

Л.В. Квашнина, д. мед. н., профессор, руководитель отделения проблем здорового ребенка и премоурбидных состояний ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», профессор кафедры детских и подростковых болезней Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика; **И.Н. Матвиенко**, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

Интегрированное ведение болезней детского возраста: стратегия ВОЗ/ЮНИСЕФ в помощь медицинским работникам и родителям



Л.В. Квашнина

История создания и развития интегрированного подхода к лечению больных детей, а впоследствии и разработки ВОЗ/ЮНИСЕФ целой стратегии интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ) очень интересна, но еще больший интерес вызывает непростой путь реализации данной стратегии в Украине. Что же представляет собой интегрированный подход к ведению больного ребенка, который используется в данной стратегии?

Общеизвестным является тот факт, что около 75% клинических проявлений заболеваний у детей первых 5 лет жизни сопряжены со следующими симптомами: кашель, диарея, проблемы с ухом и горлом, лихорадка. Большинство детей данной возрастной группы имеют более одного клинического проявления при одном заболевании (рис. 1): например, у ребенка с ОРВИ может наблюдаться кашель, лихорадка, проблема с ухом и горлом. При этом один из наиболее выраженных симптомов (например, лихорадка) может нивелировать клиническое

проявление других. Это может быть объективной причиной недооценки состояния ребенка.

Остальные клинические проявления заболеваний (такие, например, как боль в животе, высыпания на коже) встречаются у детей данной возрастной группы гораздо реже. В этих случаях ребенок будет направлен на консультацию к узкому специалисту.

Согласно данной стратегии, обязательной является оценка роста и питания каждого ребенка, наличия у него анемии и получения им профилактических процедур (витамина Д и вакцинации).

Каждому из вышеперечисленных симптомов соответствует набор высокочувствительных клинических признаков, выявление которых не требует специального оборудования, а также лабораторных и инструментальных методов обследования. Комбинация симптомов имеет цветовую маркировку классификаций – красную, желтую и зеленую. Если выявленные у ребенка симптомы соответствуют «красной» графе, он нуждается в немедленной госпитализации; если «желтой» – ребенок может получать соответствующее медикаментозное лечение на дому при условии тщательного консультирования матери. Если же набор симптомов соответствует «зеленой» графе, то ребенок не нуждается в медикаментозной терапии. В этом случае мать консультируется с врачом по вопросам питания, ухода за ребенком, его развития и проведения профилактических мероприятий.

Для того чтобы упростить и ускорить оценку и классификацию состояния ребенка, принятие решения о тактике ведения и организацию последующего наблюдения, был разработан Буклет схем, который содержит сведения о клинических симптомах, правилах их оценки и комбинациях, принципах цветовой классификации, а также о медикаментах и дозировках. На примере симптома

«Кашель» (рис. 2) продемонстрируем, насколько простой и быстрой является оценка ребенка по стратегии ИВБДВ.

Уникальностью стратегии ИВБДВ является то, что ее можно адаптировать к особенностям страны/региона, в которых она внедряется, поэтому в разных странах набор основных симптомов и терапия будут отличаться. Аналогичным образом дело обстоит и с адаптацией стратегии ИВБДВ в Украине. По инициативе регионального бюро ВОЗ, детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Украине и МЗ Украины и при информационной поддержке Европейского бюро ВОЗ (Женева) в 2008 г. в нашей стране была создана рабочая группа, в состав которой ввели ведущих украинских специалистов-педиатров по адаптации стратегии ВОЗ/ЮНИСЕФ. В результате интенсивной и непростой работы группы в классификацию основных клинических симптомов и признаков, как следствие, в Буклет схем – использованный в стратегии основной инструмент – были внесены значительные изменения: удалены такие нехарактерные для украинцев клинические симптомы и состояния, как малярия и крайняя степень истощения; пересмотрены подходы к классификации лихорадки: добавлен дополнительный блок по проблемам с горлом, который отсутствует в базовой версии ВОЗ/ЮНИСЕФ. Соответственно,

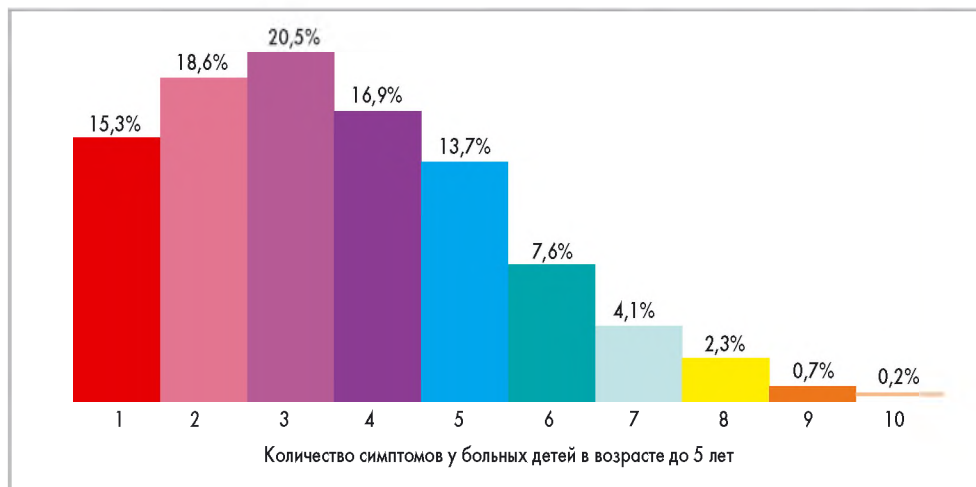


Рис. 1. Количество симптомов, выявляемых у детей во время одного эпизода заболевания (Бангладеш, 2000)

Спросите об основных симптомах: есть ли у ребенка кашель, затруднено ли дыхание?

<p>Если ответ положительный, то спросите: Как долго?</p> <p>Посмотрите, послушайте, оцените**:</p> <ul style="list-style-type: none"> подсчитайте частоту дыхательных движений в минуту посмотрите, есть ли втягивание грудной клетки посмотрите и послушайте, есть ли стридор посмотрите и послушайте, есть ли астмоидное дыхание <p>Ребенок должен быть в состоянии покоя</p> <p>При астмоидном и ускоренном дыхании или втягивании грудной клетки:</p> <ul style="list-style-type: none"> дайте быстродействующий аэрозольный бронхолитик до 3 раз через 15-20 мин подсчитайте частоту дыхательных движений в минуту и посмотрите снова, есть ли втягивание грудной клетки, после чего классифицируйте <p>Для ребенка в возрасте: от 2 до 12 мес ≥50 дыхательных движений в минуту от 12 мес до 5 лет ≥40 дыхательных движений в минуту</p> <p>Ускоренное дыхание – это: ≥50 дыхательных движений в минуту ≥40 дыхательных движений в минуту</p>	<p>Классифицируйте кашель или затрудненное дыхание</p>	<ul style="list-style-type: none"> Общие признаки опасности ИЛИ Втягивание грудной клетки ИЛИ Стридор в состоянии покоя 	<p>РОЗОВЫЙ: Тяжелая пневмония или очень тяжелое заболевание</p>	<ul style="list-style-type: none"> Дайте первую дозу ампициллин + гентамицин внутримышечно При стридоре введите дексаметазон внутримышечно СРОЧНО направьте в стационар
		<ul style="list-style-type: none"> Ускоренное дыхание 	<p>ЖЕЛТЫЙ: Вероятно, пневмония*</p>	<ul style="list-style-type: none"> Дайте амоксициллин орально в течение 5 дней При астмоидном дыхании (даже если оно исчезло после быстродействующего аэрозольного бронхолитика) продолжайте прием сальбутамола 5 дней Смягчите горло и облегчите кашель при помощи безопасного средства Если кашель продолжается >14 дней или при повторных приступах астмоидного дыхания, направьте на обследование (туберкулез или астма) Проинформируйте родителей о состояниях, при которых необходимо немедленно обратиться повторно Следующий осмотр через 2 дня
		<ul style="list-style-type: none"> Отсутствуют признаки вероятной пневмонии или очень тяжелого заболевания 	<p>ЗЕЛЕНЫЙ: Кашель или острое респираторное заболевание</p>	<ul style="list-style-type: none"> При астмоидном дыхании (даже если оно исчезло после быстродействующего аэрозольного бронхолитика) продолжайте прием сальбутамола 5 дней Смягчите горло и облегчите кашель при помощи безопасного средства Если кашель продолжается >14 дней или приступы астмоидного дыхания повторяются, направьте на обследование (туберкулез или астма) Проинформируйте родителей о состояниях, при которых необходимо немедленно обратиться повторно Проконсультируйте родителей по уходу за ребенком Следующий осмотр через 5 дней

* При наличии у ребенка повторных эпизодов ПНЕВМОНИИ в течение последних 6 мес классифицируйте по ВИЧ-инфекции.
** По возможности определите сатурацию кислорода с помощью пульсоксиметра и направьте ребенка в стационар, если уровень сатурации <90% при дыхании комнатным воздухом.

Рис. 2. Страница из Буклета схем ИВБДВ (симптом «Кашель»)

пересмотр коснулся и перечня медикаментов, которые могут использоваться в Украине при лечении заболеваний пациентов детского возраста. Также пересмотрена информация о рекомендациях по питанию детей, которая соответствует приказу МЗ Украины № 149, и информация о вакцинации, которая соответствует приказу МЗ Украины № 48. Вся эта колоссальная работа была проведена при информационной и финансовой поддержке представительства детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Украине.

Пилотное внедрение стратегии в Украине осуществлялось в 4 регионах, а первое обучение медицинских работников было проведено в августе 2010 г. Обучение стратегии ИВБДВ состоит из 2 обязательных и равноценных составляющих – теоретической и практической. Его проводят преподаватели, которые прошли подготовку под руководством экспертов ВОЗ и являются национальными тренерами по ИВБДВ. Обязательное требование к кандидатуре преподавателя – опыт клинической работы, поскольку суть обучения состоит в практическом применении полученных теоретических знаний в рамках обучающего семинара. Стандартный базовый курс ВОЗ длится 2 недели, однако для этапа пилотирования в Украине разработан 6-дневный курс. Проведение курса требует серьезной подготовительной работы, в частности, подбора участников и выбора места проведения обучения.

Как правило, группа обучающихся мультидисциплинарна и представлена семейными врачами и педиатрами, фельдшерами и патронажными детскими сестрами, т.е. всеми категориями

медицинских работников первичного звена оказания помощи. Для формирования качественных практических навыков на одного преподавателя должно приходиться не более 7 обучающихся; в клинику, на базе которой проходит обучение, должны поступать дети в возрасте до 5 лет с проблемами органов дыхания, лихорадкой, диареей, проблемами уха и горла, а также анемией и нарушениями питания. Для формирования клинических навыков по интегрированному ведению детей до 2 мес рекомендуется использовать поликлинические приемы или посетить отделение патологии новорожденных, где обучающиеся могут увидеть проявления всех необходимых клинических симптомов. Такую клиническую практику лучше всего проводить в областных или крупных городских детских больницах.

Пилотное внедрение адаптированной к условиям Украины стратегии ВОЗ/ЮНИСЕФ в Емильчинском районе Житомирской области продемонстрировало снижение неонатальной смертности с 14,83‰ в 2010 г. до 0 в 2012 г., младенческой смертности – с 21,19‰ до 2,96‰, смертности среди детей первых 5 лет жизни – с 24,42‰ до 0,4‰, частоты госпитализированных в стационар детей в возрасте 0-5 лет – со 157,9‰ до 35,6‰, частоты обращений за медицинской помощью – с 1325,14‰ до 485,1‰ соответственно.

Аналогичные показатели также улучшились в Снятинском районе Ивано-Франковской области (рис. 3).

Примечательно, что эти изменения произошли на фоне демедикализации и роста уровня удовлетворенности родителей качеством оказания медицинской



Рис. 3. Результаты пилотного внедрения стратегии в Снятинском районе Ивано-Франковской области

помощи. Следует отметить, что активное вовлечение родителей в процесс наблюдения и лечения больного ребенка путем их обучения и консультирования медицинскими работниками оказалось очень действенным и эффективным инструментом.

По мнению медицинских работников «пилотных» районов, обученных данной стратегии, интегрированное ведение больных детей позволяет четко и быстро оценить и классифицировать состояние ребенка по признакам опасности и основным симптомам, назначить необходимую терапию и проконсультировать мать. Причем этот процесс займет не более 15 мин. Использование в работе Буклета схем и формы записи больного ребенка поможет при оценке состояния ребенка не пропустить тот или иной значимый признак заболевания, что особенно важно для среднего медицинского персонала, который составляет до 75% от общего количества сотрудников

первичного уровня оказания медицинской помощи детскому населению.

Использование медицинскими работниками блока в Буклете, содержащего иллюстрационные материалы для родителей, поможет им более эффективно консультировать и обучать родителей.

Несмотря на то что в прошлом году МЗ Украины утвердило клинический протокол и клиническое руководство (приказ от 12.05.2016 № 438 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации интегрированного ведения болезней детского возраста»), государство, МЗ Украины, общественные организации и фонд ЮНИСЕФ до настоящего времени не проявляют заинтересованности в связи с широким внедрением этого эффективного низкочастотного инструмента с большим комплексом профилактических мероприятий.

