С. С. Солдатченко, С. Г. Донич, И. П. Игнатонис, И. Г. Ульченко, О. Б. Тимченко

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХОЗЛ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

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

ХОЗЛ занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидизации и смертности населения. Однако сложившаяся в нашей стране система здравоохранения не всегда способна оперативно реагировать на появление новых технологий в обследовании и лечении больных ХОЗЛ, особенно на амбулаторно-поликлиническом этапе. Для улучшения качества оказания медицинской помощи пульмонологическим больным 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 ХОЗЛ, 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 и среднего медицинского персонала по диагностике и лечению ХОЗЛ.

3. Создание информационной базы по 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.

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

5. 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).

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

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

8. Оказание больным ХОЗЛ при необходимости неотложной помощи, а при ее неэффективности — направление в стационар.

В штат ПЛРЦ вошли 3 врача-пульмонолога, врач функциональной диагностики, врач-аллерголог, психолог и специалист-реабилитолог. Наряду с назначением медикаментов больным назначались небулизированные растворы глюкокортикостероидов и бронхолитиков через компрессорные ингаляторы Pari Master с небулайзерами LL. Проводилась респираторная кинезитерапия с помощью флаттеров VRP-2 и устройств PEP-2 для создания положительного давления на выдохе. 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, лечении и реабилитации больных ХОЗЛ. Такой подход соответствует концепции интегрированной медицинской помощи, сформулированной Всемирной Организацией Здравоохранения в 2001 г. 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. В состав комиссии вошли врачи-специалисты высшей категории по пульмонологии, фтизиатрии и экспертной деятельности, а также главный терапевт МЗ 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.

В 2004–2008 гг. Республиканской специализированной пульмонологической ВКК проконсультировано 2685 пациентов, включая 1584 больных ХОЗЛ (58,9 %). При этом достигнуто снижение интенсивного показателя первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста, страдающих хроническими заболеваниями легких с 2,4 на 10 тысяч населения в 2004 г. до 1,0 в 2009 г. (по Украине — 1,9 и 1,7 соответственно). Что касается больных ХОЗЛ, то если в 2004 г. инвалидами были признаны 69,8 % направленных на ВКК пациентов, то в 2009 г. этот показатель снизился до 38,1 %.

Одним из новых подходов к ведению больных ХОЗЛ явилось их обучение в «ХОЗЛ-школе», которая была открыта в ПЛРЦ в 2005 г. За 5 лет обучение в школе прошли 635 человек. Как правило, больные ХОЗЛ начинали посещать занятия в «ХОЗЛ-школе» через 3–5 дней после выхода из обострения заболевания (5 занятий продолжительностью около 1 часа каждое). После завершения «ХОЗЛ-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 ХОЗЛ, 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 2,7 раза, количество госпитализаций — в 2,5 раза, продолжительность амбулаторного лечения — в 2,1 раза.

Таким образом, новым в организации оказания медицинской помощи больным ХОЗЛ 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.