

УРОКИ, ИЗВЛЕЧЕННЫЕ ИЗ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ: ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Давид Беран, Луи Лутан, Аида Абдраимова, Гульгун Мурзалиева
Медицинский факультет, Женевский Университет, Женева, Швейцария
Центр анализа политики здравоохранения, Бишкек, Кыргызстан

Резюме: В данной статье рассматриваются соответствующие требованиям наблюдения хронических неинфекционных заболеваний на примере предыдущих исследований сахарного диабета в Кыргызстане. Хронические неинфекционные заболевания являются основной причиной заболеваемости и смертности в Кыргызстане. В настоящее время лечение хронических неинфекционных заболеваний является одной из серьезнейших проблем, с которой, сталкивается система здравоохранения во всем мире, и каждая система здравоохранения должна найти решение, адаптированное к местным условиям.

На таком периоде обострение хронических заболеваний, можно заключить, что медицинское образование в Кыргызстане нуждается в оптимизации.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ӨНӨКӨТ ООРУЛАРДЫ ДАРЫЛООДОН АЛЫНГАН САБАКТАР: МЕДИЦИНАЛЫК БЕЛИМ БЕРҮҮГӨ ТИЙГИЗГЕН ТАСИРИ

Давид Беран, Луи Лутан, Аида Абдраимова, Гульгун Мурзалиева
Женева университети, медициналык факультети, Женева, Швейцария
Саламаттык сактоо саясатынын анализи борбору, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду: Өнөкөт жугуштуу эмес оорулар бүткүл дүйнөдө анын ичинде Кыргызстанда дартка чалдыгууга жана өлүмгө алып келген негизги себептердин бири болуп эсептелет. Маалыматтар көрсөткөндөй, бүгүнкү күндө өнөкөт жугуштуу эмес ооруларды дарылоо олуттуу маселелердин бири болуп калууда, бул көйгөй менен бүткүл дүйнөдөгү саламаттык сактоо системасы бет келишүүдө, ошондуктан ар бир саламаттык сактоо системасы бул маселени жергиликтүү шарттарга ылайык келе тургандай чечүүсү керек. Бул макалада «Кант диабети» боюнча Кыргызстанда мурда жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн жыйынтыктарынын мисалында өнөкөт жугуштуу эмес ооруларды талаптагыдай кароо үчүн зарыл болгон элементтер каралат. Кыргызстанда өнөкөт жугуштуу эмес ооруларда жардам берүүнүн бир кыйла начар элементтери болуп «Бейтапты окутуу жана анын мүмкүнчүлүктөрүн кенейтүү» жана «Дарылоодо жолун жолдоочулук» экендиги көрсөтүлөт. Өнөкөт оор абалдар көбөйгөн ушундай мезгилде Кыргызстандагы медициналык билим берүү оптималдаштырууга муктаж деген жыйынтык чыгарсак болот. Көп тармактар боюнча окутууну жакшыртуу, клиникалык көндүмдөрдөн жеке инсандык мамиленин көндүмдөрүнө чейин, анын ичинде коомдук саламаттык сактоо маселелерине окутуунун зарылдыгы талап кылынат. Медициналык билим берүү системасындагы өзгөрүүлөр жана кайра куруулар саламаттык сактоо системасында өнөкөт жугуштуу эмес оорулар учурунда жардам берүүнү уюштурууга өз таасирин тийгизбей койбойт.

LESSONS, LEARNED FROM TREATMENT OF CHRONICAL DISEASES IN KYRGYZSTAN: CONSEQUENCES FOR MEDICAL EDUCATION

David Beran, Lois Lutan, Aida Abdraimova, Gulgun Murzalieva
Medical Faculty, University of Geneva, Geneva, Switzerland
The centre for analysis of health care policy, Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) are the leading cause of morbidity and mortality worldwide, including Kyrgyzstan. As data showed, the management of Chronic NCDs is one of the largest challenges that health systems throughout the world currently face and that each system needs to find a locally adapted solution. In this publication the previous studies in Kyrgyzstan focusing on diabetes using a Rapid Assessment tool are presented. The received results highlighted that there are several elements that are necessary for the proper management of NCDs. Some of these elements are clear weaknesses of the health care provided to patients with NCDs in Kyrgyzstan, namely "Patient education and empowerment" and "Adherence". The conclusion was made, that with the growing burden of Chronic Conditions, medical education in Kyrgyzstan is in need of optimization. The variety of aspects in health training in Kyrgyzstan can be improved. These range from clinical skills to softer

skills and even Public Health training. Changes in training will impact how the health system is organised.

Введение

Хронические неинфекционные заболевания (НИЗ) являются основной причиной заболеваемости и смертности в мире¹⁻⁴. Лечение хронических неинфекционных заболеваний является одной из серьезнейших проблем, с которой, в настоящее время, сталкиваются системы здравоохранения во всем мире, и каждая система здравоохранения должна найти решения, адаптированные к местным условиям⁵. Одним из ключевых элементов этого решения является обучение медицинских работников.

Кыргызстан сталкивается с проблемой оказания услуг взрослому населению и растущего бремени НИЗ в связи с ишемической болезнью сердца, составляющего 24% в общей структуре смертности⁶. В Кыргызской Республике можно было бы продлить среднюю продолжительность жизни на дополнительные 4,5 года, если бы страна была бы в состоянии снизить уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) до европейского уровня. Это было бы эквивалентно 3,9 годам при сокращении детской и материнской смертности⁷. В 1990 году смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди людей в возрасте 30-39 лет составляла 47,4 случаев на 100 000 населения, тогда как в 2004 году она выросла до 56,7 случаев на 100 000 населения⁸. Для сравнения, данный показатель в Швеции составил 11 случаев на 100,000⁷. В рамках проведенных исследований в стране уровень распространения артериальной гипертонии, скорректированный с учетом возраста, составил 39%. Международная диабетическая федерация считает, что распространенность сахарного диабета в Кыргызстане среди лиц в возрасте 20-79 увеличится с 4,3% в 2007 году до 5,8% в 2025 году.¹⁰

Было установлено, что такой высокий уровень смертности от ССЗ можно объяснить низким уровнем осведомленности населения и финансовыми барьерами, препятствующими лечению¹¹. На основании данных Хопкинсона и др.¹² установлено, что одним из основных барьеров, препятствующих обращению за медицинскими услугами, является отсутствие денег на лечение диабета и наличие ряда барьеров для оказания медицинской помощи, включая проблемы с поставками, медицинскими работниками и высокая стоимость лечения. В

исследовании Якаб и др.¹¹ было установлено, что уровни осведомленности, лечения и контроля артериальной гипертонии в Кыргызстане являются низкими, с соответствующими показателями в 27%, 17,1% и 14%.

Что необходимо для надлежащего ведения НИЗ?

В рамках предыдущего исследования НИЗ в Кыргызстане, направленного на вопросы лечения диабета с использованием инструмента экспресс оценки^{13, 14}, было отмечено, что для соответствующего ведения диабета необходимы следующие условия:

1. Организация системы здравоохранения
2. Сбор данных
3. Профилактика
4. Диагностическое оборудование и инфраструктура
5. Закупка лекарственных средств и изделий медицинского назначения
6. Доступность и приемлемость лекарственных средств и медицинской помощи
7. Укомплектованность медицинскими работниками
8. Вопросы приверженности в отношении приема медицинских препаратов и соблюдения рекомендованного образа жизни
9. Информирование и расширение возможностей пациента
10. Вовлечение сообщества и диабетических ассоциаций
11. Необходимая среда для позитивной политики

Результаты данной оценки в Кыргызстане^{13, 15} указывают на то, что некоторые из этих элементов составляют сильные стороны системы здравоохранения Кыргызстана, тогда как другие нуждаются в некоторой или значительной оптимизации или являются слабыми сторонами. Они подробно описаны в Таблице 1. Как видно, два элемента составляют явные слабые стороны системы здравоохранения, а именно: “Обучение и расширение возможностей пациента” и “Приверженность”. Эти два элемента имеют важное значение для ведения хронических заболеваний, так как больные должны следить за своим состоянием на повседневной основе, чтобы у них не развились осложнения. Приверженность пациентов при хронических состояниях предусматривает сосредоточение внимания

на соблюдении рекомендаций в отношении приема лекарств и образа жизни (например, питание и физическая активность). В связи с этим, необходимо проводить информирование и обучение пациентов, что даст им возможность взять под контроль свое заболевание диабетом с учетом своих социальных и экономических обстоятельств. Например, лечение/ведение диабета для государственного чиновника в Бишкеке будет существенно отличаться от ведения диабета у пожилого человека, живущего в сельской местности.

Такие формы обучения и расширения возможностей, усиливающие приверженность, должны быть составляющими элементами “смещения парадигмы”¹⁶ в форме организации системы здравоохранения. Системы здравоохранения сегодня организованы в строго линейном формате, при котором на входе пациенты поступают с определенными жалобами, и на выходе покидают с клиническими заключениями таких жалоб. Это больше подходит для острых состояний, но меньше - при хронических состояниях, где после постановки диагноза «сахарный диабет», пациенты нуждаются в ведении и наблюдении при каждом последующем взаимодействии с системой здравоохранения.

В результате изучения “Инновационных методов оказания медицинской помощи при хронических состояниях”¹⁶, разработанной Всемирной организацией здравоохранения, нижеследующие рекомендации предлагаются в качестве решения проблемы хронических состояний:

- Создать благоприятную среду для политики
- Интегрировать систему оказания медицинской помощи
- Скорректировать государственную политику с учетом цели снижения бремени заболевания
- Оптимально использовать медицинские кадры
- Поставить пациента и семью в центр оказания медицинской помощи
- Продвигать поддержку пациентов на уровне сообществ
- Проощрять профилактику заболеваний и профилактику осложнений

Все эти элементы необходимы не только для реформирования всей системы

здравоохранения, но имеют непосредственную связь с оптимизацией человеческих ресурсов, используемых для решения проблемы хронических состояний.

Такая перемена необходима не только на уровне организации системы здравоохранения, но также на уровне пациента для изменения его поведения после постановки диагноза хронического состояния. Это называется “биографическим расстройством” в том смысле, что пациенту необходимо изменить образ жизни для того, чтобы справиться с новыми аспектами своей жизни, как лица, живущего с хроническим состоянием. Это непосредственно связано с “приверженностью”, поскольку пациенту теперь нужно принимать препараты на ежедневной основе, выполнять рекомендации, касающиеся образа жизни, и т.д..

Изучив результаты исследования диабета в Кыргызстане необходимо рассмотреть следующие вопросы по каждому из 11 элементов, описанных выше.

Последствия для медицинского образования

Результаты данной оценки барьеров в Кыргызстане для оказания помощи при различных формах диабета могут быть применены и к другим хроническим состояниям, и диабет может быть использован как “индикатор состояния”.

В отношении всех заболеваний, необходимо провести обучение по конкретным заболеваниям в плане диагностики, ведения, осложнений, в том числе сопутствующих заболеваний. Данное обучение не должно быть направлено только на необходимые клинические знания, оно также должно включать **практические аспекты ведения**, поскольку лечение НИЗ существенно зависит от пациента. Такое обучение, к тому же, должно включать **методы взаимодействия врача с пациентом** в плане оптимального использования консультации в отношении регулярности посещений, выделяемого времени, освещения вопросов обучения пациента, а также обследование пациента на факторы риска. Такая роль врача в качестве “специалиста по управлению заболеванием” или “координатора пациента” касается направлений и перенаправлений на стационарное лечение, а также оказания медицинской помощи пациенту на постоянной основе.

На основании вышеизложенного об

изменении в процессе обучения, можно сделать вывод, что оно должно быть предусмотрено как для медицинских студентов, так и практикующих врачей, и направлено на развитие имеющихся специалистов или новых специалистов смежных медицинских профессий. В учебный план студентов медицинских ВУЗов необходимо включить обучение по конкретным заболеваниям (диагностика, ведение, осложнения, и т.д.), а также методы и навыки **доказательной медицины и профилактики**. С точки зрения профилактики, роль врача становится более активной в плане укрепления здоровья, а также выявления факторов риска у людей на более ранней стадии. Например, включить рассмотрение таких вопросов как табакокурение, оценка факторов риска ССЗ, и т.д. во время плановых консультаций. Для выполнения такой роли врача в профилактике требуются **навыки обучения и консультирования пациентов и наработка таких навыков, как “навыки межличностного общения”**. Данное обучение должно быть рассмотрено на соответствие предоставляемых знаний в области самых современных медицинских наук с реальностью местных условий, в которых будут работать будущие врачи.

Непрерывное повышение квалификации (НПК) составляет неотъемлемую часть подготовки квалифицированных медицинских работников как с точки зрения предоставления новых знаний для практикующих врачей, так и закрепления имеющихся навыков. Если рассматривать НПК с точки зрения хронических состояний, то такие программы должны включать как вопросы клинического лечения состояний, так и развитие навыков управления и “межличностного общения”. В отношении роли управления, имеется ввиду, что врачи в системе здравоохранения, должны выступать в качестве связующего звена между Министерством здравоохранения и потребностями пациента. В данной роли врач помогает Министерству здравоохранения принимать решения по использованию имеющихся ресурсов и закупке необходимых ресурсов. Параллельно с этим, еще одна роль управления, состоит в том, чтобы врач выступал в качестве координатора для пациента в системе здравоохранения. И наконец, еще одна роль управления это взаимодействие с сестринским и другим медицинским персоналом и другими

специалистами с целью обеспечения наилучшего исхода для пациентов.

Для ведения хронических состояний медицинское образование должно **определить и обучить специалистов узкого профиля и врачей общей практики**. Необходимо определить роли каждого из них в оказании помощи пациенту с хроническим состоянием, а также определить какие необходимые знания и навыки им понадобятся. Учитывая такие специфические критерии, необходимо четко определить, когда помощь оказывается одними, а когда другими специалистами. В отношении конкретных ролей в оказании помощи при хронических состояниях, необходимо определить роли медсестер, фармацевтов, специалистов по обучению пациентов, специалистов по питанию, психологов, и т.д. Эти специалисты должны работать вместе для обеспечения командного подхода при оказании помощи, и, следовательно, необходимо разработать отдельный тренинг для них.

В рамках такого комплексного обучения также необходимо перейти от клинического рассмотрения болезни к большей ориентированности на рассмотрение болезни с точки зрения общественного здравоохранения. Например, диабет это не заболевание, вызванное проблемами метаболизма глюкозы, а скорее вызвано следующими причинами:

- Питание
- Образ жизни
- Среда

Точка зрения общественного здравоохранения означает, что профилактика и укрепление здоровья становятся таким же важными, как выписка рецептов. С точки зрения ведения, это означает, что необходимо сместить акценты на то, что диабет управляется не врачами, а лекарствами при условии:

- Обучения пациента
- Корректирования и адаптации предоставляемой информации в отношении
- Медицинских препаратов
- Образа жизни

Для этой цели необходима организация **тренинга по общественному здравоохранению для медицинских работников и разработка общего курса обучения в области общественного здравоохранения для других**

специалистов, которые работают за пределами сектора здравоохранения. Данные специалисты должны играть определенную роль при управлении организациями здравоохранения.

Обучение по вопросам здравоохранения, как на уровне до- или пост-дипломного обучения, так и НПК, должно обеспечивать непосредственную связь с политикой и приоритетами сектора здравоохранения. Такие приоритеты и политика должны осуществляться врачебным и сестринским персоналом после соответствующего обучения. Существующие приоритеты и политика в секторе здравоохранения должна влиять на характер и методы обучения, а также степень адаптации обучения к местным условиям. Другой вопрос, как это будет реализовываться на практике, и какие барьеры существуют для соответствующего их исполнения.

Выводы

В отношении медицинского образования в Кыргызстане, очевидно, что при растущем бремени хронических заболеваний, медицинским ВУЗам не только необходимо готовить медицинских специалистов с клиническим знаниями, но также обладающих практическими навыками. Такие навыки должны быть

направлены на долгосрочное ведение хронических заболеваний, а не на одноразовое взаимодействие врача с пациентом. Такая ориентированность должна быть направлена на пациента, а не на заболевание пациента. Люди с хроническими заболеваниями, вероятнее всего, будут переживать различные состояния, и, следовательно, их ведение должно проводиться с учетом самого пациента. Таким образом, врач будет выступать в качестве “специалиста по управлению заболеванием”, и при необходимости перенаправлять к узким специалистам. Другая роль врача заключается в предоставлении профилактических мероприятий для укрепления здоровья. Для этого необходимо сместить фокус на расширение услуг общественного здравоохранения и разработки соответствующего обучения в данной области.

Связь между врачом общей практики и узкими специалистами должна соблюдаться в рамках общего командного подхода к ведению хронических состояний в составе медсестры, специалиста по питанию, психологов, и т.д., где каждый призван играть свою роль в ведении пациента. При этом, принципиальным моментом является обучение и расширение возможностей пациента, что позволит пациенту стать ключевым

Таблица 1 – Барьеры в предоставлении помощи при диабете в Кыргызстане

Элементы системы здравоохранения	Сильные стороны	Необходимы небольшие улучшения	Необходимы значительные изменения	Слабые стороны
Организация системы здравоохранения		X		
Сбор данных		X		
Профилактика			X	
Диагностические инструменты и инфраструктура			X	
Закупка и обеспечение лекарствами			X	
Доступность (наличие и цена) лекарств и помощи		X		
Медицинский персонал		X		
Вопросы приверженности (прием лекарств и соблюдение советов по образу жизни)				X
Обучение пациента и расширение их возможностей				X
Вовлечение сообществ и ассоциации по диабету	X			
Положительные политические условия		X		

лицом, контролирующим свое состояние.

В целом, данное обучение призвано готовить медицинских работников с учетом тех условий, в которых они будут работать, будь это в столице – г. Бишкеке или в сельской местности. Это еще раз подчеркивает важность практического подхода к такому обучению. Например, не все необходимые лабораторные исследования при определенных заболеваниях будут доступны по всему Кыргызстану, следовательно, медицинские специалисты должны уметь вести данные состояния без необходимых исследований, оборудования и др.

На основании приведенного примера оценки диабета в стране можно сделать вывод, что медицинское образование в Кыргызстане нуждается в оптимизации и улучшении по многим аспектам. Это включает как клинические навыки, так и навыки межличностного общения, а также обучение вопросам общественного здравоохранения. Необходимо ответить на ключевые вопросы, касающиеся следующего:

- Кто предоставляет обучение?
- Как оно предоставляется?
- Как оценивается качество?
- Признается ли квалификация подготовленного врача и медсестры?

Поскольку в Кыргызстане постоянно проводятся реформы системы здравоохранения и имеются различные подходы, необходимо проводить новое обучение, которое в целом должно повлиять на организацию системы здравоохранения.

Таким образом, медицинское образование тесно связано и влияет на политику здравоохранения и нуждается в непрерывном развитии.

Настоятельно рекомендуется помнить, что цель обучения это улучшение качества медицинской помощи и оптимизация различных аспектов медицинского образования, направленная на достижение конечной цели по улучшению охраны здоровья населения Кыргызстана.

Литература

1. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet* 2008; 372(9642): 940-9.

2. WHO. General Principles of Good Chronic Care: Integrated Management of Adolescent and Adult Illness. Geneva: World Health Organization, 2004.

3. WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.

4. Yach D, Hawkes C, Gould C, Hofman K. The Global Burden of Chronic Diseases. *JAMA* 2004; 291(2): 2616-22.

5. Nolte E, McKee M. Introduction. In: Nolte E, McKee M, eds. Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Maidenhead: Open University Press; 2008.

6. WHO. Kyrgyzstan Country Health Profile. 2013. <http://www.who.int/countries/kgz/en/> (accessed February 28 2013).

7. World Bank. Millennium Development Goals for Health in Europe and Central Asia. Washington D.C.: World Bank, 2004.

8. Akunov N, Ibraimov A, Akkazieva B, Pankova O, Jakkab M, Kojokeev K. Quality of treatment and prevention of cardiovascular diseases in the in the Kyrgyz Republic. Bishkek: Health Policy Analysis Unit, Center for Health System Development, 2007.

9. Young JH, Parler P, Bristol B, Klag MJ. The coming epidemic: hypertension in rural Kyrgyzstan. Central Asia. *J Hum Hypertens* 2005; 19(2): 145-8.

10. International Diabetes Federation. International Diabetes Federation Diabetes Atlas 3rd Edition. Brussels: International Diabetes Federation, 2006.

11. Jakab M, Lundeen E, Akkazieva B. Health System Effectiveness in Hypertension in Kyrgyzstan. Bishkek: Health Policy Analysis Unit, Center for Health System Development, 2007.

12. Hopkinson B, Balabanova D, McKee M, Kutzin J. The human perspective on health care reform: coping with diabetes in Kyrgyzstan. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19(1): 43-61.

13. Beran D, Abdraimova A, Akkazieva B, McKee M, Balabanova D, Yudkin JS. Diabetes in Kyrgyzstan: changes between 2002 and 2009. *Int J Health Plann Manage* 2012.

14. Beran D, Yudkin J, de Courten M. Assessing health systems for insulin-requiring diabetes in sub-Saharan Africa: developing a 'Rapid Assessment Protocol for Insulin Access'. *BMC Health Services Research* 2006; 6(1): 17.

15. Abdraimova A, Beran D. Report on the Rapid Assessment Protocol for Insulin Access

in Kyrgyzstan. London: International Insulin Foundation, 2009.

16. WHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Geneva: World Health Organization, 2002.

17. Bury M. Chronic illness as a biographical disruption. *Sociol Health Illn* 1982; 4(2): 167-82.

18. Beran D. Health systems and the management of chronic diseases: lessons from Type 1 diabetes. *Diabetes Management* 2012; 2(4): 1-13.

19. Nolte E, Bain C, McKee M. Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems. *Diabetes Care* 2006; 29(5): 1007-11.