

УДК 616.248-036.65.001.18 : 368.371 : 616-08-0.39.57

© С. С. Солдатченко, С. Г. Донич, Ю. В. Рачко, Я. В. Беседа, 2009.

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В РЕГИОНЕ (НА ПРИМЕРЕ АВТОНОМНОЙ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ)

С. С. Солдатченко, С. Г. Донич, Ю. В. Рачко, Я. В. Беседа

Крымское республиканское учреждение «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии имени И.М. Сеченова», г. Ялта

ORGANIZATION OF AMBULATORY MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA IN REGION (ON EXAMPLE OF THE AUTONOMOUS CRIMEA REPUBLIC)

S. S. Soldatchenko, S. G. Donich, Y. V. Rachko, Y. V. Beseda

SUMMARY

Methodological approaches to organization of regional pulmonologic medico-rehabilitation center (PMRC) are stated in the work. It is shown, that the new approach to organization of medical care for the patients with bronchial asthma in the Autonomous Crimea Republic consists in all diagnostic, therapeutic, prophylactic, rehabilitation, information and educational programmes realization in one specialized establishment (PMRC). As a result the patients with bronchial asthma adherence to medical treatment and disease control get better.

ОРГАНІЗАЦІЯ АМБУЛАТОРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В РЕГІОНІ (НА ПРИКЛАДІ АВТОНОМНОЇ РЕСПУБЛІКИ КРИМ)

С. С. Солдатченко, С. Г. Доніч, Ю. В. Рачко, Я. В. Беседа

РЕЗЮМЕ

В роботі були висловлені методологічні підходи до організації регіонального пульмонологічного лікувально-реабілітаційного центру (ПЛРЦ). Показано, що новим в організації надання медичної допомоги хворим на бронхіальну астму в Автономній Республіці Крим з'явилося здійснення в одній спеціалізованій установі (ПЛРЦ) всього комплексу діагностичних, лікувальних, профілактичних, реабілітаційних, інформаційних і освітніх програм. В результаті подібних заходів у хворих на бронхіальну астму поліпшуються прихильність до лікування і контроль захворювання.

Ключові слова: медицинская помощь, бронхиальная астма.

До настоящего времени амбулаторному лечению различных заболеваний уделяется недостаточно внимания [2]. Существенно, что стремление врача госпитализировать больного, равно как и желание пациента попасть в стационар, во многом объясняются именно низким качеством оказания помощи в поликлинике. С другой стороны, около 30% пациентов необоснованно госпитализируются [6]. Что касается бронхиальной астмы (БА), то по данным Национального Института фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского АМНУ, в Украине заболевание не диагностируется вовремя у 90% больных и, как следствие, эти пациенты не получают надлежащего ухода и лечения. Речь, прежде всего, идет о поликлинической сети, где до сих пор приходится сталкиваться с гиподиагностикой БА, назначением таких малоэффективных лекарственных средств, как антигистаминные препараты, препараты теofilлина или кромогликоевой кислоты [5].

Изложенное выше явилось основанием для проведения специальных мероприятий по улучшению

качества оказания медицинской помощи пульмонологическим больным на этапе амбулаторного лечения. Для этого при участии Крымского республиканского НИИ им.И.М.Сеченова в 2002 году на базе Военно-медицинской службы ГУ СБУ в АРК организован пульмонологический лечебно-реабилитационный центр (ПЛРЦ), основными задачами которого были определены:

1. Создание и внедрение единого регистра больных БА (долговременный банк данных), содержащего информацию, позволяющую анализировать структуру заболеваемости по степени тяжести, проводить ретроспективную оценку эффективности разных схем базисной терапии, определять потребность в фармакологических препаратах.

2. Разработка и внедрение образовательных программ для врачей общего профиля, врачей школ и дошкольных учреждений, среднего медицинского персонала по диагностике, лечению и контролю БА.

3. Осуществление постоянной связи с лечебными и научными медицинскими учреждениями,

распространение информации о новых способах диагностики и лечения астмы среди врачей практического здравоохранения.

4. Участие в организации и работе семинаров, конференций, симпозиумов по проблемам БА.

5. Создание информационной базы по противоастматическим лекарственным средствам, пополнение этой информации путем контакта с аптечной сетью города и области; широкое информирование врачей общего профиля, пациентов об имеющихся в аптеках лекарственных препаратах.

6. Поставка для медицинских учреждений Автономной Республики Крым небулайзеров и препаратов, необходимых для лечения обострений БА в условиях поликлиник, а также при оказании скорой медицинской помощи.

7. Консультации впервые выявленных больных с целью обследования и уточнения диагноза, определения тяжести БА, составления плана и объема лечения.

8. Определение показаний для проведения специальных методов обследования (фибробронхоскопии, компьютерной томографии органов грудной клетки, проведения провокационных проб и проб с бронхолитиками при спирографии, а также кожных проб с аллергенами).

9. Привитие больному навыков самоведения, обучение правилам пользования ингаляторами, спейсером, пикфлоуметром, небулайзером.

10. Коррекция проводимого лечения при повторных посещениях больного.

11. Участие в ведении больных БА в особых ситуациях (беременность, плановое оперативное лечение и т.д.).

12. Формирование приверженности больных к лекарственному лечению. Индивидуальное обучение больных на приеме врача или в «Астма-школе».

13. Оказание больным БА при необходимости неотложной помощи, а при ее неэффективности – направление в стационар.

В штат ПЛРЦ вошли 3 врача-пульмонолога, врач функциональной диагностики, врач-аллерголог, специалист-психолог и специалист-реабилитолог с высшим образованием (выпускники факультета рекреации и реабилитации Таврического национального университета), 3 медицинские сестры. Наряду с назначением медикаментов больным назначались небулизированные растворы глюкокортикостероидов (суспензии ФЛИКСОТИД™ и ПУЛЬМИКОРТ®), и бронхолитиков (раствор ВЕНТОЛИН™ небулы™) через компрессорные ингаляторы Pari Master с небулайзерами LL (фирма PARI GmbH, Германия). Проводилась респираторная кинезитерапия с помощью флаттеров VRP-2 (дыхательный тренажер фирмы PARI GmbH, Германия) и устройств для создания положительного давления на выдохе PEP-2 (дыхательный тренажер фирмы PARI GmbH, Германия). Больные обеспечивались программами

дозированных физических нагрузок (велоэргометры, терренкуры) и курсами психологического (поведенческого) воздействия.

Следует подчеркнуть, что в настоящее время особое внимание уделяется согласованности действий всех медицинских работников – организаторов здравоохранения, пульмонологов, терапевтов, семейных врачей, профпатологов, врачей ВТЭК и страховых компаний – в процессе постановки диагноза, оценки тяжести, лечения и реабилитации больных БА. Такой подход соответствует концепции интегрированной медицинской помощи, сформулированной Всемирной Организацией Здравоохранения в 2001 г. [9].

В связи с этим в 2004 г. приказом министра здравоохранения АРК на базе Симферопольского ПЛРЦ была организована Республиканская специализированная пульмонологическая врачебно-консультативная комиссия (ВКК), вошедшая таким образом в единую систему медицинской помощи больным хроническими заболеваниями легких. При этом улучшилась преемственность в звеньях стационар – поликлиника – медико-социальная экономическая комиссия (МСЭК) благодаря текущему анализу соответствия медицинских документов объективному статусу пациентов, а также оценке эффективности базисной терапии и объема реабилитационных мероприятий у пациентов, направляемых на экспертизу нетрудоспособности. В состав комиссии вошли врачи-специалисты высшей категории по пульмонологии, фтизиатрии и экспертной деятельности, а также главный терапевт Министерства здравоохранения АРК. Такой состав комиссии дал возможность наиболее точно формулировать диагноз с указанием степени тяжести и стадии заболевания, выраженности функциональных нарушений, а также определять основания для признания статуса инвалида в соответствии с нормативными документами МСЭК. При необходимости для верификации диагноза, мониторинга показателей внешнего дыхания и проведения дифференциальной диагностики пациентов направляли в специализированное пульмонологическое отделение с последующим повторным осмотром.

В 2004-2008 гг. Республиканской специализированной пульмонологической ВКК проконсультировано 1538 пациентов, включая 885 больных БА (57,5%). При этом достигнуто снижение интенсивного показателя первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста, страдающих хроническими заболеваниями легких с 2,9 на 10 тысяч населения в 2003 г. до 1,7 в 2008 г. (по Украине – 1,9 и 2,1 соответственно). Что касается больных БА, то если в 2004 г. инвалидами были признаны 69,8% направленных на ВКК пациентов, то в 2008 г. этот показатель снизился до 39,1%.

Для информационного обеспечения внедрения разработанных лечебно-профилактических программ в практическое здравоохранение АРК проводились республиканские научно-практические конференции, тренинги с врачами-пульмонологами.

В целях повышения эффективности диагностики и лечения больных БА посредством систематизации современных, основанных на принципах доказательной медицины, подходов к тактике ведения больных и унификации оптимальных режимов лечебно-диагностического процесса нами издан тематический номер журнала «Крымский медицинский формуляр» (2008 г., №16). Обучение врачей методам диагностики и лечения БА, изложенным в этом документе, позволило стандартизировать медицинские подходы, для того, чтобы в любом лечебно-профилактическом учреждении АРК больной БА мог получить одинаково квалифицированную и адекватную медицинскую помощь.

Важным в работе ПЛРЦ явилось оказание не только разносторонней методологической помощи врачам поликлинической службы по диагностике и лечению БА, но и решение вопросов прогнозирования при этом заболевании. Чтобы добиться контролируемого, т.е. благоприятного для больного течения БА, следует на этапе амбулаторного лечения предпринять ряд организационных мероприятий, которые бы позволили вовремя выявлять наступление обострения заболевания, что является решением задачи прогнозирования. Кроме этого, принципиальное значение имеет назначение адекватного лекарственного лечения, позволяющего достичь максимально благоприятного результата лечения заболевания. Врач должен предложить больному такое лечение, чтобы достичь контролируемого течения БА [273]. Поэтому уместно заранее знать, какой исход лечения возможен в конкретном клиническом случае, т.е. спрогнозировать результат лечения. Установленный прогноз обострения и исхода лечения заболевания в значительной мере способен заранее определить стратегию и тактику лечения на предсказанный период. Именно поэтому для прогнозирования обострений и исходов лечения БА на амбулаторном этапе нами разработаны прогностические математические модели [3].

Следующим важным моментом в работе ПЛРЦ стало формирование приверженности больных к лекарственному лечению. Известно, что контроль БА зависит не только от точности постановки диагноза и правильности подбора лечения, но и от того, насколько пациент ответственно выполняет предписания врача. В последние годы принципиально изменились подходы к участию больных в лечебном процессе, которые предполагают, что пациент должен быть активным участником собственного лечения.

С другой стороны, сформировать у больного приверженность к лечению возможно только при достаточно длительном контакте с ним, что можно осуществить на амбулаторном этапе в условиях ПЛРЦ. Многие авторы указывают, что формирование приверженности к лечению у пациента требует проведения специальных мероприятий [1, 7]. Первым важным направлением работы с больными БА явилось внедрение образовательных программ. Необходимость этого признается и подчеркивается всеми международными и национальными документами, посвященными организации помощи пациентам с БА [4, 8].

Одним из новых подходов к ведению больных БА явилось их обучение в «Астма-школе», которая была открыта в ПЛРЦ в 2005 г. Цель обучения пациентов: обеспечение пациентов информацией о заболевании, о принципах медикаментозной терапии, о важности мониторинга собственного состояния с использованием индивидуальных пикфлоуметров и приемам оказания самопомощи при ухудшении самочувствия. За 4 года обучение в школе прошли 565 человек. Как правило, больные БА начинали посещать занятия в «Астма-школе» через 3-5 дней после выхода из обострения заболевания (5 занятий продолжительностью около 1 часа каждое). Контроль полученных знаний осуществлялся лечащим врачом при помощи тестов. По окончании обучения каждому больному был составлен письменный индивидуальный план лечения в соответствии с требованиями GINA-2006 [8].

Обучение пациентов было направлено на достижение взаимопонимания, обучение методам самоконтроля, выработку навыков пользования препаратами, возможность их гибкого дозирования. Слушателям объяснялся порядок оформления льготных рецептов на препараты. Больной и медицинский работник регулярно оценивали эффективность лечения, навыки самоведения а также обсуждали опасения пациента, связанные с лечением.

К обучению пациентов привлекались все члены медицинской команды (врачи, специалисты, медсестры). Обсуждение, демонстрации, групповые занятия и инсценировки помогали больным приобрести навыки самоведения. Индивидуальные методы выбирались с учетом культурного уровня и личных особенностей пациента.

После завершения «Астма-школы» для постоянного контакта с пациентом и поддержания его приверженности к лечению применялся такой организационный инструмент, как регулярные телефонные звонки – 1 раз в 2 недели на протяжении года. Телефонный разговор велся по определенному сценарию, согласно которому выяснялось, насколько пациент придерживался назначенного лечения, а также подчеркивалась необходимость его строгого

соблюдения. Такая организация оказания пульмонологической помощи в регионе (АРК) позволила за 4 года существенно снизить выход на инвалидность больных БА, направленных на ВКК: с 69,8% (2004 г.) до 39,1% (2008 г.). В свою очередь, плановое лечение в ПЛРЦ в сравнении с другими лечебными учреждениями АРК, а также постоянная работа с пациентами снизили ежегодные количество обострений болезни в 1.8 раз, количество госпитализаций – в 1.7 раз, дней пребывания в стационаре – в 2 раза и на амбулаторном лечении – в 2.2 раза, дней нетрудоспособности – в 2.5 раза и количество вызовов скорой помощи – в 3.4 раза.

Ведение больных БА в условиях ПЛРЦ, где применялось стандартное лекарственное лечение и дополнительные организационные мероприятия, приводило к существенному улучшению качества жизни (КЖ) пациентов. Это выразилось в увеличении всех параметров КЖ в 2.4-2.8 раза в сравнении с пациентами, лечившимися в других медицинских учреждениях. Полученные данные совпадают с общими результатами оказания амбулаторной помощи больным БА в нескольких регионах России. Так, В.А. Кондурцев и соавт. [5] показали, что лишь постоянная работа с пациентами в городском амбулаторном «Астма-центре» способна снизить показатели госпитализации и вызовов скорой медицинской помощи.

Таким образом, новым в организации оказания медицинской помощи больным БА в АРК явилось то, что в одном специализированном учреждении (ПЛРЦ) осуществляется весь комплекс диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных, информационных, образовательных, формирующих у пациентов приверженность к лечению, обеспечивающих контроль лечения и прочих мероприятий как для врачей, так и для пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белевский А.С. Взгляд на пациента с точки зрения пациента: исследование INSPiRE [Текст] / А.С. Белевский // *Consilium medicum*. – 2007. – № 3. – С.40-44.
2. Галкин В.А. Национальный проект «Здоровье» и задача повышения профессиональной компетентности терапевта поликлиники [Текст] / В.А. Галкин // *Тер. архив*. – 2008. – № 1. – С.6-9.
3. Дониц С.Г. Условия организации лечения и качество жизни больных бронхиальной астмой [Текст] / С.Г.Дониц // *Астма та алергія*. – 2008. – №1-2. *Материалы II Национального Астма-Конгресса*. – С.80.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» від 19.03.2007 р. № 128. Киев: [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ifp.kiev.ua/> . – Заголовок с экрана.
5. Оптимизация лечения больных бронхиальной астмой на амбулаторном и госпитальном этапах в Самарской области [Текст] / В.А.Кондурцев, В.И.Кулаев, О.В.Мищенко, Л.С.Федосеева // *Тер. архив*. – 2008. – № 1. – С.20-23.
6. Элькис И.С. К вопросу совершенствования работы участкового терапевта по оказанию неотложной помощи на догоспитальном этапе [Текст] / И.С.Элькис // *Тер. архив*. – 2007. – № 1. – С.13-14.
7. Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPiRE study [Text] / M. Partridge [et al.] // *BMC Pulmonary Medicine*. – 2006. – №6. – P.6-13.
8. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2006. [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.ginasthma.com/Guidelineitem>. – Заголовок с экрана.
9. World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action. Revised 2006. Geneva. [Electronic resource]. – Режим доступа: <http://www.who.int2>. – Заголовок с экрана.