

Джанузакова Н.Э.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА ПО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2:616.248-08-053.2

Для оптимизации противоастматической помощи больным бронхиальной астмой детям в Ошской области проведено внедрение клинического руководства по диагностике и лечению бронхиальной астмы у детей, в котором впервые даны рекомендации с учетом принципов доказательной медицины. В результате проведенных мероприятий улучшилась диагностика на первичном уровне и оснащение ГСВ необходимым оборудованием и медикаментами, сократились случаи назначения эуфиллина до 28,6%, наряду с увеличением случаев применения сальбутамола до 100% при обострении БА у детей и применения ингаляционных глюкокортикостероидов до 83,3%. Следование алгоритмам лечения и ведения обострения БА у детей, изложенным в данном клиническом руководстве ведет к сокращению на первичном уровне здравоохранения числа необоснованных госпитализаций, что в свою очередь позволит экономно расходовать ресурсы здравоохранения.

С начала 90-х годов повышение качества медицинской помощи стало одним из приоритетных направлений работы систем здравоохранения в большинстве стран мира. Целью повышения качества медицинского обслуживания является улучшение результатов лечения больных, а также оптимизация расходов, связанных со здравоохранением [1]. Сегодня общепризнано и подтверждено научными исследованиями, что одним из важнейших инструментов повышения качества медицинской помощи является внедрение современных руководств по клинической практике и мониторинг индикаторов качества, основанных на принципах доказательной медицины (ДМ) [2, 3, 4].

В российских городах внедрение национальных программ по лечению БА в 2000-2004 г.г. проводилось по трем направлениям, и предусматривало также проведение образовательных программ для детей, больных БА и их родителей, для врачей амбулаторного и стационарного звена и льготное обеспечение больных препаратами базисной противовоспалительной терапии. Полученные через год наблюдения результаты свидетельствовали о высокой эффективности такого многоуровневого и междисциплинарного подхода [5, 6, 7].

Анализ оказания медицинской помощи больным бронхиальной астмой детям, проведенный ранее в нашей республике свидетельствует об отсутствии единого подхода к терапии

обострения БА у детей [8, 9]. По результатам анонимного анкетирования врачей [10] выявлено, что врачи первичного звена испытывают большие затруднения в вопросах диагностики и лечения БА. В связи с этим внедрение клинического руководства (КР) по БА у детей решено было проводить на первичном уровне здравоохранения.

В мае 2007 г. поведен первый этап внедрения данного руководства в Араванском районе Ошской области. Эффективное внедрение клинического руководства по опыту других стран предполагает проведение первоначально образовательных программ среди медицинских работников или среди пациентов [5, 6, 7, 11, 12, 13, 14]. В данном случае обучающие семинары по применению данного руководства на практике решено было проводить среди врачей и фельдшеров первичного звена Араванского района. Второй этап внедрения КР предусматривал последующее мониторинговое (октябрь и декабрь 2007 г., декабрь 2008 г.).

Для проведения мониторинга и оценки эффективности внедрения были разработаны и использованы специальные инструменты мониторинга и оценки, как того требуют международные эксперты по оценке качества внедрения различных программ [4]. Они позволяют осуществить системный подход и создать целостную картину ведения больных, а также определить направления для дальнейшего улучшения качества медицинских услуг больным БА детям. В нашем случае разработано 11 стандартов и индикаторов качества внедрения, включающих анализ амбулаторных карт детей, состоящих на диспансерном учете по поводу бронхиальной астмы, обход ЛПУ с целью определения оснащения и необходимых медикаментов, оценку техники выполнения медицинскими работниками пикфлоуметрии.

Для сравнения все ГСВ (группы семейных врачей) Араванского района были разделены на 2 группы. Первую группу составили 4 ГСВ, в которых проводилось внедрение данного руководства и, медицинские работники которых прошли обучение. Вторую группу составили 4 ГСВ, в которых внедрение и обучение не проводилось.

Таблица 1.
Наличие необходимого оснащения и медикаментов в ГСВ Араванского района

Оснащение	Май 2007 г.	Окт. 2007 г.	Дек. 2007 г.	2008 г.
I группа - Обучен. ГСВ				
Пикфлоуметр, %	50	100	100	100
Спейсер, %	50	75	100	100
Сальбутамол, %	50	75	100	100
II группа - Необуч. ГСВ				
Пикфлоуметр, %	50	75	75	75
Спейсер, %	50	25	75	75
Сальбутамол, %	50	75	100	100

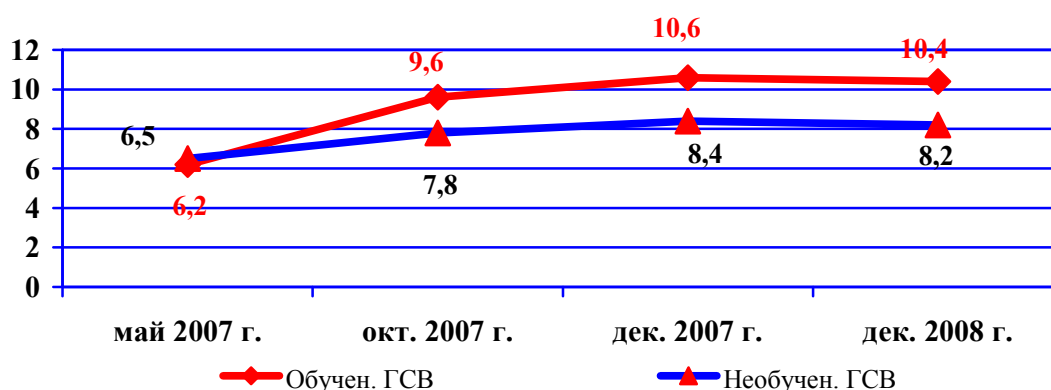
Так, в тех ГСВ, в которых проводилось внедрение руководства, мы видим 100% укомплектованность пикфлоуметрами, спейсерами и сальбутамолом практически сразу, в то время как в ГСВ, в которых не проводилось

внедрение данного руководства, сохранялась недоукомплектованность спейсерами и пикфлоуметрами на протяжении всего мониторируемого периода (табл. 1).

По результатам проверки методики проведения пикфлоуметрии в первой группе до обучения навыки медицинских работников были оценены в среднем лишь на 6,2 балла (рис. 1) по 11 балльной шкале. При последующем мониторинге в октябре и декабре 2007 г., а также в 2008 г. навыки выполнения данного метода оценены были уже на 9,6 баллов, 10,6 и 10,4 баллов соответственно. Во второй же группе навыки медицинских работников по технике пикфлоуметрии первоначально были примерно на таком же уровне, что и в первой группе (6,5 балла), но при последующем мониторинговании средние баллы по технике пикфлоуметрии были значительно ниже (7,8 баллов, затем 8,4 баллов и 8,2 баллов).

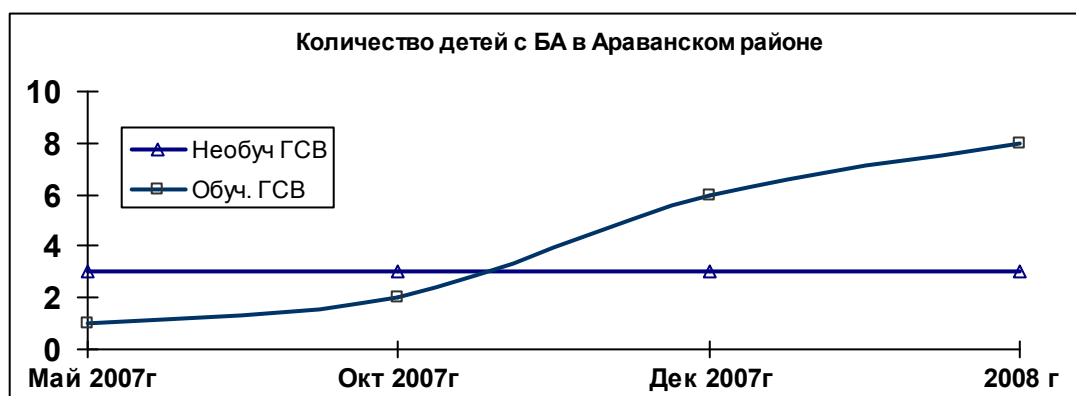
Рисунок 1.

Оценка техники проведения ПКФЛ, в баллах



В результате внедрения КР и обучения врачей и фельдшеров улучшилась диагностика БА среди детского населения. За 2007 г. в первой группе впервые установлен диагноз БА 5 детям, в 2008 г. – 2 детям, т. е. общее количество детей астматиков возросло до 8 (до проведения обучения и внедрения КР в данных ГСВ состоял только один ребенок с БА) (рис. 2).

Рисунок 2.



При анализе амбулаторных карт детей больных БА по разработанным стандартам и индикаторам качества медицинской помощи было отмечено сравнительное улучшение в первой группе практически по всем показателям. Процент использования пикфлоуметрии на приеме в этой группе возрос до 50% за

период с мая по сентябрь 2007 г., в декабре 2007 г. составил 100% и в конце 2008 г. насколько снизился до 80,5% (табл. 2). В то время, как в ГСВ, в которых не внедрялось данное руководство, пикфлоуметрия использовалось врачами на приеме лишь в 50% случаев в 2007 г. и в 25% случаев – в 2008 г.

При обострениях БА у детей за анализируемые периоды оценка степени тяжести проводилась по всем рекомендуемым в руководстве параметрам только в ГСВ первой группы (показатель вырос до 87,5%) (табл. 2). Во второй же группе оценка степени тяжести БА по рекомендуемым параметрам проводилась лишь в 33,3% случаев обострений БА.

При анализе проводимого лечения в период обострений БА у детей установлено достоверное уменьшение случаев применения эуфиллина (аминофиллина) со 100% до 50% в 2007 г. и до 28,6% в 2008 г. в ГСВ первой группы (табл. 2).

Таблица 2.

Основные показатели (индикаторы) мониторинга

Показатели	Май 2007	Октябрь 2007 г.	Декабрь 2007 г.	2008 г.
I группа (ГСВ, в которых внедрено КР)				
Всего детей с БА		2	6	8
Из них впервые	-	1	4	2
Проведение ПФЛ на приеме	-	50 %	100 %	80,5%
Назначение салбутамола	100 %	100 %	100 %	100 %
Назначение аминофиллина	100 %	66,7 %	50 %	28,6 %
Оценка ст. тяж. по 5 признакам	0	66,7 %	75 %	87,5%
Назначение ИГКС	-	75 %	100 %	83,3 %
Стац. лечение	100 %	66,7 %	28,6 %	33,3 %
II группа (ГСВ, в которых внедрение КР не проводилось)				
Всего детей с БА	3	3	3	3
Из них впервые	-	-	-	-
Проведение ПФЛ на приеме	-	-	50%	25 %
Назначение салбутамола	100%	66,7%	100%	75 %
Назначение аминофиллина	100%	66,7%	100%	100 %
Оценка ст. тяж. по 5 признакам	-	33,3%	33,3%	33,3%
Назначение ИГКС	33,3%	33,3%	33,3%	66,7%
Стац. лечение	100%	66,7%	50%	50 %

Наблюдается значительный прогресс в назначении и применении ИГКС детям со средней и тяжелой степенью тяжести БА в этой же группе (в 75 %, 100% и 83,3% случаях обострения БА в разные периоды проведения мониторинга). Сократилось второе число неоправданных госпитализаций (со 100% до 28,6% в декабре 2007 г. и до 33,3% - в 2008 г.).

Выводы:

- Для эффективного внедрения клинических руководств необходимо проведение образовательных программ среди медицинских работников и последующее мониторинговое по специально разработанным индикаторам качества.
- В результате проведенных мероприятий в Араванском районе
 - улучшилась диагностика на первичном уровне и оснащение ГСВ необходимым оборудованием и медикаментами.

- отмечено качественное улучшение медикаментозной терапии в период обострения БА у детей в виде сокращения назначений аминофиллина (эуфиллина) до 28,6%, наряду с увеличением случаев применения ингаляционных бронходилататоров до 100% при обострении БА у детей и применения ИГКС до 83,3%.
- следование алгоритмам лечения и ведения обострения БА у детей, изложенным в данном клиническом руководстве ведет к сокращению в первичном звене здравоохранения числа необоснованных госпитализаций, что в свою очередь позволит экономно расходовать ресурсы здравоохранения.

Литература:

- Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких: от общих синдромов к унификации лечения / А. А. Визель, И. Ю. Визель // Пульмонология. – 2007. – Том 9. - № 1.

2. Башинский С. Е. Разработка клинических практических руководств с позиций доказательной медицины. Учебное пособие для врачей и организаторов здравоохранения. – М.: Медиа Сфера. – 2004. с.16-38, 39-49, 50-51.
3. Handbook for the preparation of explicit evidence – based guidelines. New Zealand Guidelines Group (NZGG). 2001.
4. А. И. Кузьмин. Оценка проектов и программ. – М: 2005. С. 50-51.
5. Показатели эффективности реализации анти-астматической программы г. Смоленска. Косенкова Т. В., Пунин А. А., Олейников В. М. и др. // Сб. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. Под ред. Ю. Л. Мизерницкого, А. Д Церегородцева. – Выпуск 4 – М. 2004. – С. 244-247.
6. Об опыте реализации образовательных программ для детей, больных бронхиальной астмой. Кожевникова О. Н., Авдеева О. С., Голомысова Л. А и др. // Сб. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. Под ред. Ю. Л. Мизерницкого, А. Д Церегородцева. – Выпуск 4 – М. 2004. – С. 239-240.
7. Об опыте реабилитации больных детей с бронхиальной астмой в условиях городского центра восстановительного лечения. Шукина О. В., Дрожжев М. Е. // Сб. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. Под ред. Ю. Л. Мизерницкого, А. Д Церегородцева. – Выпуск 4 – М. 2004. – С. 240-243.
8. Некоторые данные о состоянии противоастматической помощи больным бронхиальной астмой детям в Кыргызстане. / Джанузакова Н. Э., Иманалиева Ч. А., Молдогазиева А. С. и др. / Наука и новые технологии. – 2007. - № 1-2. – С. 180-185.
9. Состояние диагностики и наблюдения за больными бронхиальной астмой детьми на первичном уровне здравоохранения / Н. Э. Джанузакова, Ч. А. Иманалиева, А. С. Молдогазиева и др. / Наука и новые технологии. – 2007. - № 1-2. – С. 72-76.
10. К вопросу об эффективности внедрения программ по диагностике и лечению бронхиальной астмы у детей. / Н. Джанузакова / Поиск. – 2009. - № 2. – С. 70-73.
11. A cost-effectiveness analysis of a peak flow-based asthma education and self-management plan in a high-cost population. / Asis M.L., Greene R. // J Asthma. – 2004, Aug. - 41(5). P. 559-65.
12. Asthma outpatient education by multiple implementation strategy. Outcome of a programme using a personal notebook. / Tschopp J.M, Frey J.G, Janssens J.P et al. // Respir Med. – 2005,Mar. - 99(3). - P. 355-62.
13. Evaluation of a structured outpatient education program for adult asthmatics / Schacher C, Dhein Y, Münks-Lederer C, Vollmer T, Worth H // Dtsch Med Wochenschr. – 2006, Mar 24. - 131(12). P. 606-10.
14. Effect of a structured asthma education program on hospitalized asthmatic children: a randomized controlled study. / Ng D.K, Chow P.Y, Lai W.P, Chan K.C, And B.L, So H.Y. // Pediatr Int. – 2006, Apr. - 48(2).P. 158-62.