

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СТАЦИОНАРАХ ПЕРВОГО УРОВНЯ

Д.К.Кабилова.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Для цитирования: © Кабилова Д.К.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СТАЦИОНАРАХ ПЕРВОГО УРОВНЯ. ЖКМП.-2023.-Т.3.-№3.-С

Поступила: 14.07.2023

Одобрена: 15.07.2023

Принята к печати: 30.08.2023

Аннотация: Качество оказания медицинской помощи детям изучалась на примере оценки эффективности внедрения стратегии ВОЗ «Оказание стационарной помощи детям» в 15 Районных Медицинских Объединениях Ферганской области Республики Узбекистан. Это исследование позволило получить общую картину наиболее важных сфер и компонентов стационарной помощи детям (их сильные и слабые стороны). **Ключевые слова:** стационары, стандарты и индикаторы, качество медицинской помощи детям до 5 лет, Районные медицинские объединения (РМО).

BIRINCHI DARAJALI SHIFOXONALARDA BOLALARGA TIBBIY YORDAM KO'RSATISH SIFATINI OSHIRISH YO'LLARI

Д.К.Кабилова.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.

Izoh: © Kabilova D.K.

BIRINCHI DARAJALI SHIFOXONALARDA BOLALARGA TIBBIY YORDAM KO'RSATISH SIFATINI OSHIRISH YO'LLARI.KPTJ.-2023-N.3.-№3-M

Qabul qilindi: 14.07.2023

Ko'rib chiqildi: 15.07.2023

Nashrga tayyorlandi: 30.08.2023

Аннотация: Болаларга тиббий yordam ko'rsatish sifati O'zbekiston Respublikasi Farg'ona viloyatining 15 ta tuman tibbiyot birlashmasida JSSTning "Bolalarga stasionar yordam ko'rsatish" strategiyasini amalga oshirish samaradorligini baholash misolida o'rganildi. Ushbu tadqiqot bolalarga stasionar yordamning eng muhim sohalari va tarkibiy qismlari (ularning kuchli va zaif tomonlari) haqida umumiy tasavvurga ega bo'ldi. **Калит so'zlar:** kasalxonalar, standartlar va ko'rsatkichlar, 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga tibbiy yordam sifati, tuman tibbiyot birlashmalari (RMO).

WAYS TO IMPROVE THE QUALITY OF MEDICAL CARE FOR CHILDREN IN FIRST-LEVEL HOSPITALS

Д.К.Кабилова.

Fergana medical institute of public health.

For situation: © Kabilova D.K.

WAYS TO IMPROVE THE QUALITY OF MEDICAL CARE FOR CHILDREN IN FIRST-LEVEL HOSPITALS. JCPM.-2023.P.3.№3-A

Received: 14.07.2023

Revised: 15.07.2023

Accepted: 30.08.2023

Annotation: The quality of medical care for children was studied on the example of assessing the effectiveness of the implementation of the WHO strategy "Provision of inpatient care for children" in 15 District Medical Associations of Fergana oblast of the Republic of Uzbekistan. This study provided an overall picture of the most important areas and components of inpatient care for children (their strengths and weaknesses).

Keywords: hospitals, standards and indicators, quality of medical care for children under 5 years of age, District Medical Associations (DMUs).

Актуальность исследований: 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. [1]. Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет — это количество смертей младенцев и детей в возрасте до пяти лет на 1000 живорождений. Смертность детей в возрасте до пяти лет в мире составляет 39 смертей. В 2018 году умерло 5,3 миллиона детей в возрасте до пяти лет, 14 722 ребенка ежедневно [2, 3, 4].

Более половины случаев смерти детей раннего возраста происходит из-за состояний, которые можно предотвратить или лечить при наличии доступа к простым и недорогим видам медицинской помощи.

Основными причинами смерти детей в возрасте до пяти лет являются осложнения, связанные с преждевременными родами, пневмония, асфиксия ребенка при рождении, диарея и малярия [5].

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 [1].

Цель исследования: Изучить эффективность внедрения стратегии ИВБДВ и разработать рекомендации по улучшению качества оказания медицинской помощи детям в стационарах первого уровня.

Материалы и методы: В конце 2004 – начале 2005 года была проведена серия тренингов по 10-дневной программе «Стационарного ИВБДВ» для педиатров 15 районов Ферганской области. Так как официальная программа была изначально составлена и апробирована в Узбекистане впервые, то далее возникла необходимость проведения мониторинга результатов обучения и внедрения этой стратегии. На основании предложенных стандартов ВОЗ была разработана форма мониторинга, которая включала в себя оценку как обеспечения ресурсами, организацию медицинской помощи, а также и соответствие оказания медицинской помощи детям согласно стратегии ВОЗ. 5454

Форма мониторинга:

- Стандарты и индикаторы по оценке ресурсной базы (методом наблюдения)
- Стандарты и индикаторы по оценке деятельности стационара и врачей-педиатров (методом аудита историй болезни)

Оценка состояла из 6-этапов:

- I мониторинг – февраль 2007г.
- II мониторинг – сентябрь 2007г.
- III мониторинг – сентябрь 2008г.
- IV мониторинг – октябрь 2009г.
- V мониторинг – апрель 2011г.
- VI мониторинг – ноябрь 2021г. (10 лет спустя после V мониторинга).

Таблица 1. Пример формы оценки.

№	Стандарт	Индикатор	Метод оценки	Числитель (Ч)/ Знаменатель (З)	Результат оценки
Оказание помощи детям с пневмонией					
1.	Обоснованность госпитализации детей с пневмонией Все дети с диагнозом Острая Пневмония должны приниматься в ЦРБ в случае тяжелой или очень тяжелой пневмонии	Из всех детей, поступивших в ЦРБ с диагнозом, Острая Пневмония, сколько из них были госпитализированы в ЦРБ обоснованно	Оценка тех же 7 историй болезни с диагнозом Пневмония	Ч = Число пациентов, которые госпитализированы согласно стандарту/ З = Общее число пациентов с предварительным диагнозом пневмония	Ч= З=7 Ч/З*100%=

Согласно программе обучения – сортировка (индикатор: количество стационаров первого уровня, которые проводили сортировку правильно) и оказание экстренной помощи детям в приемном покое, т.е. в самые короткие сроки после поступления в стационар - является неотъемлемой частью стратегии ВОЗ. В соответствии с рекомендациями ВОЗ каждое медицинское учреждение должно иметь условия для экстренной оценки состояния ребенка (сортировка) и для проведения неотложной помощи ребенку с неотложными признаками в приемном покое при поступлении в учреждение. Экстренная оценка состояния ребенка проводится для выявления:

- а) неотложных признаков для планирования срочных вмешательств по жизненным показаниям;
- б) приоритетных признаков для проведения необходимых лечебно-диагностических мероприятий;
- в) не срочных случаев, где нет ни экстренных, ни приоритетных признаков.

По рекомендациям ВОЗ состояниями, требующими неотложной оценки, являются:

- Состояние проходимости дыхательных путей и состояние функции дыхания (нарушение проходимости или центральный цианоз или тяжёлая дыхательная недостаточность);
- Состояние кровообращения (холодные руки, плюс время капиллярного наполнения свыше 3х секунд

и слабый, частый пульс);

- Состояние сознания (комагиозное состояние или судороги на момент обследования);
- Степень обезвоживания (только у ребенка с диареей);

Диаграмма 1.

Сортировка больных в приемном отделении по стандартам (в целом по области).



Следующей основной задачей мониторинга –

была оценка организации помощи в приёмном покое районных медицинских объединений – усиление процесса своевременной помощи детям уже в условиях приемного покоя.

Индикатором при этом послужила оценка обеспечения лекарственными средствами приемного покоя согласно стратегии ВОЗ «Оказание стационарной помощи детям в стационарах».

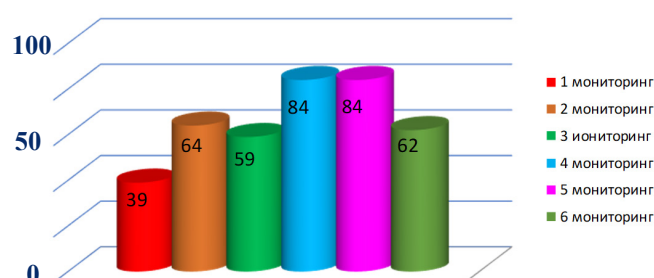
Согласно стратегии ВОЗ на первом этапе необходимо всегда иметь 4 основных видов лекарственных средств, что очень важно и вполне под силу обеспечить для любого стационара:

Таблица 2. Лекарственные средства, необходимые для оказания неотложной помощи в приемном покое.

1	Глюкоза 5%, 10% (50 мл, 100 мл, 200 мл)
2	Раствор Рингера лактата или физиологический раствор (50 мл, 100 мл, 200 мл)
3	Диазепам (сибазон) 0,5%
4	Раствор ОРС

Диаграмма 2.

Наличие основных лекарств в приемном покое РМО для оказания неотложной помощи (в целом по области).



Одной из задач исследования было: оценить степень взаимодействия РМО с первичным звеном на примере соотношения или доли больных, направленных врачами Сельских врачебных пунктов.

Диаграмма 3.

Поступление больных детей в приёмное отделение РМО.

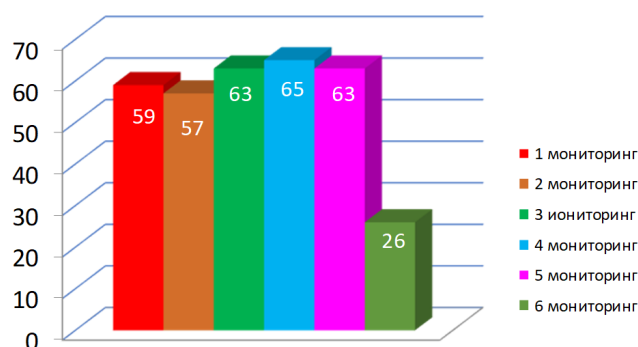


(зеленый кусок направлен врачом первичного звена или доставлен скорой помощью; красный - поступил самотёком)

Значительная часть стандартов мониторинга была сфокусирована на оценке тактики ведения больных детей с пневмонией, так как тяжелые формы пневмонии являются частыми причинами госпитализации. Один из таких индикаторов был нацелен на оценку уровня обоснованной госпитализации детей с пневмонией.

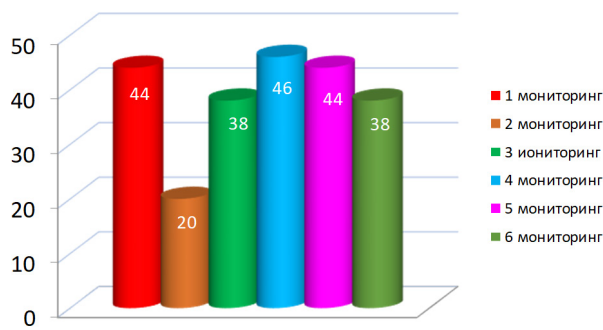
Диаграмма 4.

Обоснованность госпитализации больных пневмонией (в целом по области).



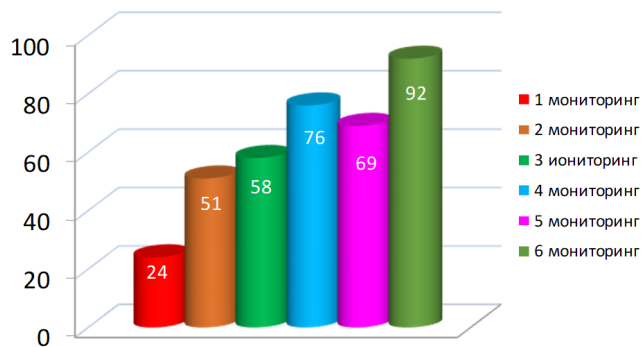
Одним наиболее строгим из стандартов был стандарт по назначению антибиотикотерапии при пневмонии у детей. Строгость стандарта заключалась в учёте только тех вариантов антибиотикотерапии, которые рекомендованы стратегией ВОЗ (ампициллин, гентамицин, клоксациллин, ко-тримаксазол, цефтриаксон).

Диаграмма 5.
Назначение антибиотиков при пневмонии в соответствии со стандартами ВОЗ.



Одним из самым легко выполнимым, но при этом важным аспектом стратегии, является – обоснованное назначение жаропонижающих средств.

Диаграмма 6.
Обоснованное назначение парацетамола при лихорадке (в целом по области).

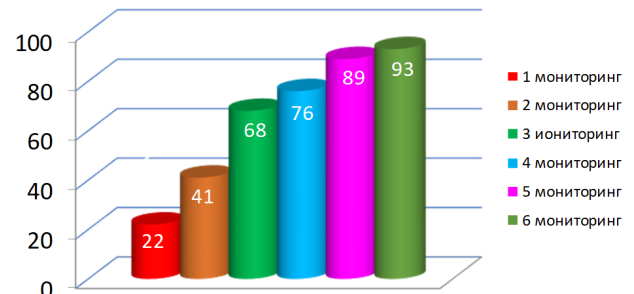


Но результаты были не совсем удовлетворительными при первой оценке. В некоторых РМО продолжали практику введения литической смеси (что не рекомендуется ВОЗ).

Зачастую даже в РМО, где врачами выписывался парацетамол, он использовался не совсем правильно. Несмотря на широкое использование парацетамола, во многих случаях он назначался необоснованно, т.е. при температуре ниже 38,5, а также иногда не симптоматически, а курсом на 3 и более дней. По результатам следующих мониторингов отмечается тенденция значительного улучшения ситуации по назначению жаропонижающих средств при лихорадке. Важно то, что все РМО уже перешла на применение парацетамола, однако в данном случае аудиторами принималось во внимание как обоснованное, так и правильное назначение (температура, длительность назначения, дозировка). В целом по области ситуация улучшилась почти в 4 раза. Один из следующих индикаторов – исполь-

зование быстродействующих бронхолитических средств (в частности, назначение ингаляционного сальбутамола) при обструктивном синдроме у детей.

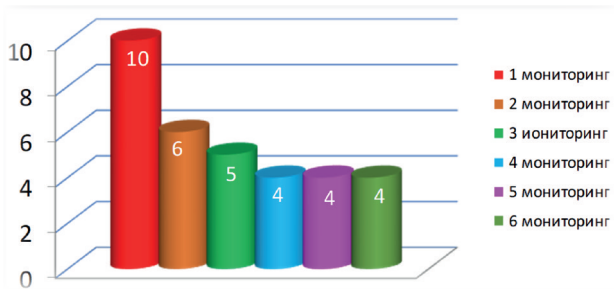
Диаграмма 7.
Назначение быстродействующих бронхолитических средств при ОБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ (в целом по области).



В целом картина была не очень хорошей при первой оценке. Данная ситуация могла возникнуть как вследствие того, что педиатры чаще всего продолжали использовать эуфиллин, который является препаратом с недоказанной эффективностью. Также, это могло быть продиктовано тем, что не было налажено обеспечение РМО сальбутамолом или незнанием врачей о новых рекомендациях. Показатель по использованию сальбутамола при обструктивном синдроме у детей значительно улучшился по результатам последних двух мониторингов. Возможно, это результат того, что этой проблеме уделяется большое внимание по области, например, созданы «Астма-школы», больше информирования проводится среди врачей по применению сальбутамола и контролю над Астмой. Стоит также отдельно отметить, что при желании врачей и поддержке администрации РМО можно очень легко ввести многие изменения.

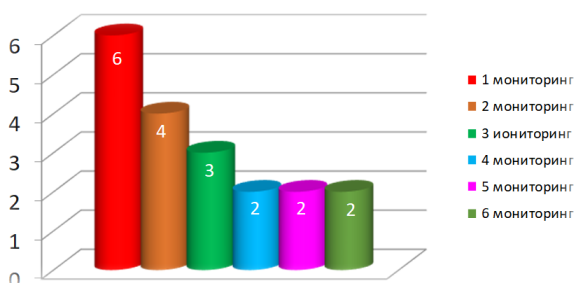
Изучалось среднее количество назначений на 1 больного ребенка по всем РМО при пневмониях. По результатам первого мониторинга при ознакомлении историями болезней выявлена полипрагмазия, т.е., назначались 10 и более препаратов в среднем на 1 больного ребёнка, значительную долю которых составлял инъекционный путь введения. Это были такие препараты, как: эуфиллин, строфантин, раствор хлорида кальция, алоэ, преднизолон, витамины и другие препараты.

Диаграмма 8.
Количество препаратов, применяемых при лечении пневмонии.



Результаты мониторингов улучшались постепенно. Последние мониторинги выявили то, что количество назначений при пневмонии по сравнению с первым мониторингом уменьшилось в 2,5 раза. По стандартам ВОЗ для лечения пневмонии средней тяжести применяется соответствующее антибактериальное средство, по необходимости жаропонижающее средство; для лечения «тяжелой пневмонии» кроме антибактериального средства и парацетамола, применяется оксигенотерапия; «очень тяжелые пневмонии» могут потребовать применения преднизолона и инфузионных средств. Результаты 6 мониторингов косвенно могут указывать на то, что врачи стали рационально подходить к своим назначениям, избегая назначения ненужных и не всегда эффективных препаратов. Уменьшились также, инъекционные пути введения лекарственных средств детям при лечении пневмонии, что положительно повлияет как на психологические аспекты терапии больного ребенка, так и на снижение внутрибольничной инфекции.

Диаграмма 9.
Количество препаратов, применяемых парентерально, при лечении пневмонии.



Результаты исследования: В целом по области отмечались значительные позитивные изменения (обоснованное и правильное назначение быстродействующих бронхолитиков при обструктивном синдроме и жаропонижающих при лихорадке, уменьшение количества назначаемых

препаратов и соответственно, парентерального введения, при пневмонии и др.) по многим стандартам рекомендованным ВОЗ, когда проводились регулярные обучения врачей и самомониторинги;

- Однако, имеются слабые стороны: нет взаимосвязи между первичным звеном и стационаром; наиболее слабым звеном является организация процесса сортировки и оказания неотложной помощи в условиях приемного покоя; не всегда обеспечивается поддержка на местах, часто нет соответствующих условий для внедрения стратегии; врачами не всегда соблюдаются стандарты госпитализации и лечения – необоснованная госпитализация, неадекватная терапия.

- Очень низкие результаты могут свидетельствовать, как о незнании врачей критериев госпитализации (тренинги ВОЗ по стратегии «Интегрированное ведение болезней детского возраста» не проводятся последние 7-8 лет, вместо ушедших обученных врачей, пришли необученные по стратегии ВОЗ), так и о наличии других проблем, таких как проблема заполнения стационарных коек. Или можно сказать, что ситуация значительно изменится после внедрения новой системы финансирования стационаров – по пролеченному случаю.

- Оценка выявила то, что значительное количество больных в разных РМО лечились не по стандартам ВОЗ. Причиной этому может быть: недостаточное обеспечение отделений антибиотиками, предпочтение врачами использовать на их взгляд более дорогих и сильных препаратов, к которым, по их мнению, нет резистентности у детей, влияние рекламных кампаний фармацевтических фирм. Иногда врачи сталкиваются с проблемой выбора пациентами других препаратов.

Пути решения проблем для улучшения качества медицинской помощи в РМО:

- Усиление взаимосвязи РМО с первичным звеном;
- Совершенствовать и стандартизировать структуру первичного обращения в РМО и процесс сортировки.
- Обеспечить рекомендуемыми ВОЗ препаратами и оборудованием для оказания неотложной помощи на первом этапе оказания медицинской помощи в стационаре.
- Систематическая поддержка со стороны со стороны

администрации и органов управления: поощрение лучших и помощь отстающим в решении проблем;

- Для достижения большего эффекта по результатам внедрения программы, необходимо продолжать систематическое обучение врачей РМО по стратегии ВОЗ «Интегрированное ведение болезней детского возраста на госпитальном уровне»;
- Обучение персонала и руководителей больниц навыкам менеджмента, подходам Повышения Качества с фокусом на рациональное планирование и распределение ресурсов.
- Улучшение обеспеченности необходимыми лекарствами детских отделений РМО, за счет уменьшения полипрагмазии и рационального использования лекарственных средств;

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Обзор интегрированного ведения болезней детского возраста (ИББДВ) в Европейском регионе ВОЗ / Susanne Carai, Aigul Kuttumuratova и Martin Weber. - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2018 г. – 100 стр. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/389610/imci-review-rus.pdf
2. Показатели мирового развития. Всемирный банк данных.
3. "Смертность среди детей до пяти лет". Всемирная организация здравоохранения.
4. "ГНУ. Панель визуализации данных мировой статистики здравоохранения. Уровень смертности детей в возрасте до пяти лет". Всемирная организация здравоохранения.
5. ВОЗ. Информационный бюллетень. Февраль 2019. Основные факты. <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health>

Информация об авторх:

© КАБИЛОВА Д.К. - Ферганский медицинский институт общественного здоровья. г. Фергана.

Muallif haqida ma'lumot:

© KABILOVA D.K.- Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti. Farg'ona sh.

Information about the authors:

© KABILOVA D.K. - Fergana medical institute of public health. Fergana.