



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ОБЗОР ИНТЕГРИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА (ИВБДВ) В ЕВРОПЕ



Susanne Carai
Aigul Kuttumuratova
Martin Weber



РЕЗЮМЕ

В 1995 г. ВОЗ и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) приступили к реализации Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИББДВ) в качестве глобальной стратегии, призванной положить конец предотвратимой детской смертности и содействовать укреплению здоровья и развитию детей. В 2016 г. был проведен глобальный обзор осуществления ИББДВ. В дополнение к глобальному обзору Европейское региональное бюро ВОЗ детально изучило ход осуществления ИББДВ в Европейском регионе ВОЗ, где ИББДВ было введено в конце 1990-х гг. В настоящем отчете представлены результаты обзора осуществления ИББДВ в 16 странах и территориях Европейского региона и подчеркнуты сильные и слабые стороны, возможности и угрозы. В нем также представлены краткие описания результатов обзора на уровне отдельных стран/территорий.

Ключевые слова

CHILD
CHILD HEALTH SERVICES
DELIVERY OF HEALTH CARE, INTEGRATED
MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS
PROGRAM EVALUATION
EUROPE

ISBN 978-9-289-05372-3

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности.....	iv
Сокращения	vi
Резюме	vii
История вопроса.....	vii
Цели	vii
Методика	viii
Результаты.....	viii
Заключение и дальнейшие действия	xii
Обзор Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ) в Европе	1
История вопроса.....	1
Цели	2
Методика	3
Результаты	4
Более детальный анализ: ИВБДВ и использование антибиотиков	20
Предлагаемые усовершенствования ИВБДВ.....	22
Обсуждение	23
Дальнейший анализ результатов обзора: права детей.....	26
Заключение.....	29
Справочная литература	31
Приложение 1. Модель воздействия Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ).....	32
Приложение 2. Краткие описания по странам и территориям	33
Албания — обзор ИВБДВ	33
Армения — обзор ИВБДВ.....	39
Азербайджан — обзор ИВБДВ	46
Грузия — обзор ИВБДВ	52
Казахстан — обзор ИВБДВ.....	56
Кыргызстан — обзор ИВБДВ.....	62
Республика Молдова — обзор ИВБДВ	67
Российская Федерация — обзор ИВБДВ	73
Таджикистан — обзор ИВБДВ.....	78
Турция — обзор ИВБДВ	82
Украина — обзор ИВБДВ.....	85
Узбекистан — обзор ИВБДВ.....	90
Косово — обзор ИВБДВ.....	96

Выражение признательности

В настоящем докладе представлены результаты аналитической работы, выполненной в рамках обзора Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ) в Европейском регионе, проведенного Европейским региональным бюро ВОЗ при поддержке Фонда Билла и Мелинды Гейтс.

Свой вклад в проведение обзора внесли многие национальные эксперты, ученые, разработчики политики, врачи и медицинские сестры, и исследовательская группа совместно с группой по подготовке доклада выражает благодарность за их ценный вклад и поддержку. Мы хотели бы выразить особую благодарность своим коллегам из страновых офисов ВОЗ в Азербайджане, Албании, Армении, Беларуси, Грузии, Казахстане (Saltanat Yegeubayeva), Кыргызстане, Республике Молдова, Российской Федерации (Tatiana Kolpakova), Румынии, Таджикистане, Туркменистане, Турции, Узбекистане (Elena Tsoy) и Украине (Anastasiya Dumcheva), а также офис ВОЗ в Приштине за их опыт и поддержку, предоставленные до начала и во время миссий по проведению обзора.

Также выражаем признательность Ана Guerreiro за вклад в подготовку раздела, посвященного результатам обзора в области прав ребенка. Также выражаем признательность за технические рекомендации и вклад в подготовку инструментов и методики для проведения обзора со стороны Juan Tello и Erica Barbazza из Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи. Mikael Ostergren (штаб-квартира ВОЗ), Eva Kudlova (Прага, Чешская Республика), Ekaterina Stasii (Кишинев, Республика Молдова) и Laura Masiello (Рим, Италия), внесли вклад в обсуждение результатов обзора и их рассмотрение в более широком контексте. Christoph Henking, стажер ВОЗ, собрал справочную информацию о странах и принял участие в поездке в Грузию.

Исследовательская группа

Susanne Carai (ведущий консультант ВОЗ).

Larisa Boderscova, национальный специалист, страновой офис ВОЗ в Республике Молдова.

Henrik Khachatryan, национальный специалист, страновой офис ВОЗ в Армении.

Ivan Lejnev, консультант ВОЗ.

Kubanymbek Monolbayev, национальный специалист, страновой офис ВОЗ в Армении.

Sami Uka, национальный специалист, офис ВОЗ в Приштине.

Aigul Kuttumuratova, технический специалист, Программа по вопросам здоровья детей и подростков, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Martin Weber, руководитель программы, Программа по вопросам здоровья детей и подростков, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Группа по подготовке доклада

Текст отчета подготовили Susanne Carai, Aigul Kuttumuratova и Martin Weber, при поддержке и под рецензией членов исследовательской группы.

Сокращения

СРБ	анализ на С-реактивный белок
ОИК	образование, информация и коммуникация
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ИВБДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста
НМТР	низкая масса тела при рождении
ЦТР	Цели тысячелетия в области развития
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
SWOT	анализ слабых и сильных сторон, возможностей и угроз
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию

Резюме

История вопроса

В 1995 г. ВОЗ и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) приступили к реализации концепции интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ) в качестве глобальной стратегии, призванной положить конец предотвратимой детской смертности и содействовать укреплению здоровья и развитию детей. Стратегия ИВБДВ обеспечивает рекомендации по лечению и оказанию помощи в связи с такими основными причинами детской смертности, как пневмония, диарея и лихорадочные состояния, и включает три компонента: 1) улучшение навыков медицинских работников; 2) укрепление систем здравоохранения; и 3) совершенствование практики на уровне семей и сообществ.

В 2016 г. был проведен глобальный обзор осуществления ИВБДВ. В дополнение к глобальному обзору Европейское региональное бюро ВОЗ подробно изучило ход осуществления ИВБДВ в Европейском регионе ВОЗ, в котором ИВБДВ было введено в конце 1990-х гг. Обзор охватывал 15 государств-членов и территорию Косово¹. Несмотря на имевшиеся (и сохраняющиеся) в данном регионе значительные диспропорции в отношении детской смертности, высокая смертность не была основной проблемой в странах и территориях, рассматривавших возможность осуществления ИВБДВ. Продвижение ИВБДВ было обусловлено низким качеством помощи, отсутствием основанных на фактических данных руководящих принципов, полипрагмазией и избыточной госпитализацией. Также повсеместно наблюдалась проблема неэффективности систем здравоохранения. Двенадцать стран находились на этапе перехода от статуса республик бывшего СССР к независимости и претерпевали существенные изменения в своих системах здравоохранения.

Цели

Целями обзора ИВБДВ являлись:

- проведение обзора и обобщение информации о ходе осуществления ИВБДВ, а также его роли и эффективности в обеспечении качественной медицинской помощи для детей на основе обзоров, проведенных в 16 европейских странах и территориях, в которых осуществлялось ИВБДВ;
- обеспечение глубокого понимания факторов, ведущих к принятию ИВБДВ и способствующих его устойчивости, а также причин отказа от расширения и поддержания ИВБДВ; и
- анализ извлеченных уроков и получение информации для проведения дальнейших этапов, направленных на оказание первичной и вторичной медико-санитарной помощи детям в Европе.

¹ Для целей настоящей публикации любые ссылки, в том числе в библиографии, на термин «Косово» необходимо понимать/трактовать как «Косово (согласно резолюции 1244 (1999 г.) Совета Безопасности)».

Методика

Был разработан механизм для осуществления обзора, подготовки подробных вопросов и полужформализованных вопросников для проведения интервью с ключевыми информаторами и обсуждений в фокус-группах на национальном и региональном уровнях, а также на уровне медицинских учреждений. Аналитические обзоры соответствующих материалов были завершены до сбора данных в странах и территориях, включая информацию, собранную при помощи вопросников до проведения визита. Исследователи провели интервью и обсуждения в фокус-группах в ходе 2–4-дневных визитов в страны и территории (в трех случаях — по Skype). В ходе встречи исследователей в Кишиневе (Республика Молдова) были подготовлены итоговые выводы и обсуждены полученные результаты.

Результаты

ИББДВ было представлено в 16 странах и территориях Европейского региона с помощью проведенных на национальном уровне ознакомительных совещаний. Четырнадцать стран приняли решение перейти к экспериментальному внедрению ИББДВ в двух-трех районах. Среди причин для решения об отказе от экспериментального внедрения ИББДВ были названы неуместность и слишком элементарный уровень для соответствующего контекста и конкурирующие приоритеты министерств здравоохранения.

Только восемь стран осуществили ИББДВ в национальном масштабе. Три компонента были внедрены неравномерно: значительное внимание уделялось подготовке работников первичной медико-санитарной помощи, в то время как компоненты системы здравоохранения и сообщества реализовывались с отставанием. Впоследствии 11 стран и территорий также приняли меры по повышению качества помощи на уровне больниц.

Препараты для ИББДВ были включены в национальные перечни основных лекарственных средств почти всех стран, однако постоянное наличие препаратов для ИББДВ на бесплатной основе, как это предусмотрено стратегией в отношении детей, было зафиксировано только в четырех странах.

Осуществление ИББДВ шло с отставанием в большинстве стран и территорий, как только прекратилась внешняя поддержка, и было полностью прекращено в шести странах, ранее приступивших к осуществлению ИББДВ. Интеграция с системой базовой подготовки или непрерывного профессионального образования была достигнута лишь в ограниченном числе стран, в различных масштабах и с разным уровнем качества.

По итогам проведенных в странах и территориях исследований возникли вопросы в рамках следующих общих тем.

Сильные стороны

В районах осуществления ИВБДВ было признано, что эта стратегия способствовала снижению смертности детей в возрасте до 5 лет, особенно от пневмонии и диареи. Также было отмечено, что стратегия повысила качество помощи детям благодаря содействию применению основанных на фактических данных стандартных руководящих принципов ведения заболеваний, что привело к более эффективному и рациональному использованию антибиотиков и снизило показатели полипрагмазии и необоснованной госпитализации. В сельских районах стран и территорий, где зачастую имеется только сестринский персонал, ИВБДВ содействовало систематическому выявлению опасных симптомов и детей, нуждающихся в направлении к специалистам.

Слабые стороны

Было установлено, что во многих ситуациях ИВБДВ характеризовалось ограниченной устойчивостью. Осуществление стратегии нередко проходило при финансировании со стороны доноров и тормозилось или останавливалось при прекращении внешнего финансирования. Систематическая интеграция в систему базовой подготовки и последипломного образования была достигнута лишь в ограниченном числе стран и территорий.

Не всегда решались вопросы несовместимости между ИВБДВ и действующими требованиями политики и нормами, что препятствовало осуществлению ИВБДВ: к примерам можно отнести несоответствия между Международной классификацией болезней 10-го пересмотра и классификациями ИВБДВ, требования политики в отношении госпитализации детей с диареей в инфекционные больницы, а также практику анализа образцов стула в странах бывшего Советского Союза.

Обширные требования к отчетности и предположение о том, что весь алгоритм действий должен повторяться при каждом контакте между ребенком и медицинским работником, были отнесены к препятствиям, мешавшим осуществлению ИВБДВ.

Несмотря на то что в ходе разработки не предполагалось, что алгоритм ИВБДВ будет применим не ко всем типам медицинских работников и не во всех условиях, его позиционирование иногда было признано слишком категоричным. Некоторые посчитали алгоритм слишком элементарным, особенно это касается опытных врачей.

В результате того, что основное внимание уделялось подготовке медицинских работников на основе допущений о том, что такая подготовка ведет к осуществлению ИВБДВ, при одновременном, как сообщалось, неполном определении и недопонимании таких компонентов, как сообщество и система здравоохранения, стало несбалансированное осуществление трех составляющих ИВБДВ.

Ключевые информаторы отметили, что ИВБДВ рассматривалось как наиболее подходящая стратегия для отдаленных районов, где помощь оказывают только медицинские сестры или фельдшеры. Это может свидетельствовать о приемлемом отношении к тому, что для живущих в отдаленных районах детей, которые не могут получить доступ к другим услугам, может быть достаточна помощь более низкого качества. Следовательно, осуществление ИВБДВ могло способствовать сохранению

несправедливости внутри стран и территорий, где эта стратегия не была развернута на всей территории.

Угрозы

Ключевые информаторы во многих случаях отмечали, что предпочтения и ожидания родителей в отношении помощи их детям склонялись в пользу более «медикализированной» помощи (например, инфузионная терапия была предпочтительнее применения пероральных средств для регидратации, приветствовалось назначение нескольких препаратов, а не одного). Родители нередко игнорировали службы первичной помощи и приводили своих детей непосредственно к специалистам медицинских служб вторичного или третичного уровней (при доступности таковых) в поисках более сложных диагностических тестов и видов лечения. Первичная медико-санитарная помощь зачастую воспринималась как неспособная предложить какие-либо услуги больным детям и использовалась только в рамках профилактических мер, например для иммунизации и мониторинга.

Тот факт, что подготовка по ИВБДВ не поддерживалась во многих странах и территориях и не была распространена на систему высшего образования, свидетельствовал об отсутствии политической поддержки ИВБДВ. Результаты также указывали на то, что академическое сообщество, особенно старшие преподаватели вузов и профессиональные ассоциации, противодействовало ИВБДВ по причине его простоты, что повлияло на эффективность интеграции стратегии в систему базовой подготовки.

Выбор вариантов лечения не всегда определялся решениями, основанными на фактических данных, а национальные руководящие принципы ведения больных детей не всегда были основаны на наилучших имевшихся доказательствах. Кроме того, считалось, что мотивация и показатели работы медицинского персонала были тесно связаны с такими стимулами (или антистимулами), как проводимый фармацевтической промышленностью агрессивный маркетинг более дорогостоящих (и приносящих более высокую прибыль) лекарственных препаратов и форм.

Часто отмечавшаяся параллельная подготовка одних и тех же медицинских работников по различным аспектам детства, включая ИВБДВ, развитие детей раннего возраста, иммунизацию и грудное вскармливание, вела к дублированию и фрагментации знаний, необходимых для оказания качественной помощи детям.

Системные вопросы, влияющие на осуществление ИВБДВ

В целом почти во всех ситуациях можно было наблюдать рост приватизации медицинских услуг или расширение коммерческой медицины и необходимость учитывать экономические аспекты в рамках оказания помощи. Это оказывало влияние не только на показатели работы медицинского персонала и его способность следовать руководящим принципам, но и на разработку руководящих принципов.

Тяжелые условия труда при низкой заработной плате и отсутствии возможностей для непрерывного образования и карьерного роста также повлияли на показатели работы медицинского персонала и его мотивацию. В ряде стран и территорий, особенно в сельских и наиболее отдаленных районах, были зафиксированы

неудовлетворительные условия труда в плане инфраструктуры, например отсутствие отопления в зимний период. Такие условия создавали сложности в работе и препятствовали оказанию качественной помощи.

Эти результаты дают основания предполагать, что на методы работы, вероятно, повлияли такие схемы, как оплата по результатам выполненных работ, и соответствующие показатели, а также политика наказаний и отсутствие поддерживающего кураторства. Системы здравоохранения были нередко построены таким образом, что стимулировали госпитализацию вместо амбулаторной помощи, избыточное применение лекарственных препаратов вместо их надлежащего использования и применение дорогостоящих лекарственных препаратов вместо препаратов, необходимых по показаниям.

Представляется, что существовавшие в некоторых странах и территориях системы оплаты также благоприятствовали госпитализации, поскольку, например, заработная плата врачей зависела от числа госпитализированных пациентов, либо системы медицинского страхования компенсировали расходы на лекарственные препараты и диагностические услуги для стационарной, но не для амбулаторной помощи. Это создавало стимулы для госпитализации (спрос) со стороны пациента. Во многих системах здравоохранения, по словам одного из ключевых информаторов, «здоровый ребенок больше не нужен», поскольку в таких системах дети должны продолжать болеть для того, чтобы создавать прибыль благодаря проведению диагностических тестов и назначению лекарственных препаратов.

Препараты для ИВБДВ были включены в национальные перечни лекарственных средств почти во всех странах и территориях, в которых проводился обзор, и теоретически их предоставляли детям бесплатно. Тем не менее родителям нередко приходилось из собственного кармана оплачивать различные лекарственные препараты (необязательно более высокого качества), назначаемые медицинскими работниками, заинтересованными в извлечении прибыли или получении других преимуществ от фармацевтических компаний.

Системы по работе с детьми параллельно с семейными врачами или педиатрами, работающими под эгидой министерства здравоохранения (например, детские неврологи или невропатологи в некоторых странах бывшего Советского Союза или министерства обороны со своими собственными системами здравоохранения) также влияли на общее качество помощи детям.

В целом секторы здравоохранения во многих странах бывшего Советского Союза ощущали нехватку финансирования, при этом уровень расходов на здравоохранение в процентах от валового внутреннего продукта и в абсолютном выражении оставался низким.

Возможности

Ряд системных вопросов можно решить благодаря использованию сильных сторон стратегии ИВБДВ и ее осуществлению. Стратегия ИВБДВ получила широкое признание среди всех заинтересованных сторон в качестве основанного на фактических данных и состоятельного в научном плане подхода к здоровью детей и инструмента для повышения качества помощи детям благодаря содействию в

использовании стандартных руководящих принципов ведения, рациональном применении антибиотиков и сокращении показателей полипрагмазии и необоснованной госпитализации.

На глобальном уровне государства-члены приняли Повестку дня Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития на период до 2030 г. Цели в области устойчивого развития (ЦУР) определили амбициозную повестку дня в отношении здоровья и развития детей. Для того чтобы эти обязательства приобрели реальное значение для сохранения жизни детей и подростков в Европейском регионе ВОЗ, потребуется укрепление и разработка более инновационных способов инвестирования в области первичной медико-санитарной помощи, сближение различных секторов, расширение национальной ответственности в отношении соответствующих процессов и усиление подотчетности систем, что обеспечит устойчивость осуществляемой работы.

ИВБДВ может стать точкой отсчета для определения истинного смысла всеобщего охвата детей и подростков медико-санитарной помощью. ИВБДВ может быть также использовано в качестве основы для:

1. разработки концепции здоровья детей и подростков в Европейском регионе;
2. подготовки технических руководящих принципов для оказания основной медико-санитарной помощи новорожденным, детям и подросткам на первичном уровне медико-санитарной помощи;
3. укрепления системы базовой подготовки и последипломного образования работников первичной медико-санитарной помощи, работающих с детьми и подростками; и
4. обеспечения соответствия систем здравоохранения потребностям детей и подростков с учетом прав детей и подростков.

В 2018 г. народы мира будут отмечать 40-ю годовщину принятия Алма-Атинской декларации о первичной медико-санитарной помощи. Это подходящий момент для пересмотра и расширения ИВБДВ.

Заключение и дальнейшие действия

Стратегия ИВБДВ достигла больших успехов в продвижении принципов доказательной медицины и рационального использования лекарственных препаратов в Европе.

Несмотря на значительные успехи и вопреки обязательствам, предусмотренным Конвенцией о правах ребенка, в Европейском регионе сохраняются следующие проблемы:

- практика, не основанная на фактических данных, особенно неизбирательное использование антибиотиков;
- ненадлежащая медикализация;
- лечение и госпитализация без необходимости.

Большинство стран и территорий пренебрегли обсуждениями требований к системам здравоохранения и потребности в реформах при внедрении ИВБДВ, и эта ситуация

требует исправления. Необходимо обеспечить достаточное число медицинских работников, они должны получать надлежащее вознаграждение и проходить подготовку в области основанной на фактических данных практики до начала работы, а также впоследствии иметь доступ к системе непрерывного медицинского образования. Подготовка медицинских работников сама по себе не приводит к повышению эффективности их работы; это также зависит от других компонентов системы здравоохранения, призванных обеспечить оптимальные результаты в области здоровья детей.

Обновленный подход к ИВБДВ должен строиться на оказании поддержки медицинским работникам в деле принятия основанных на фактических данных решений, на соответствии ожиданиям родителей и повышении уровня медицинской грамотности.

Неадекватное планирование и нехватка правительственных ресурсов для проведения последующих визитов после подготовки по вопросам ИВБДВ привели к утрате приобретенных знаний и навыков. Отсутствие поддерживающего кураторства также отражает общую слабость имеющихся в странах и территориях систем повышения качества. Следует рассмотреть вопрос об инновационных инструментах и механизмах в поддержку осуществления стандартных руководящих принципов лечения, включая поддерживающее кураторство и принципы сотрудничества, а также об использовании современных технологий.

В ходе обзора полученных результатов был разработан потенциальный матричный метод для ИВБДВ. Он определяет задачи и компетенции, необходимые для ведения широко распространенных детских заболеваний на основе возможностей в плане назначения антибиотиков и имеющегося диагностического оборудования. Матричный метод может быть полезен в процессе осуществления стратегии для решения вопросов, связанных с подготовкой, профессиональными привилегиями, системами направления для получения специализированной помощи и использованием противомикробных препаратов, и, следовательно, содействовать повышению эффективности лечения детей.

Обновленный подход к ИВБДВ должен заложить в основу лечения детей принцип рационального назначения лекарственных препаратов в целом и антибиотиков в частности. Необходимо приложить еще больше усилий в целях ликвидации неизбирательного использования антибиотиков и обеспечения назначения антибиотиков детям только тогда, когда дети действительно в них нуждаются. Подготовка медицинских работников, просвещение пациентов и родителей и надлежащие нормы, обязательные к исполнению, сыграют важную роль в сокращении использования антибиотиков без необходимости. Доступ к надежным и доступным тестам по месту оказания помощи, способным проводить различия между бактериальными и вирусными инфекциями, будет содействовать дальнейшему улучшению ситуации.

Ответственность со стороны государства продолжит играть первоочередную роль, и этому следует всячески содействовать. В целях оказания надлежащей помощи всем детям государства должны выполнять свои обязательства, предусмотренные Конвенцией о правах ребенка.

Обзор Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ) в Европе

История вопроса

В 1995 г. ВОЗ и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) приступили к реализации Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ) в качестве глобальной стратегии, призванной положить конец предотвратимой детской смертности и содействовать укреплению здоровья и развитию детей. Стратегия ИВБДВ обеспечивает рекомендации по лечению и оказанию помощи в связи с такими основными причинами детской смертности, как пневмония, диарея и лихорадочные состояния, и включает три компонента: 1) улучшение навыков медицинских работников; 2) укрепление систем здравоохранения; и 3) совершенствование практики на уровне семей и сообщества. С начала осуществления стратегии ИВБДВ более 100 стран и территорий реализовали некоторые из трех компонентов или все три компонента.

В 2016 г. был проведен глобальный обзор осуществления ИВБДВ. В дополнение к глобальному обзору Европейское региональное бюро ВОЗ подробно изучило ход осуществления ИВБДВ в Европейском регионе ВОЗ, в котором ИВБДВ было введено в конце 1990-х гг. Обзор охватывал 15 государств-членов и территорию Косово². Несмотря на имевшиеся (и сохраняющиеся) в данном регионе значительные диспропорции в области детской смертности, высокая смертность не была основной проблемой в странах и территориях, рассматривавших возможность осуществления ИВБДВ. Продвижение ИВБДВ было обусловлено низким качеством помощи, отсутствием основанных на фактических данных руководящих принципов, полипрагмазией и избыточной госпитализацией (1). Также повсеместно наблюдалась неэффективность систем здравоохранения. Двенадцать стран находились на этапе перехода от пребывания в составе бывшего Советского Союза к независимости и претерпевали существенные изменения в своих системах здравоохранения (2).

ИВБДВ было представлено в Европейском регионе ВОЗ в 1998 г., при этом 16 стран и территорий решили рассмотреть стратегию на том или ином этапе и осуществить ее в той или иной степени. В таблице 1 кратко изложены процессы внедрения и осуществления ИВБДВ в 16 европейских странах и территориях, а также указано, какие именно страны и территории рассмотрели возможность осуществления ИВБДВ, в какой степени была развернута стратегия и использовалась ли она на устойчивой основе. Также указано, какой из компонентов был осуществлен — на уровне местного сообщества или на уровне больниц.

В 2016 г. ВОЗ, ЮНИСЕФ, Агентство Соединенных Штатов по международному развитию (ЮСАИД) и Фонд Билла и Мелинды Гейтс провели глобальный обзор

² Для целей настоящей публикации любые ссылки, в том числе в библиографии, на термин «Косово» необходимо понимать/трактовать как «Косово (согласно резолюции 1244 (1999 г.) Совета Безопасности)».

ИВБДВ. В ходе обзора была собрана информация только из пяти стран Европейского региона ВОЗ (Армения, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова и Таджикистан) и территории Косово, а в Казахстане было проведено углубленное исследование. В дополнение к глобальному обзору Европейское региональное бюро ВОЗ подробно изучило ход осуществления ИВБДВ в 16 европейских странах и территориях, рассмотревших возможность осуществления ИВБДВ. Цель обзора также заключалась в выявлении факторов, способствующих либо препятствующих осуществлению этой стратегии, а также в определении актуальности и ограничений ИВБДВ в целях расширения доступа к услугам, оказываемым детям в Европейском регионе, и повышения их качества.

Таблица 1. Состояние ИВБДВ в 16 европейских странах и территориях

Страна/территория	Осуществление	По-прежнему действует	На уровне сообщества	На уровне больниц
Албания	+	–	+	–
Армения	++	++	+/?	++
Азербайджан	+	?	+	–
Беларусь	(+)	–	–	–
Грузия	+	?	–	+
Казахстан	++	++	++	++
Кыргызстан	++	++	++	++
Республика Молдова	++	++	++	++
Румыния	(+)	–	–	–
Российская Федерация	+	(+)	–	+
Таджикистан	++	++	+	++
Туркменистан	+	+	+	+
Турция	+	+	–	+
Украина	+	+	(+)	+
Узбекистан	++	++	++	++
Косово	++	++	+	++

+ = аспект зафиксирован.

++ = в национальном масштабе.

(+) = только вводные/разрозненные мероприятия.

– = зафиксировано ОТСУТСТВИЕ аспекта.

? = информация отсутствует.

Источник: составлено на основе различной информации, доступной в Европейском региональном бюро ВОЗ.

Цели

Целями обзора ИВБДВ являлись:

- проведение обзора и обобщение информации о ходе осуществления ИВБДВ, а также его роли и эффективности в обеспечении качественной медицинской помощи для детей на основе обзоров, проведенных в 16 европейских странах и территориях, в которых осуществлялось ИВБДВ;
- обеспечение глубокого понимания факторов, ведущих к принятию ИВБДВ и способствующих его устойчивости, а также причин отказа от расширения и поддержания ИВБДВ; и
- анализ извлеченных уроков и получение информации для проведения дальнейших этапов, направленных на оказание первичной и вторичной медико-санитарной помощи детям в Европе.

Методика

Подготовительный этап

На основе имеющихся документов были подготовлены резюме о состоянии ИББДВ в странах и территориях, а также были выданы вопросники до поездки в целях получения справочной информации о состоянии и ходе осуществления ИББДВ, определения соответствующих документов и выявления подходящих ключевых информаторов и участников обсуждений в фокус-группах, которые должны быть проведены во время поездок. Полученная информация была использована для осуществления аналитических обзоров соответствующими экспертами. Впоследствии были разработаны полуформализованные вопросники для проведения интервью с ключевыми информаторами и обсуждений в фокус-группах на национальном и районном уровнях, а также на уровне медицинских учреждений в ходе этапа поездок в страны и территории.

Этап поездок в страны и территории

Для проведения интервью с ключевыми информаторами и обсуждений в фокус-группах были использованы полуформализованные вопросники. Модель оценки воздействия ИББДВ (Приложение 1) была использована в целях изучения хода осуществления ИББДВ, а также препятствий и недостатков ИББДВ в конкретных условиях.

Этап обработки данных и подготовки отчета

Результаты интервью с ключевыми информаторами и обсуждений в фокус-группах транскрибировали и классифицировали по категориям ответов; затем их использовали для обобщения результатов внутри стран и территорий и между ними в целях получения ответов на вопросы, приведенные во вставке 1.

Вставка 1. Ключевые вопросы

1. Актуальность и входные данные

Могло ли осуществление ИББДВ привести к достижению желаемых результатов и обеспечить желаемое воздействие? Каково текущее состояние дел в плане ИББДВ/здоровья детей? В какой степени ИББДВ отвечает реалиям и требованиям в Европе? Почему страны и территории решили принять (или не принять) ИББДВ? Какие инициативы были запланированы (подготовка (обучение по месту работы/до-дипломное обучение), компонент на уровне сообщества, компонент на уровне системы здравоохранения)?

2. Эффективность и процесс

Насколько эффективно осуществляется/осуществлялось ИББДВ? Процесс и описание решений о принятии ИББДВ, а также его осуществления: что произошло после начала осуществления? Почему?

3. Эффективность и промежуточный результат

Осуществлялись ли мероприятия с необходимым качеством и охватом? Проводилось ли расширение ИББДВ и если да, то каким образом? Была ли включена стратегия в программу подготовки на до-дипломном этапе? Если нет, то почему?

4. Эффективность и конечный результат
Привели ли осуществленные мероприятия к достижению желаемого конечного результата? Каковы сильные и слабые стороны ИВБДВ в конкретных условиях?
5. Воздействие^a
Оказали ли осуществленные мероприятия желаемое воздействие? Если да, то какие уроки были извлечены? Если нет, то что нужно сделать по-другому?
6. Устойчивость
Носили ли услуги устойчивый характер? Если услуги и подготовка не носили устойчивый характер, то почему?
^a Учитывая сферу охвата обзора, проведение полного анализа воздействия не представлялось возможным. Тем не менее вопросы о выявленном воздействии и вероятных причинах были обсуждены с заинтересованными сторонами.

Специалисты, проводившие оценку, проанализировали результаты по странам и территориям в ходе совещаний по обзору и сделали выводы в целях осуществления дальнейших действий.

Этап публикации

Отчет по итогам совещания и межстрановой/межтерриториальный отчет (горизонтальный анализ), обобщающие результаты оценки, будут представлены для широкого ознакомления. Помимо отчета по итогам совещания и итогового отчета, будет подготовлен проект научной статьи для публикации в авторитетном журнале для распространения полученных знаний и опыта в целях дальнейшего укрепления здоровья детей в Европе.

Результаты

ИВБДВ было представлено в 16 странах и территориях Европейского региона при помощи проведенных на национальном уровне вводных совещаний (табл. 2). Четырнадцать стран приняли решение перейти к пилотному внедрению ИВБДВ в двух-трех районах. Среди причин для принятия решения об отказе от пилотного внедрения ИВБДВ были названы неактуальность и слишком элементарный уровень с точки зрения соответствующего контекста и конкурирующие приоритеты министерств здравоохранения.

Только восемь стран осуществили ИВБДВ в национальном масштабе. Три компонента были внедрены неравномерно: основное внимание уделялось подготовке работников первичной медико-санитарной помощи, в то время как компоненты системы здравоохранения и сообщества реализовывались с отставанием. Впоследствии 11 стран и территорий также приняли меры по повышению качества помощи на уровне больниц.

Препараты для ИВБДВ были включены в национальные перечни основных лекарственных средств почти всех стран, однако постоянное наличие препаратов для ИВБДВ на бесплатной основе, как это предусмотрено стратегией в отношении детей, было зафиксировано только в четырех странах.

Таблица 2. Ход осуществления ИББДВ в 16 странах и территориях Европейского региона ВОЗ

Состояние	В целом	Албания	Армения	Азербайджан	Беларусь	Грузия	Казахстан	Косово	Кыргызстан	Республика Молдова	Румыния	Российская Федерация	Таджикистан	Турция	Туркменистан	Украина	Узбекистан
Географический охват																	
Вводное совещание на национальном уровне	16	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Осуществление в пилотных районах	14	+	+	+	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
Расширение на общенациональном уровне	8	-	+	-	-	-	+	+	+	+	-	-	+	-	-	+	+
Повышение показателей работы медицинских работников																	
Подготовка медработников на основе алгоритма ИББДВ	14	+	+	+	н/п	+	+	+	+	+	н/п	+	+	+	+	+	+
Последующее наблюдение после проведения подготовки	14	+	+	+	н/п	+	+	+	+	+	н/п	+	+	+	+	+	+
ИББДВ на уровне больниц																	
Внедрение карманного справочника ВОЗ	12	-	+	-	н/п	+	+	+	+	+	н/п	+	+	+	+	+	+
Оценка больницы	11	-	+	-	н/п	+	+	+	+	+	н/п	+	+	-	+	+	+
Подготовка на основе карманного справочника ВОЗ	11	-	+	-	н/п	+	+	+	+	+	н/п	+	+	-	+	+	+
Использование карманного справочника в качестве национального руководства по лечению	6	-	+	-	н/п	-	+	-	+	+	н/п	-	+	-	-	-	+
Осуществление мероприятий, направленных на повышение качества	8	-	+	-	н/п	-	+	+	+	+	н/п	+	+	-	-	-	+
Укрепление систем здравоохранения																	
Включение препаратов для ИББДВ	12	+	+	+	н/п	-	+	+	+	+	н/п	+	+	-	+	+	+

Состояние	В целом	Албания	Армения	Азербайджан	Беларусь	Грузия	Казахстан	Косово	Кыргызстан	Республика Молдова	Румыния	Российская Федерация	Таджикистан	Турция	Туркменистан	Украина	Узбекистан
в национальные перечни основных лекарственных средств																	
Все препараты для ИББДВ доступны на бесплатной и постоянной основе	4	-	-	-	н/п	-	+	-	+	+	н/п	-	-	-	+	-	-
Компонент на уровне сообщества																	
Пилотные мероприятия	12	+	+	+	н/п	-	+	+	+	+	н/п	+	+	-	+	+	+
Полномасштабная деятельность	5	-	-	-	н/п	-	+	-	+	+	н/п	-	+	-	-	-	+
Устойчивость																	
Мероприятия по ИББДВ продолжают	8	-	+	-	н/п	-	+	-	+	+	н/п	-	+	-	+	+	+
Мероприятия по ИББДВ были остановлены после прекращения внешней поддержки	6	+	-	+	н/п	+	-	+	-	-	н/п	+	-	+	-	-	-
ИББДВ характеризуется устойчивостью	4	-	-	-	н/п	-	+	-	+	+	н/п	-	-	-	-	?	+
ИББДВ интегрировано в систему базовой подготовки	7	-	-	-	н/п	-	+	-	+	+	н/п	-	+	-	+	+	+
ИББДВ интегрировано в систему непрерывного образования	7	-	-	-	н/п	-	+	++	+	+	н/п	-	+	-	+	+	+
Законодательная база для осуществления ИББДВ	7	-	+	-	н/п	-	+	-	+	+	н/п	-	+	-	-	+	+

н/п = неприменимо.

+ = аспект зафиксирован.

- = зафиксировано ОТСУТСТВИЕ аспекта.

? = информация отсутствует.

++ = только для медицинских сестер.

Осуществление ИВБДВ шло с отставанием в большинстве стран и территорий, как только прекратилась внешняя поддержка, и было полностью прекращено в шести странах, ранее приступивших к осуществлению ИВБДВ. Интеграция в систему базовой подготовки или непрерывного профессионального образования была достигнута лишь в ограниченном числе стран, в различных масштабах и с разным качеством.

Актуальность

Были проведены обзор и анализ результатов по 16 странам и территориям для получения ответов на следующий вопрос: в какой степени ИВБДВ отвечает реалиям и требованиям в Европе в плане снижения смертности среди детей в возрасте до 5 лет и/или повышения качества помощи?

В таблице 3 резюмированы результаты обзоров в отношении той степени, в которой ключевые информаторы считают ИВБДВ актуальным.

Таблица 3. Актуальность ИВБДВ в странах и территориях

Страны и территории с уровнем смертности детей в возрасте до 5 лет выше 40/1000 на момент внедрения ИВБДВ		
Страна/территория	Актуальность на момент начала осуществления	Актуальность на момент проведения обзора ИВБДВ в 2016 г.
Турция (42/1000)	После пилотных испытаний ИВБДВ не было осуществлено, поэтому не было признано актуальным	Не было признано актуальным (однако подход, направленный на улучшение соблюдения стандартов, основанных на фактических данных, считается актуальным)
Узбекистан (75/1000)	Было признано актуальным	По-прежнему считается актуальным
Кыргызстан (51/1000)	В значительной степени актуально	По-прежнему актуально (за исключением столицы)
Азербайджан (75/1000)	Было признано актуальным	По-прежнему считается актуальным в сельских/отдаленных районах
Таджикистан (83/1000)	Считается в значительной степени актуальным	По-прежнему считается актуальным
Туркменистан (86/1000)	В высшей степени актуально (однако принимаются лишь ограниченные меры)	В высшей степени актуально (однако меры не принимаются)
Казахстан (45/1000)	В значительной степени актуально	По-прежнему считается актуальным
Косово	В значительной степени актуально	Частично актуально, но не для педиатров
Страны с уровнем смертности детей в возрасте до 5 лет ниже 40/1000 на момент внедрения ИВБДВ		
Страна	Актуальность на момент начала осуществления	Актуальность на момент проведения обзора ИВБДВ в 2016 году
Беларусь (4/1000)	Не осуществлялось, поэтому не считается актуальным	Не было признано актуальным
Республика Молдова	Считается в значительной	В основном считается

(23/1000)	степени актуальным	актуальным
Грузия (38/1000)	Было признано актуальным	Одними заинтересованными сторонами было признано неактуальным, другими — актуальным
Румыния (25/1000)	ИББДВ не было осуществлено, поэтому не было признано актуальным	С учетом «утечки мозгов» считается актуальным для сельских районов
Албания (26/1000)	Было признано актуальным (однако было осуществлено в ограниченных масштабах)	По-прежнему считается полезным и актуальным, однако страна не рассматривает возможность его осуществления
Российская Федерация (21/1000)	Никогда не считалось актуальным для страны в целом; было признано актуальным в значительной степени для некоторых районов	По-прежнему актуально для некоторых районов, но было признано неактуальным для большей части страны
Украина (13/1000)	Было признано в значительной степени актуальным в 2011 г. при уровне смертности 13/1000 в отношении качества помощи	В значительной степени актуально — осуществление ИББДВ продолжается
Армения (28/1000)	В значительной степени актуально	По-прежнему считается в значительной степени актуальным

Полномасштабное осуществление.

Ограниченное осуществление.

Осуществление не проводится.

Осуществление с опозданием (осуществление началось только 5 лет назад — по сравнению с осуществлением, 17 лет назад в большинстве других стран и территорий).

Эффективность

Зачастую три компонента ИББДВ не осуществлялись на комплексной основе, притом что особое внимание уделялось подготовке медицинских работников. В некоторых странах и территориях отмечалась сильная политическая поддержка и координация, а в других она отсутствовала. В большинстве случаев подготовка по вопросам ИББДВ осуществлялась при поддержке доноров, но, как только внешняя поддержка прекращалась, подготовка шла с отставанием или нередко прекращалась полностью. Попытки интегрировать подготовку по вопросам ИББДВ в систему базового образования предпринимались почти во всех странах и территориях, однако полученные из 14 стран комментарии говорят о том, что такие попытки оказались эффективными лишь в семи странах. Из всех стран, сообщивших об интеграции в систему базовой подготовки, только одна заявила о том, что все вопросы ИББДВ преподаются в университете в полном объеме. Большинство других стран включили в учебный план лишь некоторые компоненты, например вопросы ведения диареи или респираторных инфекций (что не может рассматриваться в качестве полномасштабной интеграции подхода ИББДВ на основе алгоритмов в систему базовой подготовки).

Также было отмечено, что в некоторых странах и территориях подготовка по вопросам ИББДВ была сокращена, например, до 2–3 или 6–7 дней, и/или не включала

практический компонент. Среди указанных ключевыми информаторами причин были отсутствие подготовки профессорско-преподавательского состава университетов и медицинских колледжей по вопросам ИББДВ, нехватка подготовленного медицинского персонала в клинических учреждениях, слабое руководство и скептицизм в академических кругах по отношению к ИББДВ, особенно среди ведущих профессоров в области педиатрии. В целом вопросы ИББДВ в учебных планах базовой подготовки были представлены фрагментарно (освещались лишь отдельные темы) или их объем был сокращен.

Полученные результаты резюмируются в таблице 4.

Таблица 4. Предоставленные ключевыми информаторами данные об интеграции ИББДВ в систему базовой подготовки и последипломного образования

Состояние интеграции	Страны/территории, представившие данные	Албания	Армения	Азербайджан	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Республика Молдова	Российская Федерация	Таджикистан	Турция	Туркменистан	Украина	Узбекистан	Косово
Интеграция в систему базовой подготовки:	7	-	-	-	-	+	+	+	-	/	-	+	/	+	-
учебные планы университетов		-	/	/	/	/	/	+	-	/	-	+	/	/	-
медицинские колледжи для медсестер		-	-	-	-	+	-	?	-	?	-	?	/	/	+
Интеграция в систему последипломного образования:		-	-	-	/	+	+	+	-	?	-	+	/	/	-
для семейных врачей		-	-	-	/	+	+	+	-	?	-	+	/	/	-
для медсестер		-	-	-	?	+	+	?	+	?	-	?	/	/	-
Интеграция в непрерывное медицинское образование:		-	/	-	-	+	/	+	-	?	-	?	/	/	+
для семейных врачей		-	/	-	-	/	/	+	-	?	-	/	/	/	/
для медсестер		-	/	-	-	+	?	?	-	?	-	?	/	/	+

+ = аспект зафиксирован.

- = зафиксировано ОТСУТСТВИЕ аспекта.

? = информация отсутствует.

/ = частично.

Эффективность

Были проведены обзор и анализ результатов по 14 странам и территориям, в которых началось осуществление ИББДВ. В целом были выявлены следующие сильные и слабые стороны, угрозы и системные вопросы, влияющие на осуществление ИББДВ.

Сильные стороны

Там, где ИВБДВ осуществлялось, было признано, что эта стратегия способствовала снижению смертности детей в возрасте до 5 лет, особенно от пневмонии и диареи. Также было признано, что стратегия повысила качество помощи детям путем содействия применению основанных на фактических данных стандартных руководящих принципов ведения заболеваний, что привело к более эффективному и рациональному использованию антибиотиков и снизило показатели полипрагмазии и необоснованной госпитализации. В сельских районах стран и территорий, где зачастую имеется только сестринский персонал, ИВБДВ содействовало систематическому выявлению опасных симптомов и детей, нуждающихся во вторичной медико-санитарной помощи.

Основные моменты

- Было признано, что ИВБДВ способствовало сокращению смертности.
- ИВБДВ способствовало применению основанных на фактических данных стандартных руководящих принципов ведения заболеваний, и в частности рациональному использованию лекарственных препаратов, улучшению рационального использования антибиотиков и снижению показателей полипрагмазии.
- В сельских районах стран и территорий, где зачастую имеется только сестринский персонал, ИВБДВ содействовало систематическому выявлению опасных симптомов и детей, нуждающихся во вторичной медико-санитарной помощи.
- Было признано, что ИВБДВ повысило качество помощи детям.

Выявленные сильные стороны кратко изложены в таблице 5.

Таблица 5. Сильные стороны

Темы	Страны и территории, в которых была упомянута данная тема (число стран из 14) ^a
Было признано, что ИВБДВ способствовало сокращению смертности	Азербайджан, Армения, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Украина (8)
ИВБДВ способствует применению основанных на фактических данных стандартных руководящих принципов ведения, и в частности рациональному использованию лекарственных препаратов	Азербайджан, Албания, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Косово (14)
Выявление тяжелобольных пациентов: в сельских районах стран и территорий, где зачастую имеется только сестринский персонал, ИВБДВ содействует систематическому выявлению опасных симптомов и детей, нуждающихся во вторичной медико-санитарной помощи	Албания, Армения, Грузия, Казахстан, Республика Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Косово (8)
Случаи невыживания: было признано, что ИВБДВ повысило качество помощи детям	Азербайджан, Албания, Армения, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Турция, Узбекистан, Украина, Косово (12)

^a За исключением Беларуси и Румынии, где сбор информации не был завершен или ИВБДВ не было внедрено.

Слабые стороны

Было установлено, что во многих ситуациях ИББДВ характеризовалось ограниченной устойчивостью. Осуществление нередко проходило при финансировании со стороны доноров и тормозилось или полностью останавливалось при прекращении внешнего финансирования. Систематическая интеграция в систему базовой подготовки и последипломного образования была достигнута лишь в ограниченном числе стран и территорий.

Не всегда рассматривались и решались вопросы несовместимости между ИББДВ и действующими требованиями политики и нормами, что препятствовало осуществлению ИББДВ: к примерам можно отнести несоответствия между Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и классификациями ИББДВ, требования политики в отношении госпитализации детей с диареей в инфекционные больницы, а также практику анализа кала в странах бывшего Советского Союза.

Чрезмерные требования к отчетности и предположение о том, что весь алгоритм действий должен повторяться при каждом контакте между ребенком и медицинским работником, были отнесены к препятствиям, мешавшим осуществлению ИББДВ.

Хотя при разработке алгоритма ИББДВ не предполагалось, что он будет подходить для всех типов медицинских работников и для любых условий, его позиционирование иногда рассматривалось как догма. Некоторые посчитали алгоритм слишком элементарным, особенно это касается опытных врачей.

Акцент на подготовке медицинских работников на основе допущения о том, что подготовка ведет к осуществлению ИББДВ, при одновременном неполном определении или недопонимании компонентов на уровне сообщества и системы здравоохранения привел к несбалансированному осуществлению трех компонентов ИББДВ.

Стратегия ИББДВ не учитывала в должной мере вопросы справедливости: приемлемым считалось оказание помощи более низкого качества живущим в отдаленных районах детям, которые не могут получить доступ к другим услугам.

Основные моменты

- ИББДВ зачастую финансировалось донорами, поэтому при прекращении внешнего финансирования его осуществление останавливалось. При отсутствии ответственного лица/лидера нельзя добиться успеха.
- Формы ИББДВ обычно не заполняются.
- Существовало предположение о том, что весь алгоритм действий должен повторяться при каждом контакте между ребенком и медицинским работником, даже при повторных посещениях медицинского работника или медицинским работником.
- ИББДВ не было интегрировано в национальные информационные системы здравоохранения, и имелись расхождения между классификациями МКБ-10 и ИББДВ.

- Не были решены вопросы несоответствия между действующими требованиями политики и нормами (например, это касается требования санитарно-эпидемиологической службы (СЭС) относительно проведения анализа кала и госпитализации всех детей с диареей).
- Подготовка по вопросам ИВБДВ, включенная в программы медицинского образования варьировалась от ознакомительного курса продолжительностью несколько дней с отказом от клинического компонента до 12-дневного курса подготовки.
- При разработке алгоритма ИВБДВ не предполагалось, что он будет подходить для всех типов медицинских работников и для условий, однако иногда считалось, что он должен соблюдаться на всех уровнях.
- Упор на подготовку медицинских работников был сделан на основе допущения о том, что подготовка ведет к осуществлению ИВБДВ.
- Осуществление трех компонентов ИВБДВ было несбалансированным, при этом нередко сообщалось о неудовлетворительном осуществлении компонентов на уровне сообщества и системы здравоохранения, которые не имели полного определения и/или не были до конца поняты.
- Уровни системы здравоохранения не были синхронизированы, и система направления на специализированное лечение работала неудовлетворительно (больницы не принимали детей, направленных к ним на основе критериев ИВБДВ, из-за несоответствия между критериями ИВБДВ и действовавшими в больницах критериями госпитализации).
- Руководящие принципы ИВБДВ обновлялись редко.
- Отсутствовала доказательная база в поддержку проверки на наличие кашля, диареи и лихорадки во всех случаях, даже если основной причиной обращения к врачу являлся кашель.
- Оказание помощи более низкого качества людям в отдаленных районах считалось приемлемым (вопрос справедливости).

Выявленные слабые стороны кратко изложены в таблице 6, а осуществление трех компонентов ИВБДВ — в таблице 7.

Таблица 6. Слабые стороны

Темы	Страны и территории, в которых была упомянута данная тема (число стран из 14) ^a
Ограниченная устойчивость во многих ситуациях: финансирование со стороны доноров — зачастую осуществление останавливалось при прекращении внешнего финансирования	Азербайджан, Албания, Армения, Грузия, Российская Федерация, Таджикистан, Турция, Косово (8)
Чрезмерные требования к отчетности: формы ИВБДВ обычно не заполняются	Азербайджан, Албания, Армения, Кыргызстан, Республика Молдова, Узбекистан, Украина, Косово (8)
Не учитывались несоответствия между действующими требованиями политики и нормами или национальными протоколами (например, предусмотренными санитарно-эпидемиологическими службами)	Азербайджан, Армения, Грузия, Кыргызстан, Узбекистан (5)
Различия между классификациями МКБ-10 и ИВБДВ	Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Турция, Узбекистан, Косово (6)

Темы	Страны и территории, в которых была упомянута данная тема (число стран из 14) ^a
Качество подготовки по вопросам ИВБДВ, включенной в программы медицинского образования, варьировалось от ознакомительного курса продолжительностью несколько дней (с исключением клинического компонента) до 12-дневного курса подготовки	См. таблицу 4
Несбалансированное осуществление трех компонентов ИВБДВ при зачастую неэффективном осуществлении компонентов на уровне сообщества и системы здравоохранения, при этом сообщалось об отсутствии полного определения и/или понимания этих компонентов	См. таблицу 7

^a За исключением Беларуси и Румынии, где сбор информации не был завершен или ИВБДВ не было внедрено.

Таблица 7. Осуществление трех компонентов ИВБДВ^a

	В целом	Албания	Армения	Азербайджан	Грузия	Казахстан	Косово ^a	Кыргызстан	Республика Молдова	Российская Федерация	Таджикистан	Турция	Туркменистан	Украина	Узбекистан
1. Повышение показателей работы медработников															
• На уровне первичной медико-санитарной помощи															
Подготовка медработников в соответствии с алгоритмом ИВБДВ	14	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Последующее наблюдение после проведения подготовки	14	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
• На уровне больниц															
Внедрение карманного справочника ВОЗ (КС)	12	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Оценка больницы	11	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+
Подготовка на основе КС ВОЗ	11	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+
КС принят в качестве национального руководства по лечению	6	-	+	-	-	+	-	+	+	-	+	-	-	-	+
Осуществление мероприятий, направленных на повышение качества	8	-	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+
2. Укрепление систем здравоохранения															
Включение препаратов для ИВБДВ в национальный перечень основных лекарственных средств	12	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+
Препараты для ИВБДВ доступны на бесплатной и постоянной основе	4	-	-	-	-	+	-	+	+	-	-	-	+	-	-
Механизм поддерживающего кураторства	1	-	-	-	-	/	-	-	-	-	/	-	-	-	+
Учет несоответствия классификации МКБ-10	2	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Учет несоответствий политики ^b	2	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-
3. Компонент на уровне сообщества															
Кампании	9	+	-	+	-	+	-	+	+	-	+	-	+	+	+
Посещения на дому (интеграция рекомендаций ИВБДВ)	8	-	+	-	-	+	+	+	+	-	+	-	+	-	+
Материалы по ОИК для родителей	11	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	-	+	+	+

^a За исключением Беларуси и Румынии, где сбор информации не был завершен или ИВБДВ не было внедрено.

^b Например: требования санитарно-эпидемиологических служб относительно ведения диареи

Условные обозначения:

+ = аспект зафиксирован;

- = зафиксировано отсутствие аспекта;

/ = зафиксировано частичное присутствие аспекта.

Угрозы

Во многих ситуациях ключевые информаторы отметили, что предпочтения и ожидания родителей в отношении помощи их детям склонялись в пользу более «медиализированной» помощи (например, внутривенное вливание имело более высокий приоритет по сравнению с применением пероральных средств для регидратации, а назначение нескольких препаратов было предпочтительнее одного препарата, а также родители игнорировали службы первичной медико-санитарной помощи и вели ребенка сразу к специалистам служб вторичной или третичной медицинской помощи (при доступности таковых) в поисках более сложных диагностических тестов и видов лечения), что противоречит духу ИББДВ. Первичная медико-санитарная помощь нередко воспринималась как неспособная предложить какие-либо услуги больным детям и использовалась только для проведения профилактических мероприятий, например вакцинации и мониторинговой инспекции.

Тот факт, что подготовка в рамках ИББДВ не получила поддержки во многих странах и территориях и не была распространена на высшее образование, свидетельствовал об отсутствии политической поддержки ИББДВ. Результаты также указывали на то, что академическое сообщество, особенно старшие преподаватели вузов и профессиональные ассоциации, противодействовало ИББДВ по причине его простоты, что повлияло на эффективность интеграции этой стратегии в систему базовой подготовки.

Выбор вариантов лечения не всегда определялся решениями, основанными на фактических данных, а национальные руководящие принципы ведения больных детей не всегда строились на наилучших доступных доказательствах. Кроме того, видимо, мотивация и показатели деятельности медицинских работников были тесно связаны с такими стимулами (или антистимулами), как агрессивный маркетинг более дорогостоящих (и приносящих более высокую прибыль) лекарственных препаратов и форм со стороны фармацевтической промышленности.

Часто отмечавшаяся параллельная подготовка одних и тех же медицинских работников по различным аспектам помощи детям, таким как ИББДВ, развитие детей раннего возраста, иммунизация и грудное вскармливание, вела к дублированию и фрагментации знаний, необходимых для оказания качественной помощи детям.

Основные моменты

- Предпочтения и ожидания родителей относительно оказываемой их детям помощи, зачастую склонялись в пользу более «медиализированной» помощи. Во многих ситуациях родители игнорируют первичную помощь и обращаются непосредственно к специалисту или в учреждение третичного звена при доступности таковых (нередко бытует мнение о том, что в рамках первичной помощи не предоставляются какие-либо услуги больным детям).
- В ряде стран и территорий отсутствовала политическая поддержка ИББДВ.

- Было отмечено сопротивление со стороны академического сообщества: при отсутствии поддержки со стороны профессоров осуществление буксовало.
- Страны и территории зачастую не использовали основанные на фактических данных подходы и руководящие принципы.
- Вследствие параллельного обучения одних и тех же медицинских работников по таким вопросам, как ИББДВ, развитие детей раннего возраста, иммунизация и грудное вскармливание, имела место фрагментация.
- Существовала вероятность того, что мотивация и показатели деятельности медицинских работников были тесно связаны с такими стимулами (или антистимулами), как агрессивный маркетинг более дорогостоящих (и приносящих более высокую прибыль) лекарственных препаратов и форм со стороны фармацевтической промышленности.

Выявленные угрозы кратко изложены в таблице 8.

Таблица 8. Угрозы

Темы	Страны и территории, в которых была упомянута данная тема (число стран из 14) ^a
Предпочтения и ожидания родителей зачастую противоречат духу ИББДВ и склоняются в пользу более «медиализированной» помощи: во многих ситуациях родители игнорируют первичную помощь и обращаются непосредственно к специалисту или в учреждение третичного звена (при доступности таковых); нередко бытует мнение о том, что в рамках первичной помощи больным детям не предоставляется каких-либо услуг	Албания, Грузия, Кыргызстан, Турция, Узбекистан, Косово (6)
В нескольких странах и территориях отсутствует политическая поддержка ИББДВ	Азербайджан, Албания, Грузия, Российская Федерация, Турция, Косово (6)
Сопротивление со стороны академического сообщества (при отсутствии поддержки со стороны профессоров осуществление буксовало)	Азербайджан, Армения, Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Турция, Узбекистан, Косово (9)
Страны и территории зачастую не используют основанные на фактических данных подходы и руководящие принципы	Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Косово (6)
Мотивация медицинских работников к осуществлению и стимулы или антистимулы (например, со стороны фармацевтической промышленности)	Азербайджан, Албания, Армения, Грузия, Республика Молдова, Российская Федерация, Узбекистан, Косово (8)

^a За исключением Беларуси и Румынии, где сбор информации не был завершен или ИББДВ не было внедрено.

Системные вопросы, влияющие на осуществление ИББДВ

В целом почти во всех ситуациях можно было наблюдать дальнейшую приватизацию услуг здравоохранения или рост коммерческой медицины и необходимость учитывать экономические аспекты оказания помощи. Это влияло не только на показатели деятельности медицинских работников и их способность следовать руководящим принципам, но и на разработку самих руководящих принципов.

Тяжелые условия труда при низкой заработной плате и отсутствии возможностей для непрерывного образования и продвижения по службе, по-видимому, оказывали

влияние на показатели деятельности медицинских работников и их мотивацию. В ряде стран и территорий, особенно в сельских и наиболее отдаленных районах, были зафиксированы неудовлетворительные условия труда в плане инфраструктуры, например отсутствие отопления в зимний период. Такие условия создавали сложности в работе и препятствовали предоставлению качественной помощи.

Эти результаты явно свидетельствуют о том, что на методы работы, вероятно, повлияли системы оплаты по результатам и соответствующие показатели, а также политика наказаний и отсутствие поддерживающего кураторства. Системы здравоохранения были нередко построены таким образом, что стимулировали госпитализацию вместо амбулаторной помощи, избыточное лечение вместо надлежащего использования лекарственных препаратов и применение дорогостоящих лекарственных препаратов вместо препаратов, необходимых в соответствии с показаниями.

Системы оплаты в некоторых странах и территориях также, возможно, поощряли госпитализацию, поскольку, например, заработная плата врачей зависела от числа госпитализированных пациентов или системы медицинского страхования компенсировали расходы на лекарственные препараты и диагностические услуги для стационарной, но не для амбулаторной помощи. Это создавало стимулы для госпитализации (спрос) со стороны пациента. Во многих системах здравоохранения, по словам одного из ключевых информаторов, «здоровый ребенок больше не нужен», поскольку в таких системах дети должны продолжать болеть для того, чтобы создавать прибыль благодаря проведению диагностических тестов и назначению лекарственных препаратов.

Препараты для ИББДВ были включены в национальные перечни лекарственных средств почти всех охваченных обзором стран и территорий, и теоретически их предоставляли детям на бесплатной основе, однако родителям нередко приходилось из собственного кармана оплачивать различные лекарственные препараты, назначаемые из соображений получения прибыли или других преимуществ от фармацевтических компаний.

Системы по работе с детьми параллельно с семейными врачами или педиатрами, работающими под эгидой министерства здравоохранения (например, детские неврологи в некоторых странах бывшего Советского Союза или министерства обороны с собственными системами здравоохранения), также влияли на общее качество помощи детям.

В целом секторы здравоохранения во многих странах бывшего Советского Союза испытывали нехватку финансирования, при этом уровень расходов на здравоохранение в процентах от валового внутреннего продукта и в абсолютном выражении оставался низким.

Основные моменты

- Наблюдались дальнейшая приватизация услуг здравоохранения и рост коммерческой медицины.

- Тяжелые условия труда, низкая заработная плата и отсутствие возможностей для непрерывного образования/продвижения по службе влияют на показатели деятельности медицинских работников и их мотивацию.
- Были также зафиксированы плохие условия труда в плане инфраструктуры, например отсутствие воды, отопления или электроэнергии в некоторых учреждениях и больницах первичной медико-санитарной помощи.
- На методы работы, вероятно, повлияли системы и показатели оплаты по результатам работы, а также политика наказаний и отсутствие поддерживающего кураторства.
- Существуют стимулы, способствующие госпитализации, например, в некоторых странах и территориях лекарственные препараты и диагностические услуги в больницах предоставляются бесплатно, а также действуют системы оплаты, стимулирующие госпитализацию.
- С учетом конкурирующих интересов, антистимулов и влияния извне ряд информаторов предположили, что некоторым системам здравоохранения здоровые дети просто не нужны, поскольку для получения прибыли им нужны больные дети.
- Секторы здравоохранения в странах бывшего Советского Союза испытывали нехватку финансирования, при этом уровень расходов на здравоохранение в процентах от валового внутреннего продукта и в абсолютном выражении остается низким.
- В некоторых странах требовалась оплата из средств пациентов.
- Действовали параллельные системы по работе с детьми, например детские неврологи и невропатологи в некоторых странах бывшего Советского Союза и министерства обороны со своими собственными системами здравоохранения.

Системные вопросы, влияющие на осуществление ИББДВ, кратко изложены в таблице 9.

Таблица 9. Системные вопросы, влияющие на осуществление ИББДВ

Темы	Страны и территории, в которых была упомянута данная тема (число стран из 14) ^a
Неудовлетворительные условия труда, в том числе низкая заработная плата, а также отсутствие воды, отопления или электроэнергии в некоторых учреждениях первичной медико-санитарной помощи	Кыргызстан, Республика Молдова, Узбекистан (информация из Грузии, Российской Федерации, Турции и Косово отсутствует) (3)
Приватизация услуг здравоохранения и/или коммерческая медицина	Азербайджан, Албания, Армения, Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Турция, Узбекистан (информация из Косово отсутствует) (9)
Стимулы, способствующие госпитализации, например, лекарственные препараты и диагностические услуги в больницах предоставляются бесплатно, и/или системы оплаты, поощряющие госпитализацию	Грузия, Кыргызстан, Российская Федерация, Турция (информация из Республики Молдова, Узбекистана и Косово отсутствует) (4)
Конкурирующие интересы/антистимулы или влияние извне: мнение о том, что некоторым системам здравоохранения здоровые дети не нужны, поскольку для получения прибыли им	Грузия, Российская Федерация, Турция, Узбекистан (информация из Кыргызстана, Республики Молдова и Косово отсутствует) (4)

Темы	Страны и территории, в которых была упомянута данная тема (число стран из 14) ^a
нужны больные дети	
Нехватка лекарственных препаратов	Азербайджан, Албания, Кыргызстан, Российская Федерация, Косово (5)
Оплата из средств пациентов	Азербайджан, Албания, Грузия, Республика Молдова, Российская Федерация, Узбекистан, Косово (7)
Параллельные системы по работе с детьми (детские неврологи и невропатологи в некоторых странах бывшего Советского Союза)/министерства обороны со своими собственными системами здравоохранения	Грузия, Узбекистан (2)

^a За исключением Беларуси и Румынии, где сбор информации не был завершен или ИББДВ не было внедрено.

Воздействие

Были проведены обзор и анализ результатов для получения ответа на вопрос: привели ли осуществленные мероприятия к достижению желаемого конечного результата и воздействия?

Снижение уровня смертности и другие показатели: смертность в возрасте до 5 лет

С учетом сферы охвата обзора проведение полного анализа воздействия было невозможным. Тем не менее вопросы о выявленном воздействии и вероятных причинах были обсуждены с заинтересованными сторонами.

За последние 20 лет все страны и территории сократили уровень смертности в возрасте до 5 лет вне зависимости от того, было ли внедрено ИББДВ или нет. Уровень смертности в возрасте до 5 лет снизился в восьми странах, в которых ИББДВ осуществлялось на национальном уровне, при этом ключевые информаторы единогласно заявили о том, что ИББДВ способствовало этому сокращению, особенно в отношении смертности от пневмонии и диареи, и ИББДВ могло способствовать снижению детской смертности в домашних условиях.

В странах, не осуществлявших ИББДВ в той степени, в которой могло быть вероятным снижение смертности вследствие ИББДВ, все равно наблюдалось снижение смертности. Данные по смертности или оценки смертности для Косово отсутствуют.

Качество помощи детям

Было признано, что ИББДВ способствовало сокращению показателей необоснованной госпитализации, полипрагмазии и нерационального использования антибиотиков (табл. 10). Также было признано, что ИББДВ способствовало росту показателей грудного вскармливания и расширению знаний родителей, особенно об опасных симптомах, помощи на дому и питании.

Важно отметить, что ИББДВ способствовало принятию и осуществлению национальных протоколов, основанных на фактических данных, и их интеграции в учебные планы базовой подготовки. ИББДВ также способствовало осуществлению других программ в таких областях, как иммунизация и питание, а также принятию

политики, предусматривающей бесплатное предоставление лекарственных препаратов детям в возрасте до 5 лет во многих странах и территориях.

Таблица 10. Данные о содействии рациональному использованию лекарственных препаратов в странах и территориях Европейского региона ВОЗ, осуществляющих ИББДВ

Тип содействия	Страны/территории, представившие данные	Албания	Армения	Азербайджан	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Республика Молдова	Российская Федерация	Таджикистан	Турция	Туркменистан	Украина	Узбекистан	Косово
ИББДВ способствовало рациональному использованию антибиотиков	14	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ИББДВ снизило показатели полипрагмазии	11	+	+	+	+	+	+	+	?	+	?	+	+	+	?
ИББДВ снизило показатели полипрагмазии посредством:															
– улучшения практики назначения лекарственных препаратов благодаря соблюдению алгоритма ИББДВ	10	?	+	?	+	+	+	+	?	+	?	+	+	+	+
– решения вопросов, связанных с ожиданиями родителей через просвещение и консультирование	11	+	+	+	?	+	+	+	?	+	?	+	+	+	+

+ = аспект не зафиксирован.

? = информация отсутствует.

Устойчивость

Был проведен анализ результатов обзора в целях получения ответов на вопросы.

- Были ли услуги ИББДВ устойчивыми?
- Если услуги и подготовка не были устойчивыми, то почему?

Для оценки устойчивости ИББДВ в 14 странах и территориях, в которых было начато осуществление ИББДВ, использовались следующие критерии:

- законодательная база, а также правила и положения для осуществления ИББДВ;
- включение ИББДВ в программу базовой подготовки и последипломного образования.

На основании полученных результатов страны и территории были сгруппированы по признаку устойчивости ИББДВ (табл. 11). Беларусь и Румыния были исключены из анализа, поскольку не приступили к осуществлению стратегии; Украина была также исключена, поскольку приступила к осуществлению стратегии лишь недавно и вывод об устойчивости осуществления ИББДВ в долгосрочной перспективе не может быть сделан.

Таблица 11. Устойчивость ИББДВ

Страны, в которых осуществление ИББДВ шло с отставанием или остановилось полностью после прекращения внешней поддержки	Страны и территории, где ИББДВ было внедрено в программу базовой подготовки и последипломного образования или где была принята соответствующая законодательная база	Страны, где осуществление ИББДВ было признано устойчивым
Албания Азербайджан Грузия Российская Федерация Турция	Армения Таджикистан Туркменистан Косово (только медицинские сестры)	Казахстан Кыргызстан Республика Молдова Узбекистан

Было отмечено, что ни одна из стран и территорий не обеспечила полной поддержки для осуществления всех трех компонентов ИББДВ.

Более детальный анализ: ИББДВ и использование антибиотиков

Несмотря на сообщения о том, что ИББДВ улучшало рациональное использование лекарственных препаратов, ключевые информаторы в большинстве стран и территорий сообщали о сохраняющемся чрезмерном использовании антибиотиков. Влиявшие на такое злоупотребление зафиксированные аспекты включали: 1) косвенные факторы, такие как свободный доступ к антибиотикам; 2) факторы с точки зрения спроса, например когда родители настаивают на том, чтобы врачи назначали антибиотики, или в обход первичной медико-санитарной помощи, обращаются напрямую за вторичной специализированной медико-санитарной помощью; и 3) факторы с точки зрения предложения или движущие факторы, такие как назначение антибиотиков врачами в целях получения дополнительной прибыли вследствие наличия мотивации со стороны фармацевтической промышленности либо попросту из соображений перестраховки (вставка 2).

Вставка 2. Замечания ключевых информаторов относительно ненадлежащего использования антибиотиков

«Стимулы рационально использовать антибиотики отсутствуют — есть скорее стимул оптимизировать свой доход».

«Родители хотят, чтобы антибиотики назначались [даже] в случае вирусных инфекций, а

также парентеральной терапии для регидратации, и, если один врач не назначает антибиотики [как хотят родители], они обратятся к другому».

«Врач приезжает в деревню раз в неделю, и это “день назначений”».

«Врачам нужно знать, чем они могут подстраховать себя, если не назначают антибиотики».

«Фармацевтическая промышленность стимулирует врачей, назначающих конкретные лекарственные препараты. По типу лекарственных препаратов я могу определить врача, который лечил этого пациента».

«[Для многих родителей] качество помощи подразумевает дорогие лекарственные препараты, [внутривенное] лечение и [внутримышечные] антибиотики».

«Существует проблема, связанная с агрессивным маркетингом со стороны фармацевтических компаний, — родителю, обратившемуся в аптеку, могут порекомендовать приобрести другой препарат, а не тот, который был назначен врачом».

«ИББДВ стало источником системных знаний, позволяющих с уверенностью назначать лечение. [Тем не менее] гипердиагностика и чрезмерная медикализация по-прежнему являются проблемой».

В таблице 12 представлено число стран и территорий, в которых ключевые информаторы сообщали о каждом из вышеупомянутых аспектов.

Таблица 12. Зафиксированные аспекты, влияющие на назначение антибиотиков в странах и территориях, осуществляющих ИББДВ

Аспект, оказывающий влияние	Страны/территории, представившие данные	Албания	Армения	Азербайджан	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Республика Молдова	Российская Федерация	Таджикистан	Турция	Туркменистан	Украина	Узбекистан	Косово
Сохраняется проблема чрезмерного использования антибиотиков	14	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Антибиотики можно приобрести без рецепта	13	+	+	+	+	+	+	+	+	+	?	+	+	+	+
Родители настаивают, чтобы врачи назначали антибиотики	11	+	+	+	+	+	+	+	+	?	+	?	+	+	?
Согласно сообщениям, родители напрямую обращаются за вторичной медико-санитарной помощью	11	?	+	?	+	+	+	–	+	+	+	+	+	+	+
На решения врачей влияет фармацевтическая промышленность	13	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Врачи назначают антибиотики в целях увеличения	12	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	?	+	+	+

Аспект, оказывающий влияние	Страны/территории, представившие данные	Албания	Армения	Азербайджан	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Республика Молдова	Российская Федерация	Таджикистан	Турция	Туркменистан	Украина	Узбекистан	Косово
своих доходов															

+ = аспект не зафиксирован.

– = зафиксировано ОТСУТСТВИЕ аспекта.

? = информация отсутствует.

Ключевые информаторы неоднократно сообщали об улучшении ситуации с назначением антибиотиков при первом проведении подготовки по вопросам ИББДВ, однако с течением времени такое улучшение не сохранялось.

Неизменно присутствовала проблема злоупотребления антибиотиками при лечении вирусных инфекций верхних дыхательных путей и водянистой диареи. Помимо ожиданий родителей и стремления врачей к перестраховке, на показатели деятельности медицинских работников и их способность соблюдать руководящие принципы воздействовали соображения экономического порядка при оказании помощи. По словам одного из ключевых информаторов, в системах здравоохранения зачастую «здоровый ребенок больше не нужен», поскольку в таких системах дети должны продолжать болеть для того, чтобы создавать прибыль вследствие проведения диагностических тестов и назначения лекарственных препаратов. Препараты для ИББДВ были включены в национальные перечни лекарственных средств почти всех стран и территорий, в которых проводился обзор, и теоретически их предоставляли детям на бесплатной основе, однако родителям нередко приходилось из своего кармана оплачивать различные лекарственные препараты, назначаемые в целях получения прибыли или других преимуществ через фармацевтические компании.

Этот пример показывает необходимость более эффективного механизма осуществления и систем мониторинга и оценки. В частности, в целях обеспечения отсутствия дискриминации должны быть разработаны законы, политика и положения, которые должны носить справедливый характер при реализации на практике. Действуя на всех своих уровнях и при участии всех заинтересованных сторон, системы здравоохранения должны обеспечить применение принципов недискриминации и равенства в отношении всего принятого законодательства, а также удовлетворение потребностей детей, которые особенно уязвимы.

Предлагаемые пути улучшения ИББДВ

Ключевые информаторы рекомендовали или предложили ряд обновлений и дополнений к содержанию курса подготовки по вопросам ИББДВ, которые кратко изложены во вставке 3.

Вставка 3. Области для потенциального совершенствования подготовки по вопросам ИББДВ, предложенные ключевыми информаторами

Ключевые информаторы предложили рассмотреть на предмет включения такие темы, как:

- уход за здоровым ребенком;
- врожденные проблемы;
- заболевания уха, горла и носа;
- развитие детей раннего возраста;
- консультирование семей по вопросам чрезмерного пользования электронными устройствами;
- заболевания, сопровождающиеся сыпью, включая ветряную оспу;
- проблемы с сердцем;
- гельминтоз;
- гепатит;
- комплексная помощь детям в возрасте старше 5 лет и подросткам;
- ведение случаев жестокого обращения с детьми;
- наблюдение за рационом питания;
- проблемы с почками;
- ревматические заболевания;
- сальмонеллез;
- недоношенный ребенок;
- роль витамина D;
- насилие в отношении детей;
- мониторинг благосостояния детей, включая таблицы контроля роста.

Ключевые информаторы также предложили:

- расширить синдромный подход ИББДВ, включив в него имеющиеся лабораторные анализы и диагностические тесты, в том числе использование стетоскопа и отоскопа и расширение симптомов/синдромов;
- привести алгоритмы ИББДВ в соответствие с МКБ-10, устранив несоответствия между данными классификациями;
- объединить алгоритм ИББДВ и карманный справочник ВОЗ по оказанию стационарной помощи; и
- разработать карманный справочник по оказанию амбулаторной помощи, включая онлайн-обучение.

Обсуждение

Ограничения

Многие авторы обзора и ключевые информаторы имели интеллектуальный интерес в отношении ИББДВ, поскольку они принимали участие в разработке стратегии и ее осуществлении: это учитывалось при анализе результатов. Особое внимание было уделено проведению различия между тем, что считалось хорошей идеей в теории, и тем, что хорошо работало на практике, а также отделению политики от того, что происходило на самом деле: например, во многих странах и территориях лекарственные препараты для лечения распространенных детских болезней на бумаге предоставлялись родителям бесплатно, но в реальности это было совсем не так.

Возможности

Ряд системных вопросов можно было бы решить благодаря использованию сильных сторон стратегии ИВБДВ и ее осуществлению. Стратегия ИВБДВ получила широкое признание среди всех заинтересованных сторон в качестве основанного на фактических данных и состоятельного в научном плане подхода к здоровью детей и инструмента для повышения качества помощи детям благодаря содействию в использовании стандартных руководящих принципов ведения заболеваний, рациональном применении антибиотиков и сокращении показателей полипрагмазии и необоснованной госпитализации.

На глобальном уровне государства-члены приняли Повестку дня Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития на период до 2030 г. Цели в области устойчивого развития (ЦУР) определили амбициозную повестку дня в отношении здоровья и развития детей. Для того чтобы эти обязательства приобрели реальное значение для сохранения жизней детей и подростков в Европейском регионе ВОЗ, потребуются укрепление и разработка инновационных способов инвестирования в области первичной медико-санитарной помощи, сближение различных секторов, расширение национальной ответственности в отношении соответствующих процессов и усиление подотчетности систем, что обеспечит устойчивость осуществляемой работы.

ИВБДВ может стать точкой отсчета для определения истинного смысла всеобщего охвата детей и подростков медико-санитарной помощью. ИВБДВ может быть также использовано в качестве основы для:

1. разработки концепции здоровья детей и подростков в Европейском регионе;
2. подготовки технических руководств для оказания основной медико-санитарной помощи новорожденным, детям и подросткам на первичном уровне медико-санитарной помощи;
3. укрепления системы базовой подготовки и последипломного образования работников первичной медико-санитарной помощи, работающих с детьми и подростками; и
4. обеспечения соответствия систем здравоохранения потребностям детей и подростков с учетом прав детей и подростков.

В 2018 г. народы мира будут отмечать 40-ю годовщину принятия Алма-Атинской декларации о первичной медико-санитарной помощи. Это подходящий момент для пересмотра и расширения ИВБДВ.

Дальнейшие действия

Результаты обзора ИВБДВ были впоследствии проанализированы в отношении того, как улучшить охрану здоровья детей в европейском контексте с ИВБДВ или без него, а также как содействовать лечению, основанному на принципах доказательной медицины, укреплению здоровья и профилактике болезней. Дальнейшие действия были затем обсуждены и определены в ходе регионального совещания по вопросам пересмотра принципов охраны здоровья детей, состоявшемся в Европейском региональном бюро ВОЗ 31 октября — 2 ноября 2017 г.

Был рекомендован или предложен ряд обновлений и дополнений к содержанию курса подготовки по вопросам ИВБДВ с учетом изменений в эпидемиологической картине, однако потребуются найти баланс между включением дополнительных тем и риском включения слишком большого количества вопросов и утраты основной направленности ИВБДВ. Было отмечено, что врачи зачастую не хотят заниматься вопросами развития, консультирования и пропаганды грудного вскармливания, поскольку у них не хватает на это времени и они не получают никакого вознаграждения за свои усилия: этому вопросу, возможно, понадобится уделить внимание.

Полезным может оказаться карманный справочник по оказанию амбулаторной помощи, поощряющий ориентированный на ребенка подход и представляющий принципы дифференциальной диагностики и определения того, когда необходимо направлять ребенка на лечение. Руководящие принципы должны сохранять соответствующий алгоритм, но при этом включать принципы дифференциальной диагностики и точно определять компетенции разных уровней медицинских работников, принимающих детей. Пересмотренный подход к ИВБДВ предложен на рисунке 1. В представленной на рисунке матрице определены задачи и компетенции, необходимые для ведения распространенных детских заболеваний на основе права назначать антибиотики и имеющегося диагностического оборудования.

Рисунок 1. Предложенный пересмотренный подход к ИВБДВ

	Кашель	Диарея	Повышенная температура	Ребенок грудного возраста	
Медсестра, не имеющая права назначать лекарственные препараты ИВБДВ минус	Оценка, направление на лечение в случае частого дыхания	Оценка, ведение водянистой диареи	Оценка и направление на лечение	Оценка и направление на лечение, консультирование по поводу проблем с кормлением	Грудное вскармливание, питание, опасные симптомы, консультирование по поводу того, когда следует обращаться за помощью, помощь по вопросам развития
Медсестра, имеющая право назначать лекарственные препараты/фельдшер ИВБДВ	Лечение пневмонии	Лечение дизентерии, лечение тяжелого обезвоживания			
Семейный врач, врач общей практики ИВБДВ плюс			Оценка ребенка с повышенной температурой, вирусные заболевания, инфекции мочевыводящих путей, ушные инфекции, боль в горле, экспресс-анализы мочи		
Педиатр	Дифференциальная диагностика, пневмония, бронхолит, астма	Дифференциальная диагностика, упорная диарея, диарея и недостаточность питания		Дифференциальная диагностика, возможный сепсис	Диагностирование задержки в развитии, отсутствия прибавления в весе
Больница	Анализ на вирусы, рентгенография, СРБ		Анализ на вирусы, СРБ	Наблюдение и ведение возможного сепсиса, желтухи, НМТР	Лабораторные анализы, дальнейшие диагностические тесты

Примечание: стрелками показано потенциальное смещение задач в соответствии со структурой и требованиями системы здравоохранения.

^a «ИВБДВ минус» представляет собой ИВБДВ для медсестер, которые не уполномочены назначать лекарственные препараты. Включает консультирование, помощь в области грудного вскармливания, оценку на предмет опасных симптомов и направление на лечение.

^b «ИВБДВ плюс» предназначено для прошедших подготовку врачей и включает использование диагностических инструментов (таких как стетоскопы, отоскопы и лабораторные анализы) в целях перехода к дифференциальной диагностике и учета анамнеза пациента, известного семейному врачу или педиатру.

Может быть также оказано содействие в использовании инновационных инструментов и механизмов в поддержку осуществления стандартных руководящих

принципов лечения, таких как поддерживающее кураторство и методы сотрудничества с использованием современных технологий.

Следует ввести в действие соответствующие нормы, в частности в отношении назначения антибиотиков (а также других лекарственных препаратов), стимулов (включая медицинские конференции, финансируемые фармацевтическими компаниями) и продажи лекарственных препаратов без рецепта. Необходимо извлечь уроки из опыта, полученного в связи с осуществлением Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, и применить соответствующие выводы к данному контексту.

Ответственность со стороны министерства здравоохранения/государства будет по-прежнему иметь первоочередное значение и должна поощряться. Базовая подготовка характеризуется очень низким качеством во многих ситуациях (полноценную базовую подготовку никогда не заменит обучение по месту работы). Учреждения системы Организации Объединенных Наций должны стремиться к усилению сотрудничества между министерствами здравоохранения и академическими кругами в целях обеспечения включения ИББДВ и других руководящих принципов, основанных на фактических данных, а также аспектов обеспечения качества помощи в программу базовой подготовки.

В течение первых лет жизни дети будут по-прежнему неоднократно сталкиваться с респираторными инфекциями и диареей (как вирусного, так и бактериального характера), и антибиотики останутся лекарственными препаратами, наиболее часто назначаемыми детям (3). У обновленного подхода к ИББДВ должна быть прочная основа для оказания поддержки медицинским работникам в деле принятия решений, основанных на фактических данных, и соответствия ожиданиям родителей.

Следует приложить еще больше усилий в целях ликвидации неизбирательного использования антибиотиков и обеспечения назначения антибиотиков детям только в случае реальной необходимости в них. В основе обновленного подхода к ИББДВ должен быть принцип рационального назначения антибиотиков детям.

Помимо непрерывной поддержки в целях улучшения и обеспечения надлежащих показателей деятельности медицинских работников, просвещения пациентов и родителей и совершенствования норм, требуются согласованные усилия для разработки тестов по месту оказания помощи, которые могли бы надежным образом проводить различия между вирусными и бактериальными инфекциями у детей. Такие тесты следует срочно и по доступной цене предоставить странам и территориям с низким и средним уровнями доходов, чтобы положить конец злоупотреблению антибиотиками при лечении детей.

Дальнейший анализ результатов обзора: права детей

В региональном обзоре было продемонстрировано воздействие ИББДВ в странах и территориях, которое было оценено в плане осуществления принципов доказательной медицины и конечных результатов для детей. Как подчеркивается в докладе, необходимо сохранять достигнутый успех и еще многое предстоит сделать для того, чтобы дети получали медицинскую помощь, которая комплексным образом обеспечивала бы их здоровье, благополучие и развитие. В целях достижения этого

полезно было бы увязать результаты исследования с конкретным контекстом прав ребенка и благополучия детей.

У всех детей имеются потребности, присущие им как людям и меняющиеся с возрастом и развитием. Эти потребности носят сложный характер и взаимодействуют между собой, поэтому их необходимо удовлетворять в комплексе.

При лечении ребенка медицинские работники имеют дело не только с конкретным заболеванием, но и с человеком с определенным происхождением, культурой и взглядами, а также физическими, умственными, эмоциональными и духовными потребностями. В Конвенции о правах ребенка указано, что наилучшие интересы ребенка должны приниматься во внимание в качестве первоочередного соображения при принятии любых решений в его отношении. Этот принцип подразумевает, что любые действия должны трактоваться в свете всех потребностей и прав детей и, в частности, представления о детстве, изложенного в Конвенции. Как показано в настоящем докладе, системы зачастую построены таким образом, что стимулируется госпитализация вместо амбулаторной помощи, избыточное лечение вместо надлежащего использования лекарственных препаратов и применение дорогостоящих лекарственных препаратов вместо препаратов, необходимых в соответствии с показаниями. Такое построение системы необходимо оценивать в плане того воздействия, которое оно оказывает на здоровье и благополучие детей, и совершенствовать соответствующим образом.

Основанный на правах человека подход к здоровью детей требует системного внимания правам детей и соответствующим принципам. Исследование ИББДВ выявило следующие вызывающие беспокойство области (табл. 13):

- отсутствие бесперебойного доступа к бесплатным лекарственным препаратам для детей;
- соображения справедливости в отношении детей, проживающих в отдаленных регионах;
- интеграция ИББДВ в систему базовой подготовки была достигнута лишь в ограниченном числе стран и территорий;
- несоответствие действующим требованиям политики и различия между тем, что предлагается в соответствии с политикой или руководящими принципами, и тем, что эффективно предоставляется;
- явные предпочтения среди родителей в пользу более «медиализированной» помощи; и
- систематическое использование/чрезмерное использование антибиотиков.

**Таблица 13. Темы, возникшие в ходе обзора ИББДВ
в отношении права детей на здоровье**

Тема	Страны/территории, представившие данные	Албания	Армения	Азербайджан	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Республика Молдова	Российская Федерация	Таджикистан	Турция	Туркменистан	Украина	Узбекистан	Косово
Низкий уровень бесперебойного доступа к бесплатным лекарственным препаратам для детей	10	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	-	+	+	+
Стратегия ИББДВ не учитывала надлежащим образом вопросы справедливости	14	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Осуществление ИББДВ прервалось после прекращения внешней поддержки	6	+	-	+	+	-	-	-	+	-	+	-	-	-	+
Не была достигнута интеграция в систему базовой подготовки	7	+	+	+	+	-	-	-	+	-	+	-	/	-	+
Акцент на подготовке медицинских работников	14	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Расхождения с действующими требованиями политики	6	-	-	+	+	-	-	-	+	?	-	+	+	+	-
Предпочтения родителей в пользу более «медикализованной» помощи	14	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Систематическое чрезмерное использование антибиотиков	14	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

+ = аспект не зафиксирован.

- = зафиксировано ОТСУТСТВИЕ аспекта.

? = информация отсутствует.

В статье 24 Конвенции о праве ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения указывается, что услуги здравоохранения должны быть доступными по средствам и приемлемыми без какой-либо дискриминации. Это означает, что функционирующие учреждения, товары и услуги системы общественного здравоохранения и медицинской помощи должны быть **доступны** в достаточном количестве в пределах той или иной страны или территории.

Они должны быть **доступны в физическом плане** (в пределах досягаемости для всех слоев населения, включая детей, подростков, пожилых людей, лиц с инвалидностью и других уязвимых групп населения, а также лиц, проживающих в отдаленных районах), а также **в финансовом плане** и должны предоставляться на недискриминационной основе. Доступность также подразумевает право на поиск, получение и передачу медико-санитарной информации в доступном формате (для всех, включая лиц с инвалидностью), но не наносит ущерба праву на сохранение конфиденциальности в отношении личных медицинских данных. В плане учреждений, товаров и услуг должны также соблюдаться принципы медицинской этики и учитываться гендерные и культурные особенности. Другими словами, они должны быть **приемлемыми** в медицинском и культурном отношении. Наконец, они должны быть обоснованы с научной и медицинской точек зрения и должны быть **качественными**. Для этого требуются, в частности, прошедшие подготовку медицинские работники, утвержденные научными методами лекарственные препараты с неистекшим сроком хранения и работающее оборудование, адекватные санитарные условия и безопасная питьевая вода (4).

Потребности детей носят комплексный характер, и такими же должны быть ответные меры систем здравоохранения. В Конвенции предусмотрен всеобъемлющий механизм, основанный на правах ребенка. Осуществление данного механизма должно предполагать:

- основанную на правах человека национальную нормативную базу, включая законодательство, политику и программы (5);
- механизм осуществления, включая эффективные системы мониторинга и оценки, механизмы сбора данных и анализ (6, 7);
- устойчивые инвестиции для осуществления эффективной системы здравоохранения;
- обучение кадровых ресурсов в регионах, включая принципы доказательной медицины и нормативные базы; и
- программы для родителей в целях формирования надлежащей модели поведения в отношении обращения за медицинской помощью (8).

Заключение

Стратегия ИББДВ достигла значительных успехов в деле продвижения принципов доказательной медицины и рационального использования лекарственных препаратов в Европе. Тем не менее при осуществлении ИББДВ в большинстве стран и территорий недостаточно учитывались требования систем здравоохранения и потребности в реформах, и этот вопрос необходимо решить. Медицинские работники должны быть представлены в достаточном количестве, должны получать надлежащее вознаграждение и проходить подготовку в рамках основанной на фактических данных практики до начала своей работы, а также должны впоследствии иметь доступ к системе непрерывного медицинского образования. Допущение о том, что подготовка медицинских работников сама по себе приводит к повышению эффективности их работы, является заведомо ложным и игнорирует роль других компонентов системы

здравоохранения в обеспечении оптимальных результатов в отношении здоровья детей.

Обновленный подход к ИББДВ должен иметь прочную основу для предоставления поддержки медицинским работникам в принятии решений, основанных на фактических данных, и в противостоянии ожиданиям родителей.

Неадекватное планирование и нехватка государственных ресурсов для проведения последующего наблюдения после подготовки по вопросам ИББДВ в конечном счете привели к утрате приобретенных знаний и навыков. Отсутствие поддерживающего кураторства отражает общую низкую эффективность действующих систем повышения качества. Инновационные инструменты и механизмы для поддержки осуществления стандартных руководящих принципов лечения, такие как поддерживающее кураторство и совместные подходы к использованию современных технологий, возможно, стоят того, чтобы их пропагандировать и поощрять.

Для ИББДВ предлагается матричный метод, определяющий задачи и компетенции, необходимые для ведения распространенных детских заболеваний на основе права назначать антибиотики и имеющемся диагностическом оборудовании. Данная матрица может помочь решить вопросы, связанные с подготовкой, профессиональными привилегиями, системами направления для получения специализированной помощи и использованием противомикробных препаратов, и в результате повысить эффективность лечения детей.

В основу обновленного подхода к ИББДВ должен быть заложен принцип рационального назначения лекарственных препаратов в целом и антибиотиков в частности.

Следует приложить еще больше усилий для ликвидации неизбирательного использования антибиотиков и обеспечения назначения антибиотиков детям только в случае реальной необходимости. Подготовка медицинских работников, просвещение пациентов и родителей и обязательные к исполнению надлежащие нормы сыграют важную роль в сокращении использования антибиотиков без необходимости. Однако кардинально изменить ситуацию сможет обеспечение доступа к способным проводить различия между бактериальными и вирусными инфекциями, надежным и доступным тестам по месту оказания помощи, как только они появятся в наличии.

Ответственность со стороны государства будет оставаться чрезвычайно важной и должна пользоваться поддержкой. Правительства должны соблюдать свои обязательства по Конвенции о правах ребенка в целях оказания надлежащей помощи всем детям в своих странах. ИББДВ не является оправданием для оказания не соответствующей стандартам помощи отдельным группам населения.

Краткие описания осуществления ИББДВ в отдельных странах и территориях содержатся в Приложении 2.

Справочная литература

1. Duke T, Keshishyan E, Kuttumuratova A, Ostergren M, Ryumina I, Stasii E et al. Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment. *Lancet* 2006;367(9514):919–25.
2. Rechel B, Richardson E, McKee M. Trends in health systems in the former Soviet countries. *Eur J Public Health* 2014;24 (Suppl_2). Chapter 1, p.1 Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/trends-in-health-systems-in-the-former-soviet-countries-2014>, accessed 8 December 2017).
3. Rogawski E, Platts-Mills J, Seidman J, John S, Mahfuz M, Ulak M et al. Use of antibiotics in children younger than two years in eight countries: a prospective cohort study. *Bull World Health Organ.* 2016;95(1):49–61.
4. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization. The right to health. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2008 (Fact Sheet No. 31; <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>, accessed 8 December 2017).
5. Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce and eliminate preventable mortality and morbidity of children under 5 years of age. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2014 (<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Children/TechnicalGuidance/Pages/TechnicalGuidanceIndex.aspx>, accessed 8 December 2017).
6. Children's rights in primary health care. Volume 1. Manual and tools for assessment and improvement. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2016/12/Childrens-rights-PHC-Volume-1-Manual-and-Tools-en.pdf>, accessed 8 December 2017).
7. Guerreiro A, Kuttumuratova A, Monolbaev K, Boderscova L, Pirova Z, Weber MW. Assessing and improving children's rights in hospitals: case studies from Kyrgyzstan, Tajikistan and Moldova. *Health Hum Rights* 2016;18(1):235–48.
8. General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24). Geneva: United Nations Committee on the Rights of the Child; 2013 (<http://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html>, accessed 8 December 2017).

Приложение 1. Модель воздействия Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ)

Краткое описание модели воздействия ИВБДВ см. на рисунке А1.1.

Рисунок А1.1. Модель воздействия ИВБДВ



Источник: The multi-country evaluation of IMCI effectiveness, cost and impact (MCE). Progress report May 2001–April 2002. Geneva: World Health Organization; 2002 (WHO/FCH/CAH/02.16; <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67381>).

*ОИПС — обработанные инсектицидом противомоскитные сетки.

Приложение 2. Краткие описания по странам и территориям

Албания — обзор ИББДВ

История вопроса

Стратегия Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИББДВ) была представлена в Албании в 2001 г. для решения проблемы высокого уровня детской смертности вследствие предотвратимых заболеваний, низкого качества оказания медицинской помощи в сельских районах и широко распространенного ненадлежащего применения лекарственных препаратов (включая как недостаточное, так и чрезмерное использование). Медицинская помощь детям в городских районах в основном относится к сфере ответственности педиатров, в то время как в сельских районах помощь детям оказывают семейные врачи.

В 2001 г. при поддержке ВОЗ, Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) в Албании и офиса ВОЗ в Косово³ было на национальном уровне проведено вводное совещание по вопросам ИББДВ и стратегия ИББДВ была инициирована на пилотной основе в двух регионах (Булькиза и Поградец). Несколько работающих в больницах педиатров были включены в учебные мероприятия ИББДВ в целях ознакомления с классификацией ИББДВ и содействия работе системы направления для получения специализированной помощи. Несмотря на утверждение ИББДВ Министерством здравоохранения и успешный старт, стратегия не вышла на общенациональный уровень после прекращения донорской поддержки.

Компонент помощи на уровне больниц так и не был внедрен, но был предпринят ряд усилий в целях внедрения компонента ИББДВ на уровне сообщества; однако он не вышел за рамки подхода к проекту, реализованному неправительственными организациями (НПО), и был ограничен по времени и охвату.

Результаты в соответствии с концептуальной основой

Актуальность и вклад

Ключевые информаторы сочли стратегию ИББДВ актуальной для условий Албании по состоянию на момент ее внедрения. На том основании, что стратегия ИББДВ является слишком упрощенной, не сообщалось ни об актуальности понятия ИББДВ только для условий ограниченных ресурсов, ни о практике сопротивления академических кругов. Хотя ни один из компонентов ИББДВ в настоящее время не осуществляется, ключевые информаторы заявили, что стратегия ИББДВ по-прежнему актуальна на первичном уровне медико-санитарной помощи: семейные врачи совершенно уверены в необходимости дополнительной профессиональной подготовки для поддержки их в

³ Для целей настоящей публикации любые ссылки, в том числе в библиографии, на термин «Косово» необходимо понимать/трактовать как «Косово (согласно Резолюции 1244 (1999 г.) Совета Безопасности)».

реагировании на потребности своих педиатрических пациентов в медико-санитарной помощи, особенно в сельских районах.

Несмотря на то что большинство препаратов для ИВБДВ были официально включены в национальный перечень основных лекарственных средств, не все из них признаны актуальными, поскольку медицинские работники назначают другие лекарственные препараты.

Эффективность и процесс

Подготовка медицинских работников, компоненты на уровне сообщества и системы здравоохранения внедрялись на пилотной основе, но не осуществлялись систематически, а ИВБДВ на уровне больниц так и не было внедрено.

Охват медицинских работников первичной медико-санитарной помощи (врачей общей практики и медицинских сестер) подготовкой в регионах ее проведения был очень высоким (более 90%), однако вопросы ИВБДВ не были включены в соглашения между отдельными медицинскими работниками и национальным фондом медицинского страхования, и подготовкой были охвачены лишь несколько районов (Поградец, Кукес, Корча, Эльбасан, Булькиза и Дибра). Поддерживающее кураторство и мониторинг осуществлялись до тех пор, пока поступали внешние финансовые ресурсы. Подготовка, однако, считалась более важным аспектом, чем кураторство, и в ряде случаев выделенный для кураторства бюджет использовался для проведения дополнительной подготовки.

Хотя большинство препаратов для ИВБДВ включены в национальный перечень основных лекарственных средств, круглогодичный доступ к лекарственным препаратам первой необходимости, в том числе для лечения перед госпитализацией, не обеспечен в медицинских учреждениях. Национальный фонд медицинского страхования возмещает стоимость всех препаратов для ИВБДВ, если их назначает семейный врач. Ключевые информаторы заявили о значительной поддержке со стороны Министерства здравоохранения. Курс подготовки по вопросам ИВБДВ на рабочем месте продолжительностью 11 дней был признан слишком длинным и сложным в плане осуществления вследствие нехватки достаточного числа медицинских работников для замещения участников курсов подготовки. Ключевым информаторам неизвестен Инструмент компьютеризированной подготовки и адаптации по вопросам ИВБДВ (ICATT)⁴, который, судя по всему, никогда не был им представлен. Информаторы высказали предположение о том, что общенациональный охват не был предусмотрен изначально из-за нехватки донорской поддержки.

Эффективность и промежуточный результат

После 2007 г. ни один из компонентов ИВБДВ в Албании не осуществлялся.

Действенность и конечный результат

Ключевые информаторы отметили, что стратегия ИВБДВ оказалась одной из первых инициатив в поддержку принципов доказательной медицины. Сообщается, что она

⁴ ICATT является инновационным программным приложением в поддержку осуществления стратегии ВОЗ/ЮНИСЕФ по вопросам ИВБДВ. Этот инструмент позволяет адаптировать общие руководства по ИВБДВ на национальном и субнациональном уровнях, а также разрабатывать учебные курсы на основе ICATT в соответствии с различными подходами к подготовке.

изменила умонастроения наиболее квалифицированных медицинских работников, в то время как зафиксированные причины неосуществления были связаны с такими вопросами, как отсутствие вспомогательной документации по ИББДВ, форм и памяток матерей.

Несмотря на то что ключевые информаторы отметили некоторое сопротивление со стороны родителей по отношению к содержащемуся в стратегии ИББДВ призыву сократить использование лекарственных препаратов, в целом родители положительно восприняли ИББДВ.

Воздействие

С учетом ограниченного характера осуществления не следует ожидать какого-либо воздействия на национальные показатели смертности детей в возрасте до 5 лет. Однако в районах, в которых осуществлялась стратегия ИББДВ, ключевые информаторы отметили, что семейные врачи повысили свой уровень компетентности и уверенности при решении проблем, связанных с распространенными детскими заболеваниями (что наблюдалось во время контрольных посещений), повысили навыки диагностики и более рационально относились к направлениям для получения специализированной помощи и госпитализации. Повышение навыков родителей по уходу за детьми, включая знание опасных симптомов, позволило улучшить показатели обращаемости за медицинской помощью и повысить качество питания детей.

Устойчивость

Хотя, по сообщениям, данный подход к лечению детей был признан полезным и получил полную поддержку со стороны Министерства здравоохранения, все мероприятия были свернуты, как только прекратилась внешняя поддержка (в основном от ЮНИСЕФ). Протоколы совещания по обзору или планы по разработке стратегии перехода на другие источники финансирования отсутствуют.

Не были разработаны какие-либо законодательные, политические или стратегические документы в поддержку осуществления ИББДВ. Кураторство не было включено в должностные инструкции и не получило финансовой поддержки, поэтому прекратились регулярный мониторинг/ последующие визиты после подготовки.

Поступали сообщения о том, что стратегия ИББДВ была адаптирована в соответствии с требованиями системы медицинского образования для включения в учебные планы системы высшего медицинского образования, однако доказательств в поддержку этого в ходе обзора обнаружено не было.

Ключевые темы по результатам обзора ИББДВ в Албании

Сильные стороны

Содействие рациональному использованию антибиотиков и снижению показателей полипрагмазии

Ключевые информаторы заявили, что использование алгоритма ИББДВ в системе первичной медико-санитарной помощи содействовало рациональному

использованию лекарственных препаратов, в частности антибиотиков. Было сочтено, что ИББДВ способствовало изменению воззрений семей в сторону признания лечения лекарственными препаратами не всегда необходимым или благоприятным. Поведение населения изменилось в пользу сокращения использования антибиотиков, особенно инъекционных. В результате ИББДВ способствовало сокращению избыточного лечения.

Содействие основанной на доказательных данных систематической помощи

Ключевые информаторы заявили, что ИББДВ содействовало осуществлению принципов доказательной медицины. Стратегия ИББДВ систематизировала подход к лечению детей и повысила уверенность медицинских работников в отношении помощи детям.

Вместе с тем в Албании отсутствуют данные в поддержку утверждения о том, что осуществление ИББДВ сократило показатели необоснованных госпитализаций или сроки пребывания в больнице.

Выявление тяжелобольных детей

Ключевые информаторы сообщили, что ИББДВ, позволяющее систематически выявлять опасные симптомы, считается надежным способом своевременного выявления тяжелобольных детей и обнаружения серьезных заболеваний.

Помимо сохранения жизни

Стратегия ИББДВ улучшила и стандартизировала консультационные навыки и подходы в области лечения, опасных симптомов и аспектов иммунизации, а также способствовала лучшему пониманию важности ориентированного на пациента комплексного подхода. В связи с этим ИББДВ способствовало повышению качества помощи. Сообщалось, что ИББДВ также повысило уровень знаний родителей о практике кормления, опасных симптомах, вакцинации, назначении антибиотиков, а также о подготовке и проведении пероральной регидратационной терапии. В частности, ключевые информаторы заявили о том, что улучшение консультационных навыков особенно способствовало повышению значимости медицинских сестер.

Слабые стороны

Различия между классификациями МКБ-10 и ИББДВ

Использование классификаций ИББДВ не было урегулировано официально, поэтому вместо этого использовалась Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), несмотря на то что в учреждениях первичной медико-санитарной помощи классификация степени тяжести заболевания была основана на классификации ИББДВ. Такая несовместимость классификаций ИББДВ и МКБ-10 вызвала недопонимание и отсутствие согласованности между различными уровнями системы здравоохранения. Никакие усилия для решения этой проблемы не предпринимались, и вопросы соответствия между классификациями ИББДВ и МКБ-10 никогда официально не рассматривались и не обсуждались.

Категоричное позиционирование ИББДВ и сопротивление со стороны профессионального сообщества

Несмотря на то, что академические круги Албании не отвергали стратегию ИББДВ по причине ее чрезмерной простоты и не оказывали ей активного противодействия другими способами, энтузиазма, необходимого для поддержки успешного включения ИББДВ в учебные программы высшей школы, проявлено не было.

Медицинские центры обычно оснащены комплектом базовых лабораторных тестов, стетоскопами, отоскопами и другим оборудованием, которое не входит в состав ИББДВ, но в них зачастую отсутствует устойчивое снабжение лекарственными препаратами, включенными в перечень основных лекарственных средств. Оба эти фактора могут затруднить осуществление ИББДВ.

Нереалистичные требования/расхождения с другими стратегиями

Медицинская помощь детям в городах и/или городских учреждениях первичной медико-санитарной помощи является исключительно ответственностью педиатров. Соответственно, стратегия ИББДВ не осуществлялась, поскольку педиатры не были включены в программу подготовки.

Необходимые для осуществления ИББДВ материалы (формы ИББДВ, материалы для медико-санитарного просвещения, буклеты схем) не предоставлялись на регулярной основе, и их распространение полностью остановилось после прекращения донорской помощи.

Конкурирующие интересы/влияние извне

Врачи общей практики сообщили о повышении компетенций и уверенности, однако при этом также отметили сохранение существенного давления со стороны родителей, настаивающих на назначении лекарственных препаратов, даже если они не требуются. Несмотря на улучшение ситуации, ожидания родителей в отношении ненужного лечения лекарственными препаратами и ненужных диагностических процедур по-прежнему актуальны, подпитываемые частной практикой, не следующей рекомендациям ИББДВ. Сообщалось, что финансово состоятельные родители игнорировали службы первичной помощи и обращались напрямую в районные или региональные больницы, обладающие лучшими условиями и диагностическим оборудованием. В целом, как предполагается, имеет место общая склонность к выбору специалистов по сравнению с первичной медико-санитарной помощью. Население в большей степени доверяет возможностям педиатров и не склонно приводить своих детей на консультации к врачам общей практики или семейным врачам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, по большей части из-за внутреннего убеждения, что качество помощи равнозначно лечению дорогими лекарственными препаратами, внутривенному лечению и/или лечению внутримышечными антибиотиками.

Сообщалось, что специалисты склонны идти навстречу ожиданиям родителей в целях повышения своих доходов. Ключевые информаторы заявили, что врачи и медицинские сестры обычно не зарабатывают достаточно, чтобы обеспечивать свои семьи (по различным данным, ежемесячная зарплата семейного врача или педиатра на уровне первичной медико-санитарной помощи составляет 200–300 евро). Врачам и

медицинским сестрам дают деньги или дарят подарки, чтобы получить лечение и информацию более высокого качества, и это существенные аспекты в рамках пользования медицинскими услугами и обращения в медицинские учреждения.

За исключением процедуры возмещения затрат на лекарственные препараты через национальный страховой фонд, никаких механизмов контроля для мониторинга продаж лекарственных препаратов без рецептов в аптеках не существует.

Нехватка медицинского образования является одной из ключевых проблем; в текущий момент акцент делается скорее на заучивании информации, а не на практических подходах.

Частный сектор и оплата из средств пациентов

Ключевые информаторы ссылались на национальные данные, свидетельствовавшие о том, что в квинтиле с наименьшим уровнем дохода доля общих расходов из средств пациентов на стационарную помощь увеличилась до 60% от общего ежемесячного уровня расходов домохозяйств; посещающие государственные медицинские центры пациенты по-прежнему вынуждены были за свой счет оплачивать многие услуги и лекарственные препараты, которые в ином случае могли бы получать бесплатно. С 2008 г. пациенты должны были параллельно платить небольшую фиксированную сумму за каждое посещение учреждения первичной медико-санитарной помощи или за получение специализированного лечения в больнице. Уровень распространенности катастрофических наличных платежей из средств пациентов остается высоким, хотя он соразмерно снизился для беднейшего квинтиля (с 29,9% в 2002 г. до 28,7% в 2005 г. и 20% в 2008 г.).

Области для потенциального совершенствования

Ключевые информаторы предложили добиться улучшений путем:

- увязывания осуществления ИББДВ с надлежащей системой оплаты труда врачей и медсестер;
- адаптации стандартов помощи и алгоритма ИББДВ в целях их утверждения фондом медицинского страхования и включения в его контракты с медико-санитарным персоналом;
- включения документации и форм ИББДВ в медицинскую документацию медицинских центров первичной медико-санитарной помощи и включение ИББДВ в проводимые фондом медицинского страхования процедуры мониторинга и оценки качества услуг;
- интеграции подготовки по вопросам ИББДВ (и/или ICATT) в систему непрерывного медицинского образования работников первичной медико-санитарной помощи; проведения совместного обучения врачей и медсестер, что целесообразно; и
- согласования алгоритмов ИББДВ с МКБ-10 и разработки карманного справочника для амбулаторной подготовки, включая онлайн-обучение.

Армения — обзор ИББДВ

История вопроса

По состоянию на дату внедрения ИББДВ в 1999 г. показатели смертности детей в возрасте до 5 лет в Армении составляли 28/1000.

Учебные материалы были адаптированы, и ИББДВ было включено в план действий ЮНИСЕФ до конца 1999 г. Пилотное внедрение ИББДВ началось в Иджеване (Тавушская область) в 2001 г. с проведением последующей подготовки в Мартуни (Гехаркуникская область) и Артике (Ширакская область), а годом позже — в Иджеване. В 2003 г., после оценки пилотных проектов стратегия ИББДВ была принята в качестве национальной программы, и страна приступила к ее осуществлению на общенациональном уровне с участием всех регионов. Осуществлялись все три компонента, и был внедрен компонент на уровне больниц.

В настоящее время программа ИББДВ осуществляется в Ереване. Около 1500 работников первичной медико-санитарной помощи прошли подготовку в общенациональном масштабе и применяют подходы ИББДВ к ведению проблем детского здоровья. Была сделана попытка интегрировать ИББДВ в систему базовой подготовки, но она имела лишь ограниченный успех. Вместе с тем некоторые компоненты подготовки медицинских работников по вопросам ИББДВ были включены в систему непрерывного медицинского образования.

Большая часть подготовки и поставок лекарственных препаратов в рамках ИББДВ для учреждений первичной медико-санитарной помощи осуществлялась при финансовой и технической поддержке со стороны ЮНИСЕФ. Организации World Vision, Объединенный методистский комитет помощи (UMCOR) и «Международная помощь и развитие» способствовали в осуществлении стратегии ИББДВ в ряде регионов. Смертность детей в возрасте до 5 лет снизилась до 13/1000 в 2015 г., и, согласно сообщениям, ИББДВ способствовало такому снижению.

Результаты в соответствии с концептуальной основой

Актуальность и вклад

Ключевые информаторы сочли стратегию ИББДВ чрезвычайно актуальной для условий Армении. Стратегия ИББДВ была и остается полезной для страны, особенно для медицинских сестер, работающих в системе первичной медико-санитарной помощи в сельских районах, в которых отсутствуют врачи. Несмотря на актуальность для медсестер, осуществляющих посещения на дому и направляющих ребенка к врачу, стратегия ИББДВ рассматривалась как недостаточная для врачей. По мнению ключевых информаторов, стратегия ИББДВ определяет четкий алгоритмический подход к ведению случаев, который особенно полезен для ведения диареи, но менее полезен для ведения пневмонии. Врачи сообщили о том, что нуждаются в более подробных руководствах и более сложных методах по сравнению с теми, которые охвачены ИББДВ. Рентгенологическое обследование является легкодоступным.

Ключевые информаторы заявили о том, что ИББДВ позволяет медицинскому персоналу быть уверенными в том, что они не упустили какие-либо серьезные

заболевания, однако стратегия ИББДВ нуждается в гармонизации с другими руководствами принципами. Если состояние ребенка не охватывается алгоритмом ИББДВ, то необходима дифференциальная диагностика. Ключевые информаторы сочли особенно актуальным участие родителей и углубление их знаний об опасных симптомах. По мнению ключевых информаторов, на данный момент стратегия ИББДВ сохраняет свою актуальность, учитывая нехватку людских ресурсов, высокую текучесть медицинских кадров, а также отсутствие педиатров на уровне первичной медико-санитарной помощи (педиатры были переквалифицированы в семейных врачей). Не имеющие педиатрического опыта семейные врачи по мере возможности избегают консультировать детей.

Эффективность и процесс

По данным ключевых информаторов, все три компонента стратегии были осуществлены на общенациональном уровне, за исключением Еревана. В осуществлении программы принимали участие Управление охраны здоровья матери и ребенка (ОЗМР) Министерства здравоохранения, координатор ИББДВ и соответствующие эксперты.

Осуществление ИББДВ началось в пилотных районах, а затем было расширено до 10 регионов. Подготовку прошла большая часть (но не весь) персонала уровня первичной медико-санитарной помощи из районов осуществления стратегии. Столичный город Ереван участвовал лишь частично (подготовку прошли семейные врачи из двух амбулаторных клиник). Основное внимание уделялось осуществлению на уровне областей, поскольку в 1999 г. именно на этом уровне наблюдались наиболее значительные проблемы. Позднее был осуществлен компонент на уровне сообщества, а также был внедрен компонент на уровне больниц.

Эффективность и промежуточный результат

Подготовкой были охвачены в основном семейные врачи и педиатры, а в районах — медицинские сестры, оказывающие помощь в фельдшерско-акушерских пунктах; они находятся под надзором врачей из учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Подготовка по вопросам ИББДВ изначально проходила в форме 13-дневного курса, включая два дня для компонента на уровне сообщества. Впоследствии курс был сокращен до пяти дней. По данным ключевых информаторов, эффективность осуществления ИББДВ в существенной степени снизилась вследствие высокой текучести кадров. Была предпринята попытка интегрировать модули подготовки ИББДВ в учебный план базовой подготовки для медицинского университета и колледжей, однако степень такой интеграции неизвестна, а ее эффективность остается под вопросом; ключевые информаторы предположили, что это можно объяснить в основном сопротивлением со стороны представителей академического сообщества. Они также сообщили о том, что новые выпускники не могут применять буклет со схемами по ИББДВ.

Обзор ИББДВ был проведен в 2008 г., а еще один — в 2015 г. в пяти районах и в Ереване. Наиболее острой проблемой в связи с осуществлением ИББДВ являлся мониторинг. Была предпринята попытка создать систему поддерживающего кураторства, однако действующая инспекция по вопросам здравоохранения является

скорее контролирующим и карательным механизмом. Еще одной проблемой, которая упоминалась ключевыми информаторами, было то, что ИВБДВ не осуществлялось в системе первичной медико-санитарной помощи в Ереване, несмотря на тот факт, что в столице проживает треть детского населения. Международные организации поддержали осуществление ИВБДВ на уровне областей, но не в Ереване; осуществление ИВБДВ и программы грудного вскармливания протекало успешнее в районах. Карманный справочник ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям был обновлен и переиздан в 2015 г. при поддержке ВОЗ.

При поддержке ЮНИСЕФ была проведена подготовка по вопросам ИВБДВ и питания (10-дневная программа подготовки — 5 дней по вопросам ИВБДВ и 5 дней по вопросам питания) на уровне первичной медико-санитарной помощи во всех районах (за исключением Еревана) в 2014 и 2015 гг.

Ключевые информаторы заявили, что стратегия ИВБДВ соответствует другим программам и какие-либо вступающие в противоречие стратегии отсутствуют. В последний раз подготовка по вопросам ИВБДВ проводилась в сочетании с подготовкой по вопросам питания детей.

Действенность и конечный результат

ИВБДВ было утверждено в качестве национального стандарта помощи в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, при этом все дети в возрасте до 7 лет имеют право на бесплатное получение медицинской помощи и лекарственных препаратов на всех уровнях помощи. Тем не менее дети в возрасте старше 7 лет имеют доступ к бесплатным лекарственным препаратам только при наличии особых заболеваний или в том случае, если относятся к уязвимым группам населения. Препараты для ИВБДВ были включены в национальный перечень основных лекарственных средств, однако механизм закупок лекарственных препаратов для ИВБДВ не предусмотрен. ИВБДВ способствовало снижению показателей использования антибиотиков без необходимости в системе первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые информаторы заявили, что ИВБДВ содействовало более рациональному использованию внутривенных инъекций и антибиотиков.

После осуществления ИВБДВ показатели необоснованных госпитализаций снизились. Вместе с тем после осуществления программы сертификации в области охраны здоровья ребенка в 2011 г. государственное финансирование педиатрической помощи в больницах удвоилось в целях улучшения доступа к больницам. Поскольку финансирование больниц зависит от числа пациентов, вновь возникла проблема необоснованной госпитализации.

Осуществление ИВБДВ укрепило другие медицинские программы, связанные с ИВБДВ, например программы иммунизации и питания. Однако ключевые информаторы сообщили о том, что врачи не следуют строго алгоритмам ИВБДВ.

Воздействие

Проведенный в 2002 г. анализ осуществления ИВБДВ продемонстрировал снижение детской смертности в больницах, а также на дому. Показатели смертности и заболеваемости в связи с диареей и пневмонией существенно снизились, а также сократилась частота развития крайне тяжелых случаев. По данным того же

исследования, была продемонстрирована экономическая эффективность ИББДВ в условиях Армении.

Устойчивость

По данным ключевых информаторов, осуществление стратегии ИББДВ получает значительную поддержку со стороны Министерства здравоохранения на национальном уровне, а также со стороны администраторов на региональном уровне и на уровне медицинских учреждений. Тем не менее правительство/Министерство здравоохранения неспособны обеспечить дальнейшее расширение стратегии без донорской поддержки. За исключением лекарственных препаратов, государственное финансирование отсутствует: осуществление ИББДВ поддерживают ВОЗ и ЮНИСЕФ.

Попытки включить модули ИББДВ в учебные планы подготовки в медицинских университетах начались в 2004 г., однако в настоящее время учебные планы преддипломной и последипломной подготовки включают лишь некоторые элементы ИББДВ, которые в основном связаны с ведением диареи и острых респираторных инфекций. Сообщается о том, что подготовка на основе карманного справочника ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям в учебные планы не включена.

Ключевые информаторы пришли к выводу о том, что ИББДВ в Армении устойчиво лишь отчасти.

Ключевые темы по результатам обзора ИББДВ в Армении

Сильные стороны

Содействие рациональному использованию антибиотиков и снижению показателей полипрагмазии

Ключевые информаторы заявили об улучшении ситуации с рациональным использованием лекарственных препаратов и о снижении частоты назначения внутривенных инъекций, особенно благодаря использованию регидрона⁵.

Содействие основанной на доказательных данных систематической помощи

Ключевые информаторы заявили о том, что стратегия ИББДВ была утверждена в качестве национального стандарта в системе первичной медико-санитарной помощи и содействует осуществлению принципов доказательной медицины и систематического подхода к ребенку. Направления в больницы для получения специализированной помощи были систематизированы на основе критериев ИББДВ, и после осуществления стратегии ИББДВ количество необоснованных госпитализаций сократилось. Вместе с тем внедрение в 2011 г. программы сертификации в области охраны здоровья ребенка могло также отчасти способствовать прогрессу в этой области. Кроме того, сообщалось о госпитализации детей по социальным показателям из уязвимых групп населения, которые в противном случае не получили бы надлежащей помощи на дому.

⁵ Раствор регидрона в 1 литре воды содержит: 10 г глюкозы, 2,9 г цитрата натрия, 3,5 г хлорида натрия и 2,5 г хлорида калия. ВОЗ рекомендует следующий состав для пероральной регидратационной терапии на 1 литр воды: 13,5 г глюкозы, 2,9 г цитрата натрия, 2,6 г хлорида натрия и 1,5 г хлорида калия.

Выявление тяжелобольных детей

Ключевые информаторы признали ИББДВ в качестве полезного алгоритма, который упрощает сортировку пациентов, особенно при отсутствии других соответствующих инструментов. ИББДВ способствует противодействию качественных услуг и помогает избежать ошибок и недосмотра в случаях серьезных заболеваний.

Помимо сохранения жизни

Информация в данной области отсутствовала.

Слабые стороны

Различия между классификациями МКБ-10 и ИББДВ

По данным ключевых информаторов, расхождения между классификациями ИББДВ и МКБ-10 создают определенные проблемы. Хотя решение о направлении для получения специализированной помощи основывается на классификации ИББДВ, диагноз при направлении должен быть сформулирован согласно МКБ-10, чтобы ребенка приняли в больнице в целях госпитализации. Стандартные медицинские карты и формы ИББДВ не соответствуют МКБ-10. Никаких попыток для согласования двух систем или проведения специальной подготовки предпринято не было. Тем не менее ключевые информаторы считают классификацию ИББДВ важной, поскольку степень тяжести состояния ребенка определяется на основе классификации ИББДВ.

Категоричное позиционирование ИББДВ и сопротивление со стороны профессионального сообщества

Ключевые информаторы сообщили, что сопротивление со стороны профессиональных ассоциаций и специалистов университетов и колледжей в столице помешали осуществлению ИББДВ, вызвали задержки и привели к отвлечению ресурсов на цели разрешения конфликтных ситуаций. Профессиональные ассоциации не принимали участия в адаптации алгоритма ИББДВ или карманного справочника. Несмотря на утверждение Министерством здравоохранения протоколов ИББДВ для учреждений первичной медико-санитарной помощи, они были признаны не всеми специалистами. Карманный справочник ВОЗ был принят в качестве стандартного руководства по стационарному лечению. Тем не менее врачи отвергают карманный справочник, поскольку считают, что он не способствует надлежащему ведению тяжелых случаев. Многие больницы пользуются руководствами, принятыми в Европе и/или США, а специалисты зачастую продвигают собственные концепции и протоколы. Ключевые информаторы также сообщили, что персонал, работающий в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в столице, не был включен в курсы подготовки по вопросам ИББДВ; теперь эти сотрудники отвергают стратегию ИББДВ как слишком простую и якобы приемлемую только на областном уровне.

Нереалистичные требования/расхождения с другими стратегиями

Ключевые информаторы сообщили о существовании ряда руководств. Зачастую врачам неясно, какие из протоколов рекомендованы Министерством здравоохранения: например, имеется три типа протоколов для ведения анемии. В целях подтверждения диагноза анемии, поставленного на основе такого признака,

как бледность ладоней, обычно используются лабораторные анализы, которые не включены в алгоритм ИББДВ. Хотя ИББДВ не предусматривает направления детей к отоларингологам, это все равно происходит, поскольку отоларингологи доступны в ряде поликлиник. По сообщениям, назначения отоларингологов и офтальмологов иногда противоречат протоколам ИББДВ. Ключевые информаторы также сообщили о наличии расхождений между лекарственными препаратами, назначаемыми на основе протоколов ИББДВ, и доступными лекарственными препаратами: например, фенобарбитал в стране не зарегистрирован, однако его использование рекомендовано карманным справочником ВОЗ. Кроме того, рекомендованные национальными протоколами лекарственные препараты, не соответствуют тому, что указано в ИББДВ и карманном справочнике. Постановления Министерства здравоохранения в отношении ведения эпидемии гриппа также противоречат протоколам ИББДВ, поскольку требуют госпитализации детей с неспецифическими симптомами в 100% случаев в период эпидемии.

Ключевые информаторы также поделились своей обеспокоенностью по поводу отчетности по ИББДВ, поскольку учреждения первичной медико-санитарной помощи должны печатать формы ИББДВ за счет бюджета учреждения, и по этой причине формы ИББДВ, по сообщениям, нередко недоступны. Даже при их наличии формы ИББДВ зачастую заполняются неверно или не заполняются вовсе: их заполнение не носит обязательный характер, а поскольку многие врачи в системе первичной медико-санитарной помощи перегружены бумажной работой, они отдают приоритет тем медицинским формам/картам, заполнение которых обязательно в соответствии с приказами Министерства здравоохранения.

Показатели ИББДВ не включены в национальную систему медико-санитарной информации.

Конкурирующие интересы/влияние извне

По сообщениям, специалисты в сфере первичной медико-санитарной помощи получают низкую заработную плату, перегружены бумажной работой и не очень мотивированы к работе с детьми: им гораздо проще направить ребенка в больницу, чем лечить его на уровне первичной медико-санитарной помощи.

По сообщениям ключевых информаторов, одним из барьеров для осуществления ИББДВ является тот факт, что родители иногда настаивают на антибиотиках и/или инъекциях и/или просят назначить дополнительные лекарственные препараты. Агрессивный маркетинг со стороны фармацевтических компаний содействует использованию лекарственных препаратов, не относящихся к препаратам для ИББДВ. В целях приобретения лекарственных препаратов в аптеках (за исключением опиатов и нейролептиков) не требуется рецепта, а фармацевты зачастую предлагают другие препараты, а не те, которые назначены врачом.

Ключевые информаторы также сообщили о том, что внедренная в 2011 г. программа сертификации в области охраны здоровья ребенка стимулирует госпитализацию, которая не является необходимой.

Некоторые показатели ИББДВ включены в систему вознаграждения медицинских работников первичной медико-санитарной помощи в зависимости от результатов;

медицинские работники к тому же получают премии. Данные о том, насколько такие премии влияют на осуществление ИББДВ и соблюдение протоколов, отсутствуют.

Частный сектор и оплата из средств пациентов

Все лекарственные препараты для ИББДВ включены в национальный перечень основных лекарственных средств, и все дети в возрасте до 7 лет имеют право на бесплатное получение медицинской помощи и лекарственных препаратов на всех уровнях помощи. Дети в возрасте старше 7 лет имеют доступ к бесплатным лекарственным препаратам только при наличии особых заболеваний или в том случае, если они относятся к уязвимым группам населения. По сообщениям, доступ к бесплатным лекарственным препаратам затруднен, поскольку требует подписания большого количества документов различными лицами. Как следствие, родители нередко предпочитают покупать лекарственные препараты непосредственно в аптеке. Кроме того, назначаемые лекарственные препараты зачастую не включены в перечень основных лекарственных средств, поэтому родителям приходится покупать их за свой счет.

Ключевые информаторы высказали разные мнения насчет масштабов доступных платных услуг в Армении и использования ИББДВ в частном секторе. Некоторые частные клиники, в основном на уровне больниц, получают государственное финансирование, в то время как большинство учреждений первичной медико-санитарной помощи являются государственными. В частных клиниках национальные протоколы и ИББДВ не используются.

Области для потенциального совершенствования

Ключевые информаторы предложили добиться улучшений путем:

- расширения ИББДВ в целях включения алгоритмов для ведения ветряной оспы, сальмонеллеза и заболеваний уха, горла и носа;
- привлечения старших преподавателей к разработке руководств и осуществлению подготовки медицинских кадров;
- включения фармацевтов в программу подготовки по вопросам ИББДВ, поскольку они могут рекомендовать другие лекарственные препараты, отличные от указанных;
- проведения специальной подготовки (или как минимум инструктажа) по вопросам согласования классификаций ИББДВ и МКБ-10; и
- укрепления компонента ИББДВ на уровне сообщества, включая предоставление информации по таким вопросам, как опасные симптомы и консультирование по поводу того, когда следует обращаться за помощью (включая госпитализацию); консультирование по поводу ведения состояния ребенка на дому (не всегда есть необходимость в проведении дополнительного рентгенологического обследования или лабораторных анализов); и лечение антибиотиками (особенно в Ереване).

Азербайджан — обзор ИББДВ

История вопроса

После первого регионального вводного совещания по вопросам ИББДВ в Европейском регионе ВОЗ в 1997 г. Азербайджан и Казахстан были определены в качестве первых пилотных стран для адаптации и осуществления стратегии. Процесс осуществления начался в 2002 г. после адаптации руководств по ИББДВ.

В целях реформирования сектора здравоохранения ИББДВ осуществлялось в 26 районах, включая пять областей пилотного проекта, при технической поддержке со стороны ВОЗ, ЮНИСЕФ и ряда международных партнеров страны. Активный этап обучения, мониторинга и обеспечения лекарственными препаратами проходил в период с 2002 по 2006 г., в результате чего подготовку прошли более 550 специалистов здравоохранения, в основном педиатры, врачи общей практики и медицинские сестры. Последующие посещения после подготовки были проведены в 21 районе, охватив 70% прошедшего подготовку персонала.

Финансируемый Агентством США по международному развитию (ЮСАИД) международный консорциум НПО предоставил поддержку, главным образом для проведения учебного компонента в пилотных районах. Такие клинические элементы ИББДВ, как ведение острых респираторных инфекций и диареи, были включены в учебные планы подготовки в Азербайджанском медицинском университете.

Несмотря на полученные от медицинских работников, руководителей программ и доноров положительные отзывы и на достигнутый в 26 районах прогресс, который обсуждался на национальном совещании по обзору ИББДВ в 2007 г., дальнейшего расширения осуществления ИББДВ не последовало. В 2007–2008 гг. национальная группа экспертов при поддержке ВОЗ представила долгосрочную национальную стратегию ИББДВ и план действий на рассмотрение и утверждение Министерству здравоохранения, однако министерство до сих пор их не утвердило.

Результаты в соответствии с концептуальной основой

Актуальность и вклад

Ключевые информаторы признали, что по состоянию на момент внедрения стратегия ИББДВ была полезна для медсестер, фельдшеров и врачей в отдаленных районах ввиду отсутствия у них доступа к актуальной клинической и научной информации. Стратегия по-прежнему может быть полезной медицинским работникам в сельских районах, особенно при оценке общих опасных симптомов. Было признано, что такие руководства по вопросам помощи детям, как ИББДВ, способны повысить качество первичной медико-санитарной помощи в Азербайджане, поскольку в них определен стандартный подход. Некоторые респонденты отметили текущую потребность в таком рациональном подходе, но в основном на уровне больниц. Министерство здравоохранения не всегда поддерживало стратегию, поскольку ассоциировало ее с развивающимися странами, даже несмотря на тот факт, что крупнейшие национальные эксперты в области охраны здоровья детей получили четкое представление и подробную информацию о стратегии ИББДВ на этапе ее активного осуществления.

Изначально ИВБДВ пользовалось надежной скоординированной поддержкой со стороны прошедшей подготовку группы экспертов, однако позднее эта поддержка ослабла и стала неэффективной из-за отсутствия национального управления программой и финансирования. В ходе интервью эксперты предположили, что стандарт помощи в соответствии с ИВБДВ в настоящее время может считаться крайне актуальным, поскольку Азербайджан находится в процессе введения системы обязательного медицинского страхования. Эта система проходит пилотные испытания в нескольких регионах и вскоре должна быть осуществлена в масштабах всей страны согласно президентскому указу. ИВБДВ было признано в качестве полезного клинического подхода, которому необходимо обучать работников системы первичной медико-санитарной помощи и студентов-медиков.

Эффективность и процесс

Такие задачи, как «Укрепление поддержки систем здравоохранения» и «Повышение навыков медицинских работников», были признаны крайне полезными для страны и охвачены в рамках различных проектов. Клинический компонент осуществлялся более эффективно по сравнению с двумя другими компонентами. Поддержку мероприятий на уровне сообществ в пилотных регионах оказывал только Mercy Corps.

Ключевые информаторы отметили такие проблемы, как поставки основных лекарственных средств для ИВБДВ и отсутствие антибиотиков первого выбора, а также основного оборудования (например, весов). Отсутствие форм ИВБДВ, дублирование записей в медицинских картах и дополнительная отчетность были отнесены к системным барьерам, однако после подготовки и посещений в целях мониторинга были получены положительные отзывы со стороны медицинских работников. Тщательная оценка воздействия компонента поддержки системы здравоохранения не проводилась, и не было возможности для проведения сравнительной оценки.

Подготовка по некоторым элементам ИВБДВ отчасти осуществляется для ряда студентов Медицинского университета, и соответствующие вопросы включены в экзамены, однако это не является распространенной практикой.

Эффективность и промежуточный результат

Подготовкой по вопросам ИВБДВ были охвачены более 550 медицинских специалистов, в основном педиатров, врачей общей практики и медицинских сестер из 26 районов, включая пять областей пилотного проекта в целях реформирования сектора здравоохранения. В помощь прошедшим подготовку медицинским работникам доноры обеспечили основное оборудование и расходные материалы для использования полученных знаний и навыков на период проведения проекта, а Министерство здравоохранения предоставило ряд лекарственных препаратов и обеспечило административную и организационную поддержку для процесса подготовки. Проекты способствовали созданию потенциала национальной группы координаторов и руководителей и даже обеспечили финансовые стимулы (гонорары) для инструкторов и учащихся.

В учебные планы были включены лишь некоторые элементы ИВБДВ (острые респираторные инфекции, диарея, общие опасные симптомы и грудное вскармливание). Двести добровольцев прошли подготовку по вопросам обучения

семей с детьми в возрасте до 5 лет в целях оказания помощи здоровым и больным детям в семьях. Лекарственные препараты и расходные материалы были включены в национальный перечень основных лекарственных средств, а препараты, имевшиеся в наличии во время посещений пациентов, предоставлялись бесплатно.

Действенность и конечный результат

Хотя пилотный проект осуществления ИББДВ, изначально охватывавший лишь несколько районов, был распространен на 26 районов, он не был доведен в стране до общенационального уровня, а его осуществление начало буксовать, как только прекратилось финансирование со стороны партнеров в области развития. В процессе проведения последующих посещений прошедших подготовку медицинских работников в пилотных районах руководители всегда слышали и регистрировали положительные отзывы об основанном на доказательных данных подходе ИББДВ и систематическом принципе в оценке и лечении больных детей. Тем не менее после того, как активная фаза пилотного осуществления ИББДВ завершилась в 2007–2008 гг., не было получено никакой достоверной и последовательной информации о практической интеграции навыков по ИББДВ в процессы реформирования первичной медико-санитарной помощи. Медицинские работники, практикующие в городских условиях, особенно на провинциальном уровне, не соблюдали строго алгоритмы ИББДВ, поскольку в их распоряжении имелись другие легкодоступные ресурсы для оказания помощи пациентам.

Воздействие

За последние 15 лет детская смертность существенно снизилась благодаря повышению уровня знаний и навыков медицинского персонала, работающего на первичном уровне, однако респонденты предположили, что эти изменения также можно отнести на счет осуществления ИББДВ. По их мнению, в то время стратегия ИББДВ оказала существенное воздействие в тех условиях, в которых она осуществлялась, однако, поскольку ее надлежащая оценка никогда не проводилась, респонденты не располагают надежными фактами в поддержку своего мнения. Разные проекты и доноры использовали разные подходы к осуществлению ИББДВ, зачастую забывая о мероприятиях по оценке. Были также предположения о том, что географический охват ИББДВ был недостаточным для проведения оценки воздействия.

Устойчивость

Национальная политика и стратегический план в области ИББДВ были разработаны и представлены Министерству здравоохранения на утверждение в 2007 г., но так и не были утверждены. ИББДВ как программа не было включено в состав учебных планов медицинских учебных заведений или системы непрерывного медицинского образования, при этом учащиеся обучали только клиническим элементам и распознаванию основных опасных симптомов.

Отмечалось отсутствие финансирования в поддержку осуществления ИББДВ, поскольку изначально финансирование обеспечивалось международными партнерами на проектной основе: например, ЮНИСЕФ поддерживал деятельность в области ИББДВ на протяжении периода продолжительностью 5–7 лет. Партнеры прекратили финансирование вследствие недостаточной политической воли со

стороны правительства. Страна не пожелала приступить к поиску внешней поддержки для ИББДВ, поскольку это могло бы привести к признанию Азербайджана одной из так называемых развивающихся стран, а внутренних ресурсов для обеспечения устойчивого осуществления ИББДВ выделено не было. Отсутствие поддержки на высоком уровне было расценено в качестве одного из ключевых факторов, помешавших расширению и устойчивости стратегии. Другие потенциально важные субъекты в стране, например профессиональные ассоциации, либо не существовали, либо проявляли свою поддержку слишком слабо.

Ключевые информаторы подвергли критике большую продолжительность подготовки. В целом основными препятствиями эффективного осуществления стали отсутствие финансирования для ведущих инструкторов и участников, отсутствие бесперебойного снабжения лекарственными препаратами, основным оборудованием и формами регистрации, отсутствие системы регулярного поддерживающего кураторства и дублирование записей в медицинских картах. Согласно кругу полномочий главных педиатров на центральном и региональном уровнях, они несут ответственность за мониторинг, однако посещения в целях мониторинга всегда организовывались по запросу Министерства здравоохранения. Ключевые информаторы отметили потребность в интегрированном кураторстве, а также необходимость подготовки старших специалистов в области основных национальных программ и использования руководств.

В настоящее время поддержка со стороны правительства или международного сообщества отсутствует.

Ключевые информаторы считают, что предстоящее введение в действие системы медицинского страхования послужит катализатором для пересмотра и разработки национальных руководств и протоколов.

Ключевые темы по результатам обзора ИББДВ в Азербайджане

Сильные стороны

Содействие рациональному использованию антибиотиков и снижению показателей полипрагмазии

Были сообщения о том, что ИББДВ способствовало снижению показателей полипрагмазии, однако данные в поддержку этого утверждения отсутствуют. В настоящее время никакие мероприятия в области мониторинга не проводятся. Ключевые информаторы отметили, что медицинские работники назначали больше лекарственных препаратов «в качестве перестраховки», чтобы избежать возможных осложнений у пациентов или их смерти. Эта практика возникла из-за страха наказаний, принятия административных мер, обвинений со стороны экспертных комиссий/инспекций и последствий для продвижения по службе. Участники фокус-групп и ключевые информаторы подтвердили наличие ожиданий со стороны родителей в отношении быстрого выздоровления своего ребенка, их настойчивых требований для поиска быстрых решений в плане лечения и назначения сильнодействующих антибиотиков.

Содействие основанной на доказательных данных систематической помощи

Были получены сообщения о смешанной реакции со стороны педиатров и врачей. Некоторым стратегия ИББДВ понравилась, поскольку подготовка медицинских работников на основе принципов доказательной медицины оказалась в значительной степени актуальной и стратегия ИББДВ позволила восполнить пробелы в знаниях, но некоторые педиатры посчитали ее слишком простой для своего профессионального уровня.

Работающие в сельских районах семейные врачи, рассматривали ИББДВ как благо, однако педиатры предпочитали более детальные и усложненные подходы к лечению.

Помимо сохранения жизни

По мнению респондентов, крайне полезными являлись консультационные навыки. Участники фокус-группы подтвердили полезность руководств по ИББДВ, при этом один участник заявил: «Даже если я не использую протоколы ИББДВ на практике, я все равно провожу консультации в соответствии с ИББДВ (вскармливание, опасные симптомы, иммунизация)», а другой участник высказал следующее мнение: «Консультационные навыки в соответствии с ИББДВ помогают поддерживать связь с семьями и матерями и повышают значение роли медсестер. Информации для родителей о помощи детям мало, поэтому стратегия ИББДВ может быть очень полезной».

Слабые стороны

Различия между классификациями МКБ-10 и ИББДВ

Имелись расхождения между классификациями ИББДВ и МКБ-10 в рамках отчетности и процедур записи информации в медицинские карты ребенка. В связи с этим может оказаться полезным внести изменения в официальную медицинскую карту ребенка.

Категоричное позиционирование ИББДВ и сопротивление со стороны профессионального сообщества

Ряд врачей и экспертов считают стратегию ИББДВ слишком простой. Ведущие педиатры неохотно используют стратегию ИББДВ на том основании, что они считают ее излишне базовой и простой, а также неактуальной для такой развитой страны, как Азербайджан.

Барьеры в рамках системы здравоохранения

Была отмечена такая проблема, как отсутствие антибиотиков первого выбора в медицинских учреждениях, основных лекарственных препаратов для ИББДВ и основного оборудования (например, весов), однако отзывы со стороны медицинских работников после подготовки и посещений в целях мониторинга были только положительными. Отсутствие регулярного кураторства и дублирование записей в медицинских картах были также расценены как основные препятствия для эффективного осуществления стратегии.

В настоящее время предусмотрен 91 клинический протокол в рамках первичной медико-санитарной помощи, которые являются гораздо более емкими, чем ИББДВ, —

например, требуя рентгенологического обследования для диагностики пневмонии и анализа уровня гемоглобина для выявления анемии.

Низкий уровень приверженности со стороны правительственных партнеров расценивался как один из основных барьеров, препятствовавших расширению ИВБДВ на национальном уровне.

Конкурирующие интересы/влияние извне

Законы, комплексные государственные программы (например, в области охраны здоровья матери и ребенка) и другие национальные программы получали больше внимания, чем ИВБДВ. Министерство здравоохранения определило помощь новорожденным в качестве приоритетной области. Основные инструкторы по вопросам помощи новорожденным провели каскадное обучение во всех районах, и были открыты и оборудованы семь перинатальных центров.

Частный сектор и оплата из средств пациентов

Частный сектор здравоохранения хорошо развит, особенно в Баку и других городах. Частный сектор в основном ориентирован на стационарную помощь, однако также предоставляет услуги в области первичной медико-санитарной помощи и подотчетен Министерству здравоохранения. Медицинский персонал был включен в государственные учебные мероприятия, однако частные больницы предлагали больше возможностей для подготовки, при этом они в большей степени склонны следовать международным протоколам помощи.

Официально не было никаких расходов для пациентов и расходов на создание кадрового потенциала, а лекарственные препараты предоставлялись международными учреждениями, однако это сложно утверждать наверняка, поскольку неофициальная оплата за медицинскую помощь распространена. Официально услуги первичной медико-санитарной помощи включены в социальный пакет. В двух районах проводятся пилотные испытания программы обязательного медицинского страхования.

Области для потенциального совершенствования

Ключевые информаторы предложили добиться улучшений путем:

- расширения ИВБДВ в целях охвата других болезней, например, таких как ревматические или генетические заболевания (включая талассемию), на основе доказательных данных;
- включения в ИВБДВ вопросов расширенной помощи новорожденным; и
- использования Целей в области устойчивого развития в качестве консолидированной платформы для продвижения программы, связанной со здоровьем детей/ИВБДВ.

Грузия — обзор ИВБДВ

История вопроса

По состоянию на дату внедрения ИВБДВ в 1999 г. показатель смертности детей в возрасте до 5 лет в Грузии составлял 38/1000. Такие явления, как нерациональное использование лекарственных препаратов и необоснованная госпитализация, были широко распространены, а стандартные руководства по лечению отсутствовали. Внедрению ИВБДВ содействовали Европейское региональное бюро ВОЗ и ЮНИСЕФ.

Тем не менее стратегия ИВБДВ осуществлялась в ограниченной степени. Подготовка проходила на пилотной основе в двух районах: 11-дневный курс подготовки в каждом из районов прошли по 40 врачей, врачей общей практики и педиатров. Были организованы контрольные посещения. Подготовка была распространена на ограниченное количество других районов, помимо пилотных, однако не была развернута до общенационального уровня. Оценки больниц проводились, но без контрольных посещений, вследствие чего полученные результаты остались без внимания. Компоненты на уровне сообщества или системы здравоохранения не осуществлялись на систематической основе, а интеграция ИВБДВ в базовое обучение проводилась на случайной основе по инициативе отдельных лекторов.

Детская смертность снизилась в 2015 г. до 12/1000 без осуществления ИВБДВ.

Результаты в соответствии с концептуальной основой

Актуальность и вклад

Ключевые информаторы сочли стратегию ИВБДВ крайне актуальной для условий Грузии на момент ее внедрения и особенно актуальной для горных регионов. Некоторые из них считают ее по-прежнему актуальной на сегодняшний день, но другие так не думают, поскольку в настоящее время имеются руководства Министерства здравоохранения, которые включают все болезни, охваченные ИВБДВ. Несмотря на согласие относительно того, что эти руководства доступны на веб-сайте Министерства, они, по мнению некоторых информаторов, не применяются на уровне первичной медико-санитарной помощи.

В целом, как сообщается, бремя предотвратимой детской смертности сместилось в сторону перинатальной помощи.

Эффективность — процесс и промежуточный результат

Осуществление ИВБДВ отличалось фрагментарностью. Стратегия была внедрена на уровне первичной медико-санитарной помощи без информирования медицинских работников вторичного звена, которые по этой причине не понимали классификации, использованные при направлении детей на лечение. За пределами двух пилотных районов стратегия ИВБДВ осуществлялась крайне ограниченно, а этап расширения (2003 г.) охватил лишь несколько районов. Контрольные посещения проводились через шесть месяцев после периода подготовки в районах, в которых осуществлялась стратегия. Интеграция в систему базовой подготовки и в систему последипломного образования не проводилась на систематической основе, а механизм непрерывного медицинского образования на сегодняшний день отсутствует. Карманный справочник

ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям был адаптирован и переведен на соответствующий язык, специалисты по оценке прошли подготовку, и была осуществлена оценка больниц, однако без проведения контрольных посещений. Компонент на уровне системы здравоохранения так и не был реализован.

Компонент на уровне сообщества также не осуществлялся. Пропаганда грудного вскармливания проводилась, но не в рамках осуществления ИББДВ. Связанные с питанием аспекты были интегрированы недостаточно. Были предприняты попытки привлечь внимание сообщества в одном из регионов, однако расширения проекта не последовало в связи с трудностями политического характера (конфликт с Российской Федерацией и приватизация услуг).

Действенность и конечный результат

Ключевые информаторы заявили, что ИББДВ содействовало рациональному использованию лекарственных препаратов, систематизированному принятию решений в отношении госпитализации в противовес амбулаторному лечению, а также повысило уровень осведомленности населения о регидратации при диарее, что позволило снизить показатели госпитализации. По мнению ключевых информаторов, назначение препаратов осуществлялось более рационально, чем до внедрения ИББДВ, однако схемы назначения препаратов ИББДВ были нарушены после приватизации сектора здравоохранения и прекращения внешней поддержки. Один из информаторов с большим удивлением сообщил о ребенке, у которого отсутствовали какие-либо более тяжелые симптомы, чем кашель, и которому при этом были назначены три антибиотика, и выразил мнение о том, что практика назначения антибиотиков в регионах за последние 10 лет существенно деградировала.

По сообщениям, показатели грудного вскармливания в период активного осуществления программы были более высокими. По данным ключевых информаторов, в настоящее время в связи с маркетингом молочных смесей соответствующие показатели ниже, чем в прошлом. Такой маркетинг регулируется соответствующим законом, который, однако, не соблюдается надлежащим образом, и молочные смеси активно пропагандируются в родильных домах.

Воздействие

Ключевые информаторы заявили, что ИББДВ оказало воздействие на детскую смертность и заболеваемость, однако на настоящий момент уже достигнут определенный предел, и могут потребоваться другие меры.

Пациенты, которых направляли из регионов к специалистам до осуществления ИББДВ, были в большей степени обезвожены, и среди них встречались крайне серьезные случаи, связанные с недостаточностью питания и квашиоркором. В последнее время случаев тяжелого обезвоживания или недостаточности питания не наблюдалось.

Устойчивость

Ключевые информаторы сообщили, что осуществление ИББДВ проходило при поддержке доноров и не было устойчивым. Программа неактивна с 2009 г. Конфликт с Российской Федерацией начался в 2008 г., а приватизация активизировалась в 2009 г. Подготовка медицинских работников по вопросам ИББДВ по-прежнему

продолжается при поддержке ЮНИСЕФ и Казахстана, но только на территории Абхазии.

Ключевые информаторы сообщили, что вопросы ИВБДВ были частично включены в программу высшего образования (курс двухдневной подготовки на пятом или шестом курсе) и последипломного образования семейных врачей и педиатров. Они также указали, что для частных клиник были разработаны руководства по ведению пациентов, охватывающие аспекты ИВБДВ.

Ключевые темы по результатам обзора ИВБДВ в Грузии

Сильные стороны

Содействие рациональному использованию антибиотиков и снижению показателей полипрагмазии

Ключевые информаторы сообщили, что ИВБДВ способствовало совершенствованию национальных руководств и снижению показателей полипрагмазии. Оно оказало существенное воздействие на сокращение числа и объема лекарственных препаратов, которые врачи назначают пациентам: в частности, после внедрения ИВБДВ снизились показатели назначения антибиотиков без необходимости.

В настоящее время показатели назначения препаратов снова выросли, включая назначение препаратов без необходимости (особенно антибиотиков); по данным исследований, отмечается повышенная лекарственная устойчивость. По сообщениям, антигистаминные средства также назначаются в избыточной степени.

Содействие основанной на доказательных данных систематической помощи

Ключевые информаторы указали, что врачи, работающие в пилотных районах и прошедшие подготовку по вопросам ИВБДВ, теперь направляют пациентов в больницы на более рациональной основе, чем врачи, работающие в Тбилиси или других районах, где внедрение ИВБДВ не проводилось.

Выявление тяжелобольных детей

По мнению ключевых информаторов, алгоритм ИВБДВ является очень хорошей стратегией для принятия решений о том, кого из пациентов следует лечить в амбулаторных условиях, а кого необходимо госпитализировать или направить к специалисту. Хотя алгоритм не был осуществлен, эта отличная идея требует новых мероприятий по ее пропаганде. В настоящее время многих пациентов госпитализируют, при этом средняя продолжительность госпитализации составляет пять дней: для стационарных пациентов на протяжении первых пяти дней многие услуги покрываются медицинским страхованием, но однако для амбулаторных пациентов это не предусмотрено.

Помимо сохранения жизни

Стратегия ИВБДВ интегрирована с другими вертикальными программами, действующими в стране, в частности с программами грудного вскармливания и вакцинации.

Слабые стороны

Различия между классификациями МКБ-10 и ИББДВ

Диагноз и классификация не составляли проблемы (ввиду отсутствия информационной системы). Врачи просто проводили классификацию, а затем добавляли диагноз в соответствии с МКБ-10. Классификация полезна, однако законодательство по-прежнему требует постановки диагноза. Проблема с регистрацией согласно классификации МКБ-10 возникает в больницах, использующих МКБ-10, в то время как система скорой помощи пользуется собственной классификацией, которая соответствует классификации ИББДВ.

Категоричное позиционирование ИББДВ и сопротивление со стороны профессионального сообщества

Ключевые информаторы сообщили о сопротивлении в начале осуществления ИББДВ со стороны врачей и профессоров, которых учили не пользоваться стетоскопами, а ориентироваться на частоту дыхания. Тем не менее был принят весьма прагматичный подход: врачам было рекомендовано считать частоту дыхания в дополнение к использованию стетоскопов. Окончательно их убедило то, что итоговая классификация соответствует данным, полученным по результатам рентгенографического обследования.

Аналогичный прагматичный подход был принят в отношении лабораторных анализов. Несмотря на то что анемию можно выявить надлежащим образом на основе клинических симптомов, к алгоритму был добавлен лабораторный анализ на уровень гемоглобина для подтверждения. Аналогичным образом, врачи более высокого профессионального уровня, в частности, не могли понять того, что передовая практика не предусматривает проведения бактериологических анализов в случае диареи. Стратегия ИББДВ помогла изменить такую точку зрения, в результате чего в настоящее время некоторые врачи приняли ИББДВ.

Нереалистичные требования/расхождения с другими стратегиями

В соответствии с национальной стратегией времен Советского Союза проведение бактериологических анализов кала было необходимым во всех случаях диареи. Все пациенты с диареей должны были быть госпитализированы в инфекционные больницы. Больницы общего профиля не имеют права обращаться за возмещением расходов для пациентов с диареей.

Конкурирующие интересы/влияние извне

Ключевые информаторы считают, что до сих пор существуют ряд стимулов (например, системы оплаты и лоббирование интересов фармацевтической промышленности или производителей молочных смесей), способствующих чрезмерному использованию лекарственных препаратов, особенно антибиотиков и молочных смесей, и госпитализации, а также определенное противодействие со стороны родителей, препятствующих назначению меньшего числа лекарственных препаратов.

Частный сектор и оплата из средств пациентов

Ключевые информаторы сообщили, что:

- услуги и вакцинация для детей в возрасте до 3 лет — пациентам предоставляются бесплатно;
- амбулаторные пациенты должны платить за такие лекарственные препараты, как антибиотики, но в больницах такое лечение предоставляется бесплатно; и
- лекарственные препараты для ИВБДВ относительно дешевы по сравнению с другими антибиотиками, но все равно слишком дорогостоящи; люди будут иногда покупать те или иные таблетки, но не все, что им назначено.

В Грузии введен всеобщий охват медико-санитарной помощью, что в данном контексте означает, что все пациенты пользуются медицинской страховкой и должны оплачивать 20% от стоимости консультаций для детей.

Области для потенциального совершенствования

Среди ключевых информаторов был достигнут широкий консенсус относительно необходимости в укреплении системы первичной медико-санитарной помощи и осуществлении стандартных руководств и норм лечения в рамках системы непрерывного образования, поскольку в настоящее время большинство врачей получают новую информацию только от фармацевтических компаний.

Необходимо разработать программу на основе компетентностного подхода для медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, которая включала бы процедуры принятия решений и диагностики, мониторинг состояния детей, развитие детей раннего возраста, тяжелые и распространенные болезни (включая болезни с проявлениями сыпи и подчеркивающие роль витамина D, с учетом сохраняющейся распространенности рахита), а также вопросы насилия в отношении детей. В целях отражения страновых реалий необходимо обновить карманный справочник ВОЗ для больниц и медицинских работников вторичного звена.

Ключевые информаторы также отметили, что необходимо обязать врачей платить за свое обучение в целях повышения их ответственности за получение непрерывного медицинского образования.

Казахстан — обзор ИВБДВ

История вопроса

В 1998 г. показатель смертности детей в возрасте до 5 лет в Казахстане составлял 41/1000, включая высокую смертность от таких предотвратимых причин, как пневмония и диарея. Широко распространенными явлениями были нерациональное использование лекарственных препаратов и необоснованная госпитализация, а также задержки при обращении за медицинской помощью.

Казахстан стал первой страной Содружества Независимых Государств и Европейского региона ВОЗ, осуществившей стратегию ИВБДВ, которая была внедрена и адаптирована в соответствии с условиями страны в 1999 г. в качестве пилотной программы в Семипалатинской и Алма-Атинской областях. Значительная политическая поддержка со стороны правительства и базовое техническое содействие со стороны международных организаций позволили стране перейти от раннего этапа осуществления стратегии к ее распространению на территории всей страны в течение 16-летнего периода. Было заявлено об осуществлении всех трех компонентов.

Государственная система медицинского страхования гарантировала бесплатное предоставление лекарственных препаратов для ИВБДВ для детей в возрасте до 5 лет. Были созданы 16 региональных учебных центров, в которых работали координатор и команда инструкторов. Соответствующая национальному стандарту медицинская карта ребенка для учреждений первичной медико-санитарной помощи была пересмотрена в соответствии с обновленной стратегией ИВБДВ и таблицами ВОЗ по росту детей, а инструмент ICATT был адаптирован к реалиям страны. Медицинские работники в больницах прошли подготовку по использованию руководств в формате карманного справочника ВОЗ для ведения распространенных болезней детского возраста.

Результаты в соответствии с концептуальной основой

Актуальность и вклад

Ключевые информаторы сочли стратегию ИВБДВ крайне актуальной для Казахстана по состоянию на момент ее внедрения и по сегодняшний день. Широко распространенными явлениями были нерациональное использование лекарственных препаратов, избыточное использование антибиотиков и необоснованная госпитализация, а также позднее обращение за медицинской помощью. Стратегия ИВБДВ была сочтена надлежащим и основанным на доказательных данных решением для системы здравоохранения, которая характеризовалась реорганизацией и ограниченными ресурсами.

Медицинские работники признали ИВБДВ в качестве удобного и эффективного подхода к клиническому ведению и помощи для раннего развития детей в амбулаторных и районных стационарных учреждениях. Респонденты на национальном и субнациональном уровнях отметили, что в настоящее время ИВБДВ является единственной стратегией в области педиатрии, которая охватывает многие другие программы, включая программы питания, раннего развития, неонатальной помощи, неотложной педиатрической помощи и ВИЧ. Они предположили, что стратегия может служить в качестве основы для будущего развития первичной педиатрической помощи с возможностью для дальнейшего расширения в соответствии с современными проблемами и приоритетами. Для осуществления стратегии была предоставлена значительная организационная и управленческая поддержка путем создания в 1999 г. национального центра и рабочей группы по вопросам ИВБДВ. Кроме того, правительство выделило хорошо оборудованные учебные центры для ИВБДВ и эффективных курсов перинатальной помощи для медицинских работников во всех 16 регионах и городах страны.

Эффективность и процесс

Ключевые информаторы заявили, что в стране были осуществлены все три компонента ИББДВ, однако при этом компонент взаимодействия с семьями и сообществами был осуществлен в гораздо меньшей степени. Министерство здравоохранения приняло регулирующие осуществление ИББДВ нормативные акты в качестве национального стандарта помощи детям в возрасте до 5 лет. С 2010 г. правительство выделяло бюджетные средства в поддержку непрерывного доступа медицинских работников к обучению по месту работы во всех регионах. Было подтверждено, что финансирование продлится до 2020 г. в рамках нового цикла национальной программы по развитию здравоохранения.

Бесплатные лекарственные препараты для ИББДВ предоставляются всем детям в рамках гарантированного базового социального пакета с 2007 г. Программа подготовки по вопросам ИББДВ была включена в учебные планы всех медицинских университетов и 14 государственных медицинских колледжей, а адаптированный инструмент ICATT позволил упростить и ускорить процессы расширения охвата данной программой. Тем не менее качество обучения по вопросам ИББДВ в рамках подготовки студентов оказалось неравномерным и было расценено как недостаточно высокое.

Эффективность и промежуточный результат

По данным ключевых информаторов, доступ к базовым учебным курсам по вопросам ИББДВ получили чуть более двух третей отвечающих критериям медицинских работников. Согласно сообщениям, в 2015 г. был достигнут охват на уровне 69% врачей и младшего медицинского персонала в системе первичной медико-санитарной помощи и 60% медицинских сестер, однако значительная текучесть медицинских кадров из системы здравоохранения и проблемы, связанные с удержанием персонала, особенно в системе первичной медико-санитарной помощи, поставили под вопрос возможность укрепления кадрового потенциала. Государственное финансирование в поддержку кураторских посещений к прошедшим подготовку медицинским работникам отсутствовало; вместо этого данная задача была поручена (без выделения финансирования) региональным центрам ИББДВ, а ее выполнение в плане объема и качества варьировалось от региона к региону. В целом охват последующими посещениями составил 25%, при этом обычно имело место только одно посещение.

В целях адаптации ИББДВ к различным категориям медицинских работников подготовку по вопросам ИББДВ и на основе карманного справочника ВОЗ разделили на три обязательных курса:

1. пятидневный курс ICATT по вопросам лечения больных детей для врачей и младшего медицинского персонала в системе первичной медико-санитарной помощи;
2. четырехдневный курс по карманному справочнику ВОЗ для врачей больниц и скорой помощи; и
3. пятидневный курс по работе со здоровыми детьми, включая вопросы питания, оценки роста, раннего развития детей, последующего лечения больных детей и гигиенические аспекты помощи для всех работников системы первичной медико-санитарной помощи и больниц, включая медицинских сестер.

Подготовка координаторов и руководителей по вопросам последующих посещений осуществлялась отдельно. Национальная амбулаторная форма (№ 112) была пересмотрена в соответствии с ИББДВ и таблицами роста детей ВОЗ для содействия документообороту в целях ИББДВ.

Действенность и конечный результат

По мнению ключевых информаторов, ИББДВ повысило качество помощи детям благодаря пропаганде стандартов. Все респонденты, особенно медицинский персонал, работающий на первичном уровне, и семейные врачи, подчеркнули, что после клинической подготовки по вопросам ИББДВ чувствуют себя гораздо увереннее при ведении случаев, связанных с детьми грудного и раннего возраста. Такие аспекты, как консультирование, оценка распространенных опасных симптомов и лечение астмоидного дыхания и острых респираторных заболеваний, получили наибольшее одобрение, при этом курсы помогли респондентам разобраться с такими вопросами, как необоснованная госпитализация, полипрагмазия и необоснованная антибиотикотерапия, а также низкий уровень знаний родителей и ненадлежащая практика с их стороны.

Была подчеркнута особая важность дальнейшего укрепления внешнего и внутреннего поддерживающего кураторства. Респонденты сообщили, что внешняя поддержка, наставничество и кураторство на уровне учреждения могут содействовать постоянному повышению качества помощи и рациональному использованию ресурсов системы здравоохранения, особенно в контексте больших расстояний до населенных пунктов и медико-санитарных учреждений. Адаптация карманного справочника ВОЗ на национальном уровне, его распространение и проведение соответствующего обучения способствовали повышению качества помощи детям. Осуществление универсально-прогрессивной модели посещений детей на дому медицинскими сестрами на основе ИББДВ и принципов раннего развития детей, а также укрепление амбулаторных поликлиник при помощи социальных работников и дополнительных патронажных сестер на территории обслуживания были признаны примерами инноваций, которые будут распространены на национальный уровень.

Воздействие

Ключевые информаторы были относительно уверены в том, что ИББДВ способствовало снижению смертности детей в возрасте до 5 лет в Казахстане и привело (наряду с вакцинацией против пневмококковой и гемофильной инфекции) к снижению уровня заболеваемости и смертности от пневмонии. Респонденты неоднократно убедительно подчеркивали этот факт. По данным региональных респондентов, осуществление ИББДВ способствовало снижению смертности среди младенцев и детей, особенно смертности вследствие респираторной инфекции, пневмонии и диареи. Стратегия ИББДВ также привела к своевременному выявлению и лечению неотложных заболеваний и снижению числа смертей среди детей раннего возраста в домашних условиях.

Устойчивость

Стратегия ИББДВ в Казахстане признана устойчивой, поскольку пользуется поддержкой в форме национальной программы реформирования здравоохранения, соответствующей политики и финансирования на национальном и региональном

уровнях, а также была интегрирована в систему базовой подготовки и систему последипломного медицинского образования. Охват подготовкой по вопросам ИББДВ является одним из критериев аккредитации учреждений, а мониторингом такого охвата занимается национальный центр ИББДВ. Новая система индивидуального стимулирования предоставила возможности для выплаты дополнительной заработной платы работникам системы первичной медико-санитарной помощи в случае качественного предоставления услуг, в том числе по ряду показателей, связанных с ИББДВ. В то же время респонденты отметили, что новый приказ Министерства здравоохранения по вопросам помощи детям, который уже был подготовлен, но пока еще не утвержден, сыграет важную роль для дальнейшего устойчивого осуществления ИББДВ в стране.

В 2016 г., должность национального координатора ИББДВ была упразднена, однако координаторы ИББДВ продолжают работу во всех областях, и подготовка по вопросам ИББДВ осуществляется на регулярной основе. Несмотря на наличие сокращенного курса ИББДВ (40 часов) в учебном плане подготовки студентов, качество подготовки в высших учебных заведениях и последипломной подготовки следует повысить. Систематическая деятельность в области поддерживающего кураторства осуществляется в небольшом количестве регионов, поэтому данный подход подлежит широкому распространению при поддержке руководств и инструментов. Высокая текучесть кадров была названа в качестве одной из проблем, в связи с которыми требуется систематическая интеграция ИББДВ в систему базовой подготовки, в систему непрерывного профессионального образования и меры для удержания персонала.

Ключевые темы по результатам обзора ИББДВ в Казахстане

Сильные стороны

Содействие обоснованной госпитализации больных детей

По данным ключевых информаторов, осуществление ИББДВ значительно снизило количество госпитализаций детей без необходимости. Ключевые информаторы также отметили, что нуждающихся в госпитализации детей, в настоящее время направляют в больницы из системы первичной медико-санитарной помощи в менее тяжелом состоянии. Широкое распространение карманного справочника и проведение подготовки в больницах первичного уровня способствовали снижению количества избыточных госпитализаций.

Интеграция классификаций МКБ-10 и ИББДВ в амбулаторных картах

Изменения, внесенные в детские амбулаторные карты (форма № 112) в дополнение к МКБ-10 и на основе алгоритма ИББДВ, заложили надежную основу для использования врачами алгоритма ИББДВ и обеспечили оценку и лечение больных детей в соответствии с руководствами.

Помимо сохранения жизни

Подготовка по вопросам ИББДВ укрепила коммуникационные навыки медицинских работников и улучшила такие аспекты, как обращение за медицинской помощью,

грудное вскармливание, дополнительный прикорм и уход за детьми. ИББДВ укрепило навыки консультирования и роль медицинских сестер в обеспечении роста и развития здоровых детей и профилактики заболеваний. Осуществление универсально-прогрессивной модели посещения детей на дому медицинскими сестрами на основе ИББДВ и принципов раннего развития детей было признано Министерством здравоохранения новаторским подходом, который должен осуществляться на национальном уровне. В рамках осуществления ИББДВ медицинским сестрам были предоставлены специальные сумки, содержащие ростомер, весы и основные лекарственные препараты.

Слабые стороны

Недостатки в подготовке студентов

Уровень знаний и навыков выпускников медицинских университетов по вопросам ИББДВ был недостаточным.

Региональные курсы ИББДВ по месту работы оказались эффективнее, чем базовая подготовка медицинских работников. В результате система здравоохранения выделила дополнительные средства для регулярной подготовки выпускников университетов и колледжей; эта мера существенно увеличила нагрузку на региональные учебные центры ИББДВ, которые ранее рассматривались лишь как центры, предлагающие краткосрочные решения. Отсутствие у преподавателей надежной основы для обучения принципам доказательной медицины оказалось распространенным явлением и затруднило усвоение учащимися новых знаний. На данном этапе осуществления ИББДВ важную роль играет надлежащее качество базовой подготовки в медицинских университетах и колледжах.

Частный сектор и оплата из средств пациентов

Врачи и медицинские сестры в частных клиниках не охвачены подготовкой по вопросам ИББДВ и могут не соблюдать требования ИББДВ.

Области для потенциального совершенствования

Была укреплена вертикальная координация для осуществления ИББДВ между национальным и областным уровнями, однако развитию потенциала руководителей учреждений здравоохранения уделялось недостаточно внимания. Планируется начать подготовку руководителей в секторе здравоохранения по вопросам руководства осуществлением программ по охране здоровья матери и ребенка. За последние годы система здравоохранения на районном уровне была модернизирована и компьютеризирована. Все медицинские учреждения были подключены к электронному административному веб-порталу в рамках национальной программы развития. Это открыло дополнительные возможности для использования инновационных инструментов и пакетов компьютеризированного обучения в клинических условиях.

Модуль ВОЗ «Уход в целях развития» был интегрирован в учебный курс ИББДВ по уходу за здоровыми детьми в Казахстане. Полученный по итогам его осуществления опыт указал на необходимость в дополнительной информации или справочной

литературе по педиатрии, специализирующейся по вопросам развития и поведенческой педиатрии в поддержку плановой подготовки медицинских работников и преподавателей в системе медицинского образования. Стратегия ИВБДВ должна быть расширена в целях включения такого вопроса, как решение проблемы гипердиагностики и избыточного лечения детей с неврологическими заболеваниями, а также отсутствия выявления и ведения случаев жестокого обращения с детьми.

Кыргызстан — обзор ИВБДВ

История вопроса

Осуществление ИВБДВ в Кыргызстане началось в 2000 г. в ответ на относительно высокий показатель смертности детей в возрасте до 5 лет, на уровне 51/1000, и в целях поддержки реформы системы первичной медико-санитарной помощи и перехода к семейной медицине (целью которых являлось решение проблем, связанных с устаревшими национальными руководствами и отсутствием ресурсов в системе первичной медико-санитарной помощи). Руководства по ИВБДВ были адаптированы к страновому контексту, а в 2001 г. была создана группа национальных и региональных инструкторов в поддержку 11-дневного учебного курса ИВБДВ в пилотных районах.

Учебные мероприятия были постепенно расширены при финансовой и технической поддержке со стороны международных организаций (Азиатский банк развития, Project Nore, Всемирный банк, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮСАИД и «ЗдравПлюс»). К 2011 г. подготовку по вопросам ИВБДВ прошли 1911 врачей первичной медико-санитарной помощи, 692 фельдшера и 362 медицинские сестры первичной медико-санитарной помощи.

Подготовка по вопросам ИВБДВ осуществлялась в широких пределах в рамках базовой системы подготовки, подготовки по месту работы и последипломного образования врачей и медицинских сестер, и были также предусмотрены компоненты на уровне сообщества и системы здравоохранения, хотя с осуществлением компонента на уровне сообщества произошла задержка. Компонент на уровне больниц был осуществлен на части территории страны и прошел оценку.

ИВБДВ было включено в национальные программы здравоохранения и стратегию охраны здоровья детей и подростков, а также в учебные планы подготовки в высших учебных заведениях и последипломной подготовки. Препараты для ИВБДВ были включены в национальный перечень основных лекарственных средств. Подготовка по месту работы и последующие посещения после прекращения внешней поддержки были остановлены. Уровень детской смертности снизился до 19/1000, чему могло способствовать ИВБДВ.

Результаты в соответствии с концептуальной основой

Актуальность и вклад

Ключевые информаторы сочли стратегию ИВБДВ крайне актуальной по состоянию на момент ее внедрения и считают ее актуальной на сегодняшний день, поскольку проблема людских ресурсов не решена. Тем не менее ключевые информаторы также отметили, что стратегия ИВБДВ требует расширения в целях включения в нее других болезней детского возраста и обеспечения более эффективной связи между системой первичной медико-санитарной помощи и больницами.

По мнению ключевых информаторов, стратегия ИВБДВ в меньшей степени актуальна (или не актуальна вовсе) для педиатров в Бишкеке.

Эффективность и процесс

Стратегия ИВБДВ была включена в государственную программу развития здравоохранения «Денсаулык», однако финансирование на подготовку по вопросам ИВБДВ выделялось в недостаточном объеме. В 2006 г. был издан приказ № 22 Министерства здравоохранения о расширении ИВБДВ при поддержке ЮНИСЕФ, «ЗдравПлюс» и ЮСАИД/Project Hope. Подготовку по программе ИВБДВ прошли около 87% семейных врачей и среднего медперсонала (за исключением семейных медсестер). Подготовка семейных врачей на курсах продолжительностью 12 дней проводилась до 2015 г. В настоящее время используется курс ICATT (шесть дней) с сокращенным числом клинических занятий. Тем не менее некоторые ключевые информаторы сообщили, что теоретические занятия проходили три-четыре дня без клинического компонента. Модуль ИВБДВ для семейных медсестер был разработан в 2006 г., после чего стали проводиться двухнедельные учебные курсы ИВБДВ, включающие такие аспекты, как оценка состояния больного ребенка, опасные симптомы, питание, пероральная регидратационная терапия, ролевые игры, памятка матери и вспомогательные материалы, однако без клинических занятий. В рамках компонента на уровне сообщества приоритет был отдан пяти-шести основным семейным практикам и практикам на уровне сообществ. Стратегия ИВБДВ была также включена в программу последипломной подготовки. Персонал больниц прошел подготовку позднее.

Последний национальный обзор ИВБДВ проводился в 2008 г.

Эффективность и промежуточный результат

По сообщениям, подготовку по вопросам ИВБДВ прошли 86% медицинского персонала, однако проблемы остаются, с учетом высокой текучести кадров. Низкий уровень комплектации кадрами в системе первичной медико-санитарной помощи в целом и тот факт, что возраст 75% работников (особенно в сельских районах) приближается к пенсионному, означает, что кадровый потенциал остается одной из важных проблем. Ключевые информаторы сообщили, что ИВБДВ по-прежнему отличается фрагментированностью и характеризуется слабой связью между теорией и практикой. Последующие посещения и поддерживающее кураторство отсутствуют. Инспекции проводились часто, однако практическая помощь не предоставлялась. Сообщалось об отсутствии как политики, так и инструментов для проведения

поддерживающего кураторства, в частности, также отсутствуют прошедшие подготовку руководители для ИББДВ.

Компонент на уровне сообщества (наряду с информационными материалами для родителей) был осуществлен не в полном объеме.

Действенность и конечный результат

Ключевые информаторы отметили, что после осуществления ИББДВ семейные врачи и фельдшеры стали чувствовать себя увереннее при ведении болезней детского возраста. Сообщалось, что семейные врачи больше не боятся вести случаи, связанные с детьми младшего и грудного возраста, а уровень знаний в семьях также вырос. Кроме того, ключевые информаторы сообщили о более эффективном ведении диареи (планы лечения А и Б) и о том, что инструкторам в ходе недавней подготовки не удалось обнаружить случаев тяжелых заболеваний.

Вдобавок к ведению пациентов также улучшились показатели грудного вскармливания, и большее число матерей практикуют грудное вскармливание на протяжении более длительного периода времени. Сообщалось, что уровень знаний матерей в целом вырос, особенно в плане распознавания опасных симптомов. Случаи детей с крайне низкой массой тела больше не встречаются.

Ключевые информаторы также сообщили о более эффективном мониторинге роста и снижении показателей полипрагмазии и госпитализации: в настоящее время с пневмонией госпитализируют 34% детей в возрасте до 1 года и 24% детей в возрасте до 5 лет по сравнению с ранее регистрировавшимися показателями на уровне 100%. В настоящее время отит лечат на дому, в то время как до осуществления ИББДВ госпитализации подлежали 100% случаев (данные, полученные из одного района).

Воздействие

Ключевые информаторы заявили, что ИББДВ способствовало снижению смертности детей в возрасте до 5 лет, особенно от диареи и пневмонии. Доля смертей в результате острых респираторных инфекций от общего уровня смертности детей в возрасте до 5 лет сократилась с 54 до 8,9%. Показатели младенческой смертности и смертности в домашних условиях также снизились.

Устойчивость

По мнению ключевых информаторов, ИББДВ осуществляется на устойчивой основе, поскольку Министерство здравоохранения оказывает поддержку программе, лекарственные препараты для ИББДВ включены в перечень основных лекарственных средств (за исключением цинка и генцианвиолета), а вопросы ИББДВ включены в программы преддипломной и последипломной подготовки на отделениях семейной медицины, высшего сестринского образования и подготовки педиатров Кыргызской государственной медицинской академии и Джалал-Абадского государственного университета. Шестидневный курс ИББДВ вошел в учебный план подготовки студентов шестого курса на факультете лечебного дела Кыргызской государственной медицинской академии (отделение семейной медицины), а в квалификационный экзамен для врачей включены вопросы, посвященные ИББДВ.

Программа ИББДВ была включена во все документы по политике в области здравоохранения и рассматривается в качестве одной из приоритетных программ, а

все предусмотренные программой показатели, включены в официальную статистику. Вместе с тем ключевые информаторы отметили связанные с устойчивостью ИББДВ проблемы ввиду высокой текучести кадров, особенно в период с 2009 по 2012 г., а также отсутствие последующих посещений. Обучение по месту работы было остановлено, как только прекратилось внешнее финансирование. Нехватка кадров, старение трудовых ресурсов и в целом низкая мотивация медицинских работников препятствуют устойчивому осуществлению ИББДВ. Хотя Ассоциация педиатров в настоящее время пропагандирует ИББДВ как полезный подход, персонал, ответственный за координацию программы ИББДВ на национальном и региональном уровнях, отсутствует.

Ключевые темы по результатам обзора ИББДВ в Кыргызстане

Сильные стороны

Содействие рациональному использованию антибиотиков и снижению показателей полипрагмазии

Ключевые информаторы сообщили о снижении показателей полипрагмазии после осуществления ИББДВ.

Содействие основанной на доказательных данных систематической помощи

Ключевые информаторы отметили, что прошедшие подготовку по вопросам ИББДВ медицинские работники, приобрели систематические знания и назначают лечение на основе руководств более уверенно, чем прежде. После осуществления ИББДВ число направлений в больницы резко снизилось, а число необоснованных госпитализаций сократилось.

Выявление тяжелобольных детей

Информация в данной области отсутствовала.

Помимо сохранения жизни

Ключевые информаторы заявили, что ИББДВ укрепило консультационные навыки медицинских работников, а также знания родителей. Сообщалось, что ИББДВ повысило показатели исключительно грудного вскармливания и эффективность мониторинга роста. Знания матерей в плане распознавания опасных симптомов также расширились. По сообщениям, медицинские сестры чувствуют себя более уверенно и ИББДВ способствовало укреплению их роли. Ключевые информаторы сообщили, что матери одобряют новые методы консультирования и консультаций, а также информацию о помощи и приведенные в буклетах пояснения. Родители просят взвешивать своих детей и осуществлять контроль их роста, а больные дети теперь попадают к врачу на более ранних стадиях болезней.

Слабые стороны

Различия между классификациями МКБ-10 и ИВБДВ

Сообщалось, что работающие в больницах врачи не поддерживают программу ИВБДВ, поскольку классификация госпитализированных детей по системе ИВБДВ создает сложности.

Категоричное позиционирование ИВБДВ и сопротивление со стороны профессионального сообщества

Изначально осуществлению ИВБДВ сопротивлялись педиатры, но не семейные врачи или медсестры. Противодействие по-прежнему исходит от таких врачей-специалистов, как реаниматологи и инфекционисты. Медицинские колледжи препятствуют включению ИВБДВ в учебные планы.

Нереалистичные требования/расхождения с другими стратегиями

Ключевые информаторы сообщили, что систематическая и полная оценка в соответствии с алгоритмом ИВБДВ (с проверкой всех элементов ИВБДВ) не всегда возможна вследствие нехватки времени и предъявления обширных требований к отчетности. Зачастую медицинским работникам приходится делать копии регистрационных форм за свой счет. Сообщается, что семейные врачи перегружены бумажной работой и им приходится работать сразу со многими разными программами. Некоторые врачи удручены тем, что им теперь приходится работать со всеми группами населения и заниматься всеми болезнями, принимая ежедневно почти по 70 пациентов (включая до 10 детей).

Конкурирующие интересы/влияние извне

Постоянная нехватка лекарственных препаратов, весов, ростометров, (горячей) воды и отопления препятствует проведению консультаций в соответствии с алгоритмом ИВБДВ. Крайне низкая заработная плата, высокая рабочая нагрузка и значительная текучесть кадров влияют на мотивацию медицинских работников. Зарплата координаторов по вопросам охраны здоровья детей зачастую ниже, чем у семейных врачей. Ощущается нехватка врачей и медсестер из-за проблемы старения, и имеются трудности в связи с удержанием медико-санитарных работников нового поколения, особенно в регионах.

В то время как после осуществления пакета ИВБДВ число направлений в больницы и число госпитализаций резко снизилось, персонал больниц выражает обеспокоенность по поводу сокращения персонала, а гипердиагностика и чрезмерная медикализация по-прежнему представляют собой проблему.

Уровень осведомленности многих матерей по вопросам питания и ухода за здоровыми и больными детьми повысился, однако зачастую все же остается низким; давление на врачей со стороны родителей, требующих назначения агрессивного лечения, по-прежнему сохраняется, хотя стратегия ИВБДВ повысила уровень понимания со стороны родителей.

Частный сектор и оплата из средств пациентов

Лекарственные препараты для ИВБДВ, за исключением цинка и генцианвиолета, включены в национальный перечень основных лекарственных средств. Лекарства для детей в возрасте до 5 лет доступны со скидкой, однако некоторые препараты в аптеках отсутствуют. Врачи, работающие в частных клиниках в Бишкеке, не подчиняются Министерству здравоохранения и Национальному фонду медицинского страхования (ФОМС).

Области для потенциального совершенствования

Ключевые информаторы предложили добиться улучшений путем:

- внедрения таблиц контроля роста для детей в возрасте 6–18 лет и бланков электронной отчетности;
- позиционирования ИВБДВ как комплексного подхода к уходу за детьми, а не как программы; и
- объединения алгоритма ИВБДВ с карманным справочником ВОЗ для стационарной помощи, особенно для центров семейных врачей общей практики (СВОП) и педиатров, при одновременном сохранении базовой версии ИВБДВ для медсестер в местных медицинских пунктах.

Республика Молдова — обзор ИВБДВ

История вопроса

Стратегия ИВБДВ была внедрена в Республике Молдова в 1998 г. в целях укрепления здоровья детей. По состоянию на тот момент уровень смертности среди детей в возрасте до 5 лет в стране составлял 23/1000. Основными причинами смертности были респираторные нарушения, при этом около 50% смертей можно было предотвратить, в то время как показатель смертности в домашних условиях превышал 20%.

Инициатива ИВБДВ осуществлялась тремя этапами: 1) адаптация и внедрение программы (1998–2000 гг.); 2) пилотные испытания программы (2000–2002 гг.); и 3) расширение программы (2003–2010 гг.). ВОЗ, ЮНИСЕФ и Швейцарское управление по развитию и сотрудничеству поддержали внедрение и осуществление всех трех компонентов (посредством укрепления навыков медицинских работников в рамках обучения по месту работы и на до-дипломном этапе для компонента 1, содействия укреплению системы здравоохранения для компонента 2 и поддержки семейных практик и практик на уровне сообществ для компонента 3). Был достигнут общенациональный охват, включая Приднестровский район Республики Молдова. Подготовку по вопросам ИВБДВ прошли более 90% семейных врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Полный 12-дневный курс ИВБДВ был включен в программу обучения по месту работы. Все лекарственные препараты для ИВБДВ включены в перечень основных лекарственных средств и охвачены государственной программой медицинского страхования.

В 2015 г. уровень детской смертности сократился до 12/1000: по сообщениям, стратегия ИВБДВ способствовала такому снижению, особенно снижению смертности от острых респираторных и диарейных заболеваний.

Результаты в соответствии с концептуальной основой

Актуальность и вклад

По мнению всех ключевых информаторов, все три компонента ИВБДВ были и остаются актуальными и полезными для Республики Молдова. Большинство информаторов упоминали тот факт, что подготовку по использованию алгоритма ИВБДВ прошли семейные врачи/врачи общей практики, педиатры и медсестры, однако назначать лекарственные препараты могут только врачи. ИВБДВ является крайне эффективным инструментом в деревнях, где работают только медсестры, особенно при проведении патронажных посещений, выявлении опасных симптомов и изучении тяжелых случаев.

Вопрос актуальности ИВБДВ для первичной медико-санитарной помощи вызывает разные мнения; хотя большинство ключевых информаторов считают ИВБДВ актуальным на данном уровне, некоторые полагают, что стратегия ИВБДВ не может применяться и не применяется на 100% на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Эффективность и процесс

Были охвачены все три компонента стратегии ИВБДВ.

Были назначены 45 национальных инструкторов по ИВБДВ, 38 инструкторов на районном уровне и 86 кураторов. Подготовка проводилась для семейных врачей, при этом в ней участвовали более 90% врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь во всех регионах (включая Кишинев).

Ключевые информаторы отметили хорошее планирование и беспрепятственное осуществление стратегии ИВБДВ на всех трех этапах. Этап 1 (1998–2000 гг.) проходил при поддержке ВОЗ, в ходе этапа 2 (2000–2002 гг.) пилотная программа была успешно осуществлена во всех пилотных районах, а этап 3 (2003–2010 гг.) стал этапом расширения программы. Наиболее интенсивными темпами программа осуществлялась на правом берегу Днестра в 2002–2007 гг., а на левом берегу — в 2008–2010 гг.

Эффективность и промежуточный результат

Ключевые информаторы заявили, что осуществление ИВБДВ началось одновременно с реформированием системы первичной медико-санитарной помощи, что содействовало успешному осуществлению стратегии. Большинство ключевых информаторов заявили, что лекарственные препараты для ИВБДВ включены в перечень основных лекарственных средств и предоставляются бесплатно. Все респонденты сообщили, что в стране осуществляются все три компонента стратегии ИВБДВ, при этом уровень охвата подготовкой по вопросам ИВБДВ остается достаточно высоким (подготовку прошли более 90% врачей системы первичной медико-санитарной помощи). Хотя уровень охвата подготовкой остается высоким, некоторые элементы (компонент на уровне сообществ и поддерживающее

кураторство) требуют больших усилий. Подготовкой охвачены все районы, включая города. По сообщениям, ИББДВ работает в некоторых районах, но не осуществляется в других, при этом кураторство и мониторинг отсутствуют. В 2004 г. в модуль «Посещения матерей» была добавлена новая глава «Уход в целях развития». В результате продолжительность курса выросла на один день и теперь составляет 12 дней.

В 2004 г. было разработано «Руководство для родителей: наш ребенок» в целях укрепления знаний работников здравоохранения и членов семей ребенка, а также улучшения отношения и практики в области ухода за детьми раннего возраста. Министерство здравоохранения издало указы об осуществлении ИББДВ, были разработаны национальные протоколы, а вопросы ИББДВ были включены в базовую программу подготовки. В качестве препятствий ключевые информаторы называли сопротивление со стороны врачей на начальном этапе осуществления ИББДВ, дополнительное административное бремя на работников первичной медико-санитарной помощи и зависимость от внешней поддержки.

Действенность и конечный результат

Ключевые информаторы заявили, что после осуществления ИББДВ уровень знаний работников здравоохранения вырос, а их отношение изменилось. В настоящее время обеспечивается стандартизированная помощь (в соответствии с руководствами), а качество медицинской помощи детям в системе первичной медико-санитарной помощи в целом повысилось. Вырос уровень знаний медицинского персонала, работающего в системе первичной медико-санитарной помощи, по вопросам, связанным с развитием детей, питанием и иммунизацией, и, как отметили ключевые информаторы, первый стандартизированный подход к оценке больных детей в системе первичной медико-санитарной помощи и национальные протоколы разработаны на основе алгоритмов ИББДВ. По сообщениям, после осуществления ИББДВ улучшилась ситуация с рациональным использованием лекарственных препаратов и теперь назначается меньше антибиотиков. Ключевые информаторы заявили, что после осуществления стратегии организация работы врачей и медсестер в системе первичной медико-санитарной помощи улучшилась.

ИББДВ способствовало более ранней диагностике и эффективному ведению различных болезней, в частности диарейных и респираторных заболеваний.

Воздействие

Все ключевые информаторы заявили, что осуществление ИББДВ оказало значительное воздействие на здоровье детей в стране, особенно в плане снижения смертности среди детей в возрасте до 5 лет (в частности, от диарейных и респираторных заболеваний).

ИББДВ способствовало росту уровня знаний среди медицинского персонала и изменению отношения к стандартизированной оценке состояния детей. Повысилось качество педиатрической помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи, и снизился уровень необоснованных госпитализаций. Основанные на доказательных данных национальные протоколы были приведены в соответствие со стратегией ИББДВ. Родители лучше осведомлены об опасных симптомах, а смертность в домашних условиях существенно снизилась. Успешное осуществление компонента на

уровне сообщества оказало весьма положительное воздействие на показатели детской смертности и заболеваемости.

ИББДВ способствовало выявлению случаев острых диарейных и респираторных заболеваний и их надлежащему ведению, что привело к существенному снижению смертности от этих болезней в стране (в результате также сократился уровень смертности от травм и отравлений). Осуществление ИББДВ также содействовало решению вопросов, связанных с проблемами развития детей. Степень тяжести случаев анемии, диареи и недостаточности питания снизилась, поскольку их ведение теперь осуществляется на ранних этапах и надлежащим образом.

Устойчивость

Почти все респонденты считают, что программа ИББДВ в Республике Молдова устойчива, с учетом наличия законодательной базы (приказ Министерства здравоохранения), вопросы ИББДВ включены в учебные планы преддипломной и последипломной подготовки и в учебные планы медицинских колледжей и ИББДВ согласуется с другими национальными программами (например, в области питания и иммунизации). Национальные протоколы основаны на ИББДВ, а лекарственные препараты для ИББДВ включены в перечень основных лекарственных средств, который охвачен системой обязательного медицинского страхования.

Большинство ключевых информаторов упомянули, что пациенты не несут никаких расходов; доступ надежный, и услуги предоставляются бесплатно. Вместе с тем несколько респондентов указали на необходимость в курсах переподготовки для первичного медико-санитарного персонала, более эффективной интеграции в систему здравоохранения (в частности, гармонизации с диагнозами в соответствии с МКБ-10 и системой медико-санитарной информации) и снижении бремени отчетности для первичного медико-санитарного персонала. Высокая текучесть врачебных кадров в системе первичной медико-санитарной помощи является одним из возможных ограничений для обеспечения устойчивости программы ИББДВ. Целевое финансирование ИББДВ не предусмотрено, а последующая оценка осуществления ИББДВ отсутствует. До 2012 г. соответствующим образом подготовленные специалисты по оценке ИББДВ проводили мониторинг на регулярной основе, но с тех пор мониторинг не проводится. По сообщениям, вопросы ИББДВ включены в учебные планы подготовки врачей, однако ключевые информаторы заявили, что процесс «как-то застопорился на уровне подготовки».

Ключевые темы по результатам обзора ИББДВ в Республике Молдова

Сильные стороны

Содействие рациональному использованию антибиотиков и снижению показателей полипрагмазии

Многие ключевые информаторы отметили, что после осуществления ИББДВ врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, стали назначать меньше антибиотиков. Осуществление компонента на уровне сообщества и работа с родителями привели к тому, что матери/родители теперь не просят назначать побольше лекарственных препаратов или антибиотиков и рады, что их детям

назначают меньшее количество инъекций. В результате осуществления ИББДВ чрезмерная медикализация и полипрагмазия на уровне первичной медико-санитарной помощи существенно снизились. По мнению ключевых информаторов, ИББДВ защищает детей и врачей.

Содействие основанной на доказательных данных систематической помощи

Ключевые информаторы заявили, что алгоритмы ИББДВ обеспечивают основанный на доказательных данных подход и протокол, который можно соблюдать. ИББДВ позволяет оказывающим первичную медико-санитарную помощь врачам использовать алгоритмический подход к оценке больных детей, повышает эффективность организации повседневного труда врачей и медсестер, а также повышает качество помощи. ИББДВ способствует систематическому ведению амбулаторных пациентов и снижению числа необоснованных госпитализаций.

Выявление тяжелобольных детей

В Республике Молдова имеется большое количество деревень, в которых медицинские сестры работают без врачей. ИББДВ помогает медсестрам распознавать тяжелые случаи и направлять больных детей на лечение. Хотя медсестрам не разрешено ставить диагноз и назначать лекарства, они могут выявлять опасные симптомы, вызывать скорую помощь и своевременно направлять детей к врачу. Просвещение матерей относительно опасных симптомов помогло также уменьшить число тяжелых заболеваний среди детей, поскольку матери теперь осведомлены об этих симптомах и в случае необходимости посещают поликлинику или вызывают медсестру или врача. В целом показатели ранней диагностики больных детей улучшились.

Помимо сохранения жизни

Ключевые информаторы заявили, что ИББДВ повысило качество педиатрической помощи в стране. Стратегия способствовала повышению уровня знаний родителей и лиц, осуществляющих уход, об опасных симптомах, питании и иммунизации, а также помогла систематизировать работу медсестер в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и улучшить их консультационные навыки. Теперь вопросы развития и питания детей обсуждаются с родителями и больше внимания уделяется обучению коммуникационным навыкам при помощи ролевых игр в рамках программы базовой подготовки.

Слабые стороны

Различия между классификациями МКБ-10 и ИББДВ

Информаторы определили проблемы, связанные с отчетностью по итогам диагностики. В то время как в стратегии ИББДВ пациентов классифицируют по степени тяжести, диагнозы должны регистрироваться в соответствии с МКБ-10. Существует необходимость в гармонизации классификации ИББДВ с МКБ-10. Медсестры хорошо принимают стратегию ИББДВ, но педиатры иногда отвергают ее, поскольку должны регистрировать диагноз в соответствии с МКБ-10.

Категоричное позиционирование ИВБДВ и сопротивление со стороны профессионального сообщества

Сообщалось об активном противодействии со стороны профессоров-педиатров на уровне больниц, которое основывалось на мнении о том, что стратегия ИВБДВ якобы неприменима к педиатрам или врачам в больницах, но применима только к медсестрам на уровне первичной медико-санитарной помощи. Медсестры не уполномочены назначать лекарственные препараты, но могут пользоваться алгоритмом ИВБДВ и предоставлять соответствующие рекомендации.

Считается, что алгоритм ИВБДВ не в полной мере соответствует реалиям страны: например, многие дети страдают анемией, однако в ИВБДВ используется только один симптом для диагностики анемии и никакие анализы крови не предусмотрены, хотя они по-прежнему доступны в Республике Молдова.

Нереалистичные требования/расхождения с другими стратегиями

Большинство ключевых информаторов упомянули, что ИВБДВ согласуется другими национальными стратегиями и какие-либо несоответствия отсутствуют; вместе с тем некоторые респонденты указали на административные барьеры, препятствующие осуществлению ИВБДВ. Существуют расхождения между стандартными формами отчетности и формами отчетности ИВБДВ. Оказывающие первичную медико-санитарную помощь врачи и педиатры перегружены бумажной работой и посвящают слишком много времени заполнению медицинских карт пациентов. Как следствие, приказом Министерства здравоохранения в 2011 г. была отменена обязанность заполнять формы ИВБДВ, что, по сообщениям, привело к прекращению практики ИВБДВ в ряде случаев, поскольку люди подумали, что осуществление ИВБДВ было прекращено министерством.

Конкурирующие интересы/влияние извне

Некоторые из ключевых информаторов упомянули агрессивный маркетинг и давление со стороны фармацевтической промышленности в пользу назначения определенных лекарственных препаратов.

Также сообщалось об отсутствии доверия к учреждениям первичной медико-санитарной помощи, в результате чего родители игнорировали уровень первичной медико-санитарной помощи и обращались непосредственно в больницы за консультацией и лечением. Ключевые информаторы также упомянули такие проблемы и барьеры в системе здравоохранения, как низкий уровень заработной платы работников первичной медико-санитарной помощи, нехватка подготовленного медицинского персонала в некоторых сельских районах, высокая текучесть врачей первичной медико-санитарной помощи и низкая мотивация.

Частный сектор и оплата из средств пациентов

Ключевые информаторы заявили, что лишь несколько частных клиник в Кишиневе оказывают услуги первичной медико-санитарной помощи детям богатых родителей. Информация о том, использовали ли эти клиники протоколы ИВБДВ, отсутствовала. Ключевые информаторы сообщили, что первичная медико-санитарная помощь обычно предоставляется детям бесплатно, уровень доступа к ней высокий, а

лекарственные препараты для ИББДВ охвачены государственной программой медицинского страхования. Оплата за счет средств пациентов не упоминалась в качестве барьера, препятствующего доступу к услугам первичной медико-санитарной помощи в Республике Молдова, однако проведенное в 2014 г. молдавской НПО «ПАСС» исследование показало, что 55% родителей платили за лекарства.

Области для потенциального совершенствования

Ключевые информаторы предложили добиться улучшений путем:

- гармонизации классификаций ИББДВ и МКБ-10 и более тесной интеграции показателей ИББДВ в национальную систему медико-санитарной информации;
- гармонизации ИББДВ в больницах в соответствии с карманным справочником ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям и оказания первичной медико-санитарной помощи на основе алгоритмов ИББДВ;
- расширения синдромного подхода ИББДВ с включением в него имеющихся лабораторных анализов и диагностических инструментов; и
- укрепления компонентов, связанных с мониторингом и поддерживающим кураторством.

Российская Федерация — обзор ИББДВ

История вопроса

До осуществления стратегии ИББДВ в Российской Федерации отмечался относительно низкий уровень детской смертности (21/1000), однако имелись серьезные проблемы на уровне системы здравоохранения, связанные с широко распространенным нерациональным использованием лекарственных препаратов и избыточной госпитализацией. Министерство здравоохранения не сочло стратегию ИББДВ актуальной для всей страны, однако увидело возможность для улучшения и согласилось осуществить ИББДВ в рамках проектов ВОЗ в Самарской области и на Северном Кавказе. В отдаленном Чукотском регионе поддержку оказывал губернатор региона. Министерство здравоохранения приветствовало основанные на доказательных данных простые технологии помощи детям в этих регионах, однако политической воли для осуществления стратегии на общенациональном уровне не было. Все три компонента ИББДВ были осуществлены только на Северном Кавказе, и этот процесс завершился в 2007 г. Впоследствии в стране не проводилась какая-либо системная деятельность в отношении ИББДВ.

В 2015 г. детская смертность снизилась до 8/1000 без осуществления ИББДВ на общенациональном уровне.

Результаты в соответствии с концептуальной основой

Актуальность и вклад

В начале 2000-х гг. ИББДВ считалась очень актуальной стратегией, способной решить проблемы в Чечне и Ингушетии, где ведущими причинами смертности и заболеваемости детей раннего возраста были пневмония, острая диарея, недостаточность питания, анемия и травмы. Медицинская и социальная инфраструктура была разрушена во время войны, и имелась нехватка финансирования и технического обеспечения на фоне значительной текучести медицинских кадров и высоких показателей миграции, особенно в сельских районах. Основной персонал в системе первичной медико-санитарной помощи составляли медсестры или фельдшеры.

По мнению ключевых информаторов, стратегия ИББДВ остается актуальной для этих регионов (Северный Кавказ, северная часть и центральные регионы Российской Федерации, расположенные вблизи от Урала). Один из информаторов считает стратегию ИББДВ актуальной для страны в значительной степени, однако Министерство здравоохранения, по-видимому, не проявляет к ней интереса, поскольку детская смертность не является острой проблемой, а качество первичной помощи не относится к приоритетным задачам. После первого месяца жизни умирает небольшое число детей, поэтому основное внимание уделяется стационарной помощи и строительству оснащенных передовыми технологиями перинатальных центров.

Стратегия ИББДВ не была адаптирована надлежащим образом в соответствии с национальными потребностями и условиями страны с низким уровнем детской смертности. Показатели грудного вскармливания в Российской Федерации остаются низкими и нуждаются в улучшении, равно как и показатели контроля иммунизации. Ключевые информаторы сочли принципы ИББДВ крайне актуальными для достижения этих целей.

Эффективность и процесс

Стратегия ИББДВ никогда не осуществлялась в широких масштабах и была внедрена лишь в трех регионах. Изначально основное внимание уделялось клиническому компоненту: в Самаре (пилотный регион) подготовку прошли около 1000 семейных врачей, однако эта система не получила дальнейшего развития и была свернута вскоре после запуска. В период с 2005 по 2006 г. местные инструкторы подготовили 231 медицинского работника из Чечни и Северной Осетии; число медицинских работников, прошедших подготовку в других регионах, неизвестно. Группа по координации ИББДВ не была создана. После прекращения финансирования проекта его осуществление остановилось.

Эффективность и промежуточный результат

Основное внимание в процессе осуществления ИББДВ уделялось подготовке медицинских работников, при этом был проведен ряд последующих посещений и была предпринята попытка улучшить поставки лекарственных препаратов. На Северном Кавказе осуществлялись отдельные мероприятия на уровне сообщества,

а помощь в целях развития в рамках ИВБДВ была интегрирована в программу федерального института последипломной подготовки медицинских сестер.

Действенность и конечный результат

Поскольку расширение ИВБДВ не проводилось, стратегия не повлияла на общенациональные данные. Российский институт педиатрии и детской хирургии провел последующую оценку осуществления ИВБДВ на Северном Кавказе в 2006 г., по результатам которого было выявлено, что алгоритмы ИВБДВ осуществлялись на ежедневной основе; использование антибиотиков и показатели полипрагмазии снизились; уровень исключительно грудного вскармливания вырос, а рекомендации по дополнительному прикорму предоставляются; уровень необоснованных госпитализаций снизился и больше детей получают амбулаторную помощь; клиническая практика ИВБДВ находит понимание со стороны медицинского персонала и считается надлежащей; и обращаемость за медицинской помощью выросла после консультирования родителей по вопросам, связанным с опасными симптомами. Некоторые учреждения обновили в соответствии с руководствами по ИВБДВ внутренние положения по оценке состояния детей.

Воздействие

Несмотря на значительный вклад в создание основы для осуществления, расширения стратегии ИВБДВ не последовало. Выявленные причины включают противоречивые стратегии, стандарты и клинические протоколы на региональном и федеральном уровнях. ИВБДВ не оказало воздействия на национальном уровне, поскольку так и не было осуществлено в соответствующих масштабах.

Устойчивость

Осуществление ИВБДВ не смогло стать устойчивым. Процесс осуществления остановился во всех регионах, как только прекратилась активная поддержка и завершились проекты. Руководства по ИВБДВ в регионах больше не используются. Вопросы ИВБДВ, включая вопросы помощи в целях развития, были включены в учебный план подготовки медицинских сестер, однако, по сообщениям, поскольку в учебных заведениях, осуществляющих базовую подготовку, превалирует консервативный подход, устаревшие учебные планы и практики по-прежнему актуальны. В 2009 г. Министерство здравоохранения сообщило Страновому бюро ВОЗ, что связанные с ИВБДВ мероприятия не могут быть в центре внимания министерства, поскольку акцент с первичной медико-санитарной помощи сместился в сторону внедрения передовых технологий и создания современных перинатальных центров.

Ключевые темы по результатам обзора ИВБДВ в Российской Федерации

Сильные стороны

Содействие рациональному использованию антибиотиков и снижению показателей полипрагмазии

Там, где была осуществлена стратегия ИВБДВ, было отмечено снижение уровней использования антибиотиков и полипрагмазии.

Содействие основанной на доказательных данных систематической помощи

Там, где была осуществлена стратегия ИВБДВ, сократился уровень необоснованных госпитализаций, и большее число детей получают амбулаторную помощь.

Выявление тяжелобольных детей

Информация в данной области отсутствовала.

Помимо сохранения жизни

Там, где была осуществлена стратегия ИВБДВ, был отмечен рост показателей исключительно грудного вскармливания и охвата рекомендациями по дополнительному прикармливанию.

Слабые стороны

Различия между классификациями МКБ-10 и ИВБДВ

Информация в данной области отсутствовала.

Категоричное позиционирование ИВБДВ и сопротивление со стороны профессионального сообщества

Ключевые информаторы заявили, что многие профессионалы сочли стратегию ИВБДВ слишком простой, а Министерство здравоохранения выразило скептицизм по отношению к алгоритмам ИВБДВ. Сообщалось, что в начале 2006 г. регионы были очень критично настроены даже по отношению к карманному справочнику ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям, который они посчитали слишком упрощенным.

Конкуренция среди научных педиатрических школ оказала негативное воздействие на принятие стратегии ИВБДВ в целом.

Нереалистичные требования/расхождения с другими стратегиями

Перечень основных лекарственных средств для больниц содержит 500 лекарственных препаратов, при этом все лекарства для детей в возрасте 0–3 лет предоставляются бесплатно на основе дополнительного льготного списка. Педиатрические лекарственные формы отсутствуют.

Конкурирующие интересы/влияние извне

Что касается лечения и госпитализации детей в зависимости от финансирования, то больницы в случае пневмонии вынуждены держать детей в стационаре вплоть до 10 дней в целях получения полной оплаты. Многие рабочие места зависели от высоких показателей госпитализации, что в результате ведет к избыточному лечению и чрезмерной медикализации. Осуществление ИББДВ могло бы привести к потере рабочих мест. Местные страховые компании платили за услуги местным службам первичной медико-санитарной помощи и больницам (Национальный фонд медицинского страхования) в соответствии со своими стандартами.

Система непрерывного медицинского образования функционировала, однако, как сообщили ключевые информаторы, зачастую предпочтение отдается преподавателям, чьи связи с коммерческими концернами остаются неясными и которые могут рекламировать определенные торговые марки. Механизмы, позволяющие держать компании на расстоянии, отсутствуют, что усложняет продвижение непатентованных лекарственных препаратов. Были сообщения о том, что каждый врач может действовать независимо при практически полном отсутствии контроля за процессом назначения препаратов.

Педиатры пытались создать спрос, поскольку большее число пациентов ведет к большему числу случаев излечения и к более высокому доходу. Ключевые информаторы заявили, что медсестры не имеют права осуществлять и не осуществляют какую-либо значительную деятельность в области педиатрической помощи, за исключением многочисленных посещений детей на дому. По мнению респондентов, широко распространенными были такие явления, как самоназначение и агрессивная реклама лекарств.

Частный сектор и оплата из средств пациентов

Исключительно за консультацию никто не платит, поэтому в интересах педиатра было поставить ребенку как можно больше диагнозов, чтобы он посещал врача как можно чаще, и это вело к появлению так называемых «хронически больных детей». В качестве примера ключевые информаторы сообщили о случаях, когда естественная гормональная сыпь у новорожденных была классифицирована как атопическая экзема, что влекло за собой многочисленные лабораторные анализы (на уровень лактозы, стрептококки в грудном молоке и т.д.), контрольные посещения, терапию и рекомендации по поводу диеты. Информаторы указали, что ситуация теперь даже ухудшилась по сравнению с ситуацией во времена Советского Союза вследствие коммерциализации медицины.

Области для потенциального совершенствования

Ключевые информаторы предложили добиться улучшений путем:

- включения ИББДВ в факультативный модуль учебных планов в университетах и в программу обучения по месту работы, особенно при подготовке новых общинных педиатров, которые могут нуждаться в поддержке при работе с больными детьми и их лечении; и

- пересмотра стратегии ИББДВ с учетом вопросов неонатального здоровья, ухода за здоровыми детьми и дополнительных проблем (таких как травмы и несчастные случаи); такая новая стратегия должна учитывать региональные различия, приоритеты и особенности с одновременным признанием необходимости в централизованном руководстве и утверждении.

Таджикистан — обзор ИББДВ

История вопроса

В 1998 г. в период осуществления ИББДВ уровень смертности среди детей в возрасте до 5 лет в Таджикистане составлял 83/1000.

Все учебные материалы ИББДВ были адаптированы, и первый учебный курс ИББДВ был проведен в мае 2002 г. Этап расширения начался в 2004 г. Все три компонента ИББДВ были осуществлены в полном объеме, однако лекарственные препараты для ИББДВ не были включены в национальный перечень лекарств: Японское агентство международного сотрудничества приступило к поставкам лекарств при условии, что правительство примет на себя соответствующее обязательство после 2020 г.

По сообщениям, стратегия ИББДВ способствовала снижению смертности среди детей в возрасте до 5 лет до уровня 45/1000 в 2015 г., что все же остается неприемлемо высоким показателем.

Результаты в соответствии с концептуальной основой

Актуальность и вклад

На центральном уровне все ключевые информаторы сообщили, что стратегия ИББДВ актуальна для Таджикистана.

По мнению ключевых информаторов, на региональном и районном уровнях считают, что стратегии ИББДВ для первичной медико-санитарной помощи и больниц первичного уровня недостаточно, а медицинские работники нуждаются в знаниях и навыках, выходящих за рамки ИББДВ. ИББДВ должно включать дополнительные болезни детского возраста.

Эффективность и процесс

Изначально процесс был ориентирован только на врачей общей практики (медсестры были включены в подготовку позднее), однако ключевые информаторы сочли привлечение медсестер ключевым фактором для успеха программы. Были осуществлены все три компонента ИББДВ, и были созданы центры ИББДВ с координаторами на национальном и районном уровнях, при этом ответственность за мониторинг осуществления ИББДВ была передана на местный уровень. Стратегия ИББДВ была ориентирована на работников первичной медико-санитарной помощи без учета специалистов на уровне больниц. Внедрение карманного справочника ВОЗ еще не было проведено и запланировано на следующий этап. Ключевые информаторы сообщили об эффективном осуществлении компонента ИББДВ на уровне сообщества.

Эффективность и промежуточный результат

Районный уровень организован лучше, чем центральный. Стратегия ИВБДВ была интегрирована в систему базовой подготовки медицинских работников. На государственном уровне были разработаны соответствующие стратегии, а также создана законодательная и нормативная база для ИВБДВ.

Действенность и конечный результат

По мнению ключевых информаторов, осуществление ИВБДВ улучшило ведение пациентов, снизило показатели использования антибиотиков без необходимости и сократило уровень госпитализаций. До осуществления ИВБДВ, особенно в летний период, дети нередко страдали от инфекционных болезней, а связанная с этим смертность была крайне высокой. В настоящее время соответствующие отделения больниц стоят пустыми, а ключевые информаторы сообщили, что не помнят, когда в последний раз встречали случаи тяжелой диареи (которые требовали бы лечения по плану С) при условии надлежащего применения пропагандируемых в рамках ИВБДВ солевых пероральных регидратационных средств (СПРС).

Поступали сообщения о том, что осуществление ИВБДВ также увеличило доступность лекарственных препаратов, поскольку в настоящее время они на бесплатной основе доступны детям в возрасте до 5 лет при заболеваниях, требующих ИВБДВ. Средства для закупок лекарственных препаратов из государственного бюджета не выделялись, но с 2021 г. ситуация должна измениться (Японское агентство международного сотрудничества будет предоставлять лекарства до 2020 г.). Программа ИВБДВ также связана с другими национальными программами, например с программами иммунизации и питания, усовершенствованию которых она способствовала.

Воздействие

По мнению ключевых информаторов, осуществление ИВБДВ способствовало снижению детской смертности, и в частности снижению смертности в результате пневмонии и диареи. Респонденты также считают, что ИВБДВ повысило качество помощи.

Устойчивость

Была разработана содействующая осуществлению ИВБДВ нормативно-правовая база, и вопросы ИВБДВ были включены во все национальные стратегии на период до 2030 г. в рамках национальной стратегии устойчивого развития. Сообщалось о том, что вопросы ИВБДВ были включены в университетские учебные планы, однако на самом деле были включены лишь такие элементы, как ведение острой респираторной инфекции и диареи.

Несмотря на поддержку осуществления ИВБДВ со стороны правительства, в настоящее время средства на лекарственные препараты выделяет не государство, а Японское агентство международного сотрудничества, которое будет выполнять эту задачу до 2020 г.: неизвестно, будут ли лекарственные препараты доступны вне рамок этой поддержки.

Ключевые темы по результатам обзора ИВБДВ в Таджикистане

Сильные стороны

Содействие рациональному использованию антибиотиков и снижению показателей полипрагмазии

Ключевые информаторы заявили, что ИВБДВ содействовало рациональному использованию препаратов, особенно антибиотиков, а также снижению уровня избыточного лечения в целом. Благодаря осуществлению ИВБДВ, семьи теперь понимают, что для обеспечения здоровья и благополучия их детей нужно лишь столько лекарств и инвазивных процедур, сколько необходимо.

Содействие основанной на доказательных данных систематической помощи

Ключевые информаторы заявили, что стратегия ИВБДВ содействовала реализации основанного на доказательных данных алгоритмического и систематического подхода к детям. Уровень необоснованных госпитализаций и продолжительность пребывания в больницах сократились. Осуществление ИВБДВ способствовало укреплению здоровья детей в целом, а консультирование родителей улучшило показатели обращаемости за медицинской помощью, в результате чего тяжелые случаи стали встречаться гораздо реже, чем прежде.

Выявление тяжелобольных детей

Ключевые информаторы заявили, что систематическое использование алгоритмов ИВБДВ помогает избежать ошибок и пропуска случаев тяжелых заболеваний. Видны ощутимые результаты на районном и местном уровнях, в том числе в отдаленных районах.

Помимо сохранения жизни

Стратегия ИВБДВ повысила консультационные навыки врачей и медсестер и помогла укрепить роль медсестер. Она также повысила уровень знаний и навыков родителей в таких областях, как распознавание опасных симптомов, аспекты иммунизации, обращаемость за медицинской помощью и важность правильного лечения. Восприятие и поведение населения изменилось в пользу сокращения использования антибиотиков и инъекций.

Слабые стороны

Различия между классификациями МКБ-10 и ИВБДВ

Классификации ИВБДВ и МКБ-10 существуют параллельно и отчасти дублируют друг друга. Диагностика основывается на МКБ-10, однако степень тяжести определяется в соответствии с ИВБДВ.

Расхождения в плане отчетности по-прежнему сохраняются и вызывают проблемы, особенно при направлении пациентов к специалистам и при обеспечении непрерывности помощи; тем не менее ключевые информаторы отметили полезность классификации ИВБДВ, поскольку она определяет тяжелые состояния.

Категоричное позиционирование ИББДВ и сопротивление со стороны профессионального сообщества

Ключевые информаторы сообщили о пассивном противодействии со стороны сотрудников университетов и колледжей: это подтверждается тем, что лишь некоторые компоненты ИББДВ были интегрированы в учебные планы базовой подготовки и выпускники приступают к работе в медицинских учреждениях без навыков ИББДВ.

Ключевые информаторы также заявили, что знаний по ИББДВ недостаточно и специалисты в больницах нуждаются в знаниях и навыках, выходящих за рамки ИББДВ.

Нереалистичные требования/расхождения с другими стратегиями

Ключевые информаторы считают, что неравномерное осуществление ИББДВ на первом уровне без внедрения карманного справочника ВОЗ на уровне больниц подрывает непрерывность помощи: например, специалисты на уровне больниц не признают опасные симптомы и классификации в соответствии с ИББДВ.

Кроме того, требования информационной системы кажутся чрезмерными, поскольку не включают показатели ИББДВ. Медицинские работники тратят ощутимую часть своего рабочего времени на административные задачи (в частности, связанные с системой медико-санитарной информации), что наносит ущерб пациентам.

Конкурирующие интересы/влияние извне

Ежемесячная заработная плата семейных врачей составляет 513 сомони — чуть ниже прожиточного минимума, составляющего 536 сомони (около 112 долл. США). К другим проблемам относятся плохие условия труда и отсутствие медицинского оборудования.

Частный сектор и оплата из средств пациентов

Частный сектор не очень хорошо развит, особенно в сфере педиатрической помощи, однако в последнее время в Таджикистане произошло значительное сокращение государственных расходов на здравоохранение, а оплата со стороны частных лиц (как официальная, так и неофициальная, «в конверте») частично восполнила возникший пробел. В 2013 г. в Таджикистане был зарегистрирован наименьший общий уровень расходов на здравоохранение на душу населения в Европейском регионе ВОЗ, который составил лишь 170 долл. США (паритет покупательной способности), в то время как доля оплаты из средств пациентов в составе всех расходов на здравоохранение в целом была одной из самых высоких в регионе и достигла 60,1% (при среднем значении в Европе 26,4%).

Области для потенциального совершенствования

Ключевые информаторы предложили добиться улучшений путем:

- расширения алгоритмов ИББДВ посредством включения других болезней;

- пересмотра учебных планов в сотрудничестве с Министерством здравоохранения в целях более тесной интеграции ИББДВ;
- усиления мотивации медицинских работников к соблюдению руководств, основанных на доказательных данных, особенно карманного справочника, на уровне больниц; и
- проведения сертификации и аккредитации медицинского персонала в рамках подготовки по вопросам ИББДВ, организованной на районном уровне.

Турция — обзор ИББДВ

История вопроса

Стратегия ИББДВ была внедрена в 1999 г., когда в Турции были зафиксированы относительно высокий уровень смертности среди детей в возрасте до 5 лет (40/1000), низкий уровень грудного вскармливания (менее 1% в возрасте 6 месяцев), а также избыточное использование антибиотиков и полипрагазия.

Содействие осуществлению ИББДВ оказывала ВОЗ при финансовой поддержке ЮНИСЕФ. Осуществление стратегии стартовало в двух регионах (Измир и Торбали) после адаптации учебных материалов. Как только прекратилась внешняя поддержка, подготовка была остановлена, и интеграция ИББДВ в систему базовой подготовки не была достигнута.

Хотя стратегия ИББДВ не была осуществлена, алгоритмы ИББДВ были интегрированы в стандартные руководства по лечению для семейных врачей, в результате чего теперь осуществляются мониторинг роста детей и иммунизации в сочетании с системой оплаты по результатам работы (вакцины против вируса папилломы человека и ротавируса доступны только в частном секторе). Были сообщения о том, что в Турции зафиксирован наибольший уровень использования магнитно-резонансной томографии и Турция находится в числе стран с наибольшим уровнем использования антибиотиков в мире. В целях проведения интервью и получения информации для данного обзора было доступно очень небольшое число ключевых информаторов, участвовавших в процессе осуществления ИББДВ в Турции и/или обладавших знаниями об этом процессе.

Результаты в соответствии с концептуальной основой

Актуальность и вклад

Большинство ключевых информаторов не считали стратегию ИББДВ актуальной для условий Турции, поскольку сочли ее «слишком примитивной» и не имеющей отношения к «современной медицине». Другие респонденты рассматривали стратегию в качестве неплохого подхода для любой страны вне зависимости от уровня ее развития, а также для любого врача, будь то врач общей практики, педиатр или хирург-педиатр, поскольку данная стратегия учит целостному подходу к ребенку.

Ключевые информаторы сочли, что стратегия ИББДВ в ее нынешнем виде актуальна для ряда объектов или районов в Турции, однако полагали, что для ее использования в других условиях потребуется адаптация (например, добавление вопросов развития

детей в рамках модульной структуры). В целом они считали, что стратегия ИВБДВ может быть актуальной для всех стран и условий, учитывая ее потенциальный вклад в снижение чрезмерного использования лекарственных препаратов, профилактику устойчивости к противомикробным препаратам и отказ от ненужных обследований и лабораторных анализов, а также в увеличение показателей грудного вскармливания.

Эффективность и процесс

Стратегия ИВБДВ так и не была осуществлена за пределами пилотных районов. Тем не менее подготовку по включающим алгоритмы ИВБДВ стандартам прошли 80% семейных врачей.

Эффективность и промежуточный результат

Масштабного расширения осуществления не последовало.

Действенность и конечный результат

Поскольку стратегия не была осуществлена в полном объеме, конечный результат отсутствует.

Воздействие

Осуществление ИВБДВ ограничилось начальным этапом, поэтому провести оценку эффективности и промежуточного результата, а также действенности и конечного результата не представляется возможным, в результате чего нельзя определить воздействие. Снижение уровня детской смертности можно отнести на счет улучшенного доступа к медицинским услугам и роста показателей вакцинации.

Устойчивость

Стратегия ИВБДВ не была осуществлена в стране, и правительство не приняло на себя обязательств в связи с этим, однако алгоритмы ИВБДВ были интегрированы в стандартные руководства для семейных врачей. С университетами были проведены переговоры относительно включения стандартов в программы базовой подготовки, однако университеты неохотно идут на внесение изменений в свои учебные планы.

Ключевые темы по результатам обзора ИВБДВ в Турции

Сильные стороны

Содействие рациональному использованию антибиотиков и снижению показателей полипрагмазии

Алгоритмы способствуют рациональному использованию антибиотиков.

Содействие основанной на доказательных данных систематической помощи

Стратегия ИВБДВ пропагандирует подход к ребенку как к единому целому, а не как к совокупности разных частей тела, содействуя стандартному клиническому подходу и целостному подходу к ребенку.

Выявление тяжелобольных детей

Информация в данной области отсутствовала.

Помимо сохранения жизни

Ключевые информаторы считают стратегию ИВБДВ хорошим инструментом для пропаганды грудного вскармливания.

Слабые стороны

Различия между классификациями МКБ-10 и ИВБДВ

Используемые в медицинских учреждениях компьютерные программы несовместимы с ИВБДВ, а их адаптация невозможна. В системе платежей в рамках социального обеспечения используются данные, отличные от МКБ-10 и классификаций ИВБДВ. Классификации ИВБДВ не могут применяться при направлении ребенка в больницу, и ключевые информаторы заявили, что классификация детей в соответствии со стратегией ИВБДВ означает лишь один шаг к постановке диагноза.

Категоричное позиционирование ИВБДВ и сопротивление со стороны профессионального сообщества

Сообщалось, что многие преподаватели вузов выступали против осуществления стратегии ИВБДВ, поскольку она якобы пропагандирует «несовременную» медицину. Стратегия ИВБДВ считается «слишком примитивной» для того, чтобы занять свое место в современной медицине в Турции. Некоторые ключевые информаторы считают ИВБДВ «медициной для бедных».

Нереалистичные требования/расхождения с другими стратегиями

Информация в данной области отсутствовала.

Конкурирующие интересы/влияние извне

ИВБДВ способствует рациональной оценке и ведению случаев заболеваний, хотя действующая система оплаты поощряет госпитализацию, проведение избыточных обследований и анализов, а также чрезмерную медикализацию. Сообщалось, что ожидания родителей нередко направлены на проведение избыточных обследований и чрезмерную медикализацию.

Институт семейных врачей не интегрирован в больничную систему и не связан в должной мере с механизмами направления на лечение к специалистам. Родители предпочитают направлять своих детей непосредственно в больницу к специалисту, поскольку воспринимают больничные услуги как более профессиональные.

Частный сектор и оплата из средств пациентов

Сектор здравоохранения все в большей степени подвергается воздействию коммерциализации, а государственная политика содействует приватизации больниц.

Области для потенциального совершенствования

Ключевые информаторы предложили включить в ИВБДВ в дополнение к основному модулю факультативные модули по таким направлениям, как раннее развитие детей, рост детей и их благополучие в целом, жестокое обращение с детьми и врожденные заболевания. Они предложили такие модули, как:

- развитие детей раннего возраста;
- рост детей и их благополучие в целом;
- жестокое обращение с детьми;
- чрезмерное использование электронных устройств;
- младенцы из групп повышенного риска и недоношенные дети;
- врожденные заболевания.

Для учета существующих в стране реалий необходим более комплексный подход, пропагандирующий принципы доказательной медицины и рациональное использование лекарственных препаратов — возможно, при помощи карманного справочника по оказанию амбулаторной педиатрической помощи.

Украина — обзор ИВБДВ

История вопроса

По состоянию на дату принятия решения об осуществлении ИВБДВ в 2011 г. детская смертность была на относительно низком уровне 13/1000, однако система здравоохранения испытывала дефицит человеческих ресурсов. В 2015 г. уровень смертности среди детей в возрасте до 5 лет, по оценкам, составлял 8/1000.

Украина приняла решение начать осуществление ИВБДВ в 2008 г. в надежде на то, что стратегия повысит качество помощи детям в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. К концу 2009 г. процесс адаптации был завершен. Первый вводный этап начался в двух районах при поддержке партнеров в области развития. Позднее стратегия ИВБДВ была расширена на ряд других районов в четырех областях страны. Инструмент ICATT был адаптирован и запущен на пилотной основе в двух районах, а после 2016 г. был распространен на все учреждения первичной медико-санитарной помощи в стране. Пока еще слишком рано оценивать воздействие ИВБДВ, поскольку осуществление ИВБДВ на общенациональном уровне было одобрено лишь в конце 2016 г. благодаря принятию национальной политики ИВБДВ, а также национального протокола и руководств ИВБДВ.

Результаты в соответствии с концептуальной основой

Актуальность и вклад

Ключевые информаторы сообщили о том, что стратегия ИВБДВ была признана актуальной ввиду проблем, связанных с реформированием системы здравоохранения в Украине, и отсутствия основанных на доказательных данных руководств, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи. Это заставило Министерство здравоохранения оказать поддержку осуществлению ИВБДВ на раннем этапе.

Ключевые информаторы также подчеркнули, что стратегия ИББДВ была признана уникальным и простым алгоритмом, который помог решить проблему относительно высокого уровня детской смертности на дому и в течение первых 24 часов с момента госпитализации. Они признали подход ИББДВ в качестве механизма, способствующего укреплению связи между первичной медико-санитарной помощью и больницами в целях непрерывного повышения качества помощи и обеспечения стандартизированной помощи во всех учреждениях первичной медицинской помощи.

Эффективность и процесс

Страна приступила к осуществлению всех трех компонентов в выбранных районах при действенной поддержке со стороны ВОЗ, ЮНИСЕФ и других международных партнеров. Министерство здравоохранения учредило Национальный центр ИББДВ для обеспечения систематической управленческой и технической поддержки. Хотя стратегия ИББДВ была включена в национальную программу охраны здоровья детей на период 2015–2016 гг., финансирование для содействия ее осуществлению выделено не было.

Лекарственные препараты для ИББДВ были включены в национальный перечень основных лекарственных средств, но не все лекарства были доступны в медицинских учреждениях. Ключевые информаторы заявили, что после прекращения донорской поддержки и активного снабжения пилотных районов лекарственными препаратами для ИББДВ в одном из районов (Житомир) удалось разработать механизм финансирования в целях непрерывного снабжения препаратами для ИББДВ с участием общинных/сельских советов и районных администраций. Осуществление ИББДВ было одобрено приказом Министерства здравоохранения еще в четырех районах, в которых проводилась медицинская реформа на пилотной основе (Донецкая, Винницкая, Днепропетровская и Киевская области), однако без финансирования подготовки и кураторских посещений. Текущая реформа здравоохранения (переход от педиатрической помощи к системе семейных врачей) способствовала переходу к методу ИББДВ в оказании помощи детям.

Эффективность и промежуточный результат

Изначально стратегия пользовалась значительной поддержкой Министерства здравоохранения, однако эта поддержка прекратилась в результате политических изменений. Ключевые информаторы не сообщили о полном охвате подготовкой медицинских работников по вопросам ИББДВ, однако в Житомирском районе удалось подготовить около 45% медицинского персонала (по крайней мере по одному работнику на каждое медицинское учреждение). Информаторы предположили, что медицинский персонал стал увереннее чувствовать себя при оказании помощи детям.

ИББДВ было включено в программу базовой подготовки и последипломного образования нескольких медицинских университетов и колледжей. Вопросы ИББДВ преподавали в нескольких медицинских университетах, в основном на последнем курсе обучения, а также в рамках программы ординатуры для семейных врачей. На факультете последипломного образования шесть учебных часов ИББДВ были включены в месячный курс подготовки для педиатров. Например, в Новоград-Волынском медицинском колледже 250 медицинских работников приняли участие в

программах подготовки по месту работы или последипломного образования. Программа подготовки по вопросам ИББДВ в этом колледже эволюционировала от нескольких элементов в рамках учебного плана в 2010 г. до 30-часовой программы подготовки, разработанной в 2016 г.

Житомирский медицинский колледж проводил подготовку по вопросам ИББДВ в рамках программы подготовки студентов и последипломной подготовки, при этом на факультете последипломного образования был предусмотрен 42-часовой курс ИББДВ. Респондентам хотелось бы видеть более активную роль, которую играли бы 14 медицинских университетов и три отделения последипломного образования в мероприятиях по созданию кадрового потенциала. Было также отмечено отсутствие понимания и поддержки ИББДВ со стороны лиц, ответственных за разработку политики и принятие решений.

Компонент на уровне сообщества получил надежную поддержку, по крайней мере, в одном из пилотных регионов при помощи вводных совещаний с участием сельских администраций по вопросу снижения детской смертности, а также благодаря подготовке и распространению учебных листовок и коммуникационных материалов для семей. Информационно-разъяснительная работа привела к тому, что местные органы власти собрали средства для приобретения лекарственных препаратов для ИББДВ в период с 2011 по 2012 г. после прекращения донорской поддержки и поставок препаратов из центра. Ряд статей по вопросам ИББДВ в региональной, областной и национальной прессе позволили повысить общий уровень осведомленности населения о подходе ИББДВ к выживаемости детей.

Действенность и конечный результат

Ключевые информаторы отметили, что медицинский персонал стал увереннее чувствовать себя при оказании помощи детям. В прошлом фельдшерам не хватало современных знаний и практического опыта и им приходилось госпитализировать детей в возрасте до 1 года в целях перестраховки. После прохождения подготовки по вопросам ИББДВ фельдшеры приобрели профессиональную уверенность и начали оказывать помощь и лечить эту возрастную группу в соответствии с руководствами по ИББДВ.

Опрошенные семейные врачи подчеркнули полезность алгоритма для выявления опасных симптомов, что помогло им сократить число необоснованных госпитализаций и сэкономить время для детей, нуждающихся в направлении на лечение. Руководства, основанные на доказательных данных, подвели основу под решения, принимаемые семейными врачами, и придали им уверенности при оказании помощи больным детям. Было отмечено весьма положительное влияние на снижение показателей полипрагмазии и неоправданного использования антибиотиков.

Стратегия ИББДВ облегчила и упростила коммуникацию с родителями, в том числе с отцами. Матери стали принимать более активное участие в помощи детям, например в проведении пероральной регидратационной терапии, хотя они не всегда чувствовали себя комфортно в этой роли и могли попросить госпитализировать их ребенка для введения внутривенных жидкостей, поскольку это было бы проще для них самих. ИББДВ способствовало укреплению коммуникации и связей между родителями и медицинскими работниками. Родители в настоящее время хорошо

осведомлены об опасных симптомах, которые могут требовать немедленного обращения за медицинской помощью.

В результате осуществления ИББДВ также возросла роль сестринского персонала. По словам медицинского персонала, «прежде они использовали все методы для того, чтобы убедить родителей в важности вакцинации, но безуспешно. Стратегия ИББДВ помогла решить эту проблему очень интеллигентно и аккуратно, что способствовало улучшению ситуации».

Воздействие

По сообщениям, уровень смертности среди детей в возрасте до 5 лет снизился в тех регионах, в которых осуществлялась стратегия ИББДВ. Уровень постнеонатальной смертности снизился до 2,9 (до осуществления ИББДВ он превышал 5 смертей на 1000 живорождений). Ключевые информаторы заявили, что воздействие ИББДВ было доказано на пилотном этапе, когда было достигнуто существенное снижение детской смертности среди детей в возрасте до года. Респонденты сообщили о снижении в районах осуществления ИББДВ числа тяжелых случаев, требующих неотложной стационарной помощи, а также числа детей с умеренным обезвоживанием. Уровень госпитализаций в период с 2011 по 2015 г. сократился вдвое. В одном из пилотных районов осуществления ИББДВ (Ивано-Франковск) до внедрения ИББДВ отмечался один из самых высоких уровней детской смертности в стране; теперь же он является одним из самых низких.

Реализация стратегии началась в 2010 г. в Снятынском районе — одном из наиболее отдаленных регионов с неразвитой инфраструктурой, осуществлявшим внедрение системы семейной медицины. Возникла необходимость в быстрой подготовке фельдшеров и медсестер для повышения качества помощи. В результате за два года уровень младенческой смертности снизился с 13,6 до 2,8 и остается стабильным.

Устойчивость

В результате продолжающегося политического, экономического и гуманитарного кризиса в Украине расширение ИББДВ замедлилось. Тем не менее в мае 2016 г. Министерство здравоохранения своим указом утвердило национальный клинический протокол ИББДВ, требующий от всех работников первичной медико-санитарной помощи использовать руководства по ИББДВ в качестве стандарта помощи детям в возрасте до 5 лет. Ключевые информаторы выразили обеспокоенность по поводу благополучного осуществления ИББДВ на общенациональном уровне, принимая во внимание значительные проблемы в плане людских и финансовых ресурсов.

Также была выражена обеспокоенность в связи с высокой текучестью врачебных кадров и нехваткой врачей и особенно медсестер в районах на уровне первичной медико-санитарной помощи. Среди возможных причин были названы старение персонала, низкая мотивация, отсутствие мер удержания персонала, а также высокий уровень миграции в западные страны и страны Европейского союза. Инструкторам ИББДВ, особенно в регионах, не хватало опыта для проведения обучения по месту работы на региональном уровне и стимулирования каскадного обучения.

Ключевые информаторы перечислили ряд основных препятствий для эффективного и устойчивого осуществления ИББДВ, а именно: нехватка оборудования, особенно в восточных районах, а также отсутствие финансирования для лекарственных

препаратов в рамках ИББДВ. Национальный бюджет обеспечивает поставки только лекарственных препаратов для оказания неотложной помощи.

Поддерживающее кураторство оставалось значительной проблемой, и беспокойство вызывали такие вопросы, как финансирование и наличие достаточного персонала, прошедшего подготовку по вопросам кураторства и мониторинга. Текущий подход к мониторингу был расценен как недостаточный для поддержки внедрения на общенациональном уровне.

Процесс реализации стратегии был недостаточно длительным, чтобы можно было оценить его ход.

Ключевые темы по результатам обзора ИББДВ в Украине

Сильные стороны

Содействие рациональному использованию антибиотиков и снижению показателей полипрагмазии

Ключевые информаторы заявили, что ИББДВ содействовало рациональному использованию лекарственных препаратов, особенно антибиотиков, благодаря использованию алгоритма ИББДВ в системе первичной медико-санитарной помощи. Помощь в рамках ИББДВ изменила взгляды семей в сторону сокращения числа назначаемых лекарственных препаратов. Практика чрезмерного использования лекарственных препаратов и ненужных процедур лечения сократилась. Опрошенные руководители районного уровня отметили существенную экономию средств на лекарственные препараты после перехода к оказанию помощи на базе стандарта ИББДВ, включая трехкратную экономию средств на лечение обструктивных состояний дыхательных путей, четырехкратную экономию на лечение пневмонии и десятикратную — на лечение диареи (в целом расходы сократились на 74%).

Содействие основанной на доказательных данных систематической помощи

Респонденты из районов, в которых осуществлялось ИББДВ, с удовлетворением отметили, что стратегия ИББДВ упростила ведение больных детей и сократила расходы на мероприятия в рамках первичной медико-санитарной помощи при одновременном обеспечении крайне эффективной медицинской помощи. Сохранялись проблемы с медицинским персоналом среднего звена, который прошел подготовку по вопросам ИББДВ, но не имеет права назначать препараты с использованием клинических протоколов лечения в рамках ИББДВ. Ключевые информаторы из Министерства здравоохранения отметили, что противоречивые нормативные акты с течением времени будут пересмотрены и в них будут внесены изменения, предусматривающие право назначать лекарственные препараты.

Помимо сохранения жизни

Все респонденты, особенно медицинские работники, отметили, что подход ИББДВ содействует здоровому развитию ребенка и предусматривает полезные профилактические мероприятия.

Слабые стороны

Нереалистичные требования/расхождения с другими стратегиями

Вследствие существующих нормативных положений некоторые из рекомендованных лекарственных препаратов для ИББДВ (в частности, диазепам и генцианвиолет) не были доступны на уровне первичной медико-санитарной помощи. В районах осуществления ИББДВ улучшилась ситуация с направлением на лечение без необходимости, однако ключевые информаторы отметили, что в целом всех больных детей грудного возраста направляют в больницу: эта мера основана на действующих рекомендациях Министерства здравоохранения, противоречащих клиническим руководствам по ИББДВ.

Частный сектор и оплата из средств пациентов

Частные клиники чаще обращаются с просьбой о подготовке своего персонала по вопросам ИББДВ, поскольку они оценили простоту руководств, основанных на доказательных данных, и соответствующее сокращение расходов. Финансирование снабжения учреждений первичной медико-санитарной помощи препаратами для ИББДВ носит ограниченный характер, поэтому родители зачастую были вынуждены сами покупать лекарственные препараты.

Области для потенциального совершенствования

Ключевые информаторы предложили меры для более эффективного осуществления ИББДВ в стране. По их мнению, региональные учебные центры с постоянно действующим персоналом, ответственным за подготовку по вопросам ИББДВ, мониторинг и поддержку, будут крайне полезны для обеспечения устойчивого, быстрого и успешного осуществления стратегии. Необходимо предусмотреть должность регионального координатора по вопросам ИББДВ, а стратегия ИББДВ должна быть отнесена к сфере ответственности главных педиатров районного уровня. Показатели ИББДВ необходимо включить в стандарты аккредитации медицинских учреждений, а программа подготовки по вопросам ИББДВ должна предусматривать возможность дистанционной подготовки.

Узбекистан — обзор ИББДВ

История вопроса

Стратегия ИББДВ была внедрена в 1999 г. в соответствии с приказом Министерства здравоохранения в целях решения проблем, связанных с нехваткой первичной медико-санитарной помощи в сельских районах, высоким уровнем детской смертности от предотвратимых заболеваний и широким распространением чрезмерного или недостаточного использования лекарственных препаратов и злоупотребления ими.

ИББДВ было внедрено в пилотных районах, а затем расширено до общенационального уровня. Были внедрены компоненты помощи на уровне

сообщества и больниц, а подготовка по вопросам ИББДВ была включена в программы базовой подготовки в медицинских учебных заведениях и школах сестринского дела, а также в 10-месячную программу переподготовки врачей общей практики во время реформы системы здравоохранения. До реформы и после распада Советского Союза первичную медико-санитарную помощь взрослым оказывали терапевты, а детям — педиатры. С тех пор система здравоохранения претерпела значительные изменения, при этом первоочередное внимание уделялось врачам общей практики. В настоящее время первичную медико-санитарную помощь оказывают врачи общей практики. По-прежнему имеется немало примеров практики первичной медико-санитарной помощи, не основанной на научных доказательствах. Внедрение ИББДВ было поддержано Европейским региональным бюро ВОЗ, ЮНИСЕФ и банком Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW).

Результаты в соответствии с концептуальной основой

Актуальность и вклад

Ключевые информаторы сочли все компоненты ИББДВ актуальными для условий Узбекистана. Информаторы, называвшие себя главными оппонентами ИББДВ, заявили, что опыт и реалии доказали им актуальность стратегии ИББДВ. Несмотря на то что первоначально стратегия ИББДВ воспринималась в качестве стратегии, актуальной лишь для стран с крайне ограниченными ресурсами, позднее оказалось, что она способствует предотвращению тяжелых случаев болезней детского возраста. В настоящее время стратегия ИББДВ считается крайне актуальной и применимой на уровне первичной медико-санитарной помощи и на уровне больниц; она была и продолжает оставаться весьма полезным подходом, получившим полную поддержку Министерства здравоохранения, поскольку содействовала снижению показателей полипрагмазии, приносит явный экономический эффект и ведет к рациональному использованию лекарственных препаратов, особенно антибиотиков. Лекарственные препараты для ИББДВ официально включены в национальный перечень основных лекарственных средств, однако этот список считается неактуальным, поскольку чаще применяются другие препараты.

Эффективность и процесс

В стране были осуществлены все три компонента стратегии ИББДВ, однако, несмотря на заметный прогресс, остаются некоторые пробелы. Соответствующей подготовкой охвачены все регионы. Оказывается поддержка для проведения кураторства и мониторинга, однако дополнительные ресурсы не выделяются. Лекарственные препараты включены в национальный перечень основных лекарственных средств, а препараты для неотложной помощи (за исключением диазепама) доступны в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Лекарственные препараты на полный курс лечения бесплатно не предоставляются, и покупать назначенные лекарства приходится родителям. Ключевые информаторы считают, что компонент на уровне больниц был осуществлен на эффективной основе, но по-прежнему существует необходимость в укреплении компонента на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Эффективность и промежуточный результат

Подготовку по вопросам ИББДВ при поддержке Европейского союза, ЮНИСЕФ и ВОЗ прошли более 90% врачей общей практики на уровне первичной медико-санитарной помощи. До начала работы врачи общей практики должны пройти обязательный 10-месячный курс переподготовки, включающий вопросы ИББДВ. Программа обучения по вопросам ИББДВ по месту работы состоит из семидневного курса ICATT и почти двух часов клинических занятий на второй–седьмой дни. Компонент на уровне сообщества был внедрен через патронажных медсестер. Ключевые информаторы признали важность ИББДВ на уровне сообщества и необходимость его расширения. Инструменты для оценки учреждений медико-санитарной помощи внедряются на страновом уровне. Проблема снабжения в полном объеме другими лекарственными препаратами сохраняет свою актуальность.

Действенность и конечный результат

Ключевые информаторы сообщили о пропаганде принципов доказательной медицины и улучшении снабжения лекарственными препаратами после начала осуществления ИББДВ. Стратегия ИББДВ содействовала использованию меньшего числа препаратов: эта мера встретила сопротивление со стороны родителей, которые приветствовали назначение как можно большего числа лекарств и дополнительного лечения. Стратегия ИББДВ изменила образ мышления медицинских работников, а борьба за продвижение принципов доказательной медицины и рациональное использование лекарственных препаратов продолжается.

Воздействие

По сообщениям, стратегия ИББДВ содействовала снижению уровня смертности среди детей в возрасте до 5 лет. Ранняя и точная диагностика и повышение уровня обращаемости за медицинской помощью сократили число тяжелых случаев и смертей в домашних условиях. Также сообщалось, что стратегия ИББДВ улучшила навыки матерей, повысила уровень их знаний об опасных симптомах и правильном питании детей. В процессе осуществления ИББДВ были систематизированы система направления на лечение к специалистам и процедура госпитализации.

Устойчивость

Учитывая поддержку со стороны Министерства здравоохранения и включение стандартов ИББДВ в национальные приказы, ключевые информаторы считали стратегию ИББДВ устойчивой. За последние три года ЮНИСЕФ вложил 1 млн долл. США в осуществление ИББДВ, однако основной объем финансирования обеспечивает правительство. Подготовка по вопросам ИББДВ была включена в программы преддипломного и последипломного обучения врачей общей практики и медсестер. Полный охват компонента на уровне первичной медико-санитарной помощи был достигнут только в 2014–2015 гг., и понадобится проведение курсов переподготовки. Частая миграция медицинских работников также может воздействовать на устойчивость. За проведение регулярных посещений в целях мониторинга ИББДВ в каждом районе отвечают по два специалиста (педиатр и врач общей практики), которые проводят поддерживающее кураторство и координируют вопросы осуществления. Обязанности проведения кураторства были включены в должностные

инструкции без дополнительных преимуществ и предоставления дополнительного времени или оплаты.

Ключевые темы по результатам обзора ИББДВ в Узбекистане

Сильные стороны

Содействие рациональному использованию антибиотиков и снижению показателей полипрагмазии

Ключевые информаторы заявили, что использование алгоритма ИББДВ в системе первичной медико-санитарной помощи и карманного справочника ВОЗ в районных больницах содействовало рациональному использованию лекарственных препаратов, особенно антибиотиков, и снижению уровня избыточного лечения. Это также способствовало изменению отношения семей к тому, что назначение небольшого числа лекарственных препаратов является приемлемой мерой.

Содействие основанной на доказательных данных систематической помощи

Ключевые информаторы заявили, что ИББДВ систематизировало подход к больным детям и содействовало применению принципов доказательной медицины. Снижился уровень необоснованных госпитализаций, а продолжительность пребывания в больницах сократилась: например, продолжительность лечения пневмонии сократилась с 10–14 дней до 5,5 дня.

Выявление тяжелобольных детей

Было признано, что ИББДВ повысило качество услуг. Классификация ИББДВ упрощает выявление тяжелых заболеваний и позволяет не пропустить серьезные случаи.

Помимо сохранения жизни

Подготовка по вопросам ИББДВ укрепила консультационные навыки медико-санитарных работников и подчеркнула важность предоставления информации и консультирования, особенно по аспектам лечения, опасных симптомов и иммунизации. Развитие навыков в области консультирования способствовало укреплению роли медсестер: в рамках осуществления ИББДВ медицинским сестрам были выданы сумки с ростомером, весами и основными лекарственными средствами.

Знания родителей укрепились, а восприятие и поведение населения изменились в пользу сокращения спроса на антибиотики и инъекции.

Слабые стороны

Различия между классификациями МКБ-10 и ИББДВ

Был отмечен ряд расхождений между классификациями ИББДВ и МКБ-10: отчетность о диагнозе должна быть основана на МКБ-10, однако степень тяжести определяется в соответствии с ИББДВ. Приказом № 420 Министерства здравоохранения была введена временная классификация, привязывающая МКБ-10 к ИББДВ, с проведением

специальной подготовки. Несмотря на это, сохраняется ряд расхождений, особенно в плане направления к специалистам.

Категоричное позиционирование ИББДВ и сопротивление со стороны профессионального сообщества

По мнению ключевых информаторов, в ходе кураторских посещений было обнаружено, что врачи не следуют строго алгоритмам ИББДВ: они используют стетоскопы. По сообщениям, стратегию ИББДВ отвергали потому, что считали ее слишком простой, а врачи привыкли назначать по 5–10 лекарственных препаратов. Было зафиксировано сопротивление со стороны профессоров, академических кругов и специалистов, следующих требованиям отдельных протоколов. Поликлиники обычно оборудованы комплектом базовых лабораторных тестов, стетоскопами, отоскопами и другим оборудованием, которое в соответствии с ИББДВ не используется. Были сообщения о том, что студенты пренебрежительно относились к ИББДВ, но обычно начинали доверять программе в ходе изучения модуля, посвященного кашлю и респираторным симптомам.

Нереалистичные требования/расхождения с другими стратегиями

Поступали сообщения о том, что осуществлению ИББДВ на уровне медицинских учреждений препятствуют избыточная рабочая нагрузка на работников первичной медико-санитарной помощи и нехватка врачей общей практики. Сокращенная и упрощенная версия ИББДВ больше бы соответствовала повседневному рабочим требованиям врачей общей практики.

Санитарно-эпидемиологические службы требуют госпитализации и проведения бактериологических анализов во всех случаях диареи. Сообщалось, что врачи либо направляют детей с диареей в больницы, либо избегают диагностирования случаев диареи.

Генцианвиолет и диазепам недоступны на уровне первичной медико-санитарной помощи. Протоколы медицинских обследований не соответствуют стратегии ИББДВ.

Конкурирующие интересы/влияние извне

Во время переходного периода терапевты и педиатры прошли переподготовку в качестве врачей общей практики, что обусловило низкий уровень доверия к работникам первичной медико-санитарной помощи со стороны населения и привело к тому, что население стало зачастую самостоятельно обращаться за педиатрической помощью в больницы. Родители игнорировали уровень первичной медико-санитарной помощи и доставляли своих больных детей непосредственно в районные или областные больницы, обладающие лучшими условиями и диагностическим оборудованием. Население доверяет педиатрам при лечении своих больных детей и не доверяет врачам общей практики.

По мнению ключевых информаторов, врачи общей практики нередко все еще обладают относительно небольшим потенциалом и необоснованно назначают лекарственные препараты из-за страха. Родители считают, что инъекции, дорогие лекарственные препараты, внутривенные вливания и внутримышечные антибиотики означают высокое качество помощи, а ключевые информаторы представляют это

явление как «советскую культуру медицины», которая идет вразрез с основанным на доказательных данных подходом в рамках ИББДВ. По некоторым сведениям, родители предпочитают лечить детей у специалистов, не прошедших подготовку по вопросам ИББДВ, поскольку они назначают больше разных лекарственных препаратов.

Кроме того, по некоторым данным, заработная плата педиатров в больницах составляет 200 долл. США, чего явно недостаточно для содержания семьи. Согласно данным Всемирного банка за период после 2003 г., существенную часть доходов государственных медицинских работников составляют неофициальные платежи и неофициальная частная практика. По сообщениям, врачи склонны соответствовать ожиданиям родителей в пользу более «медиализированной» помощи, чтобы повысить свой доход.

Агрессивная местная реклама лекарственных препаратов и давление со стороны фармацевтической промышленности в пользу назначения определенных препаратов также противоречат практике доказательной медицины. По сообщениям, контроль за аптеками, продающими лекарства без рецепта, имеет ограниченный характер.

Частный сектор и оплата из средств пациентов

По некоторым данным, группы населения с высоким уровнем дохода пользуются доступом к основному социальному пакету не в полном объеме, поскольку нередко обращаются в частный сектор или пользуются услугами на основе личной договоренности. Предполагается, что ряду ранее принадлежавших государственному сектору сельских больниц было разрешено перейти в частную собственность и теперь они взимают плату за свои услуги. Данные о таких изменениях отсутствуют.

Согласно ключевым информаторам, результаты проведенного Всемирным банком в 2003 г. исследования качества жизни населения указывали на то, что более двух третей потребителей медицинских услуг неофициально оплачивали услуги медработников наличными или натурой, при этом оплата наличными в большей степени была распространена в городах. Неофициальные платежи осуществляются по требованию или на добровольных началах и могут вноситься дополнительно к официальной оплате или вместо нее.

Лекарственные препараты для ИББДВ включены в национальный перечень основных лекарственных средств (за исключением цинка), но полный курс лечения не предоставляется бесплатно, и родители вынуждены покупать назначенные лекарственные препараты за свой счет. Лекарственные препараты для неотложной помощи в медицинских учреждениях доступны — за исключением диазепама, который недоступен на уровне первичной медико-санитарной помощи, поскольку в соответствии с имеющимися правилами и положениями не может храниться в этих условиях. Следовательно, данный препарат имеется только на уровне поликлиник и больниц.

По некоторым данным, большую часть амбулаторных расходов на лекарства составляют индивидуальные прямые платежи, но при этом в настоящее время отсутствуют достоверные данные относительно доли того или иного вида оплаты. Относительно бремени оплаты из средств пациентов имеются различные сведения: ключевые информаторы сообщили, что даже в тех случаях, когда правительство не

оплачивает лекарственные препараты, их стоимость не является чрезмерным бременем для семьи, поскольку эти препараты относительно дешевы (например, 10 таблеток амоксициллина стоят 3000 узбекских сумов, что соответствует 0,5 долл. США). По данным ЮНИСЕФ, оплата из средств пациентов является барьером для лечения.

Области для потенциального совершенствования

Ключевые информаторы считают ИВБДВ базовой программой и предлагают пересмотреть алгоритмы для использования врачами. Необходимо сделать четкие ссылки на МКБ-10, разрешить использование стетоскопов и отоскопов, расширить перечень симптомов/синдромов, включив в него такие аспекты, как ведение и лечение случаев гельминтоза, заболевания почек и сердца, лечение гепатита и реабилитация в рамках стационарной помощи, а также включить вопросы интегрированной помощи детям в возрасте старше 5 лет и подросткам. Желательно было бы проводить совместное обучение врачей и медсестер. Необходимо разработать карманный справочник для амбулаторной подготовки, включая онлайн-обучение.

Ключевые информаторы отметили, что врачи общей практики должны изучать педиатрию вне рамок ИВБДВ, а качество медицинского образования на до-дипломном этапе необходимо повышать.

Косово — обзор ИВБДВ

История вопроса

Данные об уровне смертности среди детей в возрасте до 5 лет на территории Косово недоступны, однако, по данным веб-сайта ЮНИСЕФ для Косово, уровень смертности среди детей в возрасте до 5 лет в период внедрения стратегии ИВБДВ сразу же после войны оценивался на уровне 69/1000. ИВБДВ было внедрено в целях решения проблем, связанных с высоким уровнем смертности среди детей в возрасте до 5 лет, широко распространенным избыточным использованием антибиотиков, а также отсутствием клинических руководств и протоколов.

Материалы ИВБДВ были адаптированы, и было начато проведение соответствующей подготовки в двух пилотных районах, после чего стратегия была распространена на всю страну. Лекарственные препараты для ИВБДВ были включены в национальный перечень основных лекарственных средств, однако лекарства недоступны, и 85% лекарств оплачиваются из средств пациентов.

После прекращения внешней поддержки осуществление ИВБДВ шло с отставанием, а внедрение вопросов ИВБДВ в базовую систему подготовки не было реализовано. Был переведен карманный справочник ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям, и организован учебный курс, после чего начались мероприятия по повышению качества в больницах. Внедрению ИВБДВ содействовали Европейское региональное бюро ВОЗ и ЮНИСЕФ.

Результаты в соответствии с концептуальной основой

Актуальность и вклад

Ключевые информаторы сочли стратегию ИББДВ актуальной в значительной степени, поскольку она является удобным инструментом для врачей общей практики, который охватывает 80% основных патологий у детей и содержит указания, когда следует начинать лечение антибиотиками. Педиатры не считают стратегию актуальной. Профессура не поддержала включение ИББДВ в университетские учебные планы, поскольку не считает стратегию актуальной для местных условий: напротив, стратегия была воспринята как актуальная лишь для менее развитых стран.

Эффективность и процесс

Медицинские работники на всей территории Косово были охвачены подготовкой на основе алгоритма ИББДВ с проведением последующих посещений после подготовки. Был адаптирован и переведен карманный справочник ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям. Была проведена оценка качества стационарной помощи детям с повторными контрольными посещениями. Компоненты на уровне сообщества и системы здравоохранения осуществлялись на ограниченной основе.

Эффективность и промежуточный результат

Несмотря на положительные отзывы после подготовки, ключевые информаторы сообщили о том, что работники здравоохранения не пользуются стратегией ИББДВ на повседневной основе. В некоторых центрах алгоритмы доступны, но не применяются. Причины неосуществления стратегии включали отсутствие поддержки со стороны руководства, ожидание медсестрами сигнала от врачей для начала осуществления ИББДВ, отсутствие в медицинских учреждениях условий для пероральной регидратационной терапии, а также необходимость заполнять слишком большое количество форм. Тем не менее медсестры сообщили, что они консультируют матерей в соответствии со стратегией ИББДВ.

Действенность и конечный результат

Лекарственные препараты для ИББДВ включены в национальный перечень основных лекарственных средств, но не предоставляются бесплатно: 85% лекарственных препаратов оплачиваются из средств пациентов, хотя препараты для ИББДВ относительно дешевы. Избыточное использование лекарственных препаратов остается большой проблемой, особенно когда используется цефалоспорин третьего поколения вместо назначенного врачом амоксициллина.

По сообщениям, фармацевтическая промышленность стимулирует врачей назначать конкретные лекарственные препараты.

Как сообщалось стратегия ИББДВ повысила уровень знаний родителей, а ключевые информаторы заявили, что матери все менее охотно соглашались с врачами, назначающими антибиотики. Вместе с тем ключевые информаторы также сообщили, что многие родители отдают предпочтение агрессивному использованию лекарственных препаратов, внутривенной терапии и сложным диагностическим тестам, включая лабораторные анализы.

Воздействие

По сообщениям ключевых информаторов, стратегия ИББДВ способствовала снижению уровней детской заболеваемости и смертности, в том числе вследствие недостаточности питания, однако не была осуществлена в масштабах, которые позволили бы в полной мере оценить ее воздействие.

Ключевые информаторы также сообщили, что если в прошлом детей иногда слишком поздно направляли в больницу, то стратегия ИББДВ решила эту проблему и такие случаи больше не наблюдаются. Однако была выражена обеспокоенность по поводу того, что теперь семейные врачи направляют в больницы всех детей, и даже в простых случаях, которые подлежат ведению на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Устойчивость

Ключевые информаторы сообщили, что 10-дневный курс подготовки по вопросам ИББДВ был интегрирован в бакалаврскую программу обучения медсестер. Сокращенный 2–3-дневный курс (6 часов) введения в ИББДВ был включен в программу ординатуры для подготовки семейных врачей.

Подготовка по вопросам ИББДВ не была включена в программу высшего медицинского образования, однако в настоящее время прилагаются усилия для изменения этой ситуации. Инструмент ICATT был представлен на рассмотрение Министерству здравоохранения.

Ключевые информаторы сообщили, что мероприятия, связанные с ИББДВ, прекратились после прекращения внешней поддержки.

Ключевые темы по результатам обзора ИББДВ в Косово

Сильные стороны

Содействие рациональному использованию антибиотиков и снижению показателей полипрагмазии

Информация в данной области отсутствовала.

Содействие основанной на доказательных данных систематической помощи

Как заявили ключевые информаторы, ИББДВ содействовало реализации комплексного подхода к детям, при котором они рассматриваются как единое целое, а не как совокупность систем организма. Ключевые информаторы заявили, что ИББДВ оказало наибольшее воздействие на начинающих свою карьеру врачей общей практики, поскольку освободили их от страха работы с детьми.

Выявление тяжелобольных детей

По мнению ключевых информаторов, ИББДВ является важным инструментом для проведения различий между тяжелобольными детьми, нуждающимися в направлении на лечение, и детьми, лечение которых может осуществляться в амбулаторных условиях. ИББДВ обеспечило возможность для выявления пациентов с тяжелыми заболеваниями по результатам клинической оценки: у некоторых из них был позднее

подтвержден менингит, а подсчет частоты дыхания у других пациентов позволил подтвердить пневмонию, что обеспечило возможность их направления на лечение.

Помимо сохранения жизни

Ключевые информаторы сообщили, что медсестры высоко оценили программу ИББДВ, а пациенты были в значительной степени удовлетворены этим подходом. ИББДВ продолжает быть полезной в рамках посещений на дому, оно способствовало повышению коммуникационных и консультативных навыков медсестер.

Слабые стороны

Различия между классификациями МКБ-10 и ИББДВ

Ключевые информаторы сообщили о расхождениях между системами диагностики и отчетности, основанными на МКБ-10, и классификацией ИББДВ. Недавно созданная система медико-санитарной информации основана на МКБ-10 и не предусматривает классификации ИББДВ.

Категоричное позиционирование ИББДВ и сопротивление со стороны профессионального сообщества

Ключевые информаторы сообщили о противодействии осуществлению ИББДВ со стороны педиатрического сообщества. Профессура не поддержала включение ИББДВ в университетские учебные планы, поскольку считает стратегию неактуальной для местных условий, а подходящей лишь для менее развитых стран и территорий. Ключевые информаторы предположили, что подход в рамках ИББДВ был воспринят в определенной степени категорично в связи с отказом от использования стетоскопа и лабораторных анализов для постановки диагноза, поскольку эти методы диагностики доступны в местных условиях. Как врачи, так и пациенты считали работу без стетоскопа неприемлемой. Вместе с тем, как сообщили ключевые информаторы, семейные врачи не желают принимать на себя ответственность за помощь детям и стараются поскорее направить их на лечение к специалистам.

Нереалистичные требования/расхождения с другими стратегиями

Противоречивые стратегии выявлены не были, за исключением расхождения с требованиями к отчетности в системе здравоохранения. Среди других возможных причин прекращения осуществления ИББДВ были названы высокие временные затраты в связи с ИББДВ (семейные врачи принимают по 60–70 пациентов в день, и им не хватает времени каждый раз повторять весь алгоритм ИББДВ и выполнять все требования к отчетности), а также мнение о том, что стратегия считается слишком простой, в результате чего пациенты обращаются за помощью и лечением своих детей непосредственно на вторичный и третичный уровни.

Конкурирующие интересы/влияние извне

По сообщениям ключевых информаторов, избыточное использование лекарственных препаратов остается значительной проблемой. Лекарственные препараты для ИББДВ оказываются среди реже назначаемых препаратов; цефалоспорин третьего поколения нередко используется в тех случаях, когда амоксициллин является более

приемлемым вариантом. Ключевые информаторы также сообщили о том, что фармацевтическая промышленность стимулирует врачей назначать конкретные лекарственные препараты.

По сообщениям, население не очень хорошо приняло концепцию семейных врачей/врачей общей практики, а для помощи детям люди предпочитают педиатров.

Частный сектор и оплата из средств пациентов

Лекарственные препараты для ИВБДВ включены в национальный перечень основных лекарственных средств, но не всегда предоставляются бесплатно: 85% лекарственных препаратов оплачиваются из средств пациентов, хотя препараты для ИВБДВ относительно дешевы.

Области для потенциального совершенствования

Было высказано предположение о том, что подготовка по вопросам ИВБДВ может быть весьма полезна для фармацевтов, поскольку они зачастую являются первыми, к кому обращаются пациенты, и большинство лекарственных препаратов можно приобрести непосредственно в аптеке.

Ключевые информаторы также предложили разработать учебный курс, аналогичный курсу ИВБДВ, на основании карманного справочника ВОЗ.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) — специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская
Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: eurocontact@who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

