



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЛТАЙСКОГО КРАЯ
(Минздрав Алтайского края)**

просп. Красноармейский, 95а, г. Барнаул, 656031
телефон: (3852) 62-77-66, факс: (3852) 62-93-38,
e-mail: krayzdrav@zdravalt.ru

16.10.2024 № 152/ЛПУ/4015

На № _____

Руководители краевых
медицинских организаций,
оказывающих первичную
медико-санитарную помощь

Уважаемые руководители!

Направляем Методические рекомендации по проведению скрининга для выявления хронической сердечной недостаточности у коморбидных пациентов, утвержденные на заседании Экспертной группы по терапии Министерства здравоохранения Алтайского края, протокол № 1 от 02.10.2024, для организации работы руководителей медицинских организаций, медицинских работников, операторов «Единой региональной информационно-справочной службы по единому номеру «122» по выявлению хронической сердечной недостаточности у состоящих на диспансерном наблюдении пациентов с сахарным диабетом, хронической обструктивной болезнью легких, после перенесенного инфаркта миокарда, с целью своевременного определения и коррекции осложнений основного заболевания для снижения смертности у данной категории пациентов.

Приложение: на 29 л. в 1 экз.

Заместитель министра



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 00F93D3F148B9621B9464CD9C43F62395E

Владелец **Белоцкая Наталья Ивановна**

Действителен с 27.05.2024 по 20.08.2025

Н.И. Белоцкая

**Министерство здравоохранения Алтайского края
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения « Клинико-
диагностический центр Алтайского края»**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ
СКРИНИНГА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ**

Версия 1 (02.10.2024)

Барнаул, 2024

Авторы:

Ефремушкина А.А., Бахарева И.В., Вахлова Ж.И., Пергаева Ю.С., Чуканова Н.В.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ СКРИНИНГА ДЛЯ
ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У
КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ** Версия 1 (XX.XX.2024) / Ефремушкина А.А.,
Бахарева И.В., Вахлова Ж.И., Пергаева Ю.С., Чуканова Н.В., – Б. XXXXX, 2024 – 29 с.

Методические рекомендации содержат расширенное описание основных этапов скрининга для выявления хронической сердечной недостаточности у пациентов с сахарным диабетом, хронической обструктивной болезнью легких, пациентов, перенесших инфаркт миокарда, ключевые роли участников в части организации процессов, скрипты разговоров оператора для проведения скрининга, шаблоны анкет, формы отчетов.

Методическое пособие рекомендуется изучить руководителям краевых медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в части организации процессов, а также врачебному и среднему медицинскому персоналам, которые реализуют непосредственно реализуют процесс диспансерного наблюдения коморбидных пациентов, операторам, которые непосредственно осуществляют обзвон и анкетирование пациентов при проведении скрининга на выявление хронической сердечной недостаточности у коморбидных пациентов.

Методическое пособие утверждено на заседании Экспертной группы по терапии Министерства здравоохранения Алтайского края, протокол № 1 от 02.10.2024.

СОДЕРЖАНИЕ

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ	4
1. ВВЕДЕНИЕ	5
2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ	10
3. АНКЕТЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ	15
4. ВЕДЕНИЕ РАЗГОВОРА ОПЕРАТОРАМИ С ПАЦИЕНТАМИ СЛУЖБЫ 122 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКРИНИНГА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ	18
5. ОТЧЕТЫ ПО ПРОВЕДЕНИЮ СКРИНИНГА НА ВЫВЛЕНИЕ ХСН У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ	24
6. СХЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ	27

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

- Ефремушкина А.А. – главный внештатный специалист по кардиологии Министерства здравоохранения Алтайского края
- Бахарева И.В. – консультант отдела организации медицинской помощи взрослым Министерства здравоохранения Алтайского края, главный внештатный специалист по терапии и главный внештатный специалист по пульмонологии Министерства здравоохранения Алтайского края
- Вахлова Ж.И. – главный врач КГБУЗ «Клинико-диагностический центр Алтайского края»
- Пергаева Ю.С. – заведующий эндокринологическим центром КГБУЗ «Клинико-диагностический центр Алтайского края»
- Чуканова Н.В. – врач-методист отдела организационно-методической работы КГБУЗ «Клинико-диагностический центр Алтайского края»

1. ВВЕДЕНИЕ

Настоящие методические рекомендации созданы для руководителей, медицинских работников, операторов «Единой региональной информационно-справочной службы по единому номеру «122» (далее – «Служба 122») краевых медицинских организаций для организации работы по выявлению хронической сердечной недостаточности (далее – ХСН) у коморбидных пациентов: с сахарным диабетом (далее – СД), хронической обструктивной болезнью легких (далее – ХОБЛ), после перенесенного инфаркта миокарда (далее – ИМ), состоящих на диспансерном наблюдении, с целью своевременного определения и коррекции осложнений основного заболевания для снижения смертности у данной категории пациентов.

ХСН является самым частым осложнением практически всех заболеваний сердечно-сосудистой системы. Она представляет собой не только важную медицинскую, но и серьезную социальную проблему, приводя к стойкой потере трудоспособности и значительному укорочению продолжительности жизни больных. Однолетняя смертность больных с клинически выраженной сердечной недостаточностью достигает 26–29 %, то есть за год в Российской Федерации умирает около 900 тысяч больных с сердечной недостаточностью. С рядом заболеваний, такими как СД 2 типа, ХОБЛ, состояние после перенесенного ИМ, ХСН сочетается и между ними существует двусторонняя патологическая причинно-следственная связь.

Таким образом, своевременное выявление и корректировка такого осложнения, как ХСН у пациентов с СД, ХОБЛ и состоянием после перенесенного ИМ, позволяет существенно повлиять на течение заболевания в сторону улучшения прогноза и увеличения продолжительности жизни пациента, а также откалибровать группы приоритизации коморбидных пациентов для эффективной организации диспансерного наблюдения.

Особенно важным представляется проактивное выявление ХСН у пациентов, не лояльных к рекомендациям лечащего врача, не приверженных к лечению, не регулярно посещающих медицинские организации в рамках диспансерного наблюдения.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» одной из основных задач развития здравоохранения в Российской Федерации является развитие персонализированной медицины. На данном этапе не представляется возможным обеспечить средствами мониторинга всех пациентов,

находящихся на диспансерном наблюдении, альтернативным решением может быть проведение скринингов путем анкетирования пациентов.

1.1. СД и ХСН

Сахарный диабет значительно увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Известно, что поражение сердечно-сосудистой системы у больных СД обусловлено развитием микро- и макроангиопатии, которые являются патогенетическим субстратом для развития миокардиодистрофии, ишемической болезни сердца, диастолической дисфункции, ХСН. Имеются также данные о том, что вклад в развитие ХСН при сахарном диабете вносит поражение автономной нервной системы. Длительное течение СД приводит также к возникновению диабетической автономной кардиальной нейропатии, что ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. Существует ряд ассоциированных с СД механизмов прогрессирования ХСН. Среди них – инсулинорезистентность и эндотелиальная дисфункция, нарушения системы гемостаза и гиперпродукция провоспалительных цитокинов, диабетическая нефропатия и кардиоваскулярная автономная нейропатия.

В свою очередь сердечная недостаточность – самое распространенное осложнение СД, самая частая причина госпитализаций и смерти людей с диабетом. Поэтому, говоря об улучшении прогноза пациентов с СД, необходимо обеспечить как своевременную постановку диагноза «сахарный диабет 2 типа», так и раннюю профилактику и своевременное выявление сердечно-сосудистых нарушений. Терапия пациентов с нарушением углеводного обмена должна основываться на комплексном подходе к профилактике кардиоренометаболических нарушений, которые развиваются почти одновременно. Сосудистые изменения начинают формироваться гораздо раньше, нежели ставится пациенту ставится диагноз «сахарный диабет 2 типа», уже через 5 лет после дебюта приблизительно у 70 % пациентов выявляются клинически значимые стадии сердечной недостаточности. Современные исследования доказывают, что ХСН у пациентов с СД возникает не на этапе атеросклеротического поражения сосудов, а намного раньше – сразу же после повреждения периферических артерий. Причем прогрессирование заболевания происходит независимо от типичных факторов риска, таких как гипертония и ишемическая болезнь сердца, поскольку СД 2 типа и ХСН имеют общие патогенетические факторы.

1.2. ХОБЛ и ХСН

Сочетание ХОБЛ и ХСН является частой клинической ситуацией. Частота ХСН при ХОБЛ по данным различных исследований составляет 10–20 %. Частота ХОБЛ при ХСН варьирует от 10 % до 50 %. Этот диссонанс вероятнее всего означает, что большая пропорция пациентов, включенных в COPD регистры, может иметь недиагностированную ХСН и это может частично объяснить почему значительная часть пациентов с ХОБЛ не получает кардиотропную терапию, но умирает от сердечно-сосудистых причин вместо прогрессирования респираторных заболеваний.

ХОБЛ и ХСН имеют общие факторы риска, такие как курение, возраст, дисфункция сосудистого эндотелия, а также прием некоторых лекарственных средств, повышающих симпатическую активность нервной системы, патофизиологические механизмы («кардиопульмональный континуум» и системное воспаление, активация нейрогуморальных систем). Негативное влияние ХОБЛ на почки реализуется через системные воспалительные реакции, прогрессирующие газовые расстройства, тканевую гипоксию, изменения гемодинамики, активацию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, расстройства водно-электролитного и кислотно-щелочного состояния, а также инфекционно-токсический компонент и длительную эндогенную интоксикацию, присущие патологии легких.

Установлены патогенетические механизмы формирования сердечной недостаточности у больных ХОБЛ:

развитие легочной гипертензии и морфофункциональные изменения правого желудочка и формирование хронического легочного сердца (острая и хроническая гипоксемия, легочная вазоконстрикция, ремоделирование легочного сосудистого русла), влияние на левый желудочек вторично в результате межжелудочковых взаимодействий;

формирование сочетанного поражения левого и правого желудочков: гипоксия, воспаление, оксидативный стресс, активация нейрогуморальных систем (САС, РААС) с прямым цитотоксическим воздействием на кардиомиоциты (апоптоз, ишемия, перегрузка кальцием, структурное и электрическое ремоделирование);

влияние гиперинфляции и эмфиземы на правый и левый желудочки (уменьшение внутрисердечных объемов, гипертрофия, диастолическая дисфункция).

Установлены и патогенетические механизмы нарушения респираторных функций у больных ХСН – задержка жидкости, застой в малом круге кровообращения с интерстициальным и перибронхиальным

отеком, которые приводят к: механической обструкции бронхиол на фоне увеличения интерстициального давления (обструктивные изменения); уменьшению легочных объемов (рестриктивные изменения); повышению бронхиальной реактивности; уменьшению диффузионной способности легких.

Сочетание ХОБЛ и ХСН сопровождается увеличением вероятности развития декомпенсации ХСН и риска летального исхода по сравнению с изолированным течением ХОБЛ. Основными причинами смерти пациентов с сочетанной патологией явились дыхательная недостаточность и сердечно-сосудистые осложнения. По результатам 12-летнего наблюдения G.Testa et al. (2016) смертность среди пациентов с диагнозом ХСН составила 68,6 %, ХОБЛ – 56,9 %, при сочетании ХОБЛ и ХСН – 86,2 %.

1.3. ОИМ и СН

Сердечная недостаточность является частым осложнением инфаркта миокарда. Рост числа таких больных происходит за счет большей выживаемости больных с острым коронарным синдромом. Постинфарктные пациенты характеризуются повышенным риском развития повторных ИМ, внезапной смерти, сердечной недостаточности. В первые 6 месяцев после ИМ развивается более 70 % от общего числа нефатальных сердечно-сосудистых осложнений и регистрируется около 50 % случаев смерти от сердечно-сосудистых причин, а в первый месяц число сердечно-сосудистых осложнений в 10 раз превышает ежемесячное среднее их количество в течение последующего года.

В зависимости от временной последовательности возникновения ИМ и развития сердечной недостаточности выделяются три клинических проявления, различающихся по патофизиологии, клиническим характеристикам и результатам: начало сердечной недостаточности во время проявления ИМ, во время госпитализации по поводу ИМ и после выписки.

Сердечная недостаточность, развивающаяся после госпитализации по поводу ИМ, является следствием гибели кардиомиоцитов и образования рубцов, что запускает хроническую нейрогуморальную активацию (повышение регуляции ренин-ангиотензин-альдостерона и симпатической нервной системы) и ремоделирование желудочков. Ремоделирование желудочков изменяет геометрию желудочков и приводит к истончению стенок, ишемической митральной регургитации и дальнейшей потере кардиомиоцитов. Развитие сердечной недостаточности после выписки из больницы встречается очень часто – примерно у 13 % пациентов через 30 дней и у 20-30 % через 1 год после выписки по поводу ИМ. Частота

возникновения сердечной недостаточности после выписки из ИМ наиболее высока в первые месяцы, а затем снижается и остается стабильной на уровне 1,3-2,2 % в год. Развитие сердечной недостаточности после ИМ оказывает значительное влияние на исходы. У пациентов с анамнезом ИМ развитие сердечной недостаточности увеличивает общий риск смертности в три раза, а сердечно-сосудистую смертность в четыре раза.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

2.1. Общие подходы к организации проведения скрининга для выявления ХСН у коморбидных пациентов

В медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению для проведения скрининга для выявления ХСН у коморбидных пациентов руководителем:

определяется ответственное лицо за данный раздел работы;

осуществляется контроль над данным разделом работы с использованием отчетов, содержащихся в разделе 5 настоящих методических рекомендаций;

организовывается актуализация персональных данных пациентов в региональной медицинской информационной системе (далее – РМИС) при любом контакте их со специалистами медицинской организации (телефонный разговор с пациентом, посещение пациента на дому, посещение пациентом поликлиники по поводу заболевания, профилактического осмотра и т.д.

обеспечиваются необходимые ресурсы для проведения скрининга оператором Службы 122, в том числе:

доступ к РМИС с возможностью:

выгрузки списков с ХОБЛ и пациентов после перенесенного ИМ давностью 1 и 6 месяцев;

записи пациентов на прием к врачам-специалистам и диагностические исследования с наличием свободных слотов в расписании;

доступ к ресурсу «Допрег» <https://dopreg.dcak.ru/dopreg/> : для выгрузки списков пациентов с сахарным диабетом, фиксирования результатов скрининга в Регистре пациентов с СД.

Для проведения скрининга каждой категории коморбидных пациентов используется соответствующая анкета, содержащаяся в разделе 3 настоящих методических рекомендаций.

При общении с пациентом оператору необходимо использовать алгоритмы разговора или речевые модули, содержащиеся в разделе 4 настоящих методических рекомендаций, что позволяет грамотно выстроить ответы, следовать логической линии ведения диалога.

В случае отказа от диалога по инициативе пациента или отсутствии ответа на звонки, необходимо внести комментарий и передать информацию ответственному лицу медицинской организации.

При выявлении неактуальных, либо отсутствующих данных по пациенту (не указан номер телефона, не внесен СНИЛС, ошибки в ФИО и пр.), оператор передает информацию ответственному лицу медицинской организации.

Ежедневное количество пациентов, подлежащих обзвону оператором, составляет 50-70 человек.

Если при анкетировании набранное количество баллов свидетельствует об отсутствии риска ХСН продолжается диспансерное наблюдение пациента в соответствии с диагнозом (СД, ХОБЛ, состояние после перенесенного ИМ).

В случае, если набранное количество баллов свидетельствует о риске ХСН пациент записывается оператором на прием к врачу и необходимые диагностические исследования. Если наличие ХСН после обследования подтверждается:

вносятся соответствующие данные о пациенте с СД в регистр, о пациентах с ХОБЛ и после перенесенного ИМ – в РМИС;

пациент записывается на прием в Центр ХСН КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер».

Анкетирование всей диспансерной группы необходимо проводить до его завершения у всех пациентов, списки пациентов с подтвержденной ХСН передаются в Центр ХСН КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер».

Схемы проведения скрининга для выявления ХСН у коморбидных пациентов содержатся в разделе 6 настоящих методических рекомендаций.

2.2. Организация проведения скрининга для выявления ХСН у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с СД

Осуществляется выгрузка списка пациентов с СД для проведения скрининга на ХСН из информационного ресурса «Допрег».

Анкетирование проводится оператором с использованием анкеты, содержащейся в подразделе 3.1. настоящих методических рекомендаций.

При общении с пациентом используется алгоритм разговора, содержащийся в подразделе 4.1. настоящих методических рекомендаций.

В случае набора менее 24 баллов при анкетировании в информационной системе для оператора формируется подсказка «не нуждается в медицинской помощи». Риск ХСН у пациента отсутствует, в медицинской организации продолжается диспансерное наблюдение с СД.

При наборе по итогам анкетирования 24 балла и более у пациента выявляется риск ХСН и оператору на основании ответов в анкете предлагается записать пациента к врачу, на исследования и процедуры.

При согласии пациента прийти на прием к врачу, на ЭКГ и сдачу анализов, оператор делает запись на прием к терапевту/кардиологу, на ЭКГ, на определение уровня натрийуретического пептида, креатинина. В случае отсутствия возможности провести данные исследования на площадке медицинской организации прикрепления, пациент записывается на забор крови, а направление биологического материала для проведения исследований осуществляется с учетом действующих схем маршрутизации.

Если после проведенных обследований ХСН не подтверждается, то в медицинской организации продолжается диспансерное наблюдение с СД.

В случае подтверждения ХСН:

вносятся соответствующие данные в регистр пациентов с СД;

продолжается диспансерное наблюдение пациента с СД;

пациента записывают на прием в Центр ХСН КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер»;

ревизируется группа приоритизации коморбидного пациента для эффективной организации диспансерного наблюдения.

2.3. Организация проведения скрининга для выявления ХСН у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с ХОБЛ

Осуществляется выгрузка списка пациентов с ХОБЛ для проведения скрининга на ХСН из РМИС.

Анкетирование проводится оператором с использованием анкеты, содержащейся в подразделе 3.2. настоящих методических рекомендаций.

При общении с пациентом используется алгоритм разговора, содержащийся в подразделе 4.2. настоящих методических рекомендаций.

В случае набора менее 24 баллов при анкетировании в информационной системе для оператора формируется подсказка «не нуждается в медицинской помощи». Риск ХСН у пациента отсутствует, в медицинской организации продолжается диспансерное наблюдение с ХОБЛ.

При наборе по итогам анкетирования 24 балла и более у пациента выявляется риск ХСН и оператору на основании ответов в анкете предлагается записать пациента к врачу, на исследования и процедуры.

При согласии пациента прийти на прием к врачу, на ЭКГ и сдачу анализов, оператор делает запись на прием к терапевту/кардиологу, на ЭКГ, на определение уровня натрийуретического пептида, креатинина. В случае отсутствия возможности провести данные исследования на площадке медицинской организации прикрепления, пациент записывается на забор крови, а направление биологического материала для проведения исследований осуществляется с учетом действующих схем маршрутизации.

Если после проведенных обследований ХСН не подтверждается, то в медицинской организации продолжается диспансерное наблюдение с СД.

В случае подтверждения ХСН:

вносятся соответствующие данные о пациенте с ХОБЛ в РМИС;

продолжается диспансерное наблюдение пациента с ХОБЛ;

пациента записывают на прием в Центр ХСН КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер»;

ревизируется группа приоритизации коморбидного пациента для эффективной организации диспансерного наблюдения.

2.4. Организация проведения скрининга для выявления ХСН у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с ИМ давностью 1 и 6 месяцев

Осуществляется выгрузка списка пациентов после перенесенного ИМ давностью 1 и 6 месяцев (каждый пациент анкетировается дважды по истечению 1 и 6 месяцев после перенесенного ИМ) для проведения скрининга на ХСН из РМИС.

Анкетирование проводится оператором с использованием анкеты, содержащейся в подразделе 3.3. настоящих методических рекомендаций.

При общении с пациентом используется алгоритм разговора, содержащийся в подразделе 4.3. настоящих методических рекомендаций.

В случае набора менее 16 баллов при анкетировании в информационной системе для оператора формируется подсказка «не нуждается в медицинской помощи». Риск ХСН у пациента отсутствует, в медицинской организации продолжается диспансерное наблюдение с ХОБЛ.

При наборе по итогам анкетирования 23 балла и более у пациента выявляется риск ХСН и нуждаемость пациента в оказании неотложной медицинской помощи, и оператору на основании ответов в анкете предлагается вызвать к пациенту врача на дом.

Оператор после информирования пациента передает информацию ответственному лицу в медицинской организации для принятия решения о посещении пациента на врачом на дому или вызове бригады неотложной медицинской помощи к пациенту.

Если после проведенных обследований ХСН не подтверждается, то в медицинской организации продолжается диспансерное наблюдение после перенесенного ИМ.

В случае подтверждения ХСН:

вносятся соответствующие данные о пациенте после перенесенного ИМ в РМИС;

продолжается диспансерное наблюдение пациента после перенесенного ИМ;

пациента записывают на прием в Центр ХСН КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер»;

ревизируется группа приоритизации коморбидного пациента для эффективной организации диспансерного наблюдения.

3. АНКЕТЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

3.1. Анкета с оценкой в баллах для проведения скрининга для выявления ХСН у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с СД

Вопрос/признак	Ответ/значение	Баллы
Возраст пациента учитывается автоматически.	40 лет и старше	1
Пол пациента учитывается автоматически.	Мужской пол	9
Ваш вес? Для автоматического подсчета индекса массы тела (далее – ИМТ).	Если индекс массы тела более 30 (ИМТ = вес в килограммах разделить на рост в метрах в квадрате)	3
Ваш рост? Для автоматического подсчета ИМТ.		
Курите ли вы?	Да	5
Испытывали ли вы учащенное сердцебиение или неприятные удары сердца в течение последних 3 месяцев?	Да	12
Беспокоила ли вас одышка во время физической нагрузки в течение последних 3 месяцев? (например, во время быстрой ходьбы, подъема в гору\ на этаж).	Да	4
В последние 3 месяца беспокоило ли вас чувство тяжести в ногах, или боль в ногах при ходьбе, которые проходили в покое?	Да	2
Стала ли ваша одышка больше при небольшой физической нагрузке, чем 3 месяца назад?	Да	3
За последний год стали ли вы чувствовать себя хуже? (одышка, утомляемость, плохая переносимость бытовых нагрузок - работа по дому, подъем по лестнице)	Да	4
Задается в случае положительного ответа на предыдущий вопрос. Как вы думаете, пройдет ли данное состояние?	Нет	3
При наборе 24 баллов и более: запись на ЭКГ, определение уровня натрийуретического пептида, креатинина, запись к врачу-терапевту\кардиологу для подтверждения диагноза ХСН и лечения		

3.2. Анкета с оценкой в баллах для проведения скрининга для выявления ХСН у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с ХОБЛ

Вопрос/признак	Ответ/значение	Баллы
Возраст пациента учитывается автоматически.	40 лет и старше	1
Пол пациента учитывается автоматически.	Мужской пол	9
Ваш вес? Для автоматического подсчета индекса массы тела (далее – ИМТ).	Если индекс массы тела более 30 (ИМТ = вес в килограммах разделить на рост в метрах в квадрате)	3
Ваш рост? Для автоматического подсчета ИМТ.		
Курите ли Вы?	Да	5
Испытывали ли вы учащенное сердцебиение или неприятные удары сердца в течение последних 3 месяцев?	Да	12
Беспокоил ли вас какой-либо дискомфорт в груди во время физической нагрузки в течение последних 3 месяцев? (например, во время быстрой ходьбы, подъема в гору\на этаж).	Да	4
В последние 3 месяца беспокоило ли вас чувство тяжести в ногах, или боль в ногах при ходьбе, которые проходили в покое?	Да	2
Стала ли ваша одышка больше при небольшой физической нагрузке, чем 3 месяца назад?	Да	3
За последний год стали ли вы чувствовать себя хуже? (усиление одышки, дискомфорт в груди, утомляемость, плохая переносимость бытовых нагрузок - работа по дому, подъем по лестнице)	Да	4
Задается в случае положительного ответа на предыдущий вопрос. Как вы думаете, пройдет ли данное состояние?	Нет	3
При наборе 24 баллов и более: запись на ЭКГ, определение уровня натрийуретического пептида, креатинина, запись к врачу-терапевту\кардиологу для подтверждения диагноза ХСН и лечения		

3.3. Анкета с оценкой в баллах для проведения скрининга для выявления ХСН у пациентов с перенесенным ИМ давностью 1 и 6 месяцев

Вопрос/признак	Ответ/значение	Баллы
Возраст пациента учитывается автоматически.	≤45 лет	1
	46–49 лет	2
	50–69 лет	2
	70–79 лет	6
	≥80 лет	10
Измеряли ли Вы частоту сердечных сокращений (пульс), какое значение?	< 50	1
	50–69	3
	70–99	4
	≥100	7
Можете ли вы пройти пешком 1 квартал по ровной поверхности?	Не могу из-за одышки при ходьбе	4
	Могу, но появляется одышка	2
	Могу без проблем	1
	Не могу из-за наличия других причин (болят ноги, не хочу и т.д.)	4
Изменились ли у вас такие симптомы, как повышенная усталость, одышка в покое, или отеки лодыжек по сравнению с 2 неделями ранее?	Стало намного хуже, чем было раньше	3
	Не изменилось ничего	2
	Стало лучше, чем было 2 недели назад	2
	Стало намного лучше	1
	У меня не было таких симптомов	1
Насколько сильно беспокоили вас отеки стоп, лодыжек или голеней в течение последних 2 недель?	Очень сильно	3
	Немного беспокоили	2
	Совсем не беспокоили	1
	У меня не было отеков	1
При наличии от 16 баллов и более: запись к врачу-терапевту; 23 балла и более: посещение врачом-терапевтом на дому/вызов бригады неотложной помощи		

4. ВЕДЕНИЕ РАЗГОВОРА ОПЕРАТОРАМИ С ПАЦИЕНТАМИ СЛУЖБЫ 122 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКРИНИНГА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

4.1. Алгоритм разговора оператора при проведении скрининга для выявления ХСН у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с СД

Оператор: «Здравствуйте, оператор Татьяна, Служба 122, Поспелихинская ЦРБ. Иван Иванович, Вы состоите на диспансерном наблюдении с сахарным диабетом, Вы не возражаете, если я задам Вам несколько вопросов, чтобы выявить, нет ли у Вас осложнений? Вам удобно сейчас говорить?» (в случае утвердительного ответа, продолжить заполнение анкеты, при отрицательном ответе уточнить: «Во сколько могу позвонить Вам сегодня?» и совершить звонок в указанное время. В случае, если пациент не ответил на звонок, поставить статус в анкете «не заполнена»).

Пациент: «Да, удобно».

Оператор: «Скажите, пожалуйста, Ваш вес?».

Пациент: «80».

Оператор: «Ваш рост?».

Пациент: «172».

Вес и рост фиксируются для автоматического подсчета индекса массы тела.

Автоматически учитываются возраст и пол пациента.

Оператор: «Курите ли Вы?».

Пациент: «Нет».

Оператор: «Испытывали ли Вы учащенное сердцебиение или неприятные удары сердца в течение последних 3 месяцев?».

Пациент: «Нет».

Оператор: «Беспокоила ли Вас одышка во время физической нагрузки в течение последних 3 месяцев (например, во время быстрой ходьбы, подъема в гору\ на этаж)?».

Пациент: «Да».

Оператор: «В последние 3 месяца беспокоило ли Вас чувство тяжести в ногах, или боль в ногах при ходьбе, которые проходили в покое?».

Пациент: «Нет».

Оператор: «Стала ли ваша одышка больше при небольшой физической нагрузке, чем 3 месяца назад?».

Пациент: «Да».

Оператор: «За последний год стали ли Вы чувствовать себя хуже (одышка, утомляемость, плохая переносимость бытовых нагрузок : работа по дому, подъем по лестнице)?».

Пациент: «Да».

Следующий вопрос задается в случае положительного ответа на предыдущий вопрос.

Оператор: «Как Вы думаете, пройдет ли данное состояние?».

Пациент: «Нет».

В ситуации, когда оператору на основании ответов в анкете предложено записать пациента к врачу, на исследования и процедуры, оператор продолжает диалог следующим образом:

Оператор: «Иван Иванович, давайте я запишу Вас на прием в медицинскую организацию?»

Пациент: «Запишите».

Оператор: «Пару минут, не кладите трубку... Спасибо за ожидание, записала Вас на ЭКГ 2 сентября, время по талону: 08:15, на сдачу крови, время по талону: 08:45 и к врачу терапевту/кардиологу на 3 сентября 2024 года, время по талону: 14:15, кабинет № 200, Пospелихинская ЦРБ. Адрес: ул. Коммунистическая, 51а. Записали информацию?»

Пациент: «Да, записал. Спасибо».

Оператор: «Иван Иванович, до свидания!»

4.2. Алгоритм разговора оператора при проведении скрининга для выявления ХСН у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с ХОБЛ

Оператор: «Здравствуйте, оператор Татьяна, Служба 122, Пospелихинская ЦРБ. Иван Иванович, Вы состоите на диспансерном наблюдении с хронической обструктивной болезнью легких, Вы не возражаете, если я задам Вам несколько вопросов, чтобы выявить, нет ли у Вас осложнений? Вам удобно сейчас говорить?» (в случае утвердительного ответа, продолжить заполнение анкеты, при отрицательном ответе уточнить: «Во сколько могу позвонить Вам сегодня?» и совершить звонок в указанное время. В случае, если пациент не ответил на звонок, поставить статус в анкете «не заполнена»).

Пациент: «Да, удобно».

Оператор: «Скажите, пожалуйста, Ваш вес?».

Пациент: «80».

Оператор: «Ваш рост?».

Пациент: «172».

Вес и рост фиксируются для автоматического подсчета индекса массы тела.

Автоматически учитываются возраст и пол пациента.

Оператор: «Курите ли Вы?».

Пациент: «Нет».

Оператор: «Испытывали ли Вы учащенное сердцебиение или неприятные удары сердца в течение последних 3 месяцев?».

Пациент: «Нет».

Оператор: «Беспокоил ли Вас какой-либо дискомфорт в груди во время физической нагрузки в течение последних 3 месяцев (например, во время быстрой ходьбы, подъема в гору\ на этаж)?».

Пациент: «Да».

Оператор: «В последние 3 месяца беспокоило ли Вас чувство тяжести в ногах, или боль в ногах при ходьбе, которые проходили в покое?».

Пациент: «Нет».

Оператор: «Стала ли ваша одышка больше при небольшой физической нагрузке, чем 3 месяца назад?».

Пациент: «Да».

Оператор: «За последний год стали ли Вы чувствовать себя хуже (одышка, дискомфорт в груди, утомляемость, плохая переносимость бытовых нагрузок: работа по дому, подъем по лестнице)?».

Пациент: «Да».

Следующий вопрос задается в случае положительного ответа на предыдущий вопрос.

Оператор: «Как Вы думаете, пройдет ли данное состояние?».

Пациент: «Нет».

В ситуации, когда оператору на основании ответов в анкете предложено записать пациента к врачу, на исследования и процедуры, оператор продолжает диалог следующим образом:

Оператор: «Иван Иванович, давайте я запишу Вас на прием в медицинскую организацию?»

Пациент: «Запишите».

Оператор: «Пару минут, не кладите трубку... Спасибо за ожидание, записала Вас на ЭКГ 2 сентября, время по талону: 08:15, на сдачу крови, время по талону: 08:45 и к врачу терапевту/кардиологу на 3 сентября 2024 года, время по талону: 14:15, кабинет № 200, Поспелихинская ЦРБ. Адрес: ул. Коммунистическая, 51а. Записали информацию?»

Пациент: «Да, записал. Спасибо».

Оператор: «Иван Иванович, до свидания!»

4.3. Алгоритм разговора оператора при проведении скрининга для выявления ХСН у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с после перенесенного ИМ давностью 1 и 6 месяцев

Оператор: «Здравствуйте, оператор Татьяна, Служба 122, Пospelихинская ЦРБ. Иван Иванович, Вы состоите на диспансерном наблюдении после перенесенного инфаркта миокарда, Вы не возражаете, если я задам Вам несколько вопросов, чтобы выявить, нет ли у Вас осложнений? Вам удобно сейчас говорить?» (в случае утвердительного ответа, продолжить заполнение анкеты, при отрицательном ответе уточнить: «Во сколько могу позвонить Вам сегодня?» и совершить звонок в указанное время. В случае, если пациент не ответил на звонок, поставить статус в анкете «не заполнена»).

Пациент: «Да, удобно».

Оператор: «Скажите, пожалуйста, измеряли ли Вы частоту сердечных сокращений (пульс), какое получили значение?».

Пациент: «80».

Автоматически учитывается возраст пациента.

Оператор: «Можете ли вы пройти пешком 1 квартал по ровной поверхности?».

Пациент: «Могу, но появляется одышка».

Оператор: «Изменились ли у вас такие симптомы, как повышенная усталость, одышка в покое, или отеки лодыжек по сравнению с 2 неделями ранее?».

Пациент: «Не изменилось ничего».

Оператор: «Насколько сильно беспокоили вас отеки стоп, лодыжек или голеней в течение последних 2 недель?».

Пациент: «Нет».

В ситуации, когда оператору на основании ответов в анкете предложено записать пациента к врачу, на исследования и процедуры, оператор продолжает диалог следующим образом:

Оператор: «Иван Иванович, давайте я запишу Вас на прием в медицинскую организацию?»

Пациент: «Запишите».

Оператор: «Пару минут, не кладите трубку... Спасибо за ожидание, записала Вас к врачу терапевту/кардиологу на 3 сентября 2024 года, время по талону: 14:15, кабинет № 200, Пospelихинская ЦРБ. Адрес: ул. Коммунистическая, 51а. Записали информацию?»

Пациент: «Да, записал. Спасибо».

Оператор: «Иван Иванович, до свидания!»

В ситуации, когда оператору на основании ответов в анкете предложено вызвать пациенту врача на дом, оператор продолжает диалог следующим образом:

Оператор: «Иван Иванович, давайте я передам информацию о Вас, чтобы запланировать визит к Вам врача сегодня?»

Пациент: «Передавайте».

Оператор: «Пару минут, не кладите трубку... Спасибо за ожидание, сегодня Вас посетит врач Пospelихинской ЦРБ, пожалуйста, ожидайте!»

Пациент: «Да, спасибо».

Оператор: «Иван Иванович, до свидания!»

4.4. Алгоритм диалога с третьим лицом

Оператор: «Здравствуйте, оператор Татьяна, Пospelихинская ЦРБ. Иван Иванович, Вы состоите на диспансерном наблюдении с сахарным диабетом (в иных случаях: хронической обструктивной болезнью легких, после перенесенного инфаркта миокарда), Вы не возражаете, если я задам Вам несколько вопросов, чтобы выявить, нет ли у Вас осложнений? Вам удобно сейчас говорить?».

Пациент: «Здравствуйте, я супруга пациента, Анна Владимировна. Отвечу за Ивана Ивановича, у него плохой слух, он не может говорить по телефону».

Оператор: «Анна Владимировна, хорошо. Задам Вам ряд вопросов... (оператор следует вопросам в анкете, задает их последовательно)».

Уточняет у третьего лица можно ли внести его номер телефона в качестве контактного, при утвердительном ответе делает это в медицинской информационной системе.

Предлагаемые анкетированием выводы озвучивает третьему лицу. Алгоритм диалога аналогично алгоритму разговора с пациентом.

4.5. Общие правила телефонного разговора для оператора:

Следите за интонацией своего голоса. Не разваливайтесь на стуле, общаясь по телефону. Когда человек лежит или полусидит, меняется угол диафрагмы и изменяется тембр его голоса. Поэтому собеседник, даже не видя вас, «услышит», что вы лежите.

Представляйтесь по телефону. Важно всегда называть организацию, отделение и имя оператора.

Приветствуйте собеседника максимально доброжелательно и энергично. Недопустимы фразы: «Алло! Але! Да!».

При совершении исходящего звонка, не говорите «Вас беспокоит...» или «Вас тревожит...». Говоря человеку, что вы его тревожите (беспокоите), вы формируете у него нежелательную установку к себе, к организации и своему звонку.

Нужно говорить: «Здравствуйте, Вас приветствует (Вам звонит) сотрудник (врач, медицинская сестра, диспетчер, оператор) Пospelихинская ЦРБ, Татьяна...».

При совершении исходящего звонка, спросите, может ли абонент говорить с вами. «Иван Иванович, Вам удобно говорить?»

Задавайте вопросы пациенту, точно следуя анкете.

Если собеседник что-то не расслышал, повторите вопрос.

При общении с пациентом, не ведите диалог с собеседниками вне телефонного разговора (с коллегами, например).

В случае необходимости уточнения информации, произнесите фразу: «Пару минут, оставайтесь на линии, я уточню...». Во время паузы в диалоге выключите полностью громкость микрофона, чтобы собеседник не слышал посторонние звуки. После возвращения в диалог, произнесите: «Спасибо за ожидание...».

Во время диалога недопустимо принимать пищу, жевать жевательную резинку, рассасывать конфеты. Допускается сделать глоток воды.

По завершению диалога попрощайтесь с пациентом: «Всего доброго», «До свидания».

5. ОТЧЕТЫ ПО ПРОВЕДЕНИЮ СКРИНИНГА НА ВЫВЛЕНИЕ ХСН У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

5.1. Отчет по проведению скрининга на выявление ХСН у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с СД

За период									За день						
Всего пациентов в с СД в регистре	Обзвонено пациентов		Заполнено анкет		Выявлено пациентов с риском ХСН			Записано на прием врача-терапевта/кардиолога		Обзвонено пациентов	Заполнено анкет	Выявлено пациентов с риском ХСН	Записано пациентов на:		
	Абс.	% от всех пациентов с СД в регистре	Абс.	% от обзвоненных пациентов	Абс.	% от заполненных анкет	% от всех пациентов в регистре с СД	Абс.	% от выявленных рисков ХСН				Прием врача-терапевта /кардиолога	ЭКГ	Анализ крови

5.2. Отчет по проведению скрининга на выявление ХСН у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с ХОБЛ

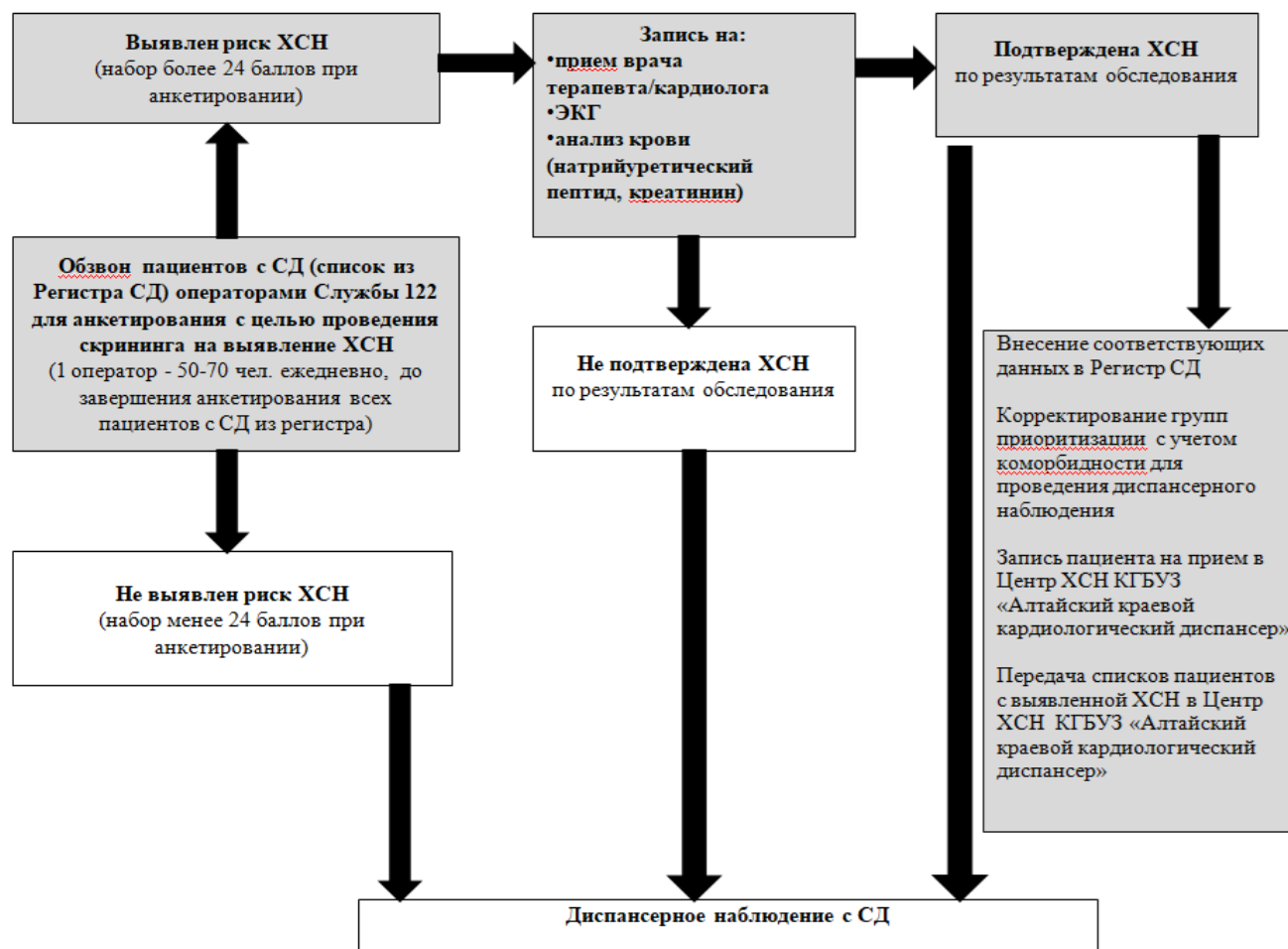
За период									За день						
Всего пациентов в с СД в регистре	Обзвонено пациентов		Заполнено анкет		Выявлено пациентов с риском ХСН			Записано на прием врача-терапевта/кардиолога		Обзвонено пациентов	Заполнено анкет	Выявлено пациентов с риском ХСН	Записано пациентов на:		
	Абс.	% от всех пациентов с СД в регистре	Абс.	% от обзвоненных пациентов	Абс.	% от заполненных анкет	% от всех пациентов в в регистре СД	Абс.	% от выявленных рисков ХСН				Прием врача-терапевта /кардиолога	ЭКГ	Анализ крови

5.3. Отчет по проведению скрининга на выявление ХСН у проведения скрининга на выявление ХСН у пациентов с перенесенным ИМ давностью 1 и 6 месяцев

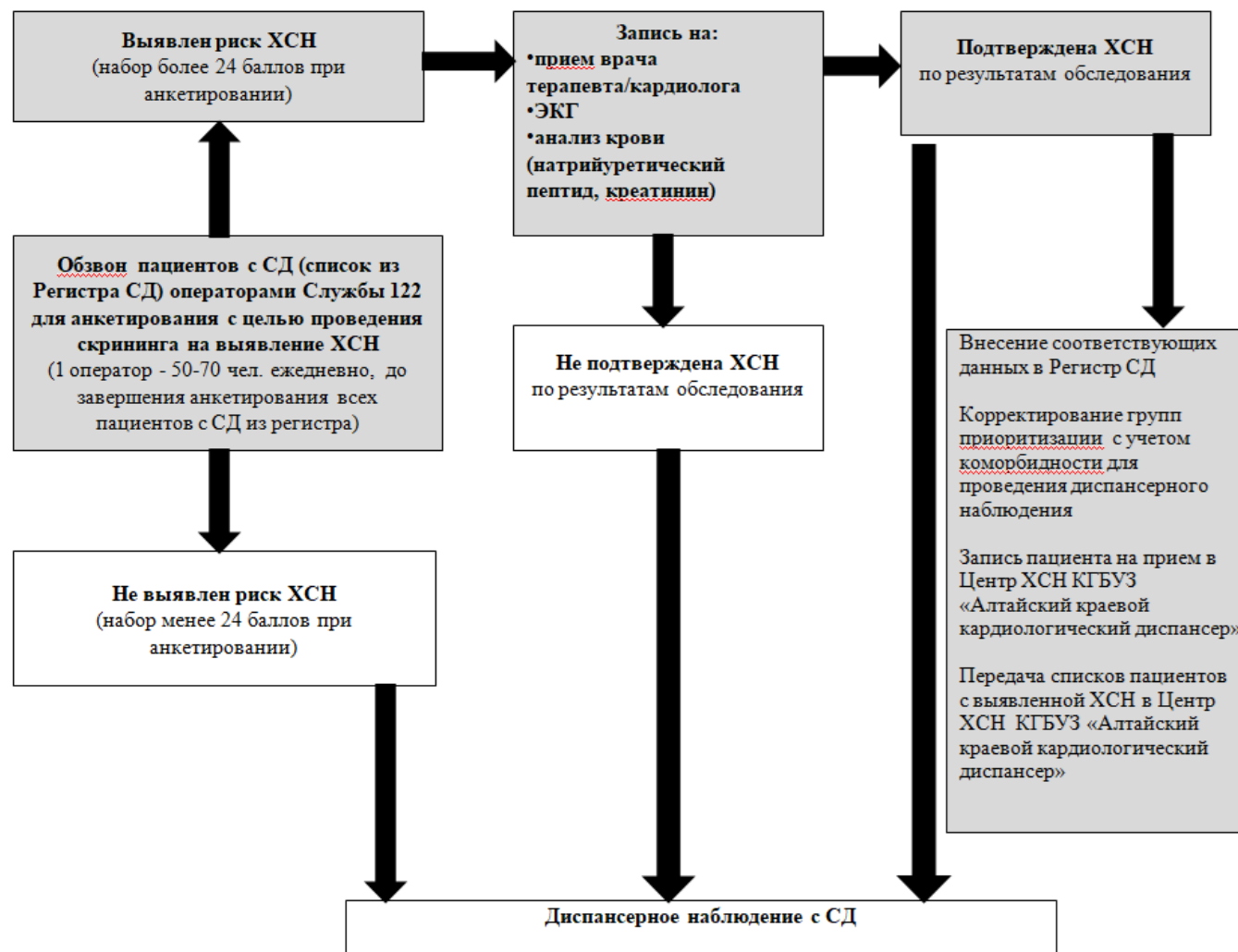
За период										За день						
Всего пациенто в с перенесе нным ИМ в регистре	Обзвонено пациентов		Заполнено анкет		Выявлено пациентов с риском ХСН			Записано на прием врача- терапевта/ка рдиолога		Вызван врач на дом/ бригада неотложной помощи		Обзво нено пацие нтов	Запол нено анкет	Выявл ено пациен тов с риском ХСН	Записа но на прием врача- терапев та/кар диолог а	Вызван на дом/ бригада неотлож ной помощи
	Абс.	% от всех пацие нтов с СД в регист ре	Абс.	% от обзвоне нных пациент ов	Абс.	% от заполн енных анкет	% от всех пациентов в регистре СД	Абс.	% от выявл енных риско в ХСН	Абс.	% от выявле нных рисков ХСН					

6. СХЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

6.1. Схема проведения скрининга для выявления ХСН у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с СД



6.2. Схема проведения скрининга для выявления ХСН у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с ХОБЛ



6.3. Схема проведения скрининга для выявления ХСН у пациентов, с перенесенным ИМ давностью 1 и 6 месяцев

