой системы: боли в сердце, ощущение перебоев при работе сердца, синюшный оттенок губ и кончиков пальцев			
ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ КУРЕНИЕ (включая пассивное)			
Риск развития ХОБЛ можно определить, подсчитав ИНДЕКС КУРИЛЬЩИКА	ИНДЕКС КУРИЛЬЩИКА		
	$\frac{\text{Количество сигарет в день} \times \text{Стаж курения (годы)}}{20}$		
Индекс курильщика > 10 свидетельствует о высоком риске развития ХОБЛ			
ХОБЛ – это заболевание, которое можно предотвратить!			
Наиболее эффективным методом профилактики ХОБЛ является отказ от курения!			

Приложение 2. Пример карты наблюдения за пациентом с ХОБЛ

КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ С ХОБЛ									
ФИО					г.р.	Дата взятия на учет			
					Жен	Дата устан. диагноза			
					Муж				
Место работы/должность									
mMRC	/год				Спирография/год				
	/полугод					/полугод			
Степень 0					ЖЕЛ				
Степень 1					ФЖЕЛ				
Степень 2					ОФВ1				
Степень 3					ПОС				
Степень 4					МОС75				
Обострения									
Диагноз							Тип		
Курение /1 год			Стаж		Интенсивность			ИКЧ	
2 год									
Аллергия									
Давление в ЛА									
Сатурация O ₂									
ЧСС									
Мерцательная аритмия									
Гемоглобин/Эритроциты									
Лейкоциты/Эозинофилы									
Лечение/дата	Дозы								
М-холинолитик									
B2-агонист									
ИКС + Б2-А									
Рофлумиласт									
Преднизолон									
Амброксол									
Ацетилцистеин									
Теofilлин									
Азитромицин									
Амоксициллин									
Цефтриаксон									

Приложение 3. Оценочный тест по ХОБЛ – CAT (COPD Assessment Test).

Ваше имя и фамилия:	Сегодняшняя дата:
---------------------	-------------------


COPD Assessment Test

Как протекает Ваша хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)? Пройдите оценочный тест по ХОБЛ (COPD Assessment Test™ (CAT))

Данная анкета поможет Вам и медицинскому работнику оценить влияние, которое ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) оказывает на Ваше самочувствие и повседневную жизнь. Ваши ответы и оценка на основании теста могут быть использованы Вами и медицинским работником для того, чтобы помочь улучшить терапию ХОБЛ и получить наибольшую пользу от лечения.

В каждом пункте, приведенном ниже, поставьте отметку (X) в квадратике, наиболее точно отражающем Ваше самочувствие на данный момент. Убедитесь в том, что Вы выбрали только один ответ на каждый вопрос.

Пример: Я очень счастлив(а) ☐ 0 ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Мне очень грустно

		БАЛЛЫ
Я никогда не кашляю	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Я постоянно кашляю
У меня в легких совсем нет мокроты (слизи)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Мои легкие наполнены мокротой (слизью)
У меня совсем нет ощущения сдавленности в грудной клетке	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	У меня очень сильное ощущение сдавленности в грудной клетке
Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на один лестничный пролет, у меня нет одышки	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на один лестничный пролет, у меня возникает сильная одышка
Моя повседневная деятельность в пределах дома не ограничена	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Моя повседневная деятельность в пределах дома очень ограничена
Несмотря на мое заболевание легких, я чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Из-за моего заболевания легких я совсем не чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома
Я крепко сплю	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Из-за моего заболевания легких я сплю очень плохо
У меня много энергии	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	У меня совсем нет энергии
		ОБЩИЙ БАЛЛ

COPD Assessment Test и логотип CAT являются торговыми марками группы компаний GlaxoSmithKline. © 2009 GlaxoSmithKline. Все права защищены.
FINAL Russian (Ukraine) CAT, updated 27th August 2010

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

Приложение 4. Модифицированный вопросник Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки (mMRC)

ПОЖАЛУЙСТА, ПОМЕТЬТЕ КВАДРАТИК, КОТОРЫЙ ПРИМЕНИМ К ВАМ (ТОЛЬКО ОДИН КВАДРАТИК)		
степень	Описание	
степень 0.	Я чувствую одышку только при сильной физической нагрузке	<input type="checkbox"/>
степень 1.	Я задыхаюсь, когда быстро иду по ровной местности или поднимаюсь по пологому холму	<input type="checkbox"/>
степень 2.	Из-за одышки я хожу по ровной местности медленнее, чем люди того же возраста, или у меня останавливается дыхание, когда я иду по ровной местности в привычном для меня темпе	<input type="checkbox"/>
степень 3.	Я задыхаюсь после того, как пройду примерно 100 м, или после нескольких минут ходьбы по ровной местности	<input type="checkbox"/>
степень 4.	У меня слишком сильная одышка, чтобы выходить из дому, или я задыхаюсь, когда одеваюсь или раздеваюсь	<input type="checkbox"/>

Приложение 5. Примерный план занятий школы ХОБЛ

№	Темы занятий	Содержание занятий
1.	Хроническая обструктивная болезнь легких	Определение ХОБЛ. Причины развития. Вред курения. Симптомы ХОБЛ. Симптомы обострения ХОБЛ.
2.	Дозированные аэрозольные ингаляторы. Спейсеры.	Преимущества использования ингаляционного введения лекарств. Инструкция по применению дозированного ингалятора. Техника использования спейсера.
3.	Порошковые ингаляторы. Небулайзер.	Техника использования порошковых ингаляторов. Что такое небулайзер? Техника проведения небулайзерной терапии.
4.	Диагностика ХОБЛ.	Спирометрия. Важное диагностическое исследование для выявления ХОБЛ. Правила проведения спирометрии, подготовка перед спирометрией.
5.	Лечение ХОБЛ.	Препараты для лечения ХОБЛ. Базисное лечение ХОБЛ. Симптоматическое лечение. Кислородотерапия. Хирургическое лечение ХОБЛ.
6.	Реабилитация пациентов с ХОБЛ	Как предупредить обострение ХОБЛ? Питание пациентов с ХОБЛ. Физические упражнения.
7.	Отказ от курения.	Последствия длительного курения. Как бросить курить?

Приложение 6. Примерный дневник самонаблюдения пациента ХОБЛ

№	Параметр	Пнд	Втр	Срд	Чтв	Птн	Сбб	Вск
1	Прием препарата 1							
2	Прием препарата 2							
3	Дополнительное применение препарата для купирования одышки							
4	Выраженность одышки							
5	Выраженность кашля							
6	Частота пульса							
7	Сатурация кислорода (%)							
8	Количество выкуренных сигарет							
9	Количество шагов/ км							
10	Вес							
11	Сон							

Приложение 7. План действий пациента ©

	Симптомы	Рекомендации
Зеленая зона	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Сатурация кислорода и пульс в пределах максимальных для пациента значений (или в норме) ➤ Потребности в дополнительном приеме средств неотложной помощи нет (либо в пределах обычной для пациента частоты приема) ➤ Одышки при привычной физической нагрузке нет (либо она не выходит за рамки обычной) 	<ul style="list-style-type: none"> - М-холинолитик длительного действия и/или - В2-агонист длительного действия - Бронхолитик короткого действия при необходимости - Физическая нагрузка в рекомендованных дозах
Желтая зона	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Усилилась одышка при привычной физической нагрузке ➤ Кашель со слизистой мокротой ➤ Сатурация кислорода снизилась, а частота пульса выросла до... (обозначить в цифрах) ➤ Потребность в дополнительном приеме средств неотложной помощи выросла ➤ Появление дистанционных хрипов 	<ul style="list-style-type: none"> - М-холинолитик длительного действия и/или - В2-агонист длительного действия - Бронхолитик короткого действия при необходимости - ИКС/Преднизолон <p>Позвонить участковому врачу/медсестре по тел. _____</p>
Красная зона	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Выраженная одышка (тяжело ходить по комнате), посинение губ, лица ➤ Кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, постоянные хрипы ➤ Появление отеков на ногах ➤ Сатурация кислорода снизилась, а частота пульса выросла до... (обозначить в цифрах) ➤ Потребность в дополнительном приеме средств неотложной помощи выросла ➤ Повысилась температура тела 	<p>Вызвать «скорую помощь» по тел. 103</p> <p>Позвонить лечащему врачу по тел. _____</p> <ul style="list-style-type: none"> - Бронхолитик короткого действия через небулайзер - М-холинолитик длительного действия и - В2-агонист длительного действия/ИКС - Преднизолон по схеме - Антибиотик

Приложение 8. Индикаторы эффективности Программы управления ХОБЛ и их расчеты

Орп

№	Наименование	Числитель	Знаменатель	Значение
На уровне пациента с ХОБЛ				
1	Оценка симптомов и выраженность одышки с использованием стандартизированных опросников: Шкала одышки mMRC и/или SAT-ТЕСТ.	Показатель рассчитывается с помощью теста, на который отвечает пациент		В динамике показатель должен уменьшаться либо быть стабильным
2	Число обострений в год	Используется в абсолютных цифрах		Должно уменьшаться
3	Показатель ОФВ1	Последний показатель	Предыдущий показатель	Прирост либо стабилизация
		$\frac{\text{ОФВ1 последний}}{\text{ОФВ1 предыдущий}} \times 100\% =$		
На уровне медицинской организации				
1	Обеспеченность базисной терапией	Число пациентов, получающих препараты в рамках АЛО	Число пациентов ХОБЛ, состоящих на учете	Должен стремиться к 100%
		$\frac{\text{Пац., получившие препараты}}{\text{Всего пац.с ХОБЛ на учете}} \times 100\% =$		
2	Процент участковых медицинских сестер, ведущих самостоятельный прием пациентов с ХОБЛ	Число медсестер, ведущих самостоятельный прием	Всего участковых медсестер	Должен стремиться к 100%
		$\frac{\text{М\с, ведущие самост. прием}}{\text{Всего участковых м/с в МО}} \times 100\% =$		
3	Процент пациентов с ХОБЛ, участвующих в Программе управления, за которыми ведется	Пациенты ХОБЛ, участвующие в ПУЗ, с динамическим наблюдением	Пациенты ХОБЛ, участвующие в ПУЗ	Должен стремиться к 100%

	динамическое наблюдение (дневник самонаблюд., план действий и т.п.)	Пац.с которыми ведется работа ————— X 100% = Все пац.ХОБЛ, занесен.в Регистр		
4	Процент пациент с ХОБЛ, участвующих в Программе и прошедших обучение в «Школе ХОБЛ».	Число пациентов ХОБЛ, прошедших школу ХОБЛ	Все пациенты ХОБЛ, участвующие в ПУЗ	Должен стремиться к 100%
		Пац., обучен.в школе ХОБЛ ————— X 100% = Все пац.ХОБЛ, занесен.в Регистр		
5	Процент пациентов с ХОБЛ, участвующих в ПУЗ, которые прекратили курить	Пациенты ХОБЛ, прекратившие курить в рамках ПУЗ	Все пациенты ХОБЛ, участвующие в ПУЗ	Должен стремиться к 100%
		Пац. ХОБЛ, прекр.курить ————— X 100% = Все пац.ХОБЛ, занесен.в Регистр		
6	Частота консультаций узких специалистов на одного пациента с ХОБЛ в год по данному заболеванию и его осложнениям.	Число консультаций специалистов / Число пациентов ХОБЛ, участвующих в ПУЗ = Консультаций/1пациента с ХОБЛ		Должно стремиться к единице и меньше
7	Процент пациентов с ХОБЛ, участвующих в Программе управления заболеванием, для которых разработан План борьбы с факторами риска.	Пациенты с ХОБЛ, участвующие в ПУЗ, имеющие План борьбы с факторами риска	Пациенты с ХОБЛ, участвующие в ПУЗ	Должен стремиться к 100%
8	Процент пациентов с ХОБЛ, за которыми ведется динамическое наблюдение, госпитализированных в стационар за год	Пациенты с ХОБЛ участвующие в ПУЗ, госпитализированные в стационар	Пациенты с ХОБЛ, участвующие в ПУЗ	Должен стремиться к 0%
		Пац., госпитализир.за год ————— X 100% = Все пац.ХОБЛ, занесен.в Регистр		
9	Процент пациентов, участвующих в Программе, имевших	Пациенты с ХОБЛ (ПУЗ), имевшие временную	Пациенты с ХОБЛ, участвующие в ПУЗ	Должен стремиться к 0%

	временную нетрудоспособность по поводу обострения ХОБЛ	нетрудоспособность в связи с обострением ХОБЛ		
		$\frac{\text{Пац.с времен.нетрудосп. за год}}{\text{Все пац.ХОБЛ, занесен.в Регистр}} \times 100\% =$		
10	Среднее число вызовов «скорой помощи» к пациентам с ХОБЛ, за которыми ведется динамическое наблюдение	Пациенты с ХОБЛ участвующие в ПУЗ, имевшие вызов «скорой помощи»	Пациенты с ХОБЛ, участвующие в ПУЗ	Должен стремиться к 0%
		$\frac{\text{Пац., с вызовами «скорой» по ХОБЛ}}{\text{Все пац.ХОБЛ, занесен.в Регистр}} \times 100\% =$		
11	Процент пациентов с ХОБЛ, получивших инвалидность	Пациенты с ХОБЛ участвующие в ПУЗ, получившие инвалидность за год	Пациенты с ХОБЛ, участвующие в ПУЗ	Должен стремиться к 0%
		$\frac{\text{Пац., получ.инвалидность}}{\text{Все пац.ХОБЛ, занесен.в Регистр}} \times 100\% =$		
12	Процент умерших пациентов с ХОБЛ	Число умерших пациентов ХОБЛ, участвующих в ПУЗ	Все пациенты ХОБЛ, участвующ. в ПУЗ	Стат. показатель
На уровне региона/республики				
1	Обеспеченность медицинской организацией компьютерными спирографами	Число медорганизаций ПМСП, имеющих компьютерный спирограф	Число всех медорганизаций ПМСП	Должен стремиться к 100%
2	Вовлеченность пациентов ХОБЛ в Программу управления заболеванием	Число пациентов с ХОБЛ, участвующих в ПУЗ	Число всех пациентов с ХОБЛ	20% с постепенным увеличением до 100%
3.	Уровень госпитализации больных ХОБЛ	Рассчитывается тыс.населения	РЦЭЗ на 100	Уменьшение в динамике
4.	Уровень выхода на инвалидность пациентов с ХОБЛ	Рассчитывается населения	РЦЭЗ на 100 тыс.	Уменьшение в динамике
5.	Уровень смертности пациентов с ХОБЛ	Рассчитывается тыс.населения	РЦЭЗ на 100	Уменьшение в динамике

6.	Показатель обеспеченности финансовых средств, выделенных в рамках АЛО, на 1 пациента с ХОБЛ (по регионам: район, область, города с республиканским значением).	Общая сумма средств, выделенных региону (ГРЗ) на лечение ХОБЛ, в рамках АЛО / Количество пациентов ХОБЛ, состоящих на учете в медицинских организациях ПМСП = тенге/1пациента ХОБЛ		Показатель для сравнения регионов и эффективности использования средств
7.	Соотношение средств на АЛО (показатель 6) к госпитализации больных ХОБЛ			
8.	Соотношение средств на АЛО (показатель 6) к показателю смертности от ХОБЛ			
9.	Соотношение средств на АЛО (показатель 6) к уровню вызовов «скорой помощи»			
	Соотношение средств на АЛО (показатель 6) к уровню стойкой нетрудоспособности по ХОБЛ			