

Ю. М. Мостовой, Г. В. Демчук, Н. С. Слепченко, Л. В. Распутіна, О. М. Моцюк ОЦІНКА СОЦІАЛЬНИХ ІНІЦІАТИВ У ПІДВИЩЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Проблема ефективності діяльності лікаря та медичних установ завжди була, є і буде актуальною як для суспільства в цілому, так і для системи охорони здоров'я зокрема. Для цього розроблена низка показників та критеріїв.

Наприклад, смертність, інвалідність, тривалість ліжко/дня, захворюваність та ряд інших менш відомих, інколи нами самими створених, або запозичених у когось аби чи то виправдати ситуацію, що склалась, чи навпаки драматизувати її, в залежності від вимог моменту.

Ми обрали свій індикатор оцінок якості надання допомоги хворим на бронхіальну астму (БА), а саме поточного залучення хворих до участі у соціальному проекті "Оранж Кард" (надалі проект, програма), що був ініційований компанією ГлаксоСмітКляйн в 2009 році.

Згідно програми, хворим на бронхіальну астму (БА) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) надавалась можливість придбати один з найефективніших у світі препаратів для лікування цих захворювань сальметерол/флютиказон за суттєво ліберальною ціною, що була в 4 рази нижчою від задекларованої раніше. Враховуючи мізерну державну підтримку даної категорії хворих, це був по справжньому вагомий внесок в надання допомоги хворим цими важкими захворюваннями. Одночасно з цим проводилась освітня діяльність серед лікарів України з питань діагностики та лікування обструктивних захворювань легень. До участі у семінарах було залучено близько 8000 лікарів у всіх регіонах держави.

Поряд з розглядом клінічних питань, лікарів інформували щодо програми, таким чином була створена майже ідеальна ситуація. Лікар, озброєний найсучаснішими знаннями. Високоєфективний препарат за доступною ціною продається в аптечній мережі. Справа залишається за малим – переконати пацієнта придбати його і тим самим призупинити прогресування захворювання.

Після низки освітніх заходів лікарі явно активізували свою діяльність, в результаті чого до програми було залучено 82 000 хворих на БА та ХОЗЛ. З них дорослих хворих на БА було 57766 чол. (70,4 %), дорослих хворих на ХОЗЛ – 18 361 (22,4 %), дітей з БА 3482 (4,2 %).

Як свідчать наші дані, дорослі хворі на БА значно краще, ніж дорослі хворі на ХОЗЛ, відповідають на поради та рекомендації лікарів стосовно застосування базисної терапії. Це можна пояснити, в першу чергу, тим, що БА, в порівнянні з ХОЗЛ, перебігає більш агресивно, загострення БА мають більш яскраву маніфестацію. ХОЗЛ лише на фінальній стадії суттєво "лякає" хворих, тому вони тривалий час нехтують рекомендаціями лікарів.

Хоча серед слухачів освітніх семінарів домінували лікарі загальної практики та сімейної медицини, їх було 90 %, пульмонологів, алергологів було лише 10 %, але серед ініціаторів

призначення флютиказон/сальметеролу спостерігалась діагностично протилежна картина. Пульмонологи та алергологи залучили до проекту 70–80 % пацієнтів, в той час як терапевти — 20–30 %. Однією з причин, що пояснює даний факт, є те, що лікарі загальної практики, незважаючи на отримані знання, з певною обережністю відносяться до призначення базисної терапії. Ще однією можливою причиною може бути те, що пацієнти з БА, по-перше, частіше звертаються до пульмонологів, алергологів, ніж до терапевтів, крім того вони більше довіряють рекомендаціям та порадам вузьких спеціалістів, ніж лікарям загальної практики.

Зважаючи на те, що до програми було залучено близько 70000 пацієнтів БА, що складає по нашим розрахункам 32 % від усіх, що знаходяться на диспансерному обліку, ми можемо робити аналіз (хоча й неоднозначний, хоча й дискусійний), результати якого в певній мірі відображають якість курації даного контингенту хворих.

Залучення хворих БА до програми суттєво різнилось в різних регіонах країни. Найкраще приєдналися до проекту пацієнти, що проживають в Київській області (59 %), Республіці Крим (54 %), Запорізьській області (47 %). Найгірше долучались до проекту пацієнти, що проживають в Сумській, Закарпатській (11 %), Чернігівській (14 %) областях.

Якщо в середньому в державі до проекту залучено 32 % хворих БА, то цей показник будемо вважати задовільним. І саме він має стати орієнтиром в проведенні подальшого аналізу. Чому показник 32 % ми вважаємо задовільним? Частина хворих має інтермітуючу БА, що не потребує комбінованої терапії. Частина хворих має легку персистуючу БА і користується монотерапією інгаляційними глюкокортикостероїдами. Частина хворих має середню та важку БА, але не контактує з лікарями, лікуються швидкодіючими лікарськими засобами. Частина хворих, вірогідно, надає перевагу іншим комбінованим препаратам.

Отже, якщо показник залучення до проекту менше 30 %, то цей показник ми можемо розглядати як незадовільний, як індикатор того, що в регіоні мають місце певні проблеми в організації допомоги хворим на БА.

На механізм залучення хворого до проекту впливає низка факторів та причин. Їх, з нашої точки зору, можна згрупувати у 3 ключові компоненти:

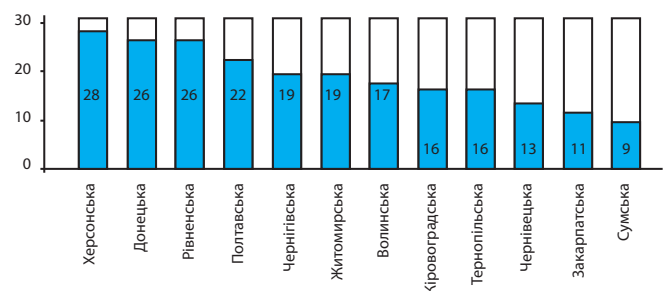


Рис. 1. Перелік регіонів, в яких охоплення проекту менше 30 %

1. Економічна компонента (нестача коштів, економія коштів навіть за умови ліберизації цін).

2. Медична компонента (низька поширеність захворювань, недостатня забезпеченість фахівцями, непереконливість лікаря, що дає рекомендації, порушення діалогу лікар-пацієнт).

3. Ментальна компонента (самостійна відміна препарату після перших тижнів позитивного ефекту, нерозуміння субстрату хвороби через низьку культуру та інтелект, стероїдофобія, інгаляторофобія).

Тепер послідовно аналізуватимемо кожну з них аби з'ясувати, що найвагомніше здатне вплинути на приєднання пацієнта до сучасного базисного лікування.

Роль економічної компоненти

Економічна компонента, з нашої точки зору, не відіграє суттєвого значення в залученні хворих БА до проекту (табл. 1).

Цей висновок ми зробили після порівняння частки осіб, що залучені до проекту з наявним прибутком на одну особу на місяць в регіонах. Виявилось, що показник наявного прибутку на одну особу в Черкаській області практично однаковий з таким у Сумській та Кіровоградській областях, а охоплення проектом хворих БА в Кіровоградській області в 2,5 рази, а в Сумській в 4 рази менше ніж в Черкаській області. В той же час, показник прибутку на одну особу в Донецькій області більший ніж в Черкаській, а охоплення програмою на 13 % менше.

Таблиця 1

Залучення до програми в регіонах у порівнянні з прибутком на одну особу в місяць

Області	Охоплення програмою (%)	Наявний прибуток на одну особу в місяць в (грн)*
Черкаська	39	1270,90
Донецька	26	1820,57
Кіровоградська	16	1138,10
Закарпатська	11	938,40
Сумська	9	1253,70

* – <http://www.ukrstat.gov.ua/>

Медична компонента

Для встановлення ролі медичної компоненти ми співставили поширеність БА в регіонах, забезпеченість пульмонологом та алергологом з охопленням хворих БА програмою (табл. 2).

Поширеність БА в районах принципово не відрізнялась щодо забезпеченості лікарями-спеціалістами, є певні відмінності. Але, як це не парадоксально, і вони не впливали на

показник охоплення, а свідчили про відсутність закономірностей в цій паралелі порівняння. Так, Черкаська і Кіровоградська області однаково забезпечені пульмонологом та алергологом, а осіб, що користуються базисною терапією при допомозі проекту в Кіровоградській області на 12 % менше, ніж в Черкаській області. В Донецькій області, в порівнянні з Черкаською, лікарів спеціалістів в 2,5 рази більше, а залучення до проекту менше.

Кількість аптек, що працюють з проектом принципово не впливала на охоплення ним. Так, наприклад, у Вінницькій області з проектом співпрацює 20 аптек, а в Дніпропетровській — 120, а показник охоплення однаковий — 33 %. В Донецькій області з проектом працює 48 аптек, в Черкаській області — всього 7, а показник охоплення проектом в Черкаській області більший ніж в Донецькій області на 12 %.

Певні висновки можна також зробити, співставивши частку застосування швидкодіючих препаратів з часткою охоплення хворих програмою. В ряді областей, наприклад, Чернівецькій, Вінницькій охоплення програмою помірне, а кількість хворих, що користуються швидкодіючими ліками мала. Однозначно пояснити цю ситуацію неможливо. З одного боку, якщо продається мала кількість швидкодіючих препаратів, то в них немає потреби, то немає таких хворих. Але це протирічить світовій статистиці. Значить вони є, але вони не користуються навіть швидкодіючими ліками, а лікуються невідомо чим, або взагалі не лікуються, бо проектом ці регіони охоплені помірно, а інші базисні препарати продаються ще в меншій кількості. Як пояснити ситуацію, коли хворі регіону добре залучені до проекту, але швидкодіючі препарати там продаються у великій кількості. Знову ж таки однозначного пояснення немає. З нашої точки зору, основну масу швидкодіючих ліків купляють ті пацієнти, що не попали під диспансерний облік, тобто це не виявлена астма, або ті пацієнти, що мають астму, контактують з лікарем, але чи то лікар невірно доносить до хворого основну ідею лікування, або ж пацієнт знехтував порадою фахівця.

Доказом цього положення є аналіз продажу сальметеролу/флутиказону за програмою. Виявилось, що більшість дорослих хворих на БА замість 12 упаковок на рік купують лише 3-4 упаковки, а пацієнти дитячого віку 2-3 упаковки.

Особистісна компонента

Таким чином можна підвести підсумок, якщо економічна та медична компоненти не є вирішальними в питанні прихильності хворих БА до базисної терапії, то вирішальна роль в цьому належить особистісній компоненті. Логічним є розділення особистісної компоненти на дві складові. Одна, що характеризує лікаря, друга, що характеризує пацієнта. Від їх співвідношення залежить успіх, або неуспіх курації хворих на БА та інших захворювань людини. Існують різні методи оцінки особистісної ком-

Таблиця 2

Епідеміологічні показники у співставленні з участю у програмі

Регіони України	Залучено до програми у (%)	Поширеність БА на 100 тис. населення	Забезпечення пульмонологами на 10 тис. населення	Забезпечення алергологами на 10 тис. населення	Смертність від БА на 100 тис. населення
Черкаська	39%	516,4	0,06	0,05	0,5
Донецька	26%	445,3	0,12	0,23	0,7
Кіровоградська	16%	463	0,04	0,06	0,8
Сумська	9%	373,9	0,10	0,15	0,3
Закарпатська	11%	449,8	0,39	0,07	0,2

поненти – саме вони здатні після опитування та застосування спеціальних шкал перетворити якісні, емоційні показники в кількісні, і на основі цього оцінювати роль «людського» фактору в проблемі лікування даного контингенту хворих.

Проведена нами робота носить «пілотний» пошуковий характер, ми лише розпочали анкетування, тому не можемо запропонувати результати. Ознайомимо Вас лише з певними фрагментами з того матеріалу, що зараз в роботі.

Лікарів ми умовно розділили на 3 категорії.

Перша (А) — це ті, що мають ґрунтовні знання про астму, вміють переконливо вести діалог, користуються авторитетом у хворих.

Друга (В) — мають фрагментарні знання, діалог ведуть не дуже переконливо.

Третя (С) — знають, що таке захворювання, як астма є, але що з ним робити не знають, вести діалог не можуть.

Хворих ми також розділили на 3 категорії.

Перша (А) — це ті, що розуміють, що астма потребує тривалого лікування, з розумінням відносяться до рекомендацій лікаря, акуратно їх виконують.

Друга (В) — лікуються періодично, порушують рекомендації лікаря, не завжди дисципліновані стосовно свого захворювання.

Третя (С) — не розуміють свого захворювання, не дисципліновані, рекомендації лікаря не беруть до уваги.

Тепер ми можемо створювати можливі партнерські комбінації і прогнозувати, що з цього вийде. Наприклад, є реальна ситуація: лікар категорії А, займається пацієнтом категорії А. Успіх гарантований. Але, якщо лікар категорії А займається пацієнтом категорії С, вірогідність успіху — "0". Так само буде, якщо пацієнт категорії А, на своє щастя натрапить на лікаря категорії С: вірогідність успіху — "0". Інші варіанти моделюйте самі і Ви переконаєтесь, що варіантів невдач у наших пацієнтів дещо більше, ніж варіантів удач.

А тепер запропонуємо думки лікарів про хворих і думки хворих про лікарів, які ми отримали в результаті опитування 39

хворих, що припинили застосовувати сальметерол/флютиказон.

Основні думки лікарів, чому пацієнт не лікується правильно.

1. Мають низький інтелект, погано розуміють, що ми їм говоримо, мають низьку культуру.

2. Бояться тривалий час застосовувати інгаляційні кортикостероїди, взагалі бояться "балончиків" – інгаляцій, не вірять, що треба лікуватись постійно.

3. Відмовляються від базисної терапії, при стабілізації стану, надають перевагу швидкодіючим β_2 -агоністам.

Основні думки пацієнтів, чому вони не виконують рекомендації лікарів

1. Не зрозумів, що лікуватись треба постійно, бо лікар погано пояснив.

2. Не вірю, що лікуватись треба постійно

3. Боюсь гормонів і "балончиків".

4. Стало краще, навіщо приймати ліки?

Заключення

Залучення пацієнтів БА та ХОЗЛ до програми "Оранжевий Кард" — це реальна можливість надати їм якісну допомогу препаратом, що є світовим лідером у лікуванні хронічних обструктивних захворювань легень.

Економічна компонента не є вирішальною в питаннях придбання сальметеролу/флютиказону та схильності до лікування.

Ключовою особою в формуванні схильності до лікування при хронічних обструктивних захворюваннях легень є лікар-спеціаліст (пульмонолог, алерголог), який пацієнта має: Навчати! Переконувати! Виховувати!

Основними пунктами в діалозі з пацієнтом має бути:

- а) розвінчання міфів про стероїдо- та інгаляторофобію;
- б) тлумачення положення про хронічний запальний процес та необхідність його тривалого лікування;
- в) різке зниження якості життя, інвалідизація при відмові від сучасного лікування.