



ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Документ исследования политики № 68

**Ситуационный анализ по обоснованности госпитализаций
среди детей до 5 лет и беременных женщин**

Гулгун Мурзалиева¹
Рахат Чолурова²
Аида Зурдинова³

Бишкек
Январь, 2009

¹ Консультант, Общественный Фонд «Центр Анализа Политики Здравоохранения», Бишкек, Кыргызстан;

² Местный консультант по вопросам улучшения качества, Министерство здравоохранения КР;

³ Заведующая кафедрой клинической фармакологии, Кыргызский Российско-Славянский Университет.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	3
ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ	4
1. ВВЕДЕНИЕ	5
2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ	6
3. МЕТОДОЛОГИЯ	6
3.1. Описание выборки.....	6
3.2. Разработка анкет для сбора данных.....	7
3.3. Критерии для оценки лечения.....	7
4. ВЫБОР КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ	8
4.1. Краткий обзор международного опыта по проведению исследований по обоснованности госпитализаций.....	8
4.2. Критерии госпитализации для детей до 5 лет.....	9
4.3. Критерии госпитализации для беременных женщин.....	11
5. АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ	12
5.1. Общая характеристика госпитализированных детей.....	12
5.2. Период до госпитализации.....	15
5.3. Оценка отобранных критериев для госпитализации.....	16
5.4. Анализ обоснованности госпитализаций.....	19
5.5. Лечение в стационаре.....	20
5.6. Выводы.....	24
6. АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	25
6.1. Общая характеристика беременных женщин.....	25
6.2. Характеристика госпитализаций.....	26
6.3. Анализ обоснованности госпитализаций.....	29
6.4. Лечение.....	32
6.5. Выводы.....	33
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	34
8. РЕКОМЕНДАЦИИ	35
ЛИТЕРАТУРА	36
ПРИЛОЖЕНИЯ	37
Приложение 1.....	37
Приложение 2.....	38

Список сокращений

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГБ	Гипертоническая болезнь
ГСВ	Группа семейных врачей
ИБВДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста
КП	Клинические протоколы
КГМИиПК	Киргизский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
ЛС	Лекарственные средства
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
НЦОМИД	Национальный центр охраны материнства и детства
ПГГ	Пакет Государственных Гарантий
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПОР	Пункт оральной регидратации
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ЦСМ	Центр семейной медицины

Выражение благодарности

Исследовательская группа Центра анализа политики здравоохранения выражает признательность всем руководителям, заведующим отделениями и сотрудникам организаций здравоохранения г.Бишкек, Чуйской, Иссык-Кульской и Ошской областей, непосредственно принимавших участие в данном исследовании, за содействие и большой вклад при сборе информации.

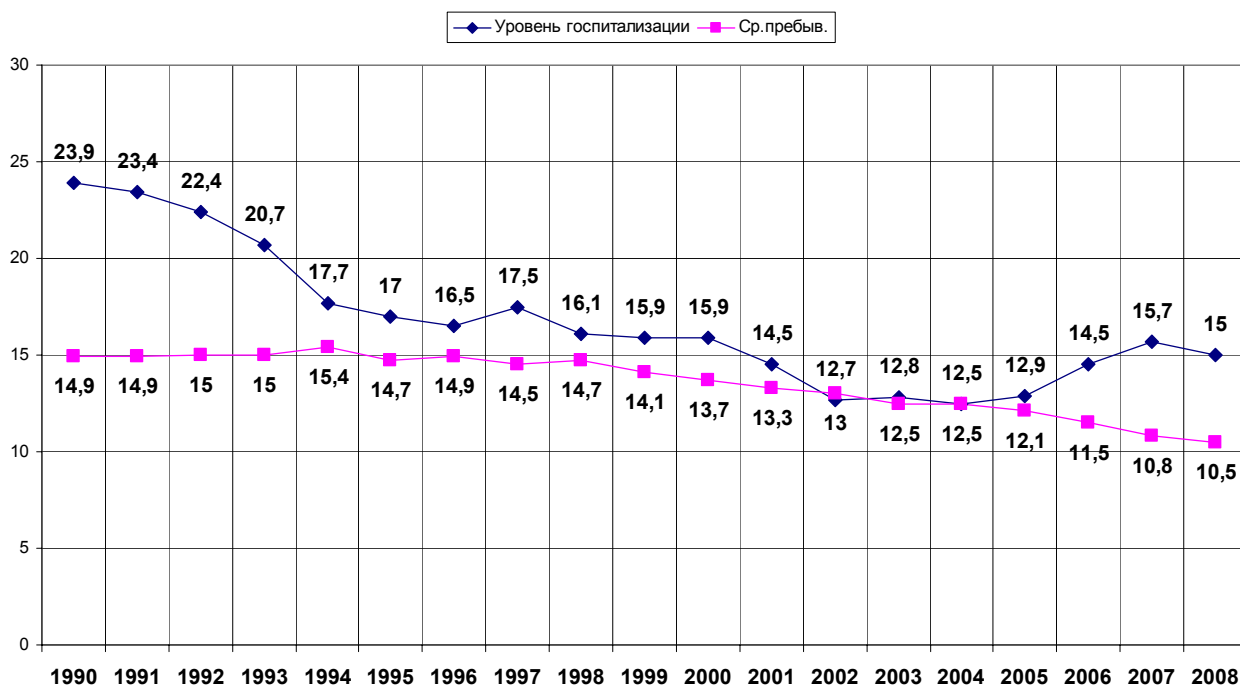
Также мы хотели бы поблагодарить коллег по проведению исследования за участие в обсуждениях и неоценимую помощь при разработке методологии данного исследования – **Бартона Смит**, Консультанта по вопросам семейной медицины STLI/USAID, **Медведеву Ирину Борисовну**, заместителя Директора Республиканского родильного дома, **Землянухину Людмилу Степановну**, ассистента кафедры инфекционных болезней КГМА, **Иманалиеву Чолпон Азаматовну**, Координатора Программы по здравоохранению и питанию, UNICEF, **Нажимидинову Гульмиру Ташалиевну**, Руководителя Центра ИВБДВ при НЦОМИД, и **Шукурову Венеру Кожоновну**. ассистента кафедры педиатрии КГМИиПК.

Раздел 1. Введение

В течение последних лет все чаще обращает на себя внимание вопрос об обоснованности госпитализаций в организациях здравоохранения Кыргызской Республики. Актуальность вопроса обусловлена наличием тесной взаимосвязи уровня госпитализаций с качеством предоставляемых услуг, а именно с обеспечением соответствия медицинской помощи объективному состоянию пациента на соответствующем (амбулаторном или стационарном) уровне системы здравоохранения и обеспечением преемственности в оказании услуг.

Как показывают данные Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ), за период с 2006 по 2008 гг. произошел значительный рост уровня госпитализаций (рис.1.). Эта тенденция отмечена практически во всех регионах страны. Частично это связано с теми изменениями, которые были внесены в Программу Государственных Гарантий (ППГ) и предусматривали бесплатное оказание услуг детям до 5 лет и лицам старше 75 лет. Как следствие, пациенты даже при нетяжелом течении заболеваний стали отдавать предпочтение стационарному лечению по сравнению с лечением на уровне ПМСП.

Рис.1.1. Уровень госпитализации (%) и средняя длительность пребывания больного в стационаре, Кыргызская Республика, 1900-2008 годы.



По данным ФОМС, процент по необоснованным госпитализациям в среднем по республике составляет 3% с незначительными ежегодными колебаниями. Данный показатель рассчитывается на основе общего количества историй болезни, отобранных для проведения экспертной оценки. Оказалось, что обоснованность госпитализаций во всех регионах страны оценивается в ходе врачебной экспертизы, полагаясь в основном на профессиональный опыт врача-эксперта. Какого-либо единого набора объективных и согласованных критериев для оценки обоснованности госпитализаций по заболеваниям или, по крайней мере, группе заболеваний нет. Кроме того, МЗ не располагал данными по обоснованности госпитализаций среди пациентов разных возрастных групп в зависимости от профиля госпитализации.

Данный отчет содержит следующую информацию: краткое описание методологии, обоснование выбора критериев госпитализаций, затем отдельно представлен анализ госпитализаций по детям до 5 лет и беременным женщинам, заключение и рекомендации, выработанные на основе полученных данных.

Раздел 2. Цель исследования

Принимая во внимание все вышеперечисленные факторы, а также приоритетность здоровья матери и ребенка в политике здравоохранения, МЗ КР инициировало проведение настоящего исследования, основной **целью** которого является проведение ситуационного анализа по обоснованности госпитализаций среди детей до 5 лет и беременных женщин для принятия последующих решений по улучшению оказания им медицинской помощи.

Были поставлены следующие **вопросы для исследования**:

- 1) На основании каких критериев в настоящее время осуществляется госпитализация детей до 5 лет и беременных женщин?
- 2) Какие состояния/диагнозы преобладают у госпитализированных пациентов?
- 3) Каков процент необоснованных госпитализаций среди детей до 5 лет и беременных женщин?
- 4) Насколько предоставляемое в стационаре лечение соответствует международным руководствам/рекомендациям?

Вопрос для исследования №4 первоначально не входил в рамки данного исследования, но необходимость его включения стала очевидной во время пилотирования инструментов для сбора данных.

Раздел 3. Методология

3.1. Описание выборки

Ретроспективный анализ историй болезни был проведен в организациях здравоохранения следующих регионов:

- г.Бишкек (Детская клиническая больница скорой медицинской помощи №3, Национальный Центр охраны материнства и детства, Родильные дома №1 и №2 г.Бишкек);
- Чуйская область (Чуйская областная объединенная больница);
- Иссык-Кульская область (Иссык-Кульская областная объединенная больница, территориальные больницы Жети-Огузского, Тюпского, Ак-Сууйского районов и г. Балыкчи);
- Ошская область (Межобластная детская клиническая больница (г. Ош), Городской перинатальный центр г.Ош, Территориальные больницы Ноокатского, Араванского и Карасуйского районов, Карасуйская детская больница).

Истории болезни отбирались преимущественно в детских отделениях общей соматологии и отделениях патологии беременных методом случайной выборки за зимний (январь-февраль) и летний (июль-август) месяцы в среднем от 20 до 30 % от общего количества представленных медицинских карт. В целом в рамках исследования были проанализированы 825 историй болезни детей в возрасте до 5 лет и 755 историй болезни беременных женщин (таблица 3.1.).

Таблица 3.1. Количество историй болезни в выборке

Регион	Дети до 5 лет	Беременные женщины
Бишкек	150	172
Чуйская область	83	41
Иссык-Кульская область	409	343
Ошская область	183	199
Всего	825	755

3.2. Разработка анкет для сбора данных

На основе международного опыта, действующих нормативных документов МЗ КР, неоднократных консультаций с экспертами-партнерами по исследованию и с учетом результатов пилотирования были подготовлены анкеты для сбора данных по госпитализированным детям до 5 лет и беременным женщинам.

Анкеты включали в себя следующую информацию:

- Паспортные данные пациента;
- Направившее учреждение;
- Дата/время и продолжительность госпитализации;
- Диагноз (при поступлении, клинический и заключительный);
- Анамнез заболевания;
- Перечень основных жалоб и данные клинико-лабораторного обследования. Обоснование выбора критериев для оценки госпитализаций более подробно приводится в Разделе 4 (см. стр. 8);
- Лечение (до и во время госпитализации).

3.3. Критерии для оценки лечения

Во время пилотирования анкет было принято решение провести также анализ назначенного лечения (4й вопрос для исследования). В связи с этим, на основе рекомендаций ВОЗ⁴ были отобраны три индикатора.

Индикатор 1. Среднее количество лекарственных средств, выписанных на одного больного

Данный индикатор позволяет оценить уровень полипрагмазии и, соответственно, распространенность нерациональной практики назначения лекарственных средств (ЛС). Индикатор рассчитывался по формуле:

$$\text{Среднее число ЛС, выписанных на одного больного} = \frac{\text{Всего ЛС, выписанных на общее количество больных}}{\text{Всего исследованных историй болезней}}$$

Индикатор 2. Процент назначения антибиотиков

Данный индикатор определяет общий уровень использования антибиотиков, чрезмерное применение которых может обуславливать риск развития микробной резистентности к антибиотикам. Индикатор рассчитывался по формуле:

$$\% \text{ назначения антибиотиков} = \frac{\text{Всего случаев назначения 1 или более антибиотиков}}{\text{Всего историй болезней}} \times 100$$

⁴ Руководство по надлежащему назначению лекарственных препаратов, ВОЗ, 1997.

Индикатор 3. Процент назначения инъекционных лекарственных форм

Предпочтительное использование инъекционных лекарственных форм (в/м, в/в) по сравнению с пероральными препаратами, увеличивает риск неблагоприятных реакций со стороны организма пациента и передачи некоторых заболеваний. Индикатор рассчитывался по формуле:

$$\% \text{ назначения инъекций} = \frac{\text{Всего больных, которым назначены инъекции}}{\text{Всего историй болезней}} \times 100$$

4. Выбор критериев для оценки обоснованности госпитализаций

4.1. Краткий обзор международного опыта по проведению исследований по обоснованности госпитализаций

Изучение международной литературы показало наличие разнообразных подходов к оценке обоснованности госпитализаций (см. список литературы, № 1-8). Как правило, ключевым этапом исследований являлась разработка протокола/стандарта с перечнем критериев для оценки госпитализаций. При выборе критериев во внимание принимались **различные параметры** и их сочетание:

- 1) **категория пациентов:** возрастная группа, профиль отделений/патологии (например, терапия, хирургия, травматология, гинекология и т.д.);
- 2) **оценка конкретного одного дня пребывания пациента в стационаре (cross-sectional study) или случая госпитализации в целом (retrospective study);**
- 3) **объективное состояние самого пациента** (например, высокая лихорадка, потеря крови, кома, указание диагноза или клинико-затратной группы т.д.);
- 4) **наличие медицинских манипуляций и их характер** (врачебные, медсестринские);
- 5) **дополнительные характеристики госпитализации** (экстренные/ плановые, дата, день недели и час поступления, расстояние от дома до больницы, длительность пребывания, критерии выписки и др.);
- 6) **дополнительные характеристики пациента** (социо-демографические, образование, семейное положение, наличие работы/ социальной поддержки и т.д).

На основе отобранных критериев определялся процент необоснованных госпитализаций. Например, в **Канаде** была проведена оценка обоснованности пребывания в стационаре 852 пациентов в возрасте от 0 до 20 лет (*Jane E. Gloor, Nianjan Kissoon and Gary I. Joubert, 1993*). Они были ранжированы по категориям: 0 - 2 мес., 2 мес - 1 год, 1 – 5 лет, старше 5 лет до 20. Оценивался 1 день в месяц в течение года по 26 отобранным критериям (перечень критериев приведен в Приложении 3). Изучались все медицинские карты за исключением карт пациентов в реанимационном отделении и новорожденных в норме (за норму принят срок свыше 35 недель и 2000 грамм веса). Всего было оценено 475 терапевтических, 359 хирургических дней и 18 дней по другим видам услуг. Было выявлено 24 % необоснованных госпитализаций.

Протокол исследования, проведенного в **Италии**, включал в себя в основном дополнительные характеристики госпитализации и самого пациента (*Aida Bianco, Claudia Pileggi, Francesca Trani and Italo F. Angelillo, 2003*). Было оценено 656

госпитализаций среди детей. В целом 30% госпитализаций и 55,5% дней пребывания были оценены как необоснованные.

В соответствии с методологией исследования, проведенного в *Испании* (*David Oterino de Lafuente, Salvador Peir, Catalina Marchan, Eduard Portella, 1996*), предполагалось изучение 611 карточек пациентов в возрасте до 7 лет в каждом отделении отобранной больницы по разным профилям за 2 полных месяца. Процент необоснованных госпитализаций составил 43,9%.

В *Соединенном Королевстве* (*Aneez Ismail, Julie Ann Quayle, Chris Roberts, 2000*) было проведено масштабное исследование 3324 госпитализаций в 13 стационарах. Были изучены все карточки за 1 год. Всего 3384, из них 8% - необоснованные госпитализации. Низкий процент необоснованных госпитализаций связывался с наличием развитой первичной медико-санитарной помощью.

Необходимо отметить, что исследования по обоснованности госпитализаций не включают анализ назначенного в стационаре лечебных мероприятий. Обычно эти вопросы рассматриваются в исследованиях по оценке качества медицинских услуг. Пример анализа лечения на госпитальном уровне приведен в рамках исследования, проведенного в Казахстане, Молдове и России (*Trevor Duke, Elena Keshishyan, Aigul Kuttumuratova, и др., 2006*).

В целом обзор критериев для оценки обоснованности госпитализаций, используемых в международной литературе, показал, что большая их часть нуждается в адаптации для применения в условиях Кыргызстана из-за различных условий функционирования организаций здравоохранения (уровень оснащения, отличие видов и объемов услуг, оказываемых по уровням оказания помощи и т.д.). Была заимствована структура критериев, а именно в качестве основного перечня выступали критерии, связанные, прежде всего с объективным состоянием самого пациента, а для получения более полной картины частично были использованы дополнительные характеристики госпитализаций и дополнительные характеристики самого пациента (стр.8., пункты №5 и №6).

4.2. Критерии госпитализации для детей до 5 лет

В настоящее время специалисты первичного уровня здравоохранения при оказании и помощи детям руководствуются принципами, заложенными в стратегии по Интегрированному ведению болезней детского возраста (ВОЗ/ЮНИСЕФ, 2001) и разработанными на ее основе клиническими протоколами (Приказ МЗ КР №254 от 30.05.2008 г. «Об утверждении новых клинических протоколов по ИВБДВ»). Перечень утвержденных клинических протоколов включает в себя следующие четыре нозологии:

- Гнойный неуточненный средний отит у детей
- Острый тонзиллит неуточненный
- Внебольничные пневмонии у детей
- Острые кишечные инфекции у детей до 5 лет

Наряду с информацией по диагностике и лечению наиболее распространенных патологических состояний у детей, в руководстве и клинических протоколах определены состояния, при которых необходима госпитализация. Именно эти критерии были взяты за основу для проведения оценки обоснованности госпитализаций среди детей до 5 лет в отобранных стационарах КР. Перечень включает 33 критериев (таблица 4.1.).

Таблица 4.1. Критерии для госпитализации среди детей до 5 лет

№	Критерии для госпитализации
Общие признаки опасности	
1	Ребенок не может пить или сосать грудь
2	У ребенка рвота после любой пищи или питья
3	У ребенка были судороги
4	Ребенок заторможен или без сознания
Пневмония	
5	Втяжение нижней части грудной клетки в покое
6	Стридор в покое (шумное дыхание, развивающееся в случае обструкции трахеи или гортани)
7	Неэффективное амбулаторное лечение в течение 3х дней от начала антибактериальной терапии
8	Осложнения (токсические, септические, внелегочные)
9	Тяжелые преморбидные состояния (хронические расстройства питания, рахит 2-3 степени, анемия 2-3 степени, пороки развития)
10	Пневмония на фоне хронических заболеваний (нефрит, лейкоз, системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет)
11	Неблагоприятные социальные факторы (многодетные, асоциальные, нуждающиеся семьи)
Диарея	
12	Запавшие глаза
13	Не может пить или пьет плохо
14	Кожная складка расправляется очень медленно (более 2 секунд)
15	Неэффективность терапии в ПОР
16	Отсутствие эффекта от проводимой антибактериальной терапии на амбулаторном уровне
17	Тяжелое нарушение питания
18	Диарея 14 и более дней с обезвоживанием (затяжная, тяжелая форма)
19	Диарея 14 дней и более у младенца (0-2 мес.) (затяжная форма)
20	Стул со слизью или кровью у младенца
21	Дети из закрытых детских учреждений
Лихорадка (37,5° С и выше)	
22	Лихорадка в течение 5 дней и более (затяжная)
23	Ригидность затылочных мышц
24	Глубокие или обширные язвы рта
25	Помутнение роговицы
Острый тонзиллит	
26	Не может пить (абсцесс глотки)
27	Отсутствие снижения температуры и болей в горле в течение 2х дней на фоне амбулаторного лечения
Гнойный средний отит	
28	Болезненное припухание за ухом (мастоидит)
29	Гнойные выделения из уха 14 и более дней
30	Поздние осложнения (2-3 неделя) (ревматическая лихорадка, постстрептококковый гломерулонефрит)

Нарушение питания и анемия	
31	Видимое тяжелое истощение
32	Выраженная бледность ладоней
33	Отек обеих стоп

4.3. Критерии госпитализации для беременных женщин

При разработке анкеты, включающей критерии для госпитализации беременных женщин, имели место некоторые сложности. К моменту начала данного исследования в стране существовали утвержденные Приказом МЗ КР №539 от 21 ноября 2008 г. клинические протоколы по акушерству-гинекологии, в том числе и для первичного уровня здравоохранения (список нозологических единиц см. в Приложении 1). На основании этих протоколов был сформирован перечень критериев для госпитализации беременных женщин. Однако эти протоколы не покрывали всех патологических состояний беременных. Международные рекомендации и руководства⁵ содержат более широкий перечень показаний для госпитализации беременных женщин. Однако было сложным подвести их к одному знаменателю и выработать четкий критерий по всем состояниям.

На основании пилотного тестирования анкеты было выявлено, что диагнозы «Угроза выкидыша» и «Угроза преждевременных родов» являются распространенными состояниями, но утвержденных критериев для госпитализации по этим состояниям не имелось. Поэтому было принято решение провести ситуационный анализ по всем случаям госпитализации за определенный период, и провести оценку по выявлению критериев госпитализации по гипертензивным состояниям и пиелонефриту, а также проанализировать на основании каких критериев проводят госпитализацию диагнозов «Угроза выкидыша и преждевременных родов» для выработки определенных рекомендаций. Диагноз «Преждевременные роды» был исключен из критериев госпитализации, поскольку одним из условий включения в исследование были случаи не закончившиеся родами.

Таким образом, была разработана анкета, включающая четкие критерии госпитализации при гипертензивных нарушениях и пиелонефритах (Таблица 4.2).

Таблица 4.2. Утвержденные критерии для госпитализации среди беременных женщин

№	Критерии для госпитализации
Гипертензивные нарушения при беременности (гипертензия беременных, преэклампсия)	
1	Повышение АД (выше 140/90 мм рт.ст.) без протеинурии
2	Протеинурия (выше 0,3 г/л) без гипертензии
3	Гипертензия (выше 140/90 мм рт.ст.) и протеинурия (выше 0,3 г/л)
4	Гипертензия/протеинурия в сочетании с любым из ниже перечисленных симптомов: головная боль, боли в животе и эпигастральной области, мелькание мушек перед глазами, изменение двигательной активности плода, нарастание отеков, уменьшение количества мочи
Пиелонефрит при беременности	
5	Повышение температуры тела (до 39-40° С) в сочетании с лейкоцитурией (более 2000 по Нечипоренко)

⁵ Интегрированное ведение беременности и родов: Оказание помощи при осложненном течении родов. Руководство для акушерок и врачей, ВОЗ, 2000;

5. Анализ госпитализаций среди детей до 5 лет

5.1. Общая характеристика госпитализированных детей

Среди 825 пациентов, чьи истории болезни были включены в выборку, преобладали дети от 0 до 1 года, 418 чел., 50,7% (рис.5.1.). Общее количество мальчиков было 58%, девочек - 42 %.

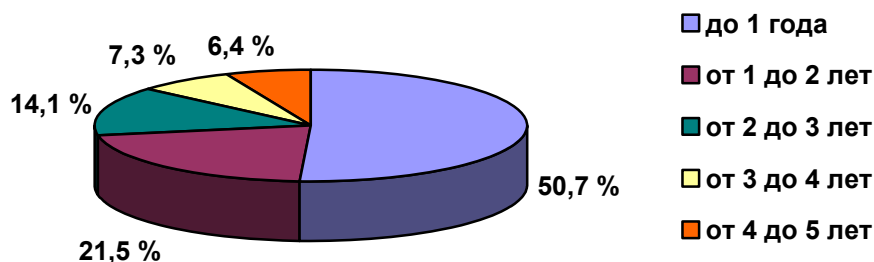


Рис. 5.1. Распределение детей по возрасту, в %, n - 825

Как уже было отмечено, в исследование были включены истории болезни только тех детей, которые находились на госпитализации в отделениях общей соматике. Общее состояние пациентов при поступлении в 74,9 % случаев было расценено как среднетяжелое (рис. 5.2.). Среди детей, поступивших в тяжелом и очень тяжелом состоянии преобладали дети в возрасте от 0 до 1 года.

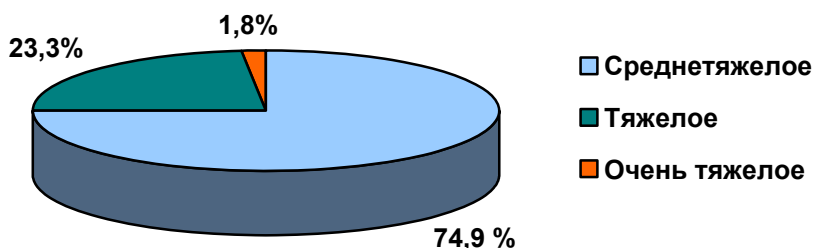


Рис. 5.2. Распределение детей по тяжести состояния, в %, n - 825

Перечень диагнозов, указанных в истории болезни в качестве основного клинического диагноза, включал 28 различных нозологий. Среди них по всем регионам значительно преобладали болезни органов дыхания: до 86,1% в возрастной группе от 0 до 1 года и 70,0% среди детей в возрасте от 1 года до 5 лет (таблица 5.1.).

Таблица 5.1. Перечень основных клинических диагнозов, n - 825

Основной Клинический Диагноз	до 1 года		от 1 до 5 лет		Всего абс.ц.
	абс.ц.	%	абс.ц.	%	
Болезни органов дыхания	360	86,1	285	70,0	645
Другие	58	13,9	122	30,0	180
Всего	418	100	407	100	825

В группу «Другие» вошли в основном такие заболевания, как ОРВИ (93 чел.), тонзиллиты (27 чел.), инфекции мочевыводящих путей (12 чел.), значительно реже - отиты, гипоксическая энцефалопатия, атопический дерматит, стрептодермия, эпилепсия, сахарный диабет и т.д. (перечень почти аналогичен сопутствующим диагнозам, см. табл.5.3.). Болезни органов дыхания в свою очередь включали четыре основных диагноза (таблица 5.2.), где преобладала острая бронхопневмония (48,7%).

Таблица 5.2. Данные по болезням органов дыхания, по регионам, n - 645

Диагноз	Г. Бишкек		Чуйская обл.		Иссык-Кульская обл.		Ошская обл.		Всего	
	До 1 года	1 - 5 лет	До 1 года	1 - 5 лет	До 1 года	1 - 5 лет	До 1 года	1 - 5 лет	абс.ц.	%
Острый ларинготрахеит и трахеобронхит	-	-	3	2	16	11	2	4	38	5,9
Острый бронхит	4	16	9	11	12	4	12	12	80	12,4
Острый обструктивный бронхит	33	24	16	7	76	44*	25	32	213	33,0
Острая бронхопневмония	17	51	3	17	100	56	32	38	314	48,7
Всего	54	91	31	37	204	115	71	86	645	100

Примечание: включает один случай бронхиальной астмы (Иссык-Кульская область).

Также в таблице 5.3. представлен перечень сопутствующих диагнозов. Наиболее распространенным состоянием была анемия 1-2 степени.

Следует отметить, что в разных организациях здравоохранения и по регионам формулировка одних и тех же основных клинических диагнозов имела значительные вариации, не соблюдался единый формат, т.е. где-то не было указаний на тяжесть течения, где-то – клиническая форма и т.д.

Например, для диагноза анемии встречались следующие варианты:

- «Дефицитная анемия»;
- «Анемия гипохромная смешанного генеза»;
- «Железодефицитная анемия»;
- «Анемия».

Для бронхопневмоний - следующие варианты:

- «Острая двусторонняя очаговая бронхопневмония, вирусно-бактериальной этиологии, тяжелой тяжести»;
- «Острая двусторонняя бронхопневмония, острое течение, тяжелой тяжести»;
- «Острая двусторонняя бронхопневмония, тяжелое течение»;
- «Острая двусторонняя бронхопневмония с обструктивным синдромом».

Таблица 5.3. Перечень сопутствующих диагнозов, по регионам, n - 825

Сопутствующий Диагноз	г. Бишкек		Чуйская обл.		Иссык-Кульская обл.		Ошская обл.		Всего	
	До 1 года	1-5 лет	До 1 года	1-5 лет	До 1 года	1-5 лет	До 1 года	1-5 лет		
	n - 64	n - 86	n- 40	n - 43	n-233	n-176	n - 81	n-102	n-825	%
Анемия I степени (91 – 110 г/л)	23	30	17	24	36	47	27	38	242	29,3
Анемия II степени (ниже 90-71 г/л)	4	7	5	9	15	9	24	15	88	10,7
Анемия III степени (ниже 70 г/л)	-	1	-	-	-	-	1	4	6	0,7
Врожденный порог сердца	1	1	-	-	4	2	-	-	8	1,0
Гипоксическая энцефалопатия	5	2	2	2	6	1	16	3	37	4,5
Детский церебральный паралич	-	-	-	-	1	1	-	-	2	0,2
Эпилепсия	-	2	-	-	-	-	-	-	2	0,2
Тимомегалия	8	1	3	2	-	1	4	-	19	2,3
Острый гастроэнтерит	-	-	-	-	2	-	1	-	3	0,4
Аскаридоз, Энтеробиоз, Лямблиоз	-	2	-	4	2	11	-	2	21	2,5
Инфекция мочевыводящих путей	-	4	-	3	4	3	-	-	14	1,7
Внутриутробная инфекция	8	5	-	-	-	-	3	-	16	1,9
Атопический дерматит	3	-	-	-	1	2	1	-	7	0,8

Необходимо также отметить, что постановка как основных, так и особенно, сопутствующих диагнозов, не всегда была подкреплена соответствующими записями в историях болезни при описании объективного статуса или лабораторными данными (например, при таких состояниях, как анемия, гипоксически-ишемическая энцефалопатия и др.).

Средняя продолжительность пребывания пациентов на койке составила по г. Бишкек 10,6 дней, по Чуйской области – 8 дней, по Иссык-Кульской области – 8,5 дней и по Ошской области - 8,2 дня.

5.2. Период до госпитализации

подавляющая часть детей поступала на госпитализацию по направлению ЦСМ/ГСВ (рис.5.3.).

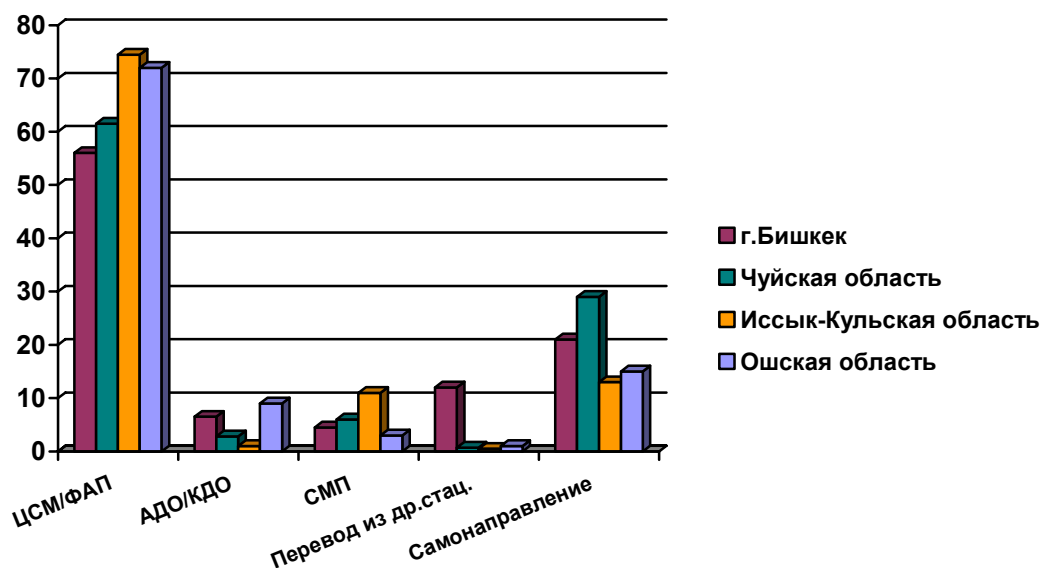


Рис. 5.3. Направление на госпитализацию, по областям, n - 825

В г.Бишкек и Чуйской области по сравнению с другими областями этот процент оказался ниже (56% и 61,5% соответственно). Что касается самонаправлений, то самый высокий процент отмечен в Чуйской области и затем в г.Бишкек (29% и 21% соответственно). Роль амбулаторно-диагностических и клиничко-диагностических отделений, а также скорой помощи в направлении детей на госпитализацию была незначительна.

По признанию врачей, очень много пациентов приходит в стационар напрямую. Часть из них приходится госпитализировать, а направление от ГСВ в таких случаях родственники пациентов приносят позже. В ходе проведения исследования, особенно в организациях здравоохранения г.Бишкек, приходилось наблюдать как врачи стационара вынужденно консультируют амбулаторных больных. Врачи по регионам отмечают, что общий уровень осведомленности населения относительно наблюдения за состоянием ребенка, приема препаратов, ухода во время болезни требует улучшения. Многие молодые родители, в частности мамы, не имеют достаточных навыков по уходу, особенно за детьми до года.

Около двух третей госпитализаций являлись плановыми, по времени суток они распределились следующим образом (таблица 5.4.). Поступление в ночное время может служить косвенным показателем тяжести состояния (экстренности) при поступлении.

Таблица 5.4. Время госпитализации пациентов в стационар, n - 825

Регион	с 8.00 утра и до 17.00	После 17.00 и в ночное время
	%	%
Бишкек	67,8	32,2
Чуйская область	85,5	14,5
Иссык-Кульская область	84,9	15,1
Ошская область	85,8	14,2

Что касается лечения на амбулаторном этапе до госпитализации, то оно в большей части случаев проводилось под наблюдением семейного врача (рис.5.3.).

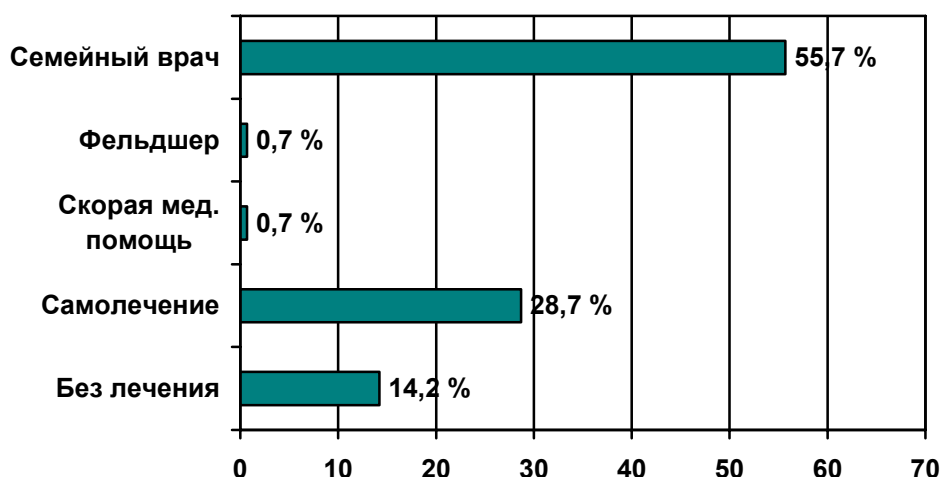


Рис. 5.4. Лечение на догоспитальном этапе, n – 825

При этом общий процент родителей, занимавшихся самолечением или не предпринимавших никаких мер является довольно высоким (42,9%). Данные анамнеза показывают, что одни родители могут в течение первых дней заболевания ограничиваться жаропонижающими, отхаркивающими, и направляются в стационар при значительном ухудшении состояния ребенка. Другие самостоятельно начинают прием антибиотиков, зачастую не соблюдая дозировку или кратность приема препаратов. При этом следует отметить, что скорая помощь в основном занимается транспортировкой пациентов, а лечебные мероприятия включают назначение литической смеси.

На догоспитальном этапе прежде всего используются жаропонижающие, такие как парацетомол, панadol, Нурафен, антигриппин, анальгин+димедрол (в/м), аспирин. Среди антибактериальных средств отдается предпочтение Аминопенициллинам и пенициллинам (амоксциллин, ампициллин, ампиокс, пенициллин), Цефалоспорином (цефазолин, цефтриаксон) и сульфаниламидам (бисептол, котримаксазол). Из отхаркивающих средств использовали следующие: амбросан, мукалтин, Линкас, таблетки от кашля, амбробене.

Среднее количество дней болезни до госпитализации детей в среднем составила в зимние месяцы (январь-февраль) 5,3 дня, а в летние месяцы (июль-август) - 6,4 дней.

5.3. Оценка отобранных критериев для госпитализации

В ходе исследования были детально изучены истории болезни 825 детей. Учитывались жалобы, анамнез, объективный статус, лабораторные данные и назначенное лечение до госпитализации.

Записи в историях болезни показывают, что **наиболее часто встречаются описания 7 из 33 утвержденных критериев для госпитализации** детей до 5 лет (таблица 5.5.). Пациентов с описанием остальных критериев, включая критерии по диарее и отитам, в выборке не оказалось, что скорее связано со спецификой отделений общей соматик.

Наибольший процент приходится на (1) лихорадку более 5ти дней и (2) неэффективное амбулаторное лечение при пневмонии в течение 3х дней от начала антибактериальной терапии, т.е. в основном на критерии, связанные с болезнями органов дыхания.

Таблица 5.5. Частота критериев для госпитализации среди детей до 5 лет, n - 825

№	Критерий	Г. Бишкек		Чуйская обл.		Иссык-Кульская обл.		Ошская обл.		Всего	
		n-64	n-86	n-40	n-43	n-233	n-176	n-81	n-102	n-825	%
Общие признаки опасности											
1	Судороги	-	1	2	1	6	10	2	3	25	3,0
2	Заторможен или без сознания	-	1	-	-	1	2	-	-	4	0,5
Пневмония											
3	Стридор в покое	5	4	3	2	15	11	-	3	43	5,2
4	Неэффективное амбулаторное лечение в течение 3х дней от начала антибактериальной терапии	11	16	6	7	22	15	12	18	107	13,0
Лихорадка											
5	Температура 37,5 ⁰ С и выше более 5 дней	10	29	19	27	92	55	23	36	291	35,3
6	Ригидность затылочных мышц	-	-	-	-	1	3	-	-	4	0,5
Острый тонзиллит											
7	Боли в горле в течение 2х дней на фоне амбулаторного лечения	-	-	2	-	5	10	-	-	17	2,1

Таким образом, чуть больше одной трети госпитализированных детей при поступлении имели лихорадку более 5 дней (291 чел., 35,3%). Однако, практически у 90 % из них температура тела, как правило, приходила в норму на 1-2 сутки госпитализации. В это число не вошли пациенты с температурой длительностью менее 5 дней. Обращает на себя внимание факт, что у части детей имелись повторные подъемы температуры тела (г.Бишкек и Чуй – у 14% детей, Иссык-Куль – 4,2%, по Ошской области - у 6%) на 3-9-е сутки пребывания в стационаре (случаи реинфекции).

Среди бронхолегочных заболеваний самой значимой причиной для обращения в стационар являлось появление затрудненного дыхания («начал задыхаться», «было трудно дышать», «не мог дышать» и т.д.). Стридор, входящий в число утвержденных критериев, составил всего 5.2 % (43 из 825 чел.). Однако, в историях болезни очень часто описываются и другие объективные признаки нарушения дыхания, такие как учащенное дыхание (38,5%), участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, включая втяжение межреберий (46,1%), затрудненный вдох, удлиненный выдох или астмоидное дыхание (15,8%) (таблица 5.6.).

Таблица 5.6. Частота симптомов нарушения дыхания, n - 825

№	Критерий	Г. Бишкек		Чуйская обл.		Иссык-Кульская обл.		Ошская обл.		Всего	
		n-64	n-86	n-40	n-43	n-233	n-176	n-81	n-102	825	%
1	Втяжение межреберий	21	32	4	5	137	84	46	51	380	46,1
2	Учащенное дыхание (0-2 мес. – 60 в мин. и более; 2-12 мес. – 50 в мин. и более; 1-5 лет – 40 в мин. и более)	13	30	2	7	149	66	18	33	318	38,5
3	Астмоидное дыхание (удлинённый выдох, участие вспомогательной мускулатуры)	10	17	3	6	53	29	5	7	130	15,8

Каждый из этих симптомов в отдельности не является показанием к госпитализации. Например, астмоидное дыхание (затруднённый выдох, участие в дыхании брюшного пресса, мышц грудной стенки, лопаток, боковых мышц спины и мышц шеи) согласно стратегии ИВБДВ подлежит лечению на амбулаторном уровне. Однако, согласно мнениям экспертов, необходимо различать проявления инспираторной одышки (учащенное дыхание, затруднённый вдох, участие в акте дыхания мышц шеи, втяжение межреберий, яремной ямки и надключичных впадин), так как при ее наличии пациент должен госпитализироваться. Изучение историй болезни показало, что врачи не делают акцента на такой дифференциации и, основываясь на записях, нельзя разделить пациентов с инспираторной и экспираторной одышкой. Также утверждённый критерий «втяжение нижней части грудной клетки в покое» в историях болезни практически не встречается, врачи в основном пишут «втяжение межреберий». В связи с этим все три проявления, указанные в таблице 5.6., рассматривались как **наличие синдрома обструкции**.

Кроме того, клиника ларинготрахеитов, бронхитов, бронхитов с обструкцией и бронхопневмоний в основном имела одни и те же проявления (температура, кашель, хрипы, синдром обструкции), различия в основном касались тяжести общего состояния и данных лабораторно-инструментального обследования. Что касается уровня обследования пациентов, то в разрезе регионов имелись различия (таблица 5.7.). Возможность рентгенологического подтверждения диагноза бронхолегочного заболевания выше в г.Бишкек.

Таблица 5.7. Частота проведения инструментальных методов исследования, в %, n - 825

Исследования	г. Бишкек	Чуйская обл.	Иссык-Кульская обл.	Ошская обл.
Рентген грудной клетки	84	24	32,3	32,7
ЭКГ	8	-	2,4	5,5
ЭХО-КГ	-	-	1,7	-
УЗИ	14	16	-	7,1

Также крайне сложным оказалось собрать данные по такому критерию, как «неблагоприятные социальные факторы», поскольку в историях болезни недостаточно объективной информации чтобы ту или иную семью отнести к малоимущей или асоциальной.

5.4. Анализ обоснованности госпитализаций

Принимая во внимание, что все рассмотренные выше критерии преимущественно связаны с болезнями бронхолегочной системы (острый ларинготрахеит, острый бронхит, острый бронхит с обструкцией и острая бронхопневмония), анализ обоснованности госпитализаций был проведен именно на этой группе заболеваний (645 чел. из 825). В таблице 5.8. приведены все сочетания критериев, которые встречались в выборке.

Таблица 5.8. Сочетание критериев при бронхолегочных заболеваниях у детей до 5 лет, по регионам, n - 645

№	Критерий	Г. Бишкек		Чуйская обл.		Иссык-Кульская обл.		Ошская обл.		Всего	
		До 1 года	1-5 лет	До 1 года	1-5 лет	До 1 года	1-5 лет	До 1 года	1-5 лет	абс. ц.	%
Острый ларинготрахеит, n – 38											
1	Судороги + температура и синдром обструкции	-	-	-	-	1	-	-	-	1	0,2
2	Стридор в покое + синдром обструкции	-	-	-	-	1	2	-	1	4	0,6
3	Температура + синдром обструкции и кашель	-	-	2	2	14	10	-	1	29	4,5
4	Синдром обструкции и кашель	-	-	1	1	1	-	1	-	4	0,6
Острый бронхит, n – 80											
5	Температура + кашель	1	5	12	8	1	-	3	6	36	5,6
6	Синдром обструкции	-	5	6	-	-	-	2	-	13	2,0
7	Учащенное дыхание + кашель	3	7	-	-	2	4	8	7	31	4,8
Острый обструктивный бронхит, n – 213											
8	Судороги + температура и синдром обструкции	-	-	-	-	-	2	-	-	2	0,3
9	Температура + учащенное дыхание и синдром обструкции	5	6	3	1	43	22	7	10	97	15,0
10	Синдром обструкции + кашель	30	18	-	-	17	9	18	22	114	17,7
Бронхопневмония, n – 314											
11	Температура + учащенное дыхание, синдром обструкции и кашель	3	10	9	14	70	53	21	18	198	30,7
12	Синдром обструкции + кашель	14	23	6	16	25	2	10	20	116	18,0

На основе представленных данных можно отметить следующее:

- Сочетание клинических проявлений № 1, 2, 8 являются безусловными показаниями для госпитализации (судороги и стридор в покое);
- При сочетаниях № 3, 5, 9, 11 ведущим критерием является наличие температуры. Всего 360 детей, из которых по крайней мере только у 291 была лихорадка продолжительностью более 5 дней, у остальных 69 пациентов – менее 5 дней;

- Наличие синдрома обструкции, учащенного дыхания и кашля (сочетания № 4, 6, 7, 10, 12) не являются официально утвержденными критериями для госпитализации.

Таким образом, из 645 детей с диагнозом бронхолегочного заболевания 298 чел. (46,2%) были госпитализированы в соответствии с утвержденными критериями и 347 чел. (53,8%) данным критериям не соответствовали.

5.5. Лечение в стационаре

Анализ лечения в соответствии с тремя отобранными индикаторами также проводился среди детей с болезнями органов дыхания.

Индикатор 1. Среднее количество лекарственных средств, прописываемых на одного больного

Таблица 5.9. Среднее количество лекарственных средств, прописанных на одного ребенка, n-645

Регион	Острый бронхит		Ларинготрахеит, Трахеобронхит		Острый обструктивный бронхит		Бронхопневмония	
	До 1 года	1-5 лет	До 1 года	1-5 лет	До 1 года	1-5 лет	До 1 года	1-5 лет
	n-37	n-43	n-21	n-17	n-150	n-63	n-152	n-162
Бишкек	4,3	4,4	-	-	5	4,4	5,9	4,4
Чуйская	5,1	4,2	5,3	4,9	5,4	5	5,7	5,2
Иссык-Кульская	7	7,5	7,4	7,7	5,8	9,6	8,1	8,5
Ошская	11	9,3	-	11	11,1	8,6	13,6	10,2
Всего	6,9	6,4	6,4	7,9	6,8	6,9	8,3	7,1

В целом по разным нозологиям среднее количество препаратов назначаемых на одного ребенка составила от 6,4 до 8,3, что, безусловно, выше рекомендуемых ориентиров. Так, согласно руководству ВОЗ, назначение свыше 3-4 препаратов уже расценивается как полипрагмазия. Обращает на себя внимание, что чем тяжелее состояние ребенка, тем большее количество лекарственных средств назначается. Ситуация в г.Бишкек и Чуйской области является более благоприятной (4,2-5,9) по сравнению с Иссык-Кульской (5,8-9,6) и, особенно, Ошской (8,6-13,6) областями. Например, в Ошской области при бронхопневмониях детям до 1 года в среднем прописывается 13, 6 различных назначений, основная часть из которых вводится парентерально.

Индикатор 2. Процент назначения антибиотиков

Отметим, что в современных руководствах ⁶, при бронхолегочных заболеваниях назначение антибактериальных средств рекомендуется только при наличии бронхопневмонии в связи с тем, что возбудителем заболевания является бактериальная инфекция (E.coli и другая грамотрицательная флора, грамположительная флора - стафилококк, пневмококк, гемофильная палочка и др., атипичная флора – микопlasма, хламидия).

⁶(i) BTC guidelines for the management of community acquired pneumonia in children. British Thoracic Society, 2009, www.brit-thoracic.org;

(ii) Clark, J.E., Hammal, D., Hampton, F. et al. (2007). Epidemiology of community-acquired pneumonia in children seen in hospital. *Epidemiology and Infection* 135 (2), 262-269;

(iii) Alberta Medical Association (2008) Guideline for the diagnosis and management of croup. Alberta Medical Association. www.topalbertadoctors.org.

Во всех других случаях (ларинготрахеит, трахеобронхит, бронхит с наличием обструкции и без нее) заболевание, как правило, обусловлено вирусами, и назначение антибиотиков является нецелесообразным⁷. В лечении предпочтение должно отдаваться патогенетическим и симптоматическим средствам (глюкокортикостероиды, бронходилататоры, жаропонижающие). В рамках настоящего исследования **индикатор «Процент назначения антибиотиков» при вышеперечисленных заболеваниях составил 100%**, что не согласуется с международными рекомендациями.

Перечень антибактериальных препаратов, назначаемых при бронхопневмониях, представлен ниже.

Таблица 5.10. Антибиотики, назначаемые при острой бронхопневмонии, n-314

Антибиотики	г. Бишкек		Чуйская обл.		Иссык-Кульская обл.		Ошская обл.		Всего	
	До 1 года	1 - 5 лет	До 1 года	1 – 5 лет	До 1 года	1 - 5 лет	До 1 года	1 - 5 лет	абс.ц.	%
	n-17	n-51	n-3	n-17	n-100	n-56	n-32	n-38		
Аминопенициллины (Ампициллин, Амоксициллин)	4	10	1	4	91	48	7	9	174	55,4
Цефалоспорины I поколения (Цефазолин)	2	21	3	5	30	28	13	11	113	36,0
Цефалексин		1							1	0,3
Цефалоспорины III поколения (Цефтриаксон, Цефтазидим, Цефотоксим)	8	21	5	13	5	2	16	22	92	29,3
Аминогликозиды (Гентамицин, Амикацин)	3	6	-	-	13	18	1	2	43	13,7
Пенициллины природные	-	1	-	-	11	5	-	-	17	5,4
Комбинированные пенициллины (Ампиокс)	-	-	-	-	-	-	4	6	10	3,2
Фторхинолоны классические (Ципрофлоксацин)	-	1	-	-	-	2	2	2	7	2,2
Макролиды (Эритромицин, Мидекамицин, Азитромицин, Кларитромицин)	2	4	-	-	2	4	3	6	21	6,7
Линкозамиды (Линкомицин)	3	7	-	-	-	-	1	-	11	3,5
Нитроимидазолы (Метронидазол)	-	1	-	-	-	-	-	1	2	0,6
Сульфаниламиды (Бисептол, Котримазол)	-	-	-	-	2	-	1	2	5	1,6

⁷ www.cks.nhs.library

Комментарии по перечню антибиотиков, применяемых при бронхопневмониях:

- При лечении бронхопневмоний предпочтение в основном отдавалось парентеральному (в/м) назначению аминопенициллинов, в частности ампициллина, хотя в международных руководствах из данной группы рекомендуется преимущественное использование амоксициллина, который вводится пероральным путем и, согласно международным рекомендациям, является более безопасным путем введения;
- Необходимо отметить, что наблюдается тенденция назначения цефалоспоринов III поколения при бронхопневмониях в качестве препаратов первого выбора без учета рекомендаций, отраженных в международных клинических руководствах (есть примеры назначения их на амбулаторном уровне и среди детей в более старшей возрастной группе). Данная группа является резервной, строгое соблюдение показаний к их применению в детской практике поможет предотвратить рост резистентности и сохранить высокую активность цефалоспоринов III поколения для терапии тяжелых инфекций⁹
- При респираторных заболеваниях детям обычно не рекомендуется назначение фторхинолонов (ципрофлоксацин) или они назначаются по жизненным показаниям при отсутствии более безопасной альтернативы, согласно Формуляру основных лекарственных средств Кыргызской Республики (2003) и Британскому национальному формуляру (2008) – www.bnf.org, Формуляру ВОЗ;
- Сульфаниламиды (сульфаметоксазол+триметоприм - бисептол) являются также резервным препаратом, например для лечения пневмоцистной пневмонии при ВИЧ/СПИДе;

Комментарии по схемам назначения антибиотиков при бронхопневмониях:

- Лечение пневмонии у детей в стационаре предполагает парентеральное назначение антибиотиков (ступенчатая терапия⁸: в/в 2-3 дня, затем перевод на пероральный прием). В международных руководствах отдается предпочтение в/в введению антибиотиков только в тех случаях, когда у ребенка нарушено всасывание (например, рвота) или при наличии опасных признаков или симптомов. В рамках настоящего исследования антибиотики вводились парентерально (только в/м) на протяжении всего курса терапии, что свидетельствует о недостаточном клиническом менеджменте;
- При анализе листов назначений было отмечено, что параллельно назначается один и тот же препарат, но под разными наименованиями, например, цефтрекс (торговое) и цефтриаксон (генерик);
- Также были отмечены случаи, когда в анамнезе заболевания уже назначались антибиотики одной группы без положительного эффекта, но при поступлении в стационар назначался тот же антибиотик, например, до госпитализации ампициллин или пенициллин и в стационаре был назначен тот же ампициллин или же до госпитализации ребенка уже лечили безуспешно цефтриаксоном, а в стационаре был назначен цефазолин;
- Следует отметить, что антибактериальные препараты подразделяются на дозозависимые (аминогликозиды (Гентамицин)) и время-зависимые (все другие группы антибиотиков). Не соблюдалась кратность введения антибиотика (ампициллин – вместо 4 раз в день 2 раза в день или не соблюдались дозировки в расчете на кг массы тела).

Как было отмечено при ларинготрахеитах, бронхитах и бронхитах с обструкцией в 100% случаях при отсутствии показаний назначались антибиотики и для этих случаев все вышеуказанные комментарии также применимы.

⁸ Сайт Смоленского Института Антимикробной терапии, www.antibiotic.ru

Отметим отдельно, что при ларинготрахеитах наряду с антибиотиками в 100% случаях назначались бронходилататоры (сальбутамол, эуфиллин), из гормональных препаратов назначался преднизолон, в/м (32 чел.), дексаметазон, в/м (5 чел.), и не было назначений (1 чел.). Вместе с тем в международных клинических руководствах рекомендуется обязательный короткий курс гормональной терапии, предпочтение отдается дексаметазону⁹, т.к. он имеет более длительный период полувыведения, значительно реже встречаются рецидивы и чаще отмечается благоприятный исход заболевания.

Индикатор 3. Процент назначения инъекционных лекарственных форм

Данный индикатор составил 100%, т.е. все дети, находящиеся на госпитализации имели парентеральные назначения (в/м и в/в). Процент внутривенных назначений из числа парентеральных приведен в таблице ниже.

Таблица 5.11. Процент детей, получающих внутривенные формы лекарственных средств, в %, n-645

Регион	Острый бронхит		Ларинготрахеит, Трахеобронхит		Острый обструктивный бронхит		Бронхопневмония	
	До 1 года	1-5 лет	До 1 года	1-5 лет	До 1 года	1-5 лет	До 1 года	1-5 лет
	n-37	n-43	n-21	n-17	n-150	n-63	n-152	n-162
Бишкек	24	33	-	-	34	9,7	13	5,3
Чуйская	17	23	34	57	43	36	9	6,4
Иссык-Кульская	57,1	36,4	33,3	44	44	49	66,2	62
Ошская	54,2	34	-	71	76,3	77	80	78,3

Наибольший процент внутривенных назначений отмечен в Ошской области: от 54,2 до 80 % среди детей до одного года и от 34 до 78,8% среди детей от 1 года до 5 лет.

Данный факт обусловлен чрезмерным назначением врачами растворов для инфузий (Реополиглюкин, Глюкоза 5%, 10%, Физ. Раствор, Инфезол, Диссольт), электролитов (Калия хлорид, Глюконат кальция), гормональных средств (Дексаметазон, Преднизолон, Гидрокортизон,), витаминных препаратов (Вит. С, Никотиновая кислота, В₁, В₆, В₁₂), и другие группы лекарственных препаратов (Димедрол; Эуфиллин; Магния сульфат; Метрид; Новокаин; ККБ; АКК; ГОМК; Анальгин; Фуросемид, Диазепам; Актовегин; Пирацетам, Кавинтон, Церукал.). В международных руководствах/клинических протоколах и российских стандартах оказания медицинской помощи при бронхопневмониях не было найдено указаний на доказанную эффективность большей части вышеперечисленных препаратов. Наиболее длинный перечень лекарственных средств, вводимых парентерально, оказался в Ошской области (25 наименований). Перечень в Иссык-Кульской области включал 17 наименований, Чуйской области – 6 наименований, в Бишкеке – 6.

⁹ (1) Efficacy of a small dose of oral dexamethasone in croup, Biomedical Research 16 (1), 65-72, 2005;

(2) Fifoot, A.A. and Tong, J.Y. (2007) Comparison between single doze oral prednisolon and oral dexamethasone in the treatment of croup: a randomized, double blinded clinical trial. Emergency Medicine Australia, 19 (1), 51-58.

5.6. Выводы

- Среди госпитализированных в отделения общей соматике во всех регионах преобладают дети с болезнями органов дыхания (645 чел. из 825, 78,2%) и преимущественно в возрасте от 0 до 1 года (418 чел. из 825, 50,7%);
- Высоким является общий процент родителей, занимавшихся самолечением или не предпринимавших никаких мер (42,9%). По мнению врачей стационара, родители недостаточно осведомлены и владеют навыками по распознаванию тяжести состояния и уходу за ребенком по болезни. Сохраняется высокий процент самонаправлений, особенно в стационарах г.Бишкек и Чуйской области;
- Утвержденный перечень критериев нуждается в доработке по следующим причинам. Во-первых, многие из них не так часто встречаются в повседневной практике, даже с учетом специфики отделения общей соматике. Так, на выборке из 825 историй болезни было найдено описание только 7 критериев из 33 утвержденных. Во-вторых, по некоторым критериям тяжело привести объективные подтверждения, нет записей в историях болезни (например, неблагоприятные социальные факторы). В-третьих, анализ госпитализаций среди детей до 5 лет показал значительное количество пациентов с синдромом обструкции (до 46,1%), тактика в отношении данного состояния нигде не оговаривается, нет клинических протоколов. Хотя записи в историях болезни показывают, что данное состояние является одной из значимых причин для решения направиться в стационар и родители в таких случаях, как правило, плохо осведомлены о лечебной тактике;
- В соответствии с критериями для госпитализации, подтвержденными записями в историях болезни, а именно (1)судороги, (2)стридор в покое, (3)наличие лихорадки выше 37,5°C более 5 дней и (4)неэффективность антибактериальной терапии в течение 3х дней на амбулаторном уровне, было определено, что из 645 детей с диагнозом бронхолегочного заболевания 298 чел. (46,2%) были госпитализированы в соответствии с утвержденными критериями и 347 чел. (53,8%) данным критериям не соответствовали;
- Существенной коррекции и контроля требуют лечебные мероприятия, назначаемые госпитализированным детям. Анализ лечения в соответствии с тремя индикаторами по надлежащему назначению лекарственных препаратов (ВОЗ, 1997), показал наличие (1)полипрагмазии, например, при бронхопневмониях детям до 1 года в среднем прописывается до 13,6 различных назначений; (2)нерациональной антибактериальной терапии (назначение при отсутствии показаний, использование резервных препаратов в качестве препарата первого выбора, одномоментное назначение антибиотиков из одной группы лекарственных средств, несоблюдение кратности введения и дозировок); (3)излишнего назначения парентеральных вмешательств, в рамках настоящего исследования – в 100% случаев, из которых до 80 % составляют внутривенные вмешательства (Ошская область).

6. Анализ госпитализаций среди беременных женщин

6.1. Общая характеристика беременных женщин

Как было указано, анализ госпитализаций проводился только в отделениях патологии беременных. Пациенты, находившиеся в родильных и реанимационных отделениях в выборку не входили. Общая характеристика беременных женщин по возрасту и срокам беременности приведена в таблице 6.1.

Таблица 6.1. Общая характеристика госпитализированных беременных женщин, n - 755

Регионы	Средний возраст, лет ±	Срок беременности, недель ±
г.Бишкек	27,4±6,2	19,0±10,3
Чуйская область	25,3±5,2	23,5±7,3
Ошская область	24,0±4,8	24,6±10,0
Исык-Кульская область	24,4±6,2	30,1±7,1

Общий перечень основных клинических диагнозов представлен в таблице 6.2.

Таблица 6.2. Характеристика основных клинических диагнозов, по регионам, n - 755

№	Основные диагнозы	г.Бишкек,	Чуйская область	Исык-Кульская область	Ошская область
		n - 172	n - 41	n - 343	n - 199
1	Угроза выкидыша или самопроизвольный выкидыш (до 22 недель)	73 (42,4%)	10 (24,4%)	44 (12,8%)	63 (31,7%)
2	Угроза преждевременных родов (после 22 недель)	27 (15,7%)	23 (56,1%)	141 (41,1%)	61 (30,7%)
4	Ложные схватки/предвестники родов	7 (4,1%)	4 (9,8%)	38 (11,1%)	7 (3,5%)
5	Гестационная гипертензия/преэклампсия	15 (8,7%)	1 (2,4%)	42 (12,2%)	12 (6%)
6	Пиелонефрит беременных	20 (11,6%)	2 (4,9%)	56 (16,3%)	17 (8,5%)
7	Рвота беременных	18 (10,5%)	-	-	9 (4,5%)
8	Анемия	1 (0,6%)	--	10 (2,9%)	11 (5,5%)
9	Фетоплацентарная недостаточность/внутриутробная гипоксия плода	4 (2,3%)	1 (2,4%)	2 (0,6%)	4 (2%)
10	Истмико-цервикальная недостаточность	3 (1,7%)	-	-	1 (0,5%)
11	Рубец на матке после Кесарева сечения	2 (1,2%)	-	2 (0,6%)	3 (1,5%)
12	Экстрагенитальная патология (со стороны органов дыхания – ОРВИ, о.фарингит, бронхит)	1 (0,6%)	-	1 (0,3%)	8 (4,1%)
13	Экстрагенитальная патология (со стороны сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет)	1 (0,6%)	-	-	1 (0,5%)

13	Другие патологии (внутричерепное давление, варикоз, хламидиоз, киста яичника)			4 (1,2%)	1 (0,5%)
14	Гестационные отеки			3 (0,9%)	1 (0,5%)

Наиболее часто встречающимися патологическими состояниями у беременных женщин по всем регионам были следующие:

- Угроза выкидыша или самопроизвольный выкидыш – 12,8 - 42,4 %;
- Угроза преждевременных родов – 15,7 - 56,1 %;
- Пиелонефрит беременных – 4,9 – 16,3 %;
- Гестационная гипертензия/преэклампсия – 4,9 – 12,2 %;
- Ложные схватки/предвестники родов – 3,5 – 11,1%.

Удельный вес остальных диагнозов различался в зависимости от региона. Так например, характерной особенностью для г.Бишкек и Ошской области явилось наличие такого диагноза, как “Рвота беременных”, удельный вес которого был достаточно высоким и составил по г.Бишкек 10,5%, по Ошской области - 4,5%. Другой особенностью, характерной для названных выше регионов явилось наличие диагноза “Истимико-цервикальная недостаточность”. Пациентки с данным диагнозом были госпитализированы с целью хирургической коррекции. Такая особенность возможно была связана с тем, что в организациях здравоохранения г.Бишкек и г.Ош оказывались более высокоспециализированные услуги, чем в районных больницах. В структуре основных диагнозов также встречались пациентки с диагнозом “Рубец на матке после кесарева сечения” (за исключением Чуйской области), которые были госпитализированы для консультации с хирургом по поводу возможности проведения повторного кесарева сечения. По всем регионам регистрировался диагноз “Фето-плацентарная недостаточность”, “Внутриутробная гипоксия плода”, их удельный вес колебался от 0,6 до 2,4%. В структуре госпитализаций также были отмечены экстрагенитальные заболевания (со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы). Высокий показатель приходился на заболевания органов дыхания (ОРВИ, острый бронхит и фарингит) по Ошской области.

Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречалась “Анемия” (87%). Диагноз формулировался в разных вариациях (“Дефицитная анемия”, “Железодефицитная анемия” или “Анемия беременных”). Диагноз пиелонефрит был выставлен в 54% случаях госпитализации в качестве сопутствующего заболевания (хронический пиелонефрит). Кольпиты различного происхождения также были широко представлены в качестве сопутствующего состояния или осложнения беременности (гестационный кольпит).

6.2. Характеристика госпитализаций

Направления и продолжительность госпитализации

При анализе историй болезни беременных женщин было выявлено, что в г.Бишкек отмечался сравнительно высокий уровень направления из частных клиник (7,18%) и уровень самонаправлений (34,36%). Также в г. Бишкек отмечен относительно низкий уровень направлений из ЦСМ/ГСВ (51,28%) по сравнению с Ошской (74,13%), Иссык-Кульской (60,91%) и Чуйской (62,5%) областями (табл.6.3.). Не было выявлено значимой разницы по продолжительности госпитализации: г.Бишкек (7,3±4,75), Чуйская область (6,5±4,8); Иссык-Кульская область - 6,84±2,42; Ошская область - 7,2±5,18.

Таблица 6.3. Направление на госпитализацию, n - 755

Регион	Направление			
	СМП	ЦСМ/ГСВ/ФАП	Частная клиника	Самонаправление
г.Бишкек,	7,2%	51,3%	7,28%	34,36%
Чуйская область	2,4%	62,5%	2,8%	32,3%
Исык-Кульская область	8,2%	60,91%	1,4%	29,55%
Ошская область	1,9%	74,1%	2,9%	20,89%

Качество ведения историй болезни

Проведение сбора и анализа данных в ходе исследования значительно осложнялось недостаточно качественным ведением историй болезни. Складывалось впечатление, что записи в медицинских картах пациенток не в полной мере отражали их объективное состояние при поступлении и его динамику. Ниже приводятся несколько примеров из историй болезни.

- Диагноз при поступлении “Беременность 23 нед. Хронический пиелонефрит (по УЗИ), стадия обострения”: в жалобах - боль в пояснице, дизурия; объективно: температура тела нормальная, симптом Пастернацкого - положительный, в анализе мочи имеется лейкоцитурия и протеинурия ниже 0,3 г/л. В качестве клинического диагноза продолжает оставаться “Хронический пиелонефрит, обострение”. В листе назначений идет назначение антибактериального препарата и литической смеси (анальгин+димедрол) при высокой температуре. При описании данных объективного осмотра у беременной отсутствует такой критерий, как лихорадка. Но, в то же время наличие назначения литической смеси “при высокой температуре” дает основание предполагать наличие высокой температуры у беременной женщины при поступлении. Наличие таких случаев затрудняет проведение объективной оценки.
- Диагнозы “Внутриутробная гипоксия плода”, “Фетоплацентарная недостаточность”, “Маловодие”, “Многоводие” были выставлены только на основании данных ультразвукового исследования (УЗИ). При этом в объективном статусе не были указаны какие-либо другие отклонения и приведенные описания укладывались в рамки нормального состояния. Хотя, например, при “Фетоплацентарной недостаточности” имеются четкие критерии для обоснования диагноза и, действительно, при наличии тяжелой степени ФПН беременная нуждается в госпитализации для тщательного обследования и выяснения причин. В нашем случае пациентки госпитализировались для назначения лекарственных препаратов, не имеющих доказательную основу.
- Диагноз “Гестационные отеки”: согласно международных публикаций отеки могут быть нормальным проявлением беременности, если они не сопровождаются с высокой протеинурией или гипертензией (в части историй болезни помимо отеков другие симптомы не были указаны).
- Трудно было провести оценку по диагнозу: “Угроза преждевременных родов” без четкого описания характера схваток (продолжительность, интервал). Это вызывало большие затруднения в оценке, поскольку данный диагноз представлял одну из самых распространенных групп в общей структуре диагнозов.

- В целом в историях болезни данные по объективному осмотру беременной женщины очень скудные. В некоторых случаях отсутствовала важная информация в оценке некоторых состояний. Например, при диагнозах “Презклампсия” или “Гестационная гипертензия” в разделе объективный осмотр отсутствовали данные артериального давления (АД) при поступлении. Необходимо отметить, что формулировка и обоснование клинических диагнозов не стандартизированы. Хотя эти блоки являются определяющими для проведения эффективных и качественных медицинских услуг для беременных женщин.

Корректность постановки отдельных диагнозов

Возможности лабораторно-инструментальной диагностики в отделениях патологии беременных не имели большого различия по регионам. Основной перечень исследований включал общие клинические исследования (общий анализ мочи, общий анализ крови, анализ мочи по Нечипоренко), кровь на ВИЧ/СПИД, биохимическое исследование (по показаниям), исследование мазка из родовых путей, ультразвуковое исследование (по доступности). В целом этот перечень соответствует возможностям организаций первичного звена. Однако отделения патологии беременных, как более специализированные учреждения, должны обладать большими возможностями для диагностики патологии беременных. С целью оценки полноты обследования и качества ведения беременных, был проведен анализ обоснования диагноза «пиелонефрит» и «анемия».

Необходимо отметить, что инфекции мочевыводящих путей, в данном случае «Пиелонефрит», может вызвать грозные для жизни матери и плода состояния. Поэтому имеет важное значение четкое выявление этого заболевания и адекватная терапия на ранних этапах. Согласно клинического протокола по пиелонефриту при беременности, для постановки данного диагноза необходимо обязательное наличие (1) повышения температуры тела и (2) лейкоцитурии (лейкоциты больше 2000 по Нечипоренко). По результатам нашего исследования было выявлено, что критерии диагноза имелись только у 13,6 - 50% женщин с диагнозом «Пиелонефрит». (таблица 6.4.). В остальных случаях диагноз устанавливался на основании данных УЗИ и наличия лейкоцитурии. Хотя известно, что в большинстве случаев лейкоцитурия может быть обусловлена, например, не соблюдением правил сбора мочи (недостатки инструктажа, чистая посуда и др.). Кроме этого, в условиях стационара при данном диагнозе необходимо получить подтверждение при посеве мочи на микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам. В 90% случаев пациенткам с диагнозом «Пиелонефрит» были назначены антибактериальные препараты. На основании этих данных можно сделать вывод, что не во всех случаях диагноз пиелонефрита у беременных выставляется корректно.

Таблица 6.4. Обоснование пиелонефрита при беременности, n-141

Критерии	г.Бишкек		Чуйская область		Исык-Кульская область		Ошская область	
	(n=21)		(n=2)		(n=74)		(n=44)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Повышение температуры тела (до 39-40 С) +лейкоцитурия (по Нечипоренко);	10	47,6	1	50	14	18,9	6	13,6
Боль в пояснице + лейкоцитурия/данные УЗИ	11	52,4	1	50	60	81,1	38	86,4

По данным исследования сложилась общая картина низкого качества диагностики анемии у беременных женщин. В целом количество беременных женщин страдающих анемией различной степени относительно высокое (таблица 6.5.).

Таблица 6.5. Диагностика анемии среди беременных женщин, n - 755

	г.Бишкек (n=42)		Чуйская область (n=25)		Ошская область (n=112)		Ысык- Кульская область (n=177)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Анемия 1 степени (по данным уровня гемоглобина)	32	76,2	21	84	62	55,4	97	54,8
Анемия 2 степени (по данным уровня гемоглобина)	7	16,7	2	8	35	31,3	49	27,7
Анемия 3 степени (по данным уровня гемоглобина)	0	-	0	-	8	7,1	19	10,7
Диагноз «Анемия» без низкого уровня гемоглобина.	3	7,1	2	8	1	0,9	12	6,8
Низкий уровень гемоглобина (<110 г/л), без установления диагноза «Анемия»	18	-	0	-	43	-	58	-

Удельный вес беременных женщин имеющих тяжелую степень анемии отмечался в Ошской области и составил 74% с учетом женщин, которым не был выставлен диагноз. По Иссык-кульской и Чуйской областям этот показатель оставил 64 и 58% соответственно. По г. Бишкек анемия была выявлена у 33% женщин. Следует обратить особое внимание на количество беременных женщин с низким уровнем гемоглобина (<110 г/л), которым не был выставлен диагноза анемия. Таким образом, данные проведенного исследования показывают, что диагностика анемии среди беременных женщин очень низкая и требует принятия действенных мер.

6.3. Анализ обоснованности госпитализаций

Уровень обоснованности среди беременных женщин мы проводили по следующим состояниям «Пиелонефрит» и «Гипертензивные нарушения».

Таблица 6.6. Выявление утвержденных критериев по гипертензивным нарушениям (гипертензия беременных, легкая и тяжелая преэклампсия) у госпитализированных беременных женщин в отделения патологии беременных.

Критерии	г.Бишкек		Чуйская область		Исык- Кульская область		Ошская область		Всего	
	n - 15		n - 2		n - 42		n - 12		n-71	%
	абс.ц	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%		
Повышение АД (выше 140/90 мм рт.ст.) без протеинурии	9	60	1	50	17	40,5	5	41,7	32	45,1
Протеинурия (выше 0,3 г/л) без гипертензии .	-	-	-	-	1	2,4			1	1,4
Гипертензия + протеинурия (больше 0,3 г/л)	5	33,3	-	-	8	19,1			13	18,3
Итого	15	93,3	1	50	23	61,9	5	41,7	46	64,8

Частота выявления утвержденных критериев по гипертензивным нарушениям в среднем составил 64,8% (таблица 6.6). Остальные 35,2% случая госпитализированных с диагнозом гипертензивные нарушения не укладывались в критерии, утвержденные клиническими протоколами по этим состояниям. Так, например, имелись диагнозы «Гипертензия беременных», у которой отмечался нормальный уровень АД за весь период госпитализации, но была протеинурия меньше 0,1 г/л или отеки. Однако не имелось описания характера появления этих отеков (внезапные, генерализованные и др.)

Таблица 6.7. Выявление утвержденных критериев по пиелонефриту (острый, гестационный пиелонефрит, обострение хронического пиелонефрита) у госпитализированных беременных женщин в отделения патологии беременных

Критерии	г.Бишкек		Чуйская область		Исык-Кульская область		Ошская область		Всего	
	n - 20		n - 2		n - 56		n - 17		n-95	%
	абс.ц	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%		
Повышение температуры тела (до 39-40° С) + лейкоцитурия (больше 2000)	10	50	1	50	14	25	6	35,3	31	32,6

Данные по выявлению утвержденных критериев по пиелонефриту был значительно ниже чем по гипертензивным нарушениям и составил в среднем 32,6%. Необходимо отметить, что в общее число вошли только те диагнозы, которые были вынесены в качестве основных. Необходимо отметить, что в большинстве случаев, пиелонефрит выставлялся на основании данных УЗ-исследования. Клинически такие случаи имели подтверждение в виде болей в поясничной области (100%), дизурии (78%), положительного симптома Пастернацкого (95%). Лейкоцитурия имела практически в 100% случаев, но уровень не всегда соответствовал диагностическим критериям (больше 2000). Таким образом, можно констатировать, что при постановке диагноза «Пиелонефрит» не всегда опираются на утвержденные клинические критерии и отмечается гипердиагностика пиелонефрита среди беременных.

Оценить обоснованность госпитализаций по другим состояниям/диагнозам, таким как «Угроза выкидыша», «Угроза преждевременных родов» не представлялось возможным. Одна из причин - это отсутствие клинических протоколов или других стандартов, утвержденных и принятых в нашей стране для определения перечня критериев по этим состояниям. Другая причина заключалась в недостаточной информации с полным и качественным описанием состояния пациентки. В стране утвержден и принят клинический протокол «Преждевременные роды», который четко описывает признаки этого состояния (характеристика схваток - продолжительность, частота; изменения со стороны шейки матки и др.). Однако по диагнозу «Угроза преждевременных родов» в историях болезни приводятся только описания в виде: «схваткообразные боли внизу живота» (в 100%), «гипертонус матки», без описания периодичности или постоянного характера (85%), данные УЗ-исследования (21%) без дальнейшей детализации.

Таблица 6.8. Частота выявления других симптомов среди беременных женщин, n-755

Критерии	г.Бишкек		Чуйская область		Исык-Кульская область		Ошская область		Всего	
	(n=73/27)		(n=9/23)		(n=44/141)		(n=63/61)		(n=178/252)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Угроза прерывания/прерывание беременности (самопроизвольный выкидыш, мертвый плод) в ранние сроки (до 22 недель) *										
Кровянистые выделения/кровотечение из родовых путей + боль внизу живота (схваткообразная, тянущая).	4	5,5	1	11,1	4	9,1	10	15,9	19	10,7
Боль внизу живота (схваткообразная, тянущая) + гипертонус / повышенная возбудимость матки/данные УЗИ	63	86,3	7	77,8	32	72,7	47	74,6	149	83,7
Всего	67	91,8	8	88,9	36	81,8	57	90,5	168	94,4
Угроза преждевременных родов (после 22 недель беременности): 22-27 нед. – очень ранние роды; 28-33 нед. – ранние роды; 33-36 нед. - преждевременные роды**;										
Кровянистые выделения/подтекание околоплодных вод+боль внизу живота+ гипертонус/возбудимость матки/данные УЗИ	8	29,6	2	8,7	4	2,8	6	9,8	20	7,9
Боль внизу живота (схваткообразная, тянущая)+гипертонус/возбудимость матки/данные УЗИ	15	55,6	16	69,6	128	90,8	51	83,6	210	83,3
Всего	23	85,2	18	78,3	132	93,6	57	93,4	230	91,3

Таким образом, в целом при оценке обоснованности госпитализаций можно констатировать следующее:

- В соответствии с утвержденными критериями уровень обоснованности госпитализаций беременных женщин по гипертензивным нарушениям составил 64,8%, по пиелонефриту 32,6%.
- Уровень обоснованности госпитализаций по диагнозам «Угроза выкидыша» и «Угроза преждевременных родов» представлялся сложным, в силу отсутствия утвержденных четких критериев. Однако по соответствию с объективными критериями, возможно угрожающих безопасности беременности этот уровень составил 7,9 и 10,7%.
- По другим состояниям также представляло сложность оценка уровня обоснованности, в силу отсутствия утвержденных критериев для госпитализации беременных женщин.

6.4. Лечение

Также в раках нашего исследования представилась возможность проанализировать качества оказываемых медицинских услуг, с точки зрения безопасности и эффективности лечения. На сегодняшний день пока еще не принят стандартизированный инструмент для проведения такого рода оценки. Однако, опираясь на данные международных рекомендаций, были изучены некоторые аспекты лекарственной терапии, на основании которых можно сделать определенные выводы. Оценка безопасности проводимой терапии проведена на примере анализа лечения «Угрозы выкидыша» (таблица 6.6.).

Таблица 6.9. Общая характеристика лекарственной терапии беременных женщин при угрозе выкидыша

	г.Бишкек (n=88)	Чуйская область (n=25)	Исык- Кульская область (n=41)	Ошская область (n=67)
Количество препаратов на 1 пациентку	4,3	4,1	2,9	2,8
Общее количество/ % парентеральных форм препаратов	99/26,2%	12/29,3%	39/34,2%	70/37,6%
Соотношение в/в и в/м путей введения, %	45/54	2/10	10/29	26/44

По данным проведенного исследования, беременным женщинам с диагнозом «Угроза выкидыша» было назначено от 41 до 378 препаратов. При перерасчете на 1 женщину этот показатель был самый высокий по г.Бишкек (4,3) и Чуйской области (4,1). По Ошской (2,8) и Исык-Кульской (2,9) областям этот показатель был ниже. В то же время в Ошской (37,6%) и Исык-Кульской (34,2%) областях процент парентеральных форм введения был выше, чем в г.Бишкек (26,2%) и Чуйской области (29,3%). Таким образом, на каждую женщину с данным диагнозом парэнтерально вводился в среднем 1,1 лекарственный препарат. Назначение лекарственных препаратов с целью сохранения беременности не имеет доказательной основы. По данным некоторых исследований, имеется эффект от назначения постельного режима, хотя еще нет рандомизированных исследований относительно эффективности данного подхода. Заместительная гормональная терапия (прогестерон, эстроген) также не имеет доказательной основы для сохранения беременности.

Для оценки эффективности проводимой терапии был сделан анализ лечения инфекций мочевыводящих путей и проведена оценка спектра назначаемых антимикробных препаратов при этом состоянии. Чуйская область и г.Бишкек при лечении инфекций мочевыводящих путей отдают предпочтение назначению **комбинации** антибактериальных препаратов по сравнению с Ошской и Исык-Кульскими областями.

Оценить на основании чего был сделан выбор в пользу того или другого антибактериального препарата было сложно, поскольку в истории не было записей касательно этой информации (например, информации о предшествующей антибактериальной терапии). В истории также в большинстве случаев отсутствовала запись с оценкой эффективности антибактериальной терапии. Продолжительность

антибактериальной терапии составляла от 5 до 7 дней, тогда как клинический протокол рекомендует продолжать терапию не менее 14 дней.

Таблица 6.10. Спектр антибактериальных препаратов при лечении инфекций мочевыводящих путей беременных (пиелонефрит, цистит, бактериурия)

	г.Бишкек (n=21)	Чуйская область (n=2)	Исык- Кульская область (n=74)	Ошская область (n=44)
Всего случаев назначения антибактериальных препаратов при инфекции мочевыводящих путей	20	2	66	35
Всего монотерапия (абс.ц./%)	9/45%	0	44/66,7%	18/51,4%
Ампициллин (в/м)	8	-	31	6
Амоксицилин (внутри)	-	-	1	-
Цефазолин (в/м)	-	-	7	5
Мегасеф (цефураксим, в/м)	-	-	-	1
Пенициллин (в/м)	-	-	4	-
Нитроксалин	1	-	-	7
Гентамицин	-	-	1	-
Комбинация 2-х антибактериальных препаратов (абс.ц./%)	11/55%	2/100%	22/33,3%	17/48,6%
Ампициллин+Цефазолин	-	-	3	1
Ампициллин+Нитроксалин	7	2	15	11
Эритромицин+Нитроксалин	-	-	-	1
Пенициллин+Нитроксалин	1	-	1	-
Гентамицин+Ампициллин	-	-	2	-
Цефазолин +Нитроксалин	2	-	1	3
Мегасеф+Нитроксалин	1	-	-	1

6.5. Выводы

- Среди беременных женщин, госпитализированных в отделения патологии беременных, преобладают женщины в возрасте до 30 лет;
- Основные причины госпитализаций: «Угроза выкидыша или самопроизвольный выкидыш» – 12,8 – 42,4%; «Угроза преждевременных родов» – 15,7 - 56,1 %; «Пиелонефрит беременных» – 4,9 - 16,3%; «Гестационная гипертензия/преэклампсия» – 4,9 – 12,2 %;
- Обращает на себя внимание недостаточно высокий уровень качества ведения историй болезни беременных женщин, где довольно скудно отражается как данные анамнеза (какие лечебные мероприятия предпринимались до поступления в стационар, какой врач наблюдал, т.е. преемственность с ПМСП и т.д.), так и объективного статуса при поступлении. В связи с этим клинический диагноз (основной, сопутствующий, осложнения) не всегда имеют объективное подтверждение в историях болезни;
- Имеет место гипердиагностика одних состояний, например, пиелонефрита (при отсутствии температуры и лейкоцитурии), угрозы выкидыша и преждевременных родов, и гиподиагностика других (например, анемии);
- Диагнозы «Угроза выкидыша», «Угроза преждевременных родов» представились самыми распространенными патологическими состояниями беременных женщин. Большинство из них (83,3 и 83,7%) не имели показаний

для госпитализации и могли наблюдаться в амбулаторных условиях. Однако, отсутствие утвержденных стандартов/протоколов по наблюдению таких состояний на первичном уровне способствует направлению данной категории пациенток на госпитализацию без особой на то необходимости. В связи с этим есть необходимость в разработке клинических протоколов по ведению таких состояний на амбулаторном уровне с указанием четких критериев, при наличии которых беременная должна быть госпитализирована;

- Уровень обоснованности госпитализации беременных женщин по гипертензивным состояниям составил 64,8%, по пиелонефриту - 32,6%;
- При проведении лечебных мероприятий имеет место нерациональная антибиотикотерапия инфекций мочевыводящих путей, высокий уровень назначения парентеральных форм лекарственных средств, нередко с недоказанной эффективностью.

7. Заключение

Настоящее исследование по оценке уровня обоснованности госпитализаций было предпринято по запросу МЗ КР с учетом роста в стране общего числа госпитализированных за последние годы. В связи с тем, что здоровье матери и ребенка является приоритетным направлением в политике здравоохранения, было принято решение провести ситуационный анализ именно среди детей до 5 лет и беременных женщин. В исследовании приняли участие организации здравоохранения городов Бишкек и Ош, а также Чуйской, Иссык-Кульской и Ошской областей различного уровня (национальный, областной и районный). Для анализа были отобраны 825 историй болезни детей до 5 лет, находившихся на стационарном лечении в отделениях общей соматологии, и 755 истории болезни беременных женщин, госпитализированных в отделения патологии беременных.

В процессе выбора критериев для оценки обоснованности госпитализаций среди детей до 5 лет и беременных женщин выяснилось, что к настоящему времени разработан и утвержден довольно ограниченный перечень клинических протоколов для обоих контингентов больных.

Так, врачи по оказанию помощи детям до 5 лет на уровне ПМСП руководствуются в основном стратегией по ИВБДВ и разработанными на его основе 4 клиническими протоколами. Для вторичного уровня протоколов нет. Поскольку среди пациентов детских отделений общей соматологии преобладали дети с бронхолегочными заболеваниями оказалось, что критерии, оговоренные в стратегии ИВБДВ, недостаточно хорошо работают применительно к специфике общесоматических отделений. Так, у госпитализированных детей было выявлено соответствие только по 7 из 33 отобранных критериев. Многие критерии были очень редкими или трудноизмеримыми. Вместе с тем не было критериев для наиболее распространенных состояний (например, синдром обструкции), которые помогали бы дифференцировать случаи, подлежащие лечению на амбулаторном и стационарном уровнях.

Аналогичная ситуация отмечалась и в отношении критериев для госпитализации беременных женщин. Новый сборник клинических протоколов, утвержденный в конце 2008 г., к середине 2009 г. уже находился в процессе пересмотра. Основная часть протоколов была предназначена для оказания помощи на вторичном и третичном уровнях. Критерии, утвержденные для госпитализации, также встречались редко (2 критерия из 7 утвержденных) и встречались состояния, тактика по отношению к которым никак не оговорена в официальных нормативных документах.

Среди госпитализированных детей преобладают дети в возрасте от 0 до одного года (50,7%). Из бронхолегочных заболеваний (643 чел. из 825, 70%) преобладают бронхопневмонии (48,7%) и практически при любой форме болезней органов дыхания очень часто встречается синдром обструкции (до 46,1%). Согласно отобраным критериям процент обоснованных госпитализаций составил 46,2%.

Преимущественный возраст женщин, госпитализированных в отделении патологии беременных был до 30 лет. Наиболее частыми причинами обращения в стационар были такие диагнозы, как угроза прерывания беременности и преждевременных родов, пиелонефрит и гипертензивные нарушения. Уровень обоснованности госпитализации беременных женщин по гипертензивным состояниям составил 64,8%, по пиелонефриту - 32,6%.

При оценке полученных результатов по обоснованности госпитализаций (46,2% среди детей до 5 лет, и 64,8% по гипертензивным состояниям и 32,6% по пиелонефриту среди беременных женщин) необходимо принимать во внимание такие факторы, как (1) отсутствие клинических протоколов по многим наиболее часто встречающимся состояниям; (2) гипо- и гипердиагностика состояний; (3) недостаточно качественное ведение историй болезни, как в детских соматических отделениях, как и отделениях патологии беременных.

Данные, полученные в ходе исследования, по стационарному лечению также выявили целый ряд проблем. Назначенное лечение оценивалось в соответствии с тремя отобраными критериями согласно руководству ВОЗ по надлежащему назначению лекарственных препаратов. В назначениях для детей до 5 лет выявлена полипрагмазия (преимущественно в Иссык-Кульской и Ошской областях), нерациональная антибактериальная терапия (назначение при отсутствии показаний, несоответствие кратности введения и дозировок препаратов и т.д.), высокий процент назначения парентеральных препаратов (в 100% случаев среди детей), до 80% из которых (Ошская область) являются внутривенными вмешательствами. Назначения как для детей, так и для беременных женщин включали довольно длинный перечень препаратов с недоказанной эффективностью.

8. Рекомендации

Рекомендация 1.

Разработать дополнительные клинические протоколы, включая критерии для госпитализации, по наиболее часто встречающимся патологическим состояниям среди детей до 5 лет и беременных женщин, что будет способствовать лучшему управлению этими состояниями как на уровне ПМСП, так и на стационарном уровне оказания медицинской помощи;

Рекомендация 2.

Обратить внимание и улучшить качество ведения историй болезни (особенно в отношении беременных женщин), включая обоснование клинического диагноза, назначенного лечения и госпитализации в целом;

Рекомендация 3.

Разработать мероприятия по улучшению знаний врачебного персонала по назначению рациональной терапии, основанной на принципах доказательной медицины, включая лечение антибактериальными препаратами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jane E. Gloor, Nianjan Kissoon and Gary I. Joubert, "Appropriateness of Hospitalization in a Canadian Pediatric Hospital", *Pediatrics* 1993;91;70-74;
2. Aneez Ismail, Julie Ann Quayle, Chris Roberts, "Assesing of appropriateness of pediatric hospital admissions in the Unaited Kingdom", *Journal of Public Health Medicine*, Vol.22, No 2, pp. 231-238, Printed in Great Britain;
3. Daniel Z. Louis, MS, Andrea Donatini, MSc, Masahito Jimbo¹, and others, "Using Disease Staging and DRGs to Assess the Appropriateness of Hospital Admissions in the Emilia-Romagna Region, Italy,
4. David Oterino de Lafuente, Salvador Peir, Catalina Marchan, Eduard Portella, "Inappropriate hospitalization: Reasons and determinants", *European Journal of Public Health*, Vol.6, No 2, 1996;
5. Bernard E. Kreger and Joseph D. Restuccia, Assessing the Need to Hospitalize Children: Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol, *Pediatrics*, 1989, 84;242-247;
6. Aida Bianco, Claudia Pileggi, Francesca Trani and Italo F. Angelillo, Appropriateness of Admissions and Days of Stay in Pediatric Wards of Italy, *Pediatrics* 2003;112;124-128
7. Norman Kalant, Marc Berlinguet, Jean G. Diodati, Leonidas Dragatakis, Francois Marcotte; "How valid are utilization review tools in assessing appropriate use of acute care beds, *CMAJ* 2000;162(13):1809-13;
8. Julie A. Gazmararian, PhD, Ruth Petersen, MD, Denise J. Jamieson, MD, and otjers, "Hospitalizations During Pregnancy Among Managed Care Enrollees", *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. Published by Elsevier Science Inc., VOL. 100, NO. 1, JULY 2002;
9. Trevor Duke, Elena Keshishyan, Aigul Kuttumuratova, Mikael Ostergren, Irina Ryumina, Ekaterina Stasii, Martin W Weber, Giorgio Tamburlini, "Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment", *Lancet* 2006; 367: 919–25;
10. Интегрированное ведение беременности и родов: Оказание помощи при осложненном течении родов. Руководство для акушерок и врачей, ВОЗ, 2000;
11. МЗ КР, Клинические протоколы по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения, Сборник №4, Бишкек, 2008.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Перечень состояний по акушерству - гинекологии, по которым разработаны клинические протоколы (Сборник №4 от 2008г.).

I-БЛОК

1. Физиологические роды
2. Многоплодная беременность
3. Роды срочные, полностью самопроизвольные
4. Роды срочные многоплодные, полностью самопроизвольные
5. Самопроизвольные роды в тазовом предлежании
6. Преждевременная родовая деятельность
7. Острый токолиз
8. Разрывы промежности II степени при родоразрешении
9. Разрывы промежности III степени при родоразрешении
10. Разрывы промежности IV степени при родоразрешении
11. Преждевременный разрыв плодных оболочек
12. Послеродовый сепсис
13. Послеродовое кровотечение для II-III уровней
14. Медицинский аборт
15. Индукция родов
16. Инфекции хирургической акушерской раны
17. Другие уточненные послеродовые инфекции
18. Затяжные роды и цефало-пельвио-диспропорция
19. Пиелонефрит при беременности
20. Бессимптомная бактериурия
21. Кесарево сечение

II-БЛОК

1. Гестационная гипертензия для I уровня
2. Легкая преэклампсия для I уровня
3. Тяжелая преэклампсия для I уровня
4. Эклампсия для I уровня
5. Гестационная гипертензия для II-III уровней
6. Легкая преэклампсия для II-III уровней
7. Тяжелая преэклампсия для II-III уровней
8. Эклампсия для II-III уровней

III-БЛОК – ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. **Нематодозы:** 1.1.Аскаридоз; 1.2.Энтеробиоз; 1.3.Анкилостомидоз; 1.4.Стронголоидоз; 1.5.Трихинеллез; 1.6.Трихоцефалез;
2. **Цестодозы:** 2.1.Тениаринхоз; 2.2.Тениоз; 2.3.Цистицеркоз; 2.4.Гименолипедоз; 2.5.Дифиллоботриоз;
3. **Трематодозы:** 3.1.Фасциолез; 3.2.Описторхоз;
4. **Личиночные гельминтозы:** 4.1.Эхинококкоз; 4.2.Альвеококкоз; 4.3.Токсокароз
5. **Протозоозы:** 5.1.Амебиаз; 5.2.Гиардиоз; 5.3.Токсоплазмоз.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Протокол обоснованности педиатрических госпитализаций, использованный в исследовании в Канаде ¹⁰

A. Врачебные манипуляции

1. Операционные процедуры;
2. Один до и послеоперационный день;
3. День проведения катетеризации сердца;
4. День проведения ангиографии;
5. Инвазивные диагностические процедуры, включая биопсию органов (не костную или кожную), торокоцентез, парацентез, шунтирование ventricular tap
6. Тесты, требующие соблюдение строго контроля диеты, сбор проб по времени в течение >8 часов;
7. Экспериментальное или новое лечение с частыми изменениями в дозировке, требующие наблюдение врача ;
8. Тщательное медицинское мониторинговое, включающее врачебный осмотр более 3 раз в течение 24 часов;

B. Сестринские манипуляции

1. Помощь при патологии органов дыхания, включая физиотерапию более 3х раз в день, ингаляции более 4 раз в день;
2. Кислородная терапия (барокамера), более 8 часов в день;
3. Внутривенные вливания более 8 часов в день
4. В/м или п/к инъекции более 3 раз в день, включая инсулин;
5. Строгий забор и измерение результатов, включая подсчет калорий;
6. Уход при больших хирургических ранах и дренаж, включая вытяжение;
7. Тщательное сестринское мониторинговое, включая кардиореспираторный мониторинг и 24 часа после после его приостановки, или по жизненным показаниям, требующих внимание больше обычного;

C. Состояние пациента

1. Любые два из следующих четырех состояний:
 - i. Физиотерапия, кислородная терапия, услуги логопеда;
 - ii. Старше 5 лет, неамбулаторный и требующий помощи, с связи с острыми состояниями;
 - iii. Определение образовательной программы для пациента;
 - iv. Психологическая или социальная помощь;В течение 24 часов оцениваемого дня:
2. Невозможность выписки из-за наличия острого состояния;
3. Переливания в связи с отрой кровопотерей;
4. Дети, предположительно подвергшиеся жестокому обращению или брошенные;
5. Подозрение на суицидальные попытки;
6. Температура выше 38.5 у детей, поступивших с разными причинами
7. Кома
8. Острое спутанное состояние
9. Острые гематологические проблемы: число нейтрофилов <500, тромбоцитов <20 000, гематокрит <20
10. Прогрессирующая острая неврологическая патология;
- II. Вес <2000 гр., в сроке <35 недель

¹⁰ Jane E. Gloor, Nianjan Kissoon and Gary I. Joubert, "Appropriateness of Hospitalization in a Canadian Pediatric Hospital", Pediatrics 1993;91;70-74;