

Джанузакова Н.Э., Нажимидинова Г.Т., Панькова О.Н.,
Зурдинова А.А., Осмоналиева М.Э.

**ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА
«ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У
ДЕТЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
НА ПРИМЕРЕ ПИЛОТНОГО РАЙОНА**

КОПИЯ ВЕРНА
Учётный секретарь
Учёного совета КРСУ
Алиев Б.В.
Б. Алиев

УДК: 614.2:616.248-08-053.2

С целью улучшения качества противоастматической помощи детям больным бронхиальной астмой и своевременной диагностики БА на первичном уровне здравоохранения было разработано и издано первое в Кыргызстане клиническое руководство по диагностике и лечению обострения БА у детей на первичном уровне здравоохранения, основанное на принципах доказательной медицины. Пилотное внедрение данного руководства было проведено в Араванском районе Ошской области. Следование алгоритмам ведения и лечения обострения БА у детей, изложенным в данном клиническом руководстве ведет к своевременной диагностике БА и сокращению в первичном звене здравоохранения числа необоснованных госпитализаций детей с БА, что в свою очередь позволит экономно расходовать ресурсы здравоохранения.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, лечение, клиническое руководство, внедрение в практическое здравоохранение.

For the reason quality's improvements of antiasthmatic help for children by sick bronchial asthma and well-timed diagnostics of bronchial asthma on primary health care was designed and published first in Kyrgyzstan clinical guideline for the diagnostics and treatment of the acute asthma beside children on primary level of the public health, founded in a evidence-based medicine. Pilotone introduction given management was organized in Aravan region Osh area. The Following algorithm conduct and treatments of the acute asthma beside children, stated in given clinical guideline leads to well-timed diagnostics of bronchial asthma and reduction in primary health care of the number ungrounded hospitalization of children with asthma that will in turn allow is spared to spend the resources of the public health.

Key words: bronchial asthma, children, treatment, clinical guideline, introduction in practical public health.

Бронхиальная астма (БА) принадлежит к числу наиболее распространенных заболеваний и представляет собой серьезную проблему для здравоохранения во всех странах мира [1, 2, 3, 4, 5]. Во всех странах затрачиваются большие финансовые средства на лечение и профилактику этого заболевания [3, 4], в частности из республиканского бюджета выделяются значительные средства для обеспечения больных БА бесплатными медикаментами [6, 7, 8].

Результаты проводимых в последние годы в разных странах мира фармакоэпидемиологических исследований показывают, что гиподиагностика БА является практически повсеместной как среди взрослого, так и среди

детского населения [9, 10]. Во многих случаях бронхиальная астма не диагностируется врачами, особенно на ранних стадиях болезни и в лёгких случаях или подменяется другими диагнозами. Нередко БА диагностируют, как различные формы бронхита и вследствие этого назначается неадекватное и неэффективное лечение курсами антибиотиков и препаратами против кашля. Значительная часть детей, у которых симптомы бронхиальной астмы появились в первые годы жизни, не получают в течение долгого времени адекватного лечения, наблюдаясь с диагнозом обструктивный бронхит или острое респираторное заболевание.

Полученные результаты фармакоэпидемиологического анализа в разных странах доказали неэффективность существующей практики оказания медицинской помощи больным БА, что приводит к неконтролируемому течению заболевания и повышению прямых затрат на медицинские виды услуг, преимущественно за счет госпитального сектора и скорой медицинской помощи.

Анализ оказания медицинской помощи детям больным бронхиальной астмой в рамках проведенного в 2003-2004 г.г. фармакоэпидемиологического исследования в различных регионах нашей республики выявил отсутствие единых подходов в вопросах диагностики и лечения БА у детей, несоответствие проводимого лечения современным международным рекомендациям по лечению БА у детей. Тактика ведения больного с астмой во многом определяется личными предпочтениями и знаниями лечащего врача, материальными возможностями больных. Проведенные исследования выявили недостаточное участие врачей первичного звена в первичной диагностике бронхиальной астмы и последующем наблюдении за больными с данной патологией.

Это вынуждает совершенствовать практику оказания медицинской помощи больным бронхиальной астмой, особенно на догоспитальном этапе. Требуется более четкое определение схем лечения бронхиальной астмы у детей в зависимости от возраста пациента и тяжести течения заболевания.

В связи с этим с целью улучшения качества противоастматической помощи детям больным

бронхиальной астмой и своевременной диагностики БА на первичном уровне здравоохранения было разработано и издано первое в Кыргызстане клиническое руководство по диагностике и лечению обострения БА у детей на первичном уровне здравоохранения, основанное на принципах доказательной медицины. Данное руководство рекомендуется использовать для детей с рождения до 15 лет. Руководство разработано для семейных врачей, врачей скорой медицинской помощи, педиатров, врачей АДО (амбулаторно-диагностическое отделение) стационаров, а также для родителей детей с БА. Клиническое руководство было утверждено Министерством Здравоохранения республики в 2005 году.

Пилотное внедрение данного руководства было проведено в Араванском районе Ошской области в мае 2007 г.с участием отдела доказательной медицины Центра развития здравоохранения (ЦРЗ), Ассоциации групп семейных врачей (АГСВ) при финансовой поддержке проекта ЗдравПлюс/USAID.

Указанные организации разработали стратегию и план внедрения руководства. Для разработки стратегии внедрения предварительно был проведен обзор литературы для изучения международного опыта по внедрению КР на уровне учреждений первичного звена.

Процедура выбора пилотного района проходила с участием представителей Министерства здравоохранения республики, АГСВ (Ассоциация групп семейных врачей), ФОМС (Фонд обязательного медицинского страхования) и проекта ЗдравПлюс. Как отмечает Will Nicholas с соавторами «обеспечение поддержки административной системы является ключевым фактором успешного внедрения» [11].

При внедрении КР должны происходить изменения в показателях качества предоставления медицинских услуг, в частности больным с БА. Естественно при этом должны меняться как промежуточные, так и конечные результаты, то есть речь идет о разработке индикаторов, которые позволяют оценить эти результаты. Для успешного и эффективного внедрения КР были разработаны методы мониторинга и оценки эффективности использования КР. Система мониторинга и оценки является одним из основополагающих элементов внедрения [12, 13, 14].

Для проведения мониторинга и оценки эффективности использования КР было разработано 11 стандартов и индикаторов качества, которые позволяют оценить результаты лечения и ведения больных БА детей. К ним относятся наличие пикфлоуметра, спейсера и сальбутамола в ГСВ, впервые диагностированные случаи БА у детей, частота применения сальбутамола и эуфиллина при обострении БА, частота назна-

чений ингаляционных глюкокортикостероидов, применение пикфлоуметрии на приеме, частота госпитализаций детей с данной патологией и др.

Сбор данных по выбранным индикаторам проводился с периодичностью 1 раз в три месяца на основе медицинской документации (амбулаторная карта больного ребенка, КИФ)

Внедрение руководства состояло из 2-х этапов:

I этап (в мае 2007 г.) состоял из 2-х компонентов:

1. Проведение обучающих семинаров по данному руководству

2. Проведение базового мониторинга, включающего:

- анализ амбулаторных карт детей больных бронхиальной астмой с применением разработанных стандартов и индикаторов качества оказания медицинской помощи детям с данным заболеванием;
- обход ГСВ с целью определения степени оснащения необходимым инструментарием и медикаментами;
- тестирование медицинских работников до и после обучения (срез знаний по вопросам диагностики и лечения БА и владению техникой пикфлоуметрии);

II этап - последующий мониторинг с анализом амбулаторных карт больных бронхиальной астмой детей по вышеуказанным стандартам и индикатором качества, обходом лечебного учреждения с целью определения степени оснащения необходимым инструментарием и медикаментами и определение навыков техники выполнения пикфлоуметрии.

Внедрение клинического руководства по опыту других стран предполагает проведение первоначально образовательных программ среди медицинских работников или среди пациентов. В данном случае обучающие семинары по применению данного руководства на практике решено было проводить среди врачей и фельдшеров Араванского района.

Обучающий семинар проводился в течение 3-х дней. В программу обучающего семинара входило:

1. изучение основ доказательной медицины и принципов непрерывного повышения качества
 2. изучение клинического руководства
 3. выполнение практических навыков
- с демонстрацией видеofilьмов по технике проведения пикфлоуметрии и использования спейсера, ДАИ (дозированного аэрозольного ингалятора)
 - с применением ситуационных задач по диагностике, классификации и лечению обострения БА.

Кроме того, в программу семинара входило проведение тестирования теоретических знаний и практических навыков медицинских работников до и после обучения. Тестирование врачей и фельдшеров проводилось по специально разработанному анонимному опроснику, который состоял из 30 вопросов по диагностике и лечению обострения БА на первичном уровне здравоохранения. Оценка практических навыков, в частности техники проведения пикфлоуметрии проводилась методом наблюдения по разработанному проверочному листу.

В ходе первого этапа было обучено 34 медицинских работника, из них 30 медицинских работников Араванского района (26 врачей и 4 фельдшера) (88,2%), а также по 2 сотрудника из областной АГСВ (Ассоциация групп семейных врачей) и ОУЦСМ (Областной Учебный Центр семейной медицины).

Анонимный тест-опросник до и после обучения заполнили все 34 участника семинара. При этом 20 врачей и фельдшеров из числа участников (58,8%) обучались ранее по РАЛ программе (Кыргызско-Финский проект по легочному здоровью) и 24 медицинских работника (70,6%) прошли обучение в рамках программы ИВБДВ (Интегрированное ведение болезней детского возраста, Юнисеф). Так по результатам тест-опросника до обучения было установлено, что, несмотря на ранее полученные знания по смежным программам, в план которых входила бронхиальная астма, медицинские работники дали правильные ответы на 70% из заданных вопросов до обучения, в то время как после обучения правильные ответы были даны на 85% вопросов ($p < 0,05$).

По результатам проверки методики проведения пикфлоуметрии до обучения навыки медицинских работников были оценены в среднем лишь на 6,2 балла, а после обучения – 8,9 баллов по 11 балльной шкале ($p < 0,05$).

Во время обучения каждый врач или фельдшер помимо клинического руководства получил краткие памятки - ремайндеры с алгоритмами лечения обострения БА в зависимости от степени тяжести и возраста пациента. Такие инструменты (материалы), созданные на основе КР, помогают закрепить и не забыть пройденный материал, удобны в использовании в повседневной клинической практике. Каждый участник семинара получил также пикфлоуметр.

Разработана и апробирована специальная форма записи дневника для больного с БА, позволяющая оценивать степень тяжести больного БА ребенка по критериям, изложенным в руководстве.

Использование таких методов должно помочь медицинским работникам в диагностике БА, в

оценке тяжести обострения, проводить адекватное лечение и мониторинг эффективности проводимой терапии.

По данным литературы при внедрении КР в клиническую практику широко используется так называемая «обратная связь» (15). Она предполагает информирование медицинских работников, например, о результатах оценки качества ведения больных с БА. Обсуждение внутри ЦСМ (Центр семейной медицины) или ГСВ (группы семейных врачей) полученных результатов с анализом и предложениями по улучшению ситуации способствует повышению информированности каждого медицинского работника о ситуации и создает атмосферу значимости работы каждого медицинского работника для улучшения качества предоставляемых медицинских услуг.

Заключение и выводы:

В результате внедрения клинического руководства «Диагностика и лечение обострения бронхиальной астмы в первичном звене здравоохранения» в ЦСМ Араванского района сравнительно улучшилась диагностика БА, улучшилось качество медикаментозной терапии в период обострения БА в пользу назначения более безопасных и эффективных препаратов, уменьшились случаи госпитализации детей с легкой и среднетяжелой степенью БА.

Разработка КР является важным компонентом улучшения качества медицинской помощи населению. Однако, внедрение созданных документов в клиническую практику требует больших и поэтапных изменений в системе оказания медицинских услуг. Как показывает международный опыт, неразумно полагаться на один способ действий, например разработку клинических рекомендаций, а необходимо использовать весь набор всевозможных средств, включая стимулы, образовательные программы, разработку местных рекомендаций и т.д. Только в таком случае можно получить ожидаемые результаты и улучшить качество медицинских услуг. В странах, где разработка и внедрение КР является новой сферой работы системы здравоохранения, опыт пилотных организаций и проектов может служить основой для разработки подходов, приемлемых для местных условий, как на уровне отдельного учреждения, региона, так и страны. Создание и апробация инструментов внедрения и оценки эффективности КР должны основываться на принципах доказательной медицины, а также учитывать возможности и ограничения существующей системы организации здравоохранения. Указанные этапы и методы внедрения клинического руководства позволяют создать системный и комплексный подход при осуществлении такой работы и оценить эффективность его использования.

Мы выражаем глубокую признательность проекту Здравплюс/ USAID за оказание финансовой поддержки в проведении мероприятий, описанных в статье.

Литература:

1. Бронхиальная астма в Центральной и Восточной Европе: представления больных и реальная клиническая практика (результаты исследования AIR CEE). / Н. А. Смирнов, И. В. Смоленов. // Аллергология – 2001. - №4. – С. 3-9.
2. Kheradmand F, Rishi K, Corry DB. Environmental contributions to the allergic asthma epidemic. Environ Health Perspect 2002; 110 (Suppl. 4): 553–6.
3. World Health Organization. Fact sheet 206. Bronchial asthma. 200. <http://www.who.int/medicentre/factsheets/fa206/en/print/html> (Accessed October 24, 2005).
4. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. Allergy 2004; 59: 469–78.
5. Демко И. В. Оптимизация диагностических и лечебных программ для больных бронхиальной астмой на модели крупного промышленного города. Автореф. Дисс.... докт. мед. наук. Москва, 2007. – 44 с.
6. Nordic consensus report on asthma management. Nordic asthma consensus group / R. Dahl, L. Bjermer // Respir. Med. – 2000. – Vol. 94. - №4. – P. 299-327.
7. Global strategy for asthma management and prevention. 2 edition. National Institute of health, Bethesda, 2002. – 316 p.
8. British guideline on the management of asthma // Thorax. – 2003. – Vol. 58. – Suppl. 1. – P. 1-94.
9. Современные аспекты диагностики бронхиальной астмы. / Н. П. Княжеская. // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2006. - № 2 (03). – С. 1-6.
10. Побочные действия ингаляционной глюкокортикостероидной терапии бронхиальной астмы и их профилактика. / З. С. Хайрулина, Р. С. Кузденбаева, Н. Д. Мавлюдова и др. // Наука и новые технологии. – 2006. - № 5-6
11. Putting Practice Guidelines to Work in the Department of Defense Medical System: A Guide / Will Nicholas, Donna O.Farley, Mary E. Vaiana, Shan Cretin // last modified March 2006. - 101 p.
12. С. Е. Бацинский. Разработка клинических руководств с позиций доказательной медицины./ Учебное пособие для врачей и организаторов здравоохранения.- М. : Медиа Сфера, 2004.– 142 с.
13. А. И. Кузьмин. Оценка проектов и программ. – М., 2005. – 66 с.
14. Клинические рекомендации. Практическое руководство.– Американский международный союз здравоохранения (АМСЗ), клинические рекомендации для врачей общей практики.– USAID.–100 с.
15. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. пер с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 204 с.