



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Оценка качества педиатрической помощи в Таджикистане

2–18 июля 2012 г.



ТЕХНИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ

Автор: Екатерина Стасий, профессор, кмн

РЕЗЮМЕ

С целью расширения и документирования лучших практик Российская Федерация выделила фонды, администрируемые ВОЗ, для поддержки улучшения качества педиатрической помощи в четырех отдельных странах Центральной Азии и Африки. В рамках этого проекта, в сотрудничестве с Научным центром здоровья детей Российской академии медицинских наук и другими техническими экспертами будет оказываться техническая помощь Анголе, Эфиопии, Кыргызстану и Таджикистану в целях укрепления потенциала национальных систем здравоохранения по улучшению качества педиатрической помощи в стационарах первого уровня.

Основной целью проекта является снижение детской смертности путем укрепления потенциала национальных систем здравоохранения в повышении качества педиатрической помощи при ведении распространенных болезней детского возраста в стационарах первого уровня.

Данный отчет является отчетом второй миссии, целью которой было проведение совещания тренеров и подготовка к проведению тренинга (2 июля), проведение тренинга по использованию карманного справочника ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям (3–6 июля), обучение и подготовка к проведению оценки качества стационарной помощи детям (7 июля), планирование оценки качества стационарной помощи детям (9 июля), проведение оценки качества стационарной помощи детям в 10 районных больницах Таджикистана (10–17 июля), проведение национального совещания с участием ключевых заинтересованных сторон для представления предварительных результатов, рекомендаций и разработки плана действий (18 июля 2012 г.).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Child, Hospitalized
Child advocacy
Child care
Delivery of health care
Health Management and Planning
Quality of health care

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запрос на документацию, информацию о здоровье и здравоохранении или на получение разрешения на цитирование или перевод можно заполнить в режиме онлайн на веб-сайте Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу:
<http://www.euro.who.int/pubrequest>

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

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

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее

использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

| | |
|--------|---|
| ОРИ | Острые респираторные инфекции |
| ОРИНДП | Острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей |
| БДР | Больница доброжелательного отношения к ребенку |
| ЦВЕ | Страны Центральной и Восточной Европы |
| СНГ | Содружество Независимых Государств |
| НМО | Непрерывное медицинское образование |
| КТ | Компьютерная томография |
| ДОЗ | Демографическое обследование здоровья |
| ДМ | Доказательная медицина |
| СОЭ | Скорость оседания эритроцитов |
| КАТТ | Компьютеризированный адаптационный и тренинговый инструмент ИВБДВ |
| ОИТ | Отделение интенсивной терапии |
| ИВБДВ | Интегрированное ведение болезней детского возраста |
| НБР | Немецкий банк развития |
| МЗ | Министерство здравоохранения |
| ЗМИР | Здоровье матери и ребенка |
| ИБ | История болезни |
| РОР | Раствор для оральной регидратации |
| КС | Карманный справочник |
| ПМСП | Первичная медико-санитарная помощь |
| КП | Качество помощи |
| П | Пульс |
| РАМН | Российская академия медицинских наук |
| ККК | Красные кровяные тельца, эритроциты |
| НД | Дыхательная недостаточность |
| ЧД | Частота дыхания |
| ДФООН | Детский Фонд ООН |
| ЮСАИД | Агентство США по международному развитию |
| БКК | Белые кровяные клетки |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| БЛАГОДАРНОСТЬ | 1 |
| ИСПОЛНИТЕЛЬНОЕ РЕЗЮМЕ | 2 |
| 1. ПРЕДЫСТОРИЯ | 4 |
| 2. СОДЕРЖАНИЕ МИССИИ: | 5 |
| 3. ПРОВЕДЕННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ | 6 |
| 3.1. Тренинг по укреплению потенциала: улучшение качества стационарной помощи детям | 6 |
| 3.2. Укрепление национального потенциала по подготовке национальных экспертов для проведения исследования по оценке качества педиатрической помощи | 11 |
| 3.3 Совещание по планированию оценки в больницах | 11 |
| 3.4. Оценка качества стационарной помощи детям в 10 районных больницах в Таджикистане | 12 |
| 4. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ | 14 |
| 5. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ | 21 |
| 6. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ | 23 |
| Приложение 1 | 24 |
| Приложение 2 | 32 |
| Приложение 3 | 34 |
| Приложение 4 | 35 |
| Приложение 5 | 36 |
| Приложение 6 | 37 |

БЛАГОДАРНОСТЬ

Прежде всего, мы хотели бы поблагодарить Министерство здравоохранения Республики Таджикистан за существенную поддержку в организации оценки и предоставлении информации о состоянии здоровья детей и реформе здравоохранения в Таджикистане. Мы особенно благодарны д-ру Рахматуллаеву Ш., Начальнику отдела по предоставлению услуг матерям и детям и планированию семьи, за вклад в проведение и координацию всех мероприятий.

Мы хотели бы поблагодарить национальных экспертов д-ра Рахматуллаеву С., д-ра Ходжаеву А., д-ра Гуломносирова Х., д-ра Саидмуратову Г., д-ра Давлатова Х., д-ра Турсунова Х. за неоценимую помощь в организации визитов и проведении оценки.

Мы особенно благодарны руководителям районных больниц, где была проведена оценка, которые сопровождали нас во время посещения больниц, предоставили нам ценную информацию и участвовали в обсуждении случаев, продемонстрировав свою заинтересованность в целях данного исследования. Большое спасибо всем ключевым специалистам, которые помогли нам, в том числе профессорам и врачам, и приняли участие в тренингах и в заключительном совещании за их обсуждения и предложения по совершенствованию качества педиатрической помощи.

Мы хотели бы поблагодарить персонал Странового офиса ВОЗ в Таджикистане, особенно д-ра Урсу П., за оказание помощи в организации совещания по оценке качества стационарной помощи детям. Искренняя благодарность д-ру Куттумуратовой А., ЕРБ/ ВОЗ, за помощь и поддержку во время нашей миссии.

ИСПОЛНИТЕЛЬНОЕ РЕЗЮМЕ

Со 2 по 8 июля 2012 г. Европейское региональное бюро ВОЗ провело серию мероприятий в Таджикистане в рамках проекта “Улучшение качества педиатрической помощи в стационарах первого уровня в отдельных странах Центральной Азии и Африки”. Основной целью данного проекта является снижение детской смертности путем укрепления потенциала национальных систем здравоохранения в повышении качества стационарной помощи детям при ведении распространенных заболеваний детского возраста в больницах первого уровня. До проведения мероприятий Министерство здравоохранения Республики Таджикистан издало приказ и выбрало 10 больниц в Хатлонской области в качестве учреждений для проведения оценки.

Со 2 по 6 июля 2012 г. миссия провела семинар по укреплению национального потенциала по улучшению качества помощи стационарной помощи детям. Двадцать национальных специалистов, включая представителей национальных, областных и районных уровней, прошли обучение по использованию Карманного справочника (КС) ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям.

Седьмого июля 2012 г. миссия ЕРБ ВОЗ провела национальный семинар по укреплению потенциала национальных экспертов по проведению оценки в педиатрических стационарах. Тринадцать национальных экспертов, включая шесть представителей национального уровня и семь представителей Хатлонской области, были обучены использованию инструмента ВОЗ для оценки качества стационарной помощи детям (пересмотренный вариант, октябрь 2009 г.). Встреча по планированию оценки состоялась 9 июля 2012 г. Двенадцать врачей, в том числе шесть национальных и шесть международных экспертов, участвовали на этой встрече.

Оценка качества стационарной помощи детям в 10 центральных районных больницах Республики Таджикистан и национальное совещание по представлению предварительных результатов проходили с 10 по 18 июля 2012 г. Две группы экспертов по отдельности посетили и провели оценку 10 больниц Хатлонской области. Оценка была основана на инструменте, разработанном ВОЗ/ШК/ЗДП в 2001 г. и пересмотренном и обновленном ЕРБ ВОЗ в 2009 г. До этого, в июне 2012 г., в 10 больницах, предоставляющих педиатрическую помощь, было проведено анкетирование с целью сбора данных о существующих объектах, материалах и рабочей нагрузке. В среднем в этих больницах были 63 педиатрические койки (диапазон 20–160 мест), и среднее число госпитализаций составляло 1238 в год (в диапазоне от 280 до 2894).

Результаты оценки в 10 больницах показали средний балл 1.22 (диапазон 0.8 – 2.0). В 7 больницах балл составил >1.0–<2.0 и в 2-х больницах <1.0 балла. Только одна из всех посещенных больниц получила 2.0 балла. Основной вывод проведенной оценки заключался в том, что в большинство больниц Хатлонской области нуждаются в некотором улучшении и часть больниц нуждаются в существенном улучшении качества медицинской помощи для достижения международных стандартов. Эксперты выявили случаи субоптимального ухода со значительными рисками для здоровья, неиспользование вмешательств, основанных на доказательствах, использование методов диагностики и лечения, которые считаются неэффективными в соответствии с международными стандартами, а также потенциально опасны для детей. Низкие баллы были даны по ведению

больных детей с анемией и недостаточностью питания (0.77), лечению пациентов с хроническими заболеваниями (0.83), лихорадкой (0.89) и ОРВИ (0.91). Отмечалось много случаев полипрагмазии и чрезмерного использования внутривенных вливаний. По показателю “больницы дружелюбного отношения к ребенку” больницы получили средний балл 0.94 (диапазон 0.63–1,9) и “Последующие меры и контроль” также, получили в среднем 0.94 (диапазон 0.24–2.0).

Оценка показала слабую связь между больницами различного уровня и отсутствие сотрудничества между первичным уровнем здравоохранения (амбулаторные услуги) и больницами, с более чем 85% больных, поступивших в детские отделения в результате самообращения. Больницы либо не предоставляют питание для пациентов, либо предоставляют питание низкого качества. Санитарно-гигиенические условия были неудовлетворительными в 8 из 10 посещенных больниц. Отсутствие диагностического оборудования и расходных материалов наблюдалось во всех больницах. Кроме того, все здания нуждаются в ремонте.

1. ПРЕДЫСТОРИЯ

За последние несколько лет, Европейское региональное бюро (ЕРБ) ВОЗ оказывало содействие продвижению стратегий по Интегрированному ведению болезней детского возраста (ИВБДВ) и Обеспечению безопасной беременности (ОББ) для снижения детской заболеваемости и смертности, содействуя здоровому росту и развитию детей. С 1997 г. стратегия ИВБДВ была внедрена в большом числе стран Европейского региона ВОЗ. В Таджикистане все материалы для обучения по ИВБДВ были адаптированы и готовы после первого тренингового курса, проведенного в мае 2002 года. С 2004 г. Таджикистан расширял масштабы реализации стратегии. Несмотря на то, что ИВБДВ широко внедрялось и были организованы 1 Национальный центр ИВБДВ, 3 областных центра ИВБДВ и 65 районных центров ИВБДВ, тем не менее, показатели младенческой смертности и смертности до 5 лет остаются высокими⁷. По оценочным данным, уровень младенческой смертности в Таджикистане оценивается в 65 на 1000 живорожденных, в то время как смертность среди детей до 5 лет составляет около 79 на 1000 живорожденных^{1,7}. Острые респираторные инфекции, диарея и нарушение питания являются основными причинами младенческой смертности и составляют более 50% случаев. По последним данным, детская смертность в целом сократилась за период 1993–2006 гг., но коэффициент младенческой смертности и смертности до 5 лет по-прежнему очень высок – они в два раза превышают средний уровень для стран Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ) или Содружества независимых государств (СНГ)^{7,11}. Многочисленные доклады, подготовленные различными организациями и донорами, работающими в Таджикистане, показали, что, несмотря на значительные положительные результаты в реализации программ в области здоровья матери и ребенка, национальная система здравоохранения по-прежнему сталкивается с рядом проблем^{3,8,12}, которые могут препятствовать предоставлению качественной медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и больниц. Качеству оказываемой помощи до недавнего времени не оказывалось должного внимания, и существование пробела в качестве оказываемой помощи является наиболее вероятным объяснением медленного прогресса в достижении ЦРТ-4.

ЕРБ ВОЗ оказывает широкое содействие процессу по улучшению качества стационарной помощи детям. Повышение качества медицинской помощи в детских больницах направлено на оказание медицинских услуг в соответствии с лучшими доказательствами^{2,4,10}.

В 2001 г. департамент здоровья детей и подростков ВОЗ разработал пособие “Ведение ребенка с серьезной инфекцией или тяжелым нарушением питания”⁵ и Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям⁶. Впервые карманный справочник был опубликован в 2005 г. в качестве клинического руководства по ведению наиболее распространенных заболеваний детского возраста, и для улучшения качества медицинской помощи в стационарах первого уровня в условиях ограниченных ресурсов, с ограниченным оборудованием и кадровым потенциалом. Это было частью серии документов и инструментов, которые поддерживают интегрированное ведение болезней детского возраста на амбулаторном уровне. В 2010 г. были опубликованы “Рекомендации по ведению наиболее распространенных заболеваний детского возраста: доказательства для технического обновления рекомендаций карманного справочника по следующему разделам: заболевания новорожденных, дизентерия, пневмония, использование и доставка кислорода, распространенные причины лихорадки, острые нарушения питания и поддерживающая терапия”¹³.

Наряду с руководствами по улучшению качества помощи, в 2001 г. ВОЗ ЗПД/ШК разработала инструмент для оценки качества стационарной помощи детям, который был пересмотрен и обновлен ЕРБ ВОЗ⁹ в 2009 г.

В 2002 г. ЕРБ ВОЗ был инициирован и продолжен региональный процесс оказания поддержки странам в повышении качества педиатрической стационарной помощи, запущенный региональными

консультациями, которые показали существование ограниченного числа доказательств по вопросам качества стационарной педиатрической помощи в Европейском регионе ВОЗ. В октябре 2010 г. в Ереване, Армения, было проведено межстрановое совещание по улучшению качества стационарной помощи детям⁴. Накопленный опыт был проанализирован, и план действий по улучшению качества стационарной помощи был обсужден и рекомендован к внедрению.

В целях расширения масштабов и документирования передового опыта Российская Федерация предоставила финансирование ВОЗ для оказания поддержки улучшению качества стационарной педиатрической помощи в четырех отдельных странах Центральной Азии и Африки. Основной целью проекта является снижение детской смертности за счет укрепления потенциала национальных систем здравоохранения в улучшении качества педиатрической помощи при ведении наиболее распространенных заболеваний детского возраста в стационарах первого уровня. В рамках этого проекта, ВОЗ в сотрудничестве с Научным центром здоровья детей Российской академии медицинских наук и другими техническими экспертами инициировала оказание технической помощи Таджикистану в укреплении потенциала национальной системы здравоохранения по улучшению качества педиатрической помощи в больницах первого уровня.

В настоящем отчете отражены результаты мероприятий и оценка качества педиатрической помощи в 10 больницах Хатлонской области Таджикистана, проводившихся в период со 2 по 17 июля 2012 года.

2. СОДЕРЖАНИЕ МИССИИ:

- Проведение 5-дневного тренинга для членов рабочей группы и национальных тренеров по использованию инструментов ВОЗ по улучшению качества (4-дневный тренинг по использованию карманного справочника по оказанию стационарной помощи детям и улучшению качества и 1-дневный тренинг по использованию инструмента ВОЗ по оценке качества стационарной помощи детям)
- Планирование и разработка детального плана проведения оценки качества стационарной помощи детям в пилотных ЦРБ
- Проведение оценки качества стационарной помощи детям в пилотных ЦРБ для выявления проблем и разработки конкретных мероприятий, основанных на результатах оценки каждой больницы
- Ориентационное совещание для представления и обсуждения результатов оценки с группой национальных экспертов и согласование списка индикаторов.

Даты проведения: 2–18 июля, 2012 г.

Эксперты, участвовавшие в миссии:

1. Профессор Екатерина Стасий, кандидат медицинских наук, консультант ЕРБ ВОЗ
2. Доктор Баян Бабаева, консультант ЕРБ ВОЗ
3. Д-р Вильсон Вере, ВОЗ/штаб-квартира
4. Профессор Майя Бакрадзе, кандидат медицинских наук, РАМН
5. Д-р Илья Матюшин, РАМН
6. Д-р Влад Черников, кандидат медицинских наук, РАМН

3. ПРОВЕДЕННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

3.1. Тренинг по укреплению потенциала: улучшение качества стационарной помощи детям (3–6 июля 2012 г.)

Тренинг был проведен в г. Душанбе, Республика Таджикистан, с 3 по 6 июля 2012 года. Двадцать педиатров приняли участие в тренинге. Участниками тренинга были представители Министерства здравоохранения, Республиканского клинического центра (РКЦ) педиатрии и детской хирургии, расположенного в Республиканской клинической больнице Караболо, педиатры и руководители из Хатлонской области и районных больниц, таких как Куляб, Руми, Джоми, Восе, Яван, Вахш, Пенджагент, Фархор. (Программу и список участников см. Приложение 2).

Целями учебного курса являлись:

- Представление Карманного справочника ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям, 2005 г.;
- Подготовка медицинских работников по использованию КС в повседневной клинической практике;
- Внедрение рекомендаций ВОЗ “Рекомендации по ведению наиболее распространенных заболеваний детского возраста доказательства для технического обновления рекомендаций карманного справочника по следующим разделам: заболевания новорожденных, дизентерия, пневмония, использование и доставка кислорода, распространенные причины лихорадки, острые нарушения питания и поддерживающая терапия”¹³, 2010 г.;
- Тестирование адаптированных учебных материалов для корректировки и изменений;
- Укрепление потенциала национальных специалистов;
- Обсуждение препятствий в повышении качества стационарной помощи детям и предложение путей совершенствования;

Подготовка. До проведения тренинга МЗ РТ издало приказ о дате, месте проведения и определило список участников для обучения. КС ВОЗ был адаптирован национальными экспертами и распечатан. РКЦ педиатрии и детской хирургии был выбран для обучения. Был подготовлен класс со всеми удобствами, включая LCD-проектор. В отделении интенсивной терапии и детском отделении были определены пациенты для практических занятий.

Обучение. Два международных консультанта ВОЗ и три национальных тренера проводили тренинг. Тренинг проводился на русском языке. Обучение следовало руководствам для проведения тренинга по оказанию стационарной помощи детям и включало различные методы обучения, такие как проблемно ориентированные клинические случаи, представление основных глав КС, клиническая практика по использованию руководства в повседневной педиатрической практике (работа в детском отделении), демонстрации видео, обсуждения по улучшению качества медицинской помощи и решению проблем. Обновленная русская версия видео ВОЗ работала хорошо. Многие участники были руководителями высокого уровня и преподавателями Таджикского государственного медицинского университета. Многие технические вопросы, заданные участниками, были всесторонне обсуждены.

Работа в группах. В конце курса группа была разделена на 2 подгруппы, которые получили задание определить существующие проблемы и пробелы в педиатрической стационарной помощи, и определить возможные решения. В первую группу вошли менеджеры здравоохранения, а во вторую – педиатры. Участники подготовили и представили результаты для обсуждения на пленарном заседании. Основные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1. Существующие проблемы педиатрической стационарной помощи в Таджикистане

| Основные проблемы и пробелы | Возможные решения |
|---|--|
| Нехватка квалифицированных медицинских работников в больницах | Улучшить планирование по обучению и профессиональному развитию педиатрических кадров |
| Отсутствие базового медицинского оборудования и расходных материалов | Внедрение рекомендаций карманного справочника ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям |
| Отсутствие необходимых лекарств в больницах | Рациональное использование лекарственных средств. Придерживаться норм и стандартов, одобренных МЗ |
| Медицинские работники не соблюдают разработанные национальные стандарты и клинические протоколы, которые доступны | Разработать инструмент мониторинга для контроля и оценки клинической реализации протокола |
| Агрессивная реклама лекарственных средств фармацевтическими компаниями | Пересмотреть законодательство о рекламе; повысить ответственность медицинских работников |
| Отсутствие доступа к качественной питьевой воде | Соблюдать национальную программу по улучшению качества питьевой воды |
| Отсутствие знаний у родителей и населения о здоровье ребенка и по уходу за ребенком | Укрепление деятельности по санитарному просвещению на уровне общин |
| Отсутствие отслеживания и контроля за внедрением программ руководителями разных уровней | Восстановить практику отслеживания и контроля на национальном, региональном и районном уровнях |
| Длинные расстояния от места проживания больных детей до больниц | Улучшить доступ в больницы |
| Отсутствие или низкое качество питания в больницах | Пересмотреть стандарты для кормления. Мониторинг практики кормления и качества продуктов питания в больницах |
| Электричество есть, но с перерывами, особенно в зимнее время | Восстановить имеющийся или купить новый электрогенератор для каждой больницы |
| Отсутствие отопления в холодное время года | Укрепить сотрудничество с национальной администрацией и попросить помощи и поддержки |
| Отсутствие кислорода | Улучшение доступности кислорода в отделении интенсивной терапии и детских отделениях |
| Низкое качество лабораторных исследований | Пересмотреть стандарты, осуществлять мониторинг деятельности лаборатории в больницах |

| | |
|---|---|
| Устаревшие учебные программы в медицинском университете и колледже: не содержат обновленные рекомендации, основанные на доказательствах | Пересмотреть учебные программы и содействовать внедрению ДМ в учебные программы непрерывного медицинского образования |
| Нет мониторинга показателей | Создать рабочую группу по разработке показателей для мониторинга |
| Низкое качество ведения медицинской документации в больницах | Проанализировать ситуацию и привести в порядок документацию в больницах |
| Отсутствие сотрудничества между различными уровнями оказания медицинской помощи, между ПМСП и стационарами | Повышение качества документов, выдаваемых при выписке из больницы. Организация совместных встреч с медицинскими работниками ПМСП и госпитального уровня |
| Отсутствие аутопсии (вскрытие) | Восстановить патолого-анатомическую службу. Разработать приказ МЗ |
| Низкая эффективность аудита | Обучить медицинских работников проведению аудита |
| Вредные национальные традиции, практики | Укрепить работу с национальной администрацией и представителями общин |
| Отсутствие обновленного списка жизненно важных лекарств | Пересмотреть и обновить список в соответствии с адаптированным КС |
| Медицинские работники не знают о КС ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям | Предоставить медработникам КС, разработать план обучения |
| КС не переведен на таджикский язык | Перевести КС после адаптации и коррекции |
| Неудовлетворительная работа приемных отделений больниц | Запланировать и внедрить обновленные стандарты по неотложной медицинской помощи, согласно КС |
| Неудовлетворительное питание госпитализированных детей | Найти возможность для обеспечения питания в больницах |
| Полипрагмазия | Внедрение стандартов клинической практики |
| Гипердиагностика неврологических патологий. Большое количество противопоказаний к вакцинации | Обновить список противопоказаний к вакцинации |
| Несоответствующее лечение детей с астмой | Разработка национального протокола и подготовка медицинских работников по ведению ребенка с астмой |
| Нехватка практических навыков по оказанию неотложной медицинской помощи | Обучение и переподготовка медицинских работников по сортировке пациентов и оказанию неотложной помощи |

Предварительный список индикаторов для отслеживания изменений качества медицинской помощи в стационарах первого уровня

1. Число пациентов с диареей, которые не получили ОРС дома
2. Число детей с необоснованной антибактериальной терапией
3. Правильное использование кислорода. Число пациентов с тяжелым заболеванием, не получивших кислород
4. Число пациентов с нарушением питания, которым регулярно проводится мониторинг роста и веса
5. Число детей с дегидратацией, которым проводится регулярный мониторинг жидкости (растворов), восполненной в отделении
6. Число пациентов, оценка которых соответствует протоколу
7. Смертность (%)
8. Число выписанных пациентов с ухудшением статуса
9. Число стационарных пациентов с полипрагмазией
10. Число пациентов, необоснованно получивших внутривенные вливания
11. Доступность основных медикаментов (в соответствии со списком утвержденным МЗ)
12. Наличие оборудования и расходных материалов, необходимых для стационаров первого уровня
13. Количество пациентов, направленных работником ПМСП

Оценка учебных курсов. После пленарного заседания всех участников попросили заполнить форму оценки (табл. 2).

Таблица 2. “Тренинг по укреплению потенциала: улучшение качества стационарной помощи детям”, 3–6 июля 2012 г., Душанбе (минимальный балл–0, максимальный–5)

| Вопросы | Средний балл |
|--|--------------|
| Учебные цели четко определены | 4,6 |
| Учебные цели были достигнуты | 4,5 |
| Руководство ВОЗ по перенаправлению имеет отношение к моей работе | 4,8 |
| Программа обучения была легкой для восприятия | 4,2 |
| Курс обучения был интересным и приятным | 4,6 |
| Я приобрел новые навыки и знания | 4,7 |
| Я считаю, что навыки, которые я приобрел, помогут повысить эффективность моей работы | 4,6 |
| Я чувствовал себя комфортно во время обучения | 4,8 |
| Я думаю, что теперь можно использовать руководства ВОЗ в повседневной клинической практике | 4,6 |
| Я думаю, что смогу быть тренером для курса в будущем | 4,6 |

Результаты теста показали, что все участники смогли успешно ответить на более чем 90% вопросов. Все участники высоко оценили курс – между 4 и 5. Это подтверждает, что подходы по преподаванию курса могут быть эффективно использованы для повышения квалификации специалистов здравоохранения в Таджикистане.

Следующие замечания и предложения были собраны из 20 заполненных анкет:

1. Что Вам больше всего нравится в курсе? Приведите подробную информацию.
 - Все координаторы выполняли работу как профессионалы высокого уровня
 - Новые подходы, основанные на доказательствах; мы признали свои ошибки
 - Очень хорошие демонстрационные материалы и коммуникативные навыки тренеров
 - Приобрели новые навыки преподавания
 - Фасилитаторы поделились своим опытом
 - Учебный курс можно проводить, он имеет интересные практические занятия
 - Обучение было интересным, темы были объяснены в связи с программами
2. Что вам не понравилось в курсе? Приведите подробную информацию.
 - Слишком короткая продолжительность курса обучения
3. Есть ли у вас предложения и идеи, чтобы улучшить этот курс в будущем? Приведите подробную информацию.
 - Создать учебный центр по обучению практическим навыкам по оказанию неотложной помощи с отработкой навыков на манекене и проведение тренингов по КС
 - Существует необходимость в проведении такого обучения для всех медицинских работников (врачей, менеджеров, медицинских сестер), ответственных за новорожденных и детей
 - Рекомендуется организовать подобный курс обучения в лучше оборудованной больнице
 - Будет полезно иметь копию КС на таджикском языке
 - Нужно, чтобы было больше часов для практических/клинических сессий, больше клинических случаев для разбора
4. Пожалуйста, опишите свои идеи о том, как может быть улучшено качество ухода за больными детьми в стационаре
 - Улучшить оборудование больниц и отремонтировать больницы
 - Достичь 100% охвата в обучение по ИВБДВ и КС ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям
 - Улучшить контроль за деятельностью больниц и знания персонала
 - Чаще привлекать экспертов ВОЗ для мониторинга
 - Улучшить работу приемного отделения больницы, улучшить процесс сортировки и оказания неотложной медицинской помощи
 - Обеспечить больницы кислородом, продуктами питания, лекарствами, обеспечить проведение лабораторных анализов и оборудованием

Таким образом, участники констатировали, что цели обучения четко сформулированы и достигнуты, расписанию занятий было легко следовать. Участники отметили, что оптимальная продолжительность курса обучения для врачей первого уровня должна быть больше; около 5-6 дней. Курс был признан подходящим для медработников больниц всех трех уровней. Все адаптации были приняты. Глава “ВИЧ и нарушение питания” КС должны быть пересмотрены и скорректированы в соответствии с последними национальными протоколами. Многие участники выразили желание начать внедрение руководства в своей практике. Участники отметили, что курс предоставил хорошую возможность для лучшего понимания содержания курса и, в частности, его требований к организации и подготовке.

В конце курса каждый участник получил копию адаптированного и распечатанного ВОЗ карманного справочника и копии CD ВОЗ по ресурсам для подготовки тренинга по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста в условиях ограниченных ресурсов.

3.2. Укрепление национального потенциала по подготовке национальных экспертов для проведения исследования по оценке качества педиатрической помощи (7 июля 2012 г.)

Тренинг по подготовке к проведению оценки качества педиатрической помощи был проведен 7 июля 2012 г. Тринадцать участников, включая 3 представителей МЗ РТ, 1 доцента кафедры Медицинского университета, 1 врача инфекционной больницы № 2 из Душанбе, 1 сотрудника РКЦ педиатрии и детской хирургии и 7 врачей и менеджеров Хатлонской области Таджикистана (см. Приложение 3) прошли обучение.

Целями обучения являлись:

- Представление инструмента ВОЗ для оценки качества стационарной помощи детям (пересмотренная версия, октябрь 2009 г.);
- Обучить медработников применению инструмента оценки;
- Укрепить потенциал национальных экспертов.

Обучение проводилось в НКЦ педиатрии и детской хирургии г. Душанбе. Логистические услуги были доступны, в том числе ноутбуки, проектор, копии инструмента оценки, переведенные на русский язык. В программу были включены клинические сессии для применения инструмента на практике. Пять тренеров вели курс, в том числе два консультанта ВОЗ и три международных эксперта (см. Приложение 3).

Консультанты ВОЗ объяснили формат и план дня. Участники были ознакомлены с инструментом оценки, и каждый участник получил распечатанную копию документа. Участники имели возможность подробно познакомиться с содержанием инструмента. Предлагаемая система оценки была тщательно объяснена. Участники были разделены на две группы для практической сессии. Одна группа посетила и оценила качество помощи в приемном покое и педиатрическом отделении, а вторая – в отделение неотложной помощи и отделение заболеваний легких. Результаты, полученные после посещения больницы, были представлены и обсуждены. Вопросы были заданы и отвечены, и методы были объяснены фасилитаторами. В конце дня по всем разделам инструмента оценки ВОЗ были даны разъяснения, и каждый участник заполнил 2-3 части инструмента оценки.

3.3 Совещание по планированию оценки в больницах (9 июля 2012 г.)

Двенадцать участников, в том числе шесть национальных и шесть международных экспертов (см. Приложение 6) участвовали на совещании. Консультанты ВОЗ объяснили программу дня, цели и задачи совещания (Приложение 4). Целью совещания была разработка конкретного плана действий для проведения оценки качества педиатрической стационарной помощи, установление

маршрута, маршрут непосредственных посещений, определение необходимых материалов и логистики. Эксперты были разделены на две аналогичные группы из трех национальных и трех международных экспертов (см. Приложение 3). Еще до проведения совещания МЗ РТ определило 10 больниц Хатлонской области в качестве пилотных учреждений проекта. В список больниц для проведения оценки вошли 9 районных больниц - ЦРБ Вахшского района, ЦРБ района Адурахмони Джоми, ЦРБ района Джалоллидин Руми, ЦРБ Пянджского района, ЦРБ Восейского района, ЦРБ Кулябского района, ЦРБ Фархорского района, ЦРБ района Хамадони, ЦРБ Яванского района и одна больница областного уровня в городе Курган-Тюбе. Согласованные сроки прямой оценки – 10–17 июля 2012 г.

Каждая группа экспертов получила копии предварительно заполненных администрацией больниц анкет. Каждая часть инструмента оценки ВОЗ была разъяснена и особенности собранной по 10 больницам информации обсуждались. Было решено уточнить некоторые собранные данные в ходе посещений. В конце встречи были согласованы материально-технические аспекты и национальные механизмы. Каждая группа разработала план действий с определением конкретных дат визитов, конкретных задач в отношении материалов и методов оценки. План группы № 1 включал в себя посещение пяти больниц: центральные больницы районов Руми, Джоми, Пянджа, Вахша и региональной больницы в Курган-Тюбе. Маршрут группы № 2 включал оценку центральных районных больниц районов Хамадони, Фархор, Восе, Куляба и Явана. Каждой группе был предоставлен транспорт на период оценки.

3.4. Оценка качества стационарной помощи детям в 10 районных больницах в Таджикистане (10–17 июля 2012 г.)

Целью оценочного исследования были:

- Предоставление национальным экспертам возможности практического использования инструмента ВОЗ по оценке качества педиатрической стационарной помощи
- Выявить проблемы, относящиеся к качеству педиатрической госпитальной помощи
- Вместе с ключевыми национальными заинтересованными сторонами и экспертами внести предложения по улучшению качества медицинской помощи на основе рекомендаций в результате проведенного исследования
- Разработать предварительный план действий для повышения качества стационарной помощи больным детям в больницах первого уровня.

Оценка проводилась в 2 этапа. Во-первых, в июне 2012 г. были распространены анкеты в 10 отобранных для исследования больницах, предоставляющих педиатрическую помощь. В течение второй фазы, с 10 по 17 июля была проведена прямая оценка качества стационарной педиатрической помощи в 10 больницах (см. Приложение 6). Каждому учреждению был присвоен код (английские буквы А–К), и результаты были описаны и проанализированы соответствующим образом.

Эксперты были разделены на две группы по шесть экспертов в каждой. В первую группу вошли 2 консультанта ВОЗ, 1 международный эксперт и три национальных эксперта. Вторая группа состояла из одного консультанта ВОЗ, двух международных экспертов и трех национальных экспертов. Каждая группа оценивала пять больниц: первая группа оценила больницы, закодированные как А, В, С, D, E, вторая группа – F, G, H, I, K.

Оценка была основана на инструменте, разработанном ВОЗ/ШК/ЗДП в 2001 году, пересмотренном и обновленном ЕРБ ВОЗ в 2009 году. Русский перевод инструмента был использован для оценки в Таджикистане. Инструмент включал посещение соответствующих отделений (педиатрическое отделение, отделение интенсивной терапии, приемное и хирургическое отделение), интервью и беседы с главврачом больницы, персоналом и матерями,

прямое наблюдение случаев и обзор медицинских записей. Этот инструмент оценки позволяет оценить качество ухода за детьми в больницах на основании стандартов, предлагаемых в КС ВОЗ, и включает в себя ряд форм для сбора следующей информации:

1. Информационная система
2. Основные лекарства, изделия медицинского назначения, оборудование
3. Лаборатория
4. Неотложная помощь
5. Педиатрические отделения больниц
6. Ведение наиболее распространенных заболеваний (кашель и затрудненное дыхание, диарея, анемия и оценка физического развития, лихорадка, хронические состояния, детская хирургия)
7. Инфекционный контроль и поддерживающая терапия
8. Услуги, доброжелательные к ребенку
9. Мониторинг и последующее наблюдение
10. Руководства и аудит
11. Доступность помощи
12. Удовлетворенность матерей
13. Удовлетворенность медработников

Для получения сопоставимых данных по определению наиболее важных областей для действий и для формулирования наиболее подходящих рекомендаций использовалась система баллов, рекомендованная инструментом оценки. Эта система имела 4 балла: 3 = хорошее качество медицинской помощи в соответствии с международными стандартами; 2 = необходимость некоторого улучшения для достижения стандартного лечения (субоптимальная помощь, но не представляет серьезную опасность для здоровья); 1 = необходимость существенного улучшения для достижения стандартного ухода (субоптимальный уход со значительной опасностью для здоровья, например, пренебрежение вмешательствами, основанными на доказательствах, и использование неэффективных, согласно международным стандартам, методов диагностики и лечения, которые также могут потенциально вредными для здоровья детей); 0 = нужны для очень существенные улучшения (совершенно неадекватный уход и/или вредная практика с серьезными опасностями для здоровья детей). Все больницы были оценены в соответствии с вышеупомянутой системой подсчета баллов.

Вопросники, собранные до посещения, включали информацию по разделам с 1 по 4 инструмента оценки. Вопросы охватывали вопросы структуры (койки и кадры), основную статистику больницы, в том числе госпитализации, для каждого возраста и основных диагностических групп, роды, наличие основного оборудования, снабжение лекарственными препаратами и доступность лабораторных процедур. Полные данные были получены из всех больниц. Полученная информация была проанализирована до посещения, а по возможности, была проверена в ходе визита.

Случаи, которые непосредственно наблюдались, включали максимально широкий спектр состояний, но были сосредоточены на основных диагностических категориях и учитывали младенцев и детей различных возрастных групп. Визит начинался со встречи с главврачом больницы и педиатрами для разъяснения цели визита и уточнения цели оценки педиатрической стационарной помощи. Больничная статистика была рассмотрена и основные проблемы, в том числе структура, штатное расписание, оборудование, организация, отношения с первичным звеном и перевод на следующий уровень, были обсуждены с главврачами больниц. Посещение палат было проведено совместно с ответственными врачами. Был сделан обзор всех поступивших случаев, некоторые пациенты были тщательно осмотрены и обсуждены с персоналом, включая обзор историй болезни. Внимание было обращено на все этапы предоставления помощи, от процедуры поступления до первоначальной оценки, лабораторных исследований, мониторинга, лечения и выписки больных. Истории детей, умерших в

больнице или выписанных в течение года, были проанализированы. Короткая встреча с презентацией результатов была проведена по итогам визита.

Всего было заполнено и проанализировано 10 инструментов ВОЗ (по одному для каждого объекта оценки) в 2 версиях (бумажные и электронные файлы), балл для каждой больницы был рассчитан в конце визита. 80 историй болезни детей, умерших в больнице, или выписанных в течение года, были оценены, и им была дана экспертная оценка. После оценки запланированных больниц группа заполняла оценочные формы и разрабатывала планы действий по каждой больнице. Были проведены встречи с местными властями до и после оценки, а также с международными организациями, работающими в секторе здравоохранения.

Национальное совещание с участием основных заинтересованных сторон по предварительным результатам, рекомендациям и плану действий состоялось 18 июля 2012 года. Цель и результаты оценки были представлены, и их актуальность в аспекте нынешних реформ системы здравоохранения в 10 выбранных больницах была обсуждена.

4. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Общая информация: Со 2 по 18 июля 2012 г. ЕРБ ВОЗ провело оценку качества педиатрической помощи в больницах Таджикистана. Число коек для педиатрических пациентов варьировалось в зависимости от больниц (от 15 до 160), составляя в среднем 63. Отделения хирургии, отделения интенсивной терапии (ОИТ) и инфекционных болезней районной больницы также имели педиатрические койки. Больницы были на 100% укомплектованы как врачами, также и медицинскими сестрами. Число врачей в детских отделениях варьировалось от 1 до 3 в районных больницах, и 4–10 в районных больницах. Число медсестер варьировалось от 2 до более чем 10.

Ни в одной из больниц не было отдельного амбулаторного отделения. Районные поликлиники функционировали самостоятельно. В каждой больнице были палаты для приема пациентов, для сортировки и оказания экстренной помощи. Не было отдельных комнат для детей и новорожденных. Пациенты с инфекцией госпитализировались отдельно. По данным журнала поступивших в районные больницы, больные дети обычно госпитализируются в педиатрическое отделение, отделение инфекционных болезней, общей хирургии и интенсивной терапии. Респираторные инфекции, диарея, инфекционные заболевания, сепсис, перинатальные состояния, энцефалопатия, асфиксия, внутриутробные инфекции, врожденные пороки развития и травмы являются наиболее распространенными причинами для госпитализации, а также основными причинами смерти.

1. Информационная система и медицинская документация. Согласно полученным данным, средний балл 10 больниц по этому пункту составил 1,65 (табл. 3). Это означает, что всем больницам нужны некоторые улучшения для достижения стандартного ухода. Соответствующая информация доступна. По большинству показателей (летальность, средняя занятость койки, уровень госпитализации) существует информационная система пациентопотока, основанная на документах. Компьютеры доступны в статистическом отделе больницы, однако не используются. Проверенные медицинские записи примерно в 90% случаев были ясны и правильны.

**Таблица 3. Оценка качества стационарной помощи детям
Сводная оценка, Таджикистан, июль 2012 Г.**

| Показатель | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | Среднее |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|---------|
| 1. Информационная система | 2 | 1.5 | 1.5 | 1.5 | 1.8 | 1.65 | 1.25 | 2.0 | 2.07 | 1.3 | 1.65 |
| 2. Основные лекарства, изделия медицинского назначения, оборудование | 1 | 1.5 | 1.8 | 1.9 | 1.9 | 1.60 | 0.91 | 1.6 | 1.6 | 1.2 | 1.5 |
| 3. Лаборатория | 1.5 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1.50 | 1.5 | 2.0 | 1.5 | 0.5 | 1.55 |
| 4. Неотложная помощь | 1 | 1 | 1.5 | 1.1 | 1.9 | 1.90 | 1.3 | 2.4 | 1.5 | 1.8 | 1.54 |
| 5. Педиатрические отделения больниц | 1.5 | 1 | 1.4 | 1.4 | 1.9 | 1.70 | 0.92 | 2.5 | 1.5 | 0.95 | 1.48 |
| 6. Ведение наиболее распространенных заболеваний: | | | | | | | | | | | |
| 6.1 Кашель и затрудненное дыхание | 0.8 | 1.5 | 1 | 0.7 | 1 | 0.80 | 0.4 | 1.6 | 0.62 | 0.7 | 0.91 |
| 6.2 Диарея | 0.6 | 1 | 0.5 | 1.1 | 1.3 | 1.20 | 0.78 | 3.0 | 1.4 | 0.55 | 1.14 |
| 6.3 Анемия и оценка физического развития | 1.3 | 1 | 1 | 1 | 0.8 | 0.66 | 0.27 | 1.2 | 0.3 | 0.11 | 0.77 |
| 6.4 Лихорадка | 1 | 1.5 | 1 | 1.2 | 1 | 0.75 | 0.33 | 1.4 | 0.4 | 0.27 | 0.89 |
| 6.5 Хронические состояния | - | - | 0.5 | 1 | 0.8 | 1.30 | 0.4 | 1.7 | 0.66 | 0.33 | 0.83 |
| 6.6 Основная педиатрическая хирургия | 1.5 | 2.0 | - | 1.8 | 2.2 | 2.00 | 1.0 | 1.66 | 1.5 | 1.44 | 1.50 |
| 7. Инфекционный контроль и поддерживающая терапия | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 1 | 1 | 0.76 | 0.86 | 2.45 | 0.62 | 0.8 | 0.89 |
| 8. Услуги, доброжелательные к ребенку | 0.8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.70 | 0.63 | 1.9 | 0.71 | 0.75 | 0.94 |
| 9. Мониторинг и последующее наблюдение | 1 | 1 | 0.5 | 1.1 | 1.3 | 0.45 | 0.66 | 2.0 | 1.25 | 0.24 | 0.94 |
| 10. Руководства и аудит | 1 | 1 | 1 | 0.9 | 1.3 | 0.65 | 0.66 | 2.0 | 1.5 | 0.84 | 1.08 |
| 11. Доступность помощи и взаимосвязь с ПМСП | 1 | 1 | 1 | 1.2 | 1.6 | 0.60 | 0.3 | 1.7 | 0.6 | 1.0 | 1.00 |

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|-----|------|------|------|
| 12. Мнение об уходе матерей и других ухаживающих лиц | 1.5 | 1.5 | 1.6 | 1.8 | 1.8 | 1.66 | 1.0 | 3.0 | 1.0 | 1.66 | 1.65 |
| 13. Интервью с медработниками | 2 | 1.3 | 1.1 | 1.3 | 1.8 | 1.10 | 1.3 | 2.3 | 1.5 | 1.5 | 1.62 |
| Общий бал | 1.2 | 1.3 | 1.1 | 1.2 | 1.4 | 1.16 | 0.80 | 2.0 | 1.24 | 0.89 | 1.22 |

2. Основные лекарственные средства, материалы и оборудование. Средний бал по данному пункту составил 1,5 (диапазон 0,9–1,9) (см. табл. 3). В больницах нужны значительные улучшения в этой области для достижения стандартов. В посещенных больницах нет бесплатных медикаментов. Согласно интервью с матерями, родители платят за все лекарства и расходные материалы, в том числе в отделениях интенсивной терапии. Только в одной больнице (Н) администрация бесплатно предоставляла лекарства. Во время посещения было отмечено отсутствие диазепама и адреналина в 6 больницах, а также отсутствие салбутамола в 8 больницах. Несмотря на то, что в некоторых больницах основные лекарственные средства были доступны, родителей попросили купить медикаменты для того, чтобы медработники могли заменить ими использованные, в том числе в отделениях интенсивной терапии. Утвержденный перечень основных лекарственных средств или антишоковый набор не были доступны ни в одном отделении районной больницы (приемное, отделение интенсивной терапии, педиатрии, инфекционных заболеваний). Большинство жидкостей для внутривенных вливаний (ВВ) были доступны; смесь физиологического раствора и глюкозы часто используется необоснованно. Во время посещений, в историях болезней не было никаких записей об использовании пероральных антибиотиков и внутримышечные (ВМ) или внутривенные (ВВ) введения медикаментов предпочитались оральному пути. Следует отметить, что родители платят за все лекарства. Пока не ясно, какие лекарства должны предоставляться бесплатно, и какие должны быть куплены пациентом. Эта ситуация приводит к задержке лечения и его неэффективности. Только в больнице Н матери были проинформированы о бесплатных медикаментах.

Бесперебойное электричество доступно в 5 больницах, но отмечаются регулярные отключения в оставшихся 5 больницах. Все больницы имеют резервный источник питания. Проточная вода подается с перебоями, горячей воды нет вообще. В 3 больницах нет проточной воды вообще.

Команды экспертов установили отсутствие необходимых принадлежностей, расходных материалов и оборудования, необходимого для реанимации, интенсивной терапии и основного ухода. В детских отделениях нет кислорода. Кислородные баллоны или оксигенаторы были замечены только в операционных залах. Как правило, концентраторы кислорода в больницах находятся в родильных отделениях. Кислородные баллоны имеются в операционных комнатах в 6 больницах. Рентген-оборудование в большинстве больниц устарело и нуждается в замене. Отсутствуют аспираторы, пульсоксиметры, периферические катетеры, носовые канюли, назогастральные трубки для детей, мочевые катетеры, детские интубационные трубки, дефибрилляторы, педиатрическое оборудование для искусственной вентиляции легких. Системы для ВВ вливаний и шприцы покупают родители. Группа по оценке наблюдала случаи, когда одноразовое оборудование (катетеры, канюли, трахеальные трубки) использовались повторно после кипячения. Имеющееся оборудование должно быть пересмотрено, откалибровано и проверено.

3. Лабораторная поддержка. Основные лабораторные исследования доступны во всех больницах, однако качество исследований нуждается в улучшении. В 2 больницах, уровень глюкозы в крови, СОЭ, биохимия не выполняются. Ни в одной из больниц не проводится тестирование кислотно-основного баланса теста, микроэлементов, и только в 2 больницах

проводится CSF-микроскопия. Лабораторные помещения нуждаются в полной реабилитации; расходные материалы должны быть перепроверены и их поставки обеспечены, диагностические приборы нуждаются в проверке и калибровке. Основные клинические процедуры не выполняют в большинстве районных больниц, за исключением введения ВВ катетеров или “бабочек”, что выполняется во всех больницах. Люмбальная пункция выполняется регулярно только в 2 больницах. Лаборанты и врачи должны быть повторно сертифицированы и пройти тренинги для повышения квалификации.

4. Неотложная помощь. Было установлено, что неотложная помощь оказывается неудовлетворительно во всех посещенных больницах. Расчетный средний бал 1,54 (диапазон 1.0–2.4). Районные больницы не имеют специальных отделений неотложной помощи. На самом деле, неотложная помощь детям не оказывается в приемном отделении. Не проводится надлежащей сортировки и отсутствует командный подход в оказании неотложной помощи. В больнице G, ОИТ находится на четвертом этаже и нет лифта, а педиатрическое отделение находится в здании, на расстоянии около 5 км от ОИТ. Сотрудники приемного отделения не обучены проведению реанимации и не готовы для оказания экстренной медицинской помощи. Настенные диаграммы и клинические протоколы по неотложной медицинской помощи детям не доступны в приемном отделении, педиатрических отделениях и отделениях интенсивной терапии. Антишоковые наборы и наборы для оказания неотложной помощи не готовы. Очень тяжелые больные дети поступают непосредственно в отделения интенсивной терапии или педиатрическое отделение, минуя приемное отделение.

5. Педиатрические помещения. Детские отделения отделены от взрослых отделений и полностью укомплектованы педиатрами и детскими медсестрами. В большинстве больниц условия для пребывания больных неудовлетворительны. Средний балл 1,45 (диапазон 0.92–2.5). Только в одной из больниц условия соответствовали стандартам оказания медицинской помощи.

Следует отметить, что детских отделениях обслуживаются больные дети от 0 до 15 лет. Во время посещения больниц только в 2 больницах было 4 детей старше 5 лет. Отдельных палат для больных новорожденных нет. В результате, больные новорожденные не получают должного ухода, с учетом тепловой цепочки и других особенностей неонатального периода. Дети, находившиеся в отделениях в момент оценки, были от 3 до 24 месяцев. Диарея, лихорадочные состояния и ОРИ являются наиболее распространенными причинами госпитализации.

Отсутствие проточной воды отмечалось в 4 больницах и перебой воды в 6. Туалеты, как правило, расположены вне отделений и зданий. Только в 2 больницах имеются душевые комнаты для матерей. Палаты в основном относительно чистые с чистым постельным бельем. Доступ к мытью рук затруднен в 7 больницах. Наиболее тяжело больные дети находятся в ОИТ или в палате интенсивной терапии в детском отделении.

6. Ведение наиболее распространенных заболеваний. Информация по ведению случаев была собрана путем наблюдения за лечением и уходом за детьми в больничных палатах, путем опроса сотрудников и ухаживающих. Кроме того, истории болезни 80 детей, умерших в больницах в течение этого года, были проанализированы, и им была дана экспертная оценка. Основные характеристики и ведение 80 наблюдаемых случаев представлены в табл. 5 (см. Приложение 1). Было установлено, что 93% (75/80) больных получали неэффективные и/или вредные лекарственные средства и 96% больных детей (77/780) получили субоптимальный или ненадлежащий уход (Приложение 1). Низкие баллы (<1.0) были даны ведению больного ребенка с анемией и недоеданием (0.77), хроническими заболеваниями (0.83), лихорадкой (0.89) и ОРИ (0.91) (см. табл. 3).

• **ОРИ и пневмония.** Не существует никаких критериев для приема детей с кашлем и затрудненным дыханием. Многие госпитализированные дети с кашлем и затрудненным дыханием имели инфекции верхних дыхательных путей. Медицинские работники неправильно диагностировали и классифицировали пневмонию. В палатах не было распылителей, спэйсеров и

кислорода. У почти половины пациентов с ОРИ был синдром “токсико́за”, что означает, что у ребенка была лихорадка. Только в одной больнице наблюдалось оптимальное ведение ребенка с ОРИ. Все дети с ОРИ и лихорадкой, ОРИ и пневмонией, ОРИ и судорожным синдромом получали ненужные и вредные ВВ вливания в течение 5-8 и более дней. Все антибиотики были приобретены родителями. Кислород не был доступен в педиатрических отделениях. Дети с хрипами не были правильно диагностированы. Не было распылителей, спейсеров или тестеров для определения функции легких в районной больнице. Нет клинических протоколов для ведения пациентов с пневмонией или астмой.

- **Диарея.** Мы наблюдали около 100 пациентов с диареей в 10 больницах и оценивали истории болезни 12 пациентов (Приложение 1). Только в 1 больнице (Н) проводится правильное, в соответствии с протоколом ВОЗ, клиническое лечение детей с диареей. За исключением двух, ни в одной истории болезни не были указаны расправление кожной складки, запавшие глаза или другие симптомы обезвоживания. В результате неправильной классификации проводилась неуместная и необоснованная регидратация. Количество раствора для пероральной регидратации у больных не было рассчитано, вводилось неправильно или не было рекомендовано. Все пациенты получали неправильные ВВ вливания без мониторинга терапии. Отсутствовали рекомендации по питанию детей. Больницы не предоставляют питания детям. Согласно интервью с матерями, дети с диареей получали цельное молоко, которое принесли из дома.

- **Анемия и задержка роста.** Ведение анемии и задержки роста было оценено более низким балом – в среднем 0.77 (диапазон 0.11–1.3). Нет диагностического подхода при анемии. Качество общего анализа крови сомнительно. Лечение анемии не основано на доказательствах. Диагностика задержки роста требует значительного улучшения. Согласно историям болезни пациентов, не все дети были проверены на предмет фактического веса в приемном отделении, и, следовательно, были сделаны неправильные выводы. Весы были доступны во всех больницах, однако они отсутствовали в некоторых педиатрических отделениях и ОИТ. Ни в одном из случаев гипотрофии не был назначен правильный режим питания, и он не контролировался ни в одном педиатрическом отделении. Известно, что нарушение питания является очень важной и серьезной проблемой для младенцев и детей раннего возраста. Однако ни клинических протоколов, ни питания для лечения детей с нарушениями питания не имелось. Пищевой рахит также оказался распространённой проблемой для стационарных больных. Ни в одной из историй болезни не было адекватных рекомендаций по ведению больного ребенка с нарушением питания или соответствующих консультаций по кормлению.

- **Лихорадка.** Большинство детей с лихорадкой, направленных в больницы, были госпитализированы после неэффективного лечения семейными врачами или самостоятельного лечения в домашних условиях. Почти все они получили неправильные или излишние ВВ вливания и антибиотики в педиатрическом отделении. Все дети с лихорадкой были оценены ненадлежащим образом или не полностью. Не было проведено дифференциальной диагностики возможных и вероятных заболеваний. Люмбальная пункция проводится только в 2 больницах. Была выявлена необоснованная гипердиагностика сепсиса. Серьезные проблемы были найдены в диагностике менингита и ведении судорог. Детям с судорогами вводят неправильный противосудорожный препарат. Диазепам недоступен в большинстве случаев. В связи с отсутствием лабораторных исследований, нет соответствующей оценки больного ребенка с инфекцией мочевыводящих путей.

- **Хронические заболевания.** Лечение пациентов с хроническими заболеваниями оценили в среднем в 0.83 балла (диапазон 0.33–1.5). Девять больниц получили <1.0 балла. Мы наблюдали надлежащее лечение пациентов с сахарным диабетом только в 1 больнице. Клинический протокол ведения пациентов с диабетом был доступен в этой больнице. В связи с отсутствием лабораторной диагностики в 2 больницах уровень глюкозы вообще не определяется и контроль уровня глюкозы у пациентов, страдающих сахарным диабетом, не проводится.

- **ВИЧ/СПИД.** Диагностика и контроль ВИЧ-инфекции находится в ведении районных центров ВИЧ/СПИД. По данным национальной статистики, ВИЧ не является проблемой в Таджикистане. Нами был установлен низкий уровень настороженности в выявлении ВИЧ-инфекции. Мы не увидели ни одного ВИЧ-инфицированного пациента в больницах, которые посетили.
 - **Общая хирургия.** Обрезание, аппендицит, грыжи и травмы являются наиболее распространенными случаями госпитализации в хирургическое отделение. Проводится регистрация особых указаний по мониторингу, и необходимое лечение тщательно документируется. Отсутствие специального оборудования для педиатрической анестезиологии, отсутствие педиатрического оборудования для искусственной вентиляции легких и отсутствие кислорода уменьшают возможности для успешного клинического лечения хирургических больных.
- 7. Питание и поддерживающая терапия.** Кормление и питание для детей, наблюдаемых во время оценки, было очень плохим. Девять больниц получили ≤ 1.0 балла при среднем балле 0.89. Ни одна больница не предоставляет питания для больных детей. Только в 1 из 10 больниц была комната для приготовления пищи. Количество пищи и калораж для больных детей, в том числе пациентов с тяжелым нарушением питания, не контролируются. Нет соответствующих письменных рекомендаций кормлению детей. Грудное вскармливание поощряется во всех больницах.
- 8. Услуги, доброжелательные ребенку.** Результаты оценки показали, что значительные улучшения необходимы в пересмотре и реализации услуг доброжелательного отношения к ребенку во всех больницах. Информация о правах ребенка не была доступна ни в одной из больниц. В 9 больницах не было условий для принятия душа и купание больных детей. В детских отделениях нет игрушек и отведенных для игр мест. Дети старшего возраста и подростки не имеют возможности быть осмотрены и общаться в отдельной комнате, и нет возможности пройти обследование у врача того же пола. Нет наглядных материалов для образования матерей по вопросам здоровья детей. Некоторые учебные материалы для матерей, такие как графики и плакаты, большинство из них в отношении грудного вскармливания, выпускаемые ЮНИСЕФ, доступны в некоторых больницах. Отсутствие питания для пациентов в больницах Таджикистана, длительные необоснованные госпитализации в ОИТ, чрезмерные и необоснованные ВВ вливания, внутримышечные инъекции, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия, могут рассматриваться как недоброжелательные услуги для детей.
- 9. Мониторинг и последующее наблюдение.** 5 больниц нуждаются в существенном и еще 5 в некотором улучшении для достижения стандартов в области мониторинга и последующего наблюдения. Мониторинг со стороны медсестер, а также врачей является неполным и не всегда хорошо сфокусированным. Существующие карты мониторинга нуждаются в пересмотре и обновлении. Анализ клинических случаев (записей) показал, что в случаях диареи, соответствующие режиму жидкости и питание не указаны, признаки обезвоживания не проверяются и не регистрируются. Количество потребляемой пищи не записывается. При выписке матери обычно получают короткую неконкретную выписку из истории болезни без четких рекомендаций и важной информации.
- 10. Руководства и аудит.** Клиническое ведение пациентов не соответствует национальным или международным руководствам. Диагностические критерии основаны на различных классификациях, которые преподаются на курсах повышения квалификации (УСО). Тем не менее, план и число исследований, а также лечение основаны в большинстве случаев на мнении врача. Большинство медицинских работников не знают о национальных клинических протоколах. Современные учебники по педиатрии также не доступны в отделениях. Мы увидели ведение пациентов в соответствии с клиническими протоколами, основанными на доказательствах, только в 2 детских отделениях и в отделениях хирургии в большинстве больниц. Надлежащего аудита в больницах не проводится.
- 11. Доступ к больнице и обратная связь с первичной медико-санитарной помощью.** Была установлена слабая связь между больницами различного уровня и отсутствие сотрудничества между первичным уровнем здравоохранения (амбулаторные услуги) и больницами; более чем 85%

больных в детских отделениях были госпитализированы по самообращению. Пациенты, направленные в учреждения ПМСП, неправильно оценены и классифицированы по наиболее распространенным заболеваниям, требующим направления в соответствии со стандартами ИВБДВ. Только около 30% перенаправленных пациентов лечились предварительно на дому семейным врачом от 2 до 10 дней. Транспортировка больного ребенка в больницу, как правило, является ответственность родителей и представляет собой барьер для перенаправления. Было установлено, что больницы доступны, однако ограниченное число лекарственных средств, необходимых для лечения, ограниченное предоставление бесплатных методов исследования, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия, а также отсутствие питания, затрудняют госпитализацию и делают квалифицированную госпитальную помощь недоступной.

12. Мнение матерей о качестве ухода. Как правило, матери довольны стационарной помощью и знают причину госпитализации. В большинстве случаев ожидания матерей в отношении услуг оправданы. Интервью с матерями показали, что часто производятся официальные и “неформальные” платежи (около 90–95%). Большинство из родителей (95%) приобрели различные препараты и питание сами, а также заплатили за некоторые исследования. По результатам обсуждения с матерями и медицинским работникам, было выявлено, что около 85% лекарственных средств, закупленных родителями, официально доступны бесплатно в соответствующих больницах. Средний балл по этому показателю составил 1.65 (диапазон 1.0–3.0). Больница Н получила 3,0 балла. Все матери были полностью удовлетворены клиническим ведением и услугами, предоставляемыми в данной больнице.

13. Интервью с медработниками. В интервью медицинские работники отмечали плохие условия труда и плохое взаимодействие между различными уровнями оказания медицинской помощи. Несмотря на низкий уровень заработной платы, медицинские работники преданы своей профессии. Врачи высказали пожелание, чтобы была возможность повышения квалификации. Учебный план непрерывного медицинского образования (НМО) требует пересмотра с точки зрения стандартов доказательной медицины и национальных стратегий в области здоровья детей. Средний балл по этому пункту составил 1.62 (диапазон от 1.1 до 2.3), что подтверждает необходимость улучшения, особенно в области условий труда и доступа к НМО.

14. Национальное совещание с группой ключевых национальных заинтересованных сторон для представления предварительных результатов, рекомендаций и разработки плана действий

Восемнадцатого июля 2012 г. авторы отчета приняли участие в национальном ориентационном совещании с группой ключевых национальных заинтересованных сторон для представления предварительных результатов, рекомендаций и разработки плана действий. На совещании присутствовали 36 человек, включая представителей Министерства здравоохранения, руководителей Хатлонской области и менеджеров больниц, представители Российской академии медицинских наук, ЮСАИД, НБР, ЮНИСЕФ, ВОЗ (Приложение 5).

В ходе встречи консультанты ВОЗ представили предварительные результаты проведенной оценки. Цель и результаты оценки были проиллюстрированы, и их актуальность для текущих предложений по реформе здравоохранения в Таджикистане была обсуждена. Во второй половине дня участники совещания были разделены на три рабочие группы. Группы, на основе предварительных результатов оценки, разработали план действий по улучшению качества стационарной помощи детям в больницах Хатлонской области.

Участники пришли к выводу, что районные больницы нуждаются в существенных или некоторых улучшениях для достижения стандартного лечения (Приложение 6). Были определены 3 основных направления деятельности: 1) проведение тренингов по ОРИ, диарее, неотложной медицинской помощи, нарушениям питания, лихорадочным состояниям, интенсивной терапии; 2) закупка медицинского оборудования и расходных материалов, включая оксигенаторы, оборудование для искусственной вентиляции легких для детей, принадлежности для кислородной терапии, аспираторы,

дефибрилляторы, пульсоксиметры, тестеры для определения функции легких, лабораторные принадлежности, манекены, другие; 3) улучшение контроля и надзора (см. Приложение 6).

5. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

По итогам учебного курса “Укрепление потенциала: улучшение качества стационарной помощи детям”:

1. Курс был успешным и цели были достигнуты. Двадцать национальных специалистов, представителей национальных, областных и районных уровней прошли обучение по использованию КС ВОЗ. Содержание курса и методов обучения были рекомендованы как подходящие для обучения медработников первого уровня. В общем адаптированное руководство сработало хорошо. Лишь несколько несоответствий и некоторые опечатки были обнаружены в адаптированном КС и нуждаются в коррекции. Оптимальная продолжительность курса должна быть 6–7 дней с усилением части по клинической практике.
2. Тренинг предоставил хорошую возможность для участников для лучшего понимания содержания курса и, в частности, его требований к организации и подготовке. Курс также предоставил возможность для обучения участников и будущих координаторов в Таджикистане.
3. Учебный курс дал участникам возможность выявить основные препятствия и пробелы в повышении качества педиатрической помощи в больницах Таджикистана, определить возможные направления для их решения и разработки предварительного перечня показателей для улучшения качества помощи.
4. Принимая во внимание положительные отзывы участников и успешное завершение первого курса обучения, обновленный КС ВОЗ должен быть внедрен в стационарах первого уровня в Таджикистане, так же как и другие учебные курсы ВОЗ по использованию КС.

На основании результатов оценки качества стационарной помощи детям в 10 районных больницах Таджикистана

1. Национальный потенциал в области применения инструментов ВОЗ по оценке качества стационарной помощи детям был укреплен. Тринадцать национальных экспертов прошли обучение. Шесть из них практиковали применение инструмента ВОЗ для оценки в 10 районных больницах Хатлонской области Таджикистана.
2. Хатлонская область Таджикистана имеет компактную сеть больниц разных уровней с необходимым медицинским персоналом, которая может обеспечить доступность медицинской помощи для населения. Тем не менее, сложные процедуры официального перенаправления, высокий уровень самообращений (> 85%) больных детей и необоснованных госпитализаций, ограниченное количество бесплатных медикаментов и лабораторных исследований, а также отсутствие питания в больницах делают доступ к больницам ограниченным.
3. Большинство больниц Хатлонской области нуждаются в некотором или существенном улучшении качества помощи для достижения стандартного лечения. Согласно балльной системе инструмента ВОЗ для оценки качества стационарной помощи детям, средний балл оценки больниц составил 1.22 (диапазон 0.8–2.0). Семь больниц получили > 1,0–<2,0 балла, 2 больницы <1.0 балла и только 1 больница получила 2.0 балла. Самый низкий балл был дан ведению больного ребенка с анемией и нарушением питания (0.77), пациентов с хроническими заболеваниями (0.83), с лихорадочными состояниями (0.89) и диареей (0.91).
4. Оценка показала отсутствие адекватного снабжения расходными материалами и оборудованием в большинстве больниц. В больницах необходимо улучшить доступность оборудования для подачи кислорода, такого как кислород-расходомеры и концентраторов, провести ревизию функционального рентгеновского оборудования, обеспечить больницы расходными материалами, периферическими катетерами, носовыми канюлями, назогастральными

трубками для детей, уретральными катетерами, детскими интубационными трубками, дефибрилляторами, педиатрическим оборудованием для искусственной вентиляции легких, нейбулайзерами, одноразовыми шприцами. Было установлено, что неотложная медицинская помощь, предоставляемая детям, является неудовлетворительной. Концепция оказания неотложной помощи и сортировки нуждается в пересмотре и улучшении во всех больницах.

5. Качество педиатрической госпитальной помощи в районных больницах Таджикистана нуждается в улучшении: значительная часть детей (93%) в больницах не получили соответствующего клинического ведения своих заболеваний, многие пациенты получают необоснованное лечение. Отсутствуют (96%) стандарты лечения, основанные на доказательствах, для ведения распространенных заболеваний в частности: ОРВИ, лихорадки, диареи, отека мозга, сепсиса, нарушения питания, астмы, судорог; используются необоснованные лекарственные средства, вливания и инъекции.

6. Эффективное внедрение национальных протоколов по клиническому ведению больного ребенка в стационаре является одним из компонентов комплексного подхода по улучшению качества медицинской помощи. Необходимо создать рабочую группу для разработки этих руководств при технической поддержке международного консультанта. Важно обеспечить, чтобы эти протоколы согласовывались с протоколами, используемыми на уровне ПМСП. Реализация адаптированных клинических протоколов, включенных в КС ВОЗ, позволит улучшить качество медицинского обслуживания в больницах.

7. На основании обновленного КС ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям и пересмотренных клинических протоколов по ведению детских болезней, должны быть проведены учебные курсы по клиническому ведению больного ребенка для врачей и медсестер.

8. Существует необходимость в пересмотре политики и положений, касающихся аудита и контроля качества медицинской помощи в больницах: они должны быть стандартизированы, основаны на доказательствах и одобрены МЗ. Чтобы гарантировать некоторые минимальные стандарты в больницах, также должна быть разработана система аккредитации/сертификации, основанная стандартах.

9. Очень важно обновить и утвердить перечень услуг, предоставляемых бесплатно для детей, и пересмотреть политику питания пациентов в больницах. Очень важно повысить уровень информированности медработников о Хартии прав детей в больницах.

10. На основании результатов оценки качества стационарной помощи детям и обсуждения на национальном ориентационном совещании 18 июля 2012 года, общий план действий и индивидуальный план для каждой из 10 больниц были разработаны и согласованы. Для успешной реализации этих планов должна быть создана команда для мониторинга и оценки.

11. Сотрудничество между Управлением здравоохранения Хатлонской области, Министерством здравоохранения Республики Таджикистан и партнерами, такими как ВОЗ, Центром здоровья детей РАМН, ЮНИСЕФ, ЛСА, НБР, Всемирного банка и других является необходимым фактором для успешного внедрения стандартов по улучшению качества педиатрической госпитальной помощи.

6. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Здоровье ребенка в Таджикистане. ЮНИСЕФ, Таджикистан, МЗ РТ, доклад, ноябрь 2011 г.
2. Улучшение качества стационарной помощи детям. Отчет Армении, Казахстана, Туркменистана и Узбекистана, ВОЗ/ЕРБ, 2010. <http://www.euro.who.int/en/>
3. Улучшение системы поддерживающего кураторства в Таджикистане для улучшения программ по здоровью матери и ребенка, ВОЗ ЕРБ, 2011
4. Интегрированное ведение болезней детского возраста. Межстрановое совещание по улучшению качества госпитальной помощи детям. Извлеченные уроки, Республика Армения, 19–21 октября 2010
5. Ведение детей с серьезными инфекциями или тяжелым нарушением питания: руководства для больниц первого уровня в развивающихся странах. ВОЗ/FCH/САН/00.1 издание. Женева: ВОЗ, 2000
6. Карманный справочник для оказания госпитальной помощи детям, ВОЗ/FCH/САН/2005
7. Системы здравоохранения в переходный период (СЗП) в Таджикистане Ходжамуродов Г., Рейчел Б. Таджикистан: обзор системы здравоохранения. Европейская обсерватории по системам и политике. Том. 7 No. 2. _ 2010. www.who.int
8. Качество медицинских услуг, оказываемых детям в Республике Таджикистан, Всемирный Банк, Душанбе, 2011
9. Инструмент ЕРБ ВОЗ для оценки качества стационарной помощи детям (пересмотренная версия, октябрь 2009)
10. ЕРБ ВОЗ. Технические консультации по улучшению качества педиатрической госпитальной помощи в стационарах первого уровня в Европейском регионе, Копенгаген, Дания, 4-6 апрель 2001 г.
11. ВОЗ Профиль здоровья страны, Таджикистан. Global Health Observatory, 2011. <http://www.euro.who.int>
12. Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по системам здравоохранения: “Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние”, Таллинн, Эстония, 25-27 июня 2008, _http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf
13. Рекомендации ВОЗ по ведению наиболее распространенных заболеваний детского возраста: доказательства для технического обновления рекомендаций карманного справочника по следующим разделам: заболевания новорожденных, дизентерия, пневмония, использование и доставка кислорода, распространенные причины лихорадки, острые нарушения питания и поддерживающая терапия, 2010.

Приложение 1

Таблица 1 Ведение наблюдаемых клинических случаев (# = 80)

| A | B | Поставленный диагноз | D | E | Комментарии | G |
|----------|----------|--|----------|----------|---|--|
| 1. | 7 | Острый энтероколит. Сильное обезвоживание | д | д | Необоснованное гипер-лечение. Опасная терапия 10 типами лекарств. Нет оценки признаков обезвоживания. Нет контроля ВВ вливаний, припухшие глаза | Отсутствие лаборатории. Отсутствие контроля за клиническими признаками. |
| 2. | 8 | Сепсис. Острый энтероколит с тяжелым обезвоживанием. | Д | Д | Неправильный, необоснованный диагноз. Признаки обезвоживания не проверены. У ребенка средняя степень нарушения питания. Чрезмерное лечение с помощью антибиотиков, витаминов. Четыре дня в отделении интенсивной терапии. Необоснованная терапия. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие контроля за клиническим признакам. |
| 3. | 10 | Перинатальная энцефалопатия. Судорожный синдром. Дисплазия тазобедренного сустава. | Д | Д | Неправильный, необоснованный диагноз. Нет соответствующей терапии. Нет контроля введенных жидкостей, в результате – неоправданная и вредная поли-прагмазия. Неэффективное кормление и уход. | Отсутствие руководств. Отсутствие инструментальных методов исследования. |
| 4. | 5 | Перинатальная энцефалопатия. Судорожный синдром. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом. Нет информации о весе, никакой информации о рефлексах и неврологическом статусе. Ребенок слеп, отсутствие зрачкового рефлекса. Необоснованная терапия. | Отсутствие руководств. Отсутствие инструментальных методов исследования. |
| 5. | 24 | Тяжелая пневмония. | Н | Д | Необоснованный диагноз. Статус ребенка соответствует удовлетворительному состоянию. Необоснованно долгая антибактериальная терапия. Нет мониторинга. | Отсутствие руководств. Отсутствие формы записи. |
| 6. | 48 | ОРИ. Нейротоксикоз. Судорожный синдром. Отек мозга. | Н | Д | Ребенок не был оценен должным образом на наличие экстренных и приоритетных признаков. Не была оказана соответствующая неотложная помощь. Неэффективная терапия судорог. | Отсутствие руководств. Отсутствие знаний. Отсутствие кислорода. |
| 7. | 24 | Детский церебральный паралич. Судорожный синдром. Анемия. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом на экстренные и приоритетные признаки. Соответствующая неотложная помощь не была оказана. Неэффективность терапии судорог. Нет контроля вливаний. | Отсутствие руководств. Отсутствие знаний. Отсутствие кислорода. |
| 8. | 24 | Острый энтероколит, тяжелое обезвоживание. Рахит. Гипотрофия. Тяжелая анемия. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом на экстренные и приоритетные признаки. Неправильная терапия, опасные ВВ вливания. Необоснованный диагноз. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |

| | | | | | | |
|-----|--------|---|---|---|---|--|
| 9. | 3 | Острая респираторная инфекция. Лихорадка. Отек мозга. Врожденный порок сердца. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом на экстренные и приоритетные признаки. Неправильное лечение синдрома. | Отсутствие руководств. Отсутствие кислорода. |
| 10. | 60 | Тяжелая пневмония, судорожный синдром. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом на экстренные и приоритетные знаки. Неправильный диагноз. Несоответствующие, опасные ВВ вливания. Нет контроля жидкостей. | Отсутствие принадлежностей для диагностики. Отсутствие кислорода. |
| 11. | 7 дней | Перинатальная энцефалопатия. Острая респираторная инфекция. Нейротоксикоз. Пневмония. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом на экстренные и приоритетные признаки. Неправильный диагноз. Несоответствующие, опасные ВВ вливания. Нет контроля жидкостей. | Отсутствие руководств. Отсутствие формы записи. Отсутствие лабораторий. Отсутствие кислорода. |
| 12. | 7 | Острая респираторная инфекция. Нейротоксикоз. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом. Нет регистрации ЧД, нет проверки неврологического статуса. Несоответствующее, опасное лечение внутривенной инфузией и нейростимуляторами. | Отсутствие руководств. Отсутствие кислорода. Отсутствие принадлежностей для диагностики. |
| 13. | 23 дня | Пневмония. Сепсис. Энтероколит. ДВС. Черепно-мозговая травма. Церебральное кровоотечение. | Д | Д | Необоснованный диагноз и неправильное лечение. Ребенок не была оценен должным образом. Слишком длительное лечение антибиотиками. Поли-прагмазия. | Отсутствие руководств. Отсутствие принадлежностей для диагностики. Отсутствие лабораторий. |
| 14. | 30 | Острая респираторная инфекция. Пневмония. RI II-III степени. Врожденные пороки сердца. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом, нет ЧД, пульса. Нет контроля жидкостей. Неэффективная интенсивная терапия. | Отсутствие руководств. Отсутствие принадлежностей для диагностики. Отсутствие лабораторий. Отсутствие кислорода. |
| 15. | 6 дней | Недоношенность. Врожденный порок сердца. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом. Необоснованный диагноз. Медицинская помощь не оказана. | Отсутствие руководств. Отсутствие лабораторий. Отсутствие кислорода. |
| 16. | 11 | Тяжелая пневмония. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом на экстренные и приоритетные признаки. Необоснованный диагноз. Несоответствующая интенсивная терапия. | Отсутствие руководств. Отсутствие принадлежностей для диагностики. Отсутствие кислорода. |
| 17. | 2 | Острая респираторная инфекция. Судорожный синдром. Нейротоксикоз. | Д | Н | Ребенок не был оценен должным образом. Нет регистрации ЧД, неврологический статус не проверялся. Несоответствующее, опасное лечение внутривенной инфузией и нейростимулятором. Нет контроля введенных жидкостей и лекарств. | Отсутствие руководств. Отсутствие лабораторий. Отсутствие кислорода. |
| 18. | 24 | Острая респираторная инфекция. Судорожный синдром. DIC. Парез кишечника. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом на экстренные и приоритетные признаки. Необоснованный диагноз. Несоответствующая экстренная помощь. | Отсутствие руководств. Отсутствие диагностического оборудования. Отсутствие лабораторий. Отсутствие кислорода. |
| 19. | 2 | Гастроэнтерит, тяжелое обезвоживание. Инфекция, токсический шок. ДВС | Д | Д | Неэффективная ВВ интенсивная терапия. Наличие признаков обезвоживания не проверено. | Отсутствие руководств. Отсутствие диагностического |

| | | | | | | |
|-----|----|---|---|---|---|---|
| | | | | | Отсутствие оценки жизненно важных клинических показателей. Нет контроля жидкостей и лекарственных препаратов. | оборудования. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 20. | 2 | Острая респираторная инфекция. Судорожный синдром. Нейротоксикоз. | Д | Д | Неправильная реанимация и несоответствующая ВВ интенсивная терапия. Нет надлежащего мониторинга за жизненно важными показателями. Необоснованный диагноз. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода и лаборатории. |
| 21. | 14 | Острая респираторная инфекция. Пневмония. Пневмопатия. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом. Неэффективная интенсивная терапия. Отсутствие контроля за клиническими признаками и эффективностью терапии. Необоснованный диагноз. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 22. | 2 | Пневмония. Гипотрофия, 2-3 степени. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом на экстренные и приоритетные знаки. Необоснованный диагноз. Несоответствующая интенсивная терапия. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 23. | 4 | Острая респираторная инфекция. Судорожный синдром. Нейротоксикоз. | Д | Д | Нет надлежащего контроля за клиническими признаками и лекарствами. Необоснованный диагноз. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 24. | 4 | Пневмония | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом. Нет регистрации ЧД, признаки опасности не определены. Нет адекватной оценки и нет мониторинга терапии. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 25. | 1 | Острая респираторная инфекция. Токсикоз. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом. Нет регистрации ЧД, признаки опасности не определены. Нет адекватной оценки и мониторинга терапии. Неэффективная реанимация | Отсутствие руководств. Отсутствие принадлежностей для диагностики. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 26. | 8 | Гастроэнтероколит. Диссеминированная внутрисосудистая коагулопатия (ДВС). | Д | Д | Неполный диагноз. Отсутствие оценки жизненно важных показателей. Отсутствие необходимых исследований. Нет оценки признаков обезвоживания. Неадекватные ВВ вливания. Нет контроля жидкостей. | Отсутствие руководств. Отсутствие диагностических материалов/оборудования. Отсутствие кислорода. |
| 27. | 3 | Острая респираторная инфекция. Нейротоксикоз | Д | Д | Необоснованный диагноз. Нет должной оценки. Нет мониторинга клинических признаков. У ребенка признаки инфекции мочевыводящих путей. Полипрагмазия. | Отсутствие руководств. Отсутствие диагностических материалов/оборудования. |
| 28. | 8 | Острая респираторная инфекция. Пневмония. | Н | Д | Ребенок не был оценен должным образом. Нет регистрации ЧД. Необоснованный диагноз, пропущен диагноз ИМП. Отсутствие контроля за клиническими признаками и результатами лабораторных тестов. | Отсутствие руководств. Отсутствие диагностических материалов/оборудования. |
| 29. | 20 | Острая респираторная инфекция. Пневмония. | Н | Д | Необоснованный диагноз. Нет мониторинга клинических признаков (низкий гемоглобин, гипокальцемия). Нет адекватной терапии. Полипрагмазия. Нет рекомендаций по кормлению. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |
| 30. | 24 | Острая респираторная инфекция. Судорожный | Н | Н | Ребенок не был оценен должным образом. Нет регистрации ЧД. Нет | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |

| | | | | | | |
|------|----|---|---|---|---|--|
| | | синдром. Пневмония. | | | адекватной оценки жизненно важных функций и контроля за терапией. Неэффективная интенсивная терапия. Неэффективная реанимация. Нет рекомендаций по кормлению. | Отсутствие кислорода. |
| 31. | 18 | Отек мозга. Отек легких. ДВС. | Д | Д | Ребенок не был оценен должным образом. Необоснованный диагноз. Нет адекватной оценки жизненно важных признаков, нет контроля за терапией. Неэффективная интенсивная терапия. Неэффективная реанимации. Нет рекомендаций по кормлению. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 32. | 6 | Острая респираторная инфекция. Судорожный синдром. | Д | Д | Неполный диагноз. Отсутствие адекватного исследования. Неадекватное лечение. Опасные ВВ вливания растворов. Неэффективная реанимация. Нет рекомендаций по кормлению. | Отсутствие руководств. Отсутствие диагностического оборудования. Отсутствие кислорода. |
| 33. | 54 | Пиелонефрит | Д | Д | Неполный диагноз. Нет мониторинга ВВ вливаний. Нет оценки и мониторинга клинических признаков (Нв). Нет рекомендаций по кормлению. | Отсутствие руководств. Отсутствие диагностического оборудования. |
| 34. | 48 | Острый бронхит. Дыхательная недостаточность, степень 1-2. | Н | Д | Необоснованный диагноз. Нет мониторинга ВВ вливаний. Нет рекомендаций по кормлению. | Отсутствие руководств. |
| 35.Я | 5 | Пневмония. Дыхательная недостаточность, степень 1-2. | Д | Д | Нет надлежащей оценки анемии и нарушения питания. Чрезмерное лечение. Нет рекомендаций по кормлению. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |
| 36. | 21 | Острая респираторная инфекция. Судорожный синдром. | Д | Д | Неправильный диагноз. Неэффективное лечение. Отсутствие контроля за клиническими признаками. | Отсутствие руководств. Отсутствие диагностического оборудования. |
| 37. | 12 | Острый гастроэнтерит. | Д | Д | Нет оценки обезвоживания. Несоответствующая регидратация. Необоснованная антибактериальная терапия. Нет рекомендаций по кормлению. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |
| 38. | 16 | Сепсис. Анемия. Диарея. | Д | Д | Неполный диагноз. Нет оценки обезвоживания. Опасная, неуместная ВВ терапия. Нет контроля за клиническими признаками и введенными жидкостями. Нет рекомендаций по кормлению. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 39. | 13 | Диарея | Д | Д | Неполный диагноз. Нет оценки обезвоживания. Неправильное клиническое ведение. Нет рекомендаций по кормлению. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |
| 40. | 9 | Пневмония. Дыхательная недостаточность, степень 1-2. | Н | Д | Неполная клиническая оценка. Опасные, необоснованные ВВ вливания. Нет рекомендаций по кормлению. Нет контроля симптомов. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 41. | 5 | Острая респираторная инфекция. Судорожный | Д | Д | Неполный диагноз. Необоснованная терапия. Полипрагмазия. Нет | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |

| | | | | | | |
|-----|-----------|--|---|---|--|---|
| | | синдром. | | | надлежащего мониторинга. Неэффективная реанимация. | Отсутствие кислорода. |
| 42. | 48 | Ожог кожи. Шок. | Д | Д | Неполная клиническая оценка. Необоснованная терапия. Ненужные, опасные медикаменты. Нет надлежащего мониторинга проводимой терапии. Нет рекомендаций по кормлению. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие диагностического оборудования. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 43. | 48 | Анемия. Лейкоз. | Д | Д | Неполный диагноз. Нет оценки неотложных и приоритетных признаков. Несоответствующее клиническое ведение. Отсутствие адекватного набора исследований. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствия оборудования. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 44. | 8 | Пневмония. Дыхательная недостаточность. Энтероколит. | Д | Д | Неполный диагноз. Нет оценки обезвоживания. Неправильное клиническое ведение. Опасное и чрезмерное лечение. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 45. | 3 дня | Острая респираторная инфекция. Судорожный синдром. Лихорадка. | Д | Д | Неполный диагноз. Отсутствие адекватных неврологических исследований. Опасное чрезмерное лечение. Нет мониторинга. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 46. | 4 дня | Асфиксия. Тяжелая неонатальная травма. | Д | Д | Неполный диагноз. Отсутствие адекватных неврологических исследований. Опасное чрезмерное лечение. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 47. | 7 дней | Неонатальная травма, дыхательная недостаточность, 1-2 степени | Д | Д | Неполный диагноз. Отсутствие адекватных неврологических исследований. Неэффективная интенсивная терапия. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие диагностического оборудования. Отсутствие кислорода. |
| 48. | 11 | Острая респираторная инфекция. Лихорадка. Нейротоксикоза. Отек мозга. ДВС. Анемия. | Д | Д | Неполный диагноз. Отсутствие адекватных неврологических исследований. Опасное лечение. Нет мониторинга. Неэффективная интенсивная терапия. Нет мониторинга клинических признаков. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие диагностического оборудования. Отсутствие кислорода. |
| 49. | 2 | Инфекции мочевыводящих путей. | Д | Д | Необоснованное лечение. Полипрагмазия. Отсутствие контроля за клиническими признаками. | Отсутствие руководств. Отсутствие диагностического оборудования. |
| 50. | 16 | Пневмония. Гипотрофия. | Д | Д | Неполный диагноз. Неадекватная оценка клинических признаков. Нет мониторинга ВВ инфузии. Ненужные лекарства. | Отсутствие руководств. |
| 51. | 2 | Диарея, план Б. | Д | Д | Неполный диагноз. Неадекватная оценка клинических признаков обезвоживания. Несоответствующая регидратация и клинический мониторинг. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |
| 52. | 5 | Острая респираторная инфекция. Судорожный | Д | Д | Неполный диагноз. Неадекватная оценка клинических признаков обезвоживания. | Отсутствие руководств. Отсутствие |

| | | | | | | |
|-----|--------|---|---|---|---|--|
| | | синдром. Диарея. | | | Несоответствующая регидратация и клинический мониторинг. | диагностического оборудования. |
| 53. | 12 лет | Диабетическая кома. | Д | Н | Велась правильно. | Отсутствие лаборатории. |
| 54. | 14 | Пневмония. | Н | Д | Неполный диагноз. Ненужное лечение, полипрагмазия. Неправильная ВВ терапия. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |
| 55. | 8 | Диарея, план Б. | Д | Д | Неполный диагноз. Рациональная регидратация. Заполненная мониторинговая форма. | |
| 56. | 9 лет | Острый энтероколит. | Н | Н | Неполный диагноз. Ненужная ВВ терапия. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |
| 57. | 12 | Острые кишечные инфекции. | Д | Д | Поздняя диагностика. Транспортировка вызвала смерть. | Отсутствие руководств. |
| 58. | 5 | Острая респираторная инфекция. Нейротоксикоз. | Д | Д | Неполная оценка и сортировка. Неэффективная интенсивная терапия. Неэффективная реанимация. | Отсутствие диагностического оборудования. Отсутствие кислорода. |
| 59. | 54 | Острая респираторная инфекция. Нейротоксикоз | Д | Д | Неполная оценка и сортировка. Опасная гипермедикализация. Неэффективная интенсивная терапия. Нет рекомендаций для кормления. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |
| 60. | 5 | Сепсис. Эксикоз, 3-й степени. Нейротоксикоз. | Д | Д | Неполная оценка и сортировка. Опасное лечение. Неправильное наблюдение за ВВ ведением. Неэффективная интенсивная терапия. Нет рекомендаций для кормления. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 61. | 6 | Кишечные инфекции. Парез кишечника. | Д | Д | Неполная оценка и сортировка. Оценка на признаки обезвоживания не проведена. Неправильное ВВ вливание. Неправильный мониторинг. Нет рекомендаций для кормления. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |
| 62. | 14 | Недоношенность. Тяжелое нарушение питания. Сепсис. | Д | Д | Необоснованный, неправильный диагноз. Опасное, необоснованное лечение. Неправильное питание, неправильный уход. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |
| 63. | 5 | Кишечные инфекции. Сепсис. | Д | Д | Необоснованный диагноз. Неполная оценка. Неправильная регидратация. Отсутствие адекватного необходимого исследования. Неправильное питание, неправильный уход. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |
| 64. | 13 | Дизентерия. | Д | Н | Неполная оценка и сортировка. Нет признаков обезвоживания. Необоснованная антибактериальная терапия. Неправильная регидратация. Неправильное кормление. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |
| 65. | 5 | Гипотрофия, 3-й степень. Сепсис | Д | Д | Неполная оценка. Необоснованный диагноз. Неправильное наблюдение за ВВ инфузией. Неправильное питание, неправильный уход. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |
| 66. | 36 | Пневмония. Кардиореспираторный синдром. Токсический кардит. | Н | Д | Необоснованный диагноз. Радиологическое исследование - нормально. Неполная оценка. Ненужная госпитализация. Неправильное | Отсутствие руководств. |

| | | | | | | |
|-----|--------|--|---|---|---|--|
| | | | | | клиническое ведение, чрезмерное лечение, неправильное, опасные ВВ вливания. | |
| 67. | 9 | Сепсис | Д | Д | Неполная оценка. Необоснованный диагноз. Полипрагмазия. Неправильный мониторинг клинических признаков. Неправильное питание, неправильный уход. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. |
| 68. | 5 | Пневмония | Д | Д | Неполная оценка, неправильный диагноз. Неэффективная интенсивная терапия. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие кислорода. |
| 69. | 6 | Острые кишечные инфекции. | Д | Д | Неполная оценка, неправильный диагноз. Отсутствие контроля за ВВ введением жидкостей и лекарственных средств. Неэффективная интенсивная терапия. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 70. | 18 | Пневмония. Лихорадка. Судороги при лихорадке. | Н | Д | Неполная оценка. Необоснованная терапия. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие кислорода. |
| 71. | 2 | Интранатальная травма. | Д | Д | Неполная оценка, неправильный диагноз. Признаки обезвоживания не проверены. Необоснованные, опасные ВВ вливания. Неправильное питание, неправильный уход. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие диагностического оборудования. |
| 72. | 12 | Острая респираторная инфекция. Ларинготрахеит. | Н | Д | Неполная оценка и сортировка. Необоснованная терапия. Нет мониторинга. Неправильная интенсивная терапия. Никаких рекомендаций по кормлению. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 73. | 10 | Острая респираторная инфекция. Нейротоксикоз. | Д | Н | Неполная оценка и сортировка. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 74. | 13 | Пневмония с осложнениями гнойно пневмоторакса. | Д | Д | Неполная оценка и сортировка. Отсутствие контроля ВВ жидкостей и лекарства. Неэффективная интенсивная терапия, чрезмерная медикализация. Неэффективная реанимация | Отсутствие руководств. Отсутствие диагностического оборудования. Отсутствие кислорода. |
| 75. | 13 | Острая респираторная инфекция. Нейротоксикоз. | Д | Д | Неполная оценка и сортировка. Опасные ВВ вливания. Нет мониторинга симптомов. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |
| 76. | 15 лет | Стрептококковая фарингит. | Н | Н | Правильное ведение. | |
| 77. | 7 | Диарея, сильное обезвоживание. | Д | Д | Неполная оценка. Неполный диагноз. У ребенка тяжелое нарушение питания, анемия. Неправильная регидратация. Никаких рекомендаций по кормлению. Неправильное кормление. Несоответствующий уход. | Отсутствие руководств. |
| 78. | 30 | Острый гепатит А | Н | Н | Неполная оценка. Неполный диагноз. Никаких рекомендаций по кормлению. Неправильное кормление. Слишком длительный срок пребывания. | |

| | | | | | | |
|-----|-----|--|---|---|--|--|
| 79. | 1,5 | Острая респираторная инфекция. Нейротоксикоз. Отек мозга | Д | Д | Неполная оценка и сортировка. Необоснованная терапия. Неэффективные реанимации. | Отсутствие руководств. Отсутствие кислорода. |
| 80. | 1 | Тяжелая пневмония. Респираторная недостаточность 1-2 степени | Д | Д | Неполная оценка. Неполный диагноз. Несоответствующая интенсивная терапия. Никаких рекомендаций по кормлению. Неэффективная реанимация. | Отсутствие руководств. Отсутствие лаборатории. Отсутствие кислорода. |

Общее количество пациентов-80. в том числе: <1 месяц - 7;> 1 мес-1 год-43;> 1 -2 года-18;> 2-5 лет-9;> 5 лет-3;
Количество пациентов, которые не нуждаются в госпитализации: 12 из 80 (15%);
Неэффективные и/или вредные лекарства, 75/80 (93%);
Субоптимальное или ненадлежащее ведение 77/80 (96%);
Отсутствие клинических руководств: 77/780 (96%);

Условные обозначения: А-число случаев, В -возраст (месяцы); С - диагностика; D - необходимость госпитализации; Е-ненужные и потенциально вредные медикаменты или процедуры; F – комментарии.

Приложение 2.

**Улучшение качества стационарной помощи детям в Таджикистане
Тренинг по укреплению потенциала: улучшение качества стационарной помощи детям
Душанбе, 03–06 июля 2012 г.
Программа**

День 1

| Время | Деятельность | Исполнитель |
|-------------|---|-----------------|
| 09:00–09:30 | Открытие, Приветствие Введение в цели и задачи семинара | Минздрав ВОЗ |
| 09:30–10:00 | Оценка стационарной помощи детям в Таджикистане: презентация недостатков и сильных сторон в оказании педиатрической помощи | |
| 10:00–10:15 | Перерыв на кофе | |
| 10:15–11:15 | Введение в руководящие принципы ВОЗ: Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям и руководства по перенаправлению | Консультант ВОЗ |
| 11:15–12:15 | Кашель и затрудненное дыхание – клинический случай | Консультант ВОЗ |
| 12:15–13:00 | Видео о клиническом случае по респираторным проблемам | Консультант ВОЗ |
| 13:00–14:00 | Перерыв на обед | |
| 14:00–15:30 | Видео о кислороде | Консультант ВОЗ |
| 15:30–15:45 | Перерыв на кофе | |
| 15:45–16:45 | Диарея – клинический случай | Консультант ВОЗ |
| 16:45–17:00 | Отчет, обсуждение и вопросы | Консультант ВОЗ |

День 2

| | | |
|-------------|--|-----------------|
| 09:00–10:00 | Видео по неотложным и приоритетным признакам | Консультант ВОЗ |
| 10:00–11:00 | Лихорадка – клинический случай | Консультант ВОЗ |
| 11:00–11:15 | Перерыв на кофе | |
| 11:15–12:15 | Дети с инфекциями – клинический случай | Консультант ВОЗ |
| 12:15–13:00 | Клинические признаки тяжелых заболеваний новорожденных | Консультант ВОЗ |
| 13:00–14:00 | Перерыв на обед | |
| 14:00–15:45 | Клиническая практика использования руководств ВОЗ в детских отделениях (ОИТ) | Консультант ВОЗ |
| 15:45–16:00 | Перерыв на кофе | |
| 16:00–16:45 | Низкий вес при рождении – клинический случай | Консультант ВОЗ |
| 16:30–17:00 | Отчет, обсуждение и вопросы | Консультант ВОЗ |

День 3

| | | |
|-------------|---|-----------------|
| 09:00–10:00 | Острое недоедание – клинический случай | Консультант ВОЗ |
| 10:00–10:45 | Ведение детей с ожогами кожи – клинический случай | Консультант ВОЗ |
| 10:45–11:00 | Перерыв на кофе | |
| 11:00–13:00 | Клиническая практика по использованию руководств ВОЗ в детских отделениях | Консультант ВОЗ |

| | | |
|-------------|--|-----------------|
| 13:00–14:00 | Перерыв на обед | |
| 14:00–15:30 | Групповое обсуждение клинических случаев | Участники |
| 15:30–15:45 | Перерыв на кофе | |
| 15:45–16:30 | Групповое обсуждение клинических случаев | Участники |
| 16:30–17:00 | Клиническая практика по использованию руководств ВОЗ в детских отделениях – обсуждение | Консультант ВОЗ |

День 4

| | | |
|-------------|---|------------------------------|
| 09:00–10:00 | Ведение детей с травмами – клинический случай | Консультант ВОЗ |
| 10:00–11:00 | Работа в группах 1– менеджеры здравоохранения; 2 – врачи “Существующие проблемы в качестве педиатрической стационарной помощи в Таджикистане. Пробелы, возможные направления решения. Потенциальные индикаторы качества помощи. Как я могу помочь своему стационару улучшить качество помощи, оказываемой детям?” | Консультант ВОЗ Участники |
| 11:00–11:15 | Перерыв на кофе | |
| 11:15–12:30 | Продолжение работы в группах | Участники Консультант ВОЗ |
| 12:30–13:30 | Перерыв на обед | |
| 13:30–14:30 | Представление работы в группах | Участники |
| 14:30–15:30 | Обсуждение методов преподавания | Консультант ВОЗ |
| 15:30–15:45 | Перерыв на кофе | Консультант ВОЗ |
| 15:45–17:00 | Заключение, вопросы и предполагаемые пути продвижения вперед. Церемония закрытия. Заполнение оценочных форм | Консультант ВОЗ |

Список участников

Список фасилитаторов:

Д-р Бакрадзе М., РАМН

Д-р И. Матюшина, РАМН

Д-р В. Черников, РАМН

Д-р Б. Бабаева, консультант ВОЗ;

Д-р Стасий Е., консультант ВОЗ

Д-р Касимова З., страновой офис ВОЗ в Таджикистане, помощник

Приложение 3

Улучшение качества стационарной помощи детям в Таджикистане
Тренинг по укреплению потенциала: улучшение качества стационарной помощи детям
Подготовка экспертов для оценки больницы
Душанбе, 7 июля 2012 г.
Программа

| Время | Деятельность | Исполнитель |
|-------------|--|---|
| 08:30–10:00 | Презентация инструмента ВОЗ по оценке качества стационарной помощи детям | Консультанты ВОЗ |
| 10:00–10:15 | Перерыв на кофе | |
| 10:15–13:00 | Практика в больнице по применению инструмент ВОЗ. Оценка исследования. | Консультанты ВОЗ 2 группы участников |
| 13:00–14:00 | Перерыв на обед | |
| 14:00–16:00 | Доклады о результатах оценки. Обсуждение | Консультанты ВОЗ |
| 16:00–16:15 | Перерыв на кофе | |
| 16:15–17:00 | Резюме, вопросы и предлагаемые пути продвижения вперед. Закрытие совещания | Консультанты ВОЗ |

Список участников

| | | |
|----|--|------------------------------|
| 1 | Рахматуллаева С. Минздрав | Главный специалист |
| 2 | Раупов М. Пенджикент, Центр ИВБДВ | Руководитель Центра |
| 3 | Гуломносиров Х. Минздрав | Специалист |
| 4 | Н. Нуралиева Хатлонский Центр ИВБДВ | Руководитель Центра |
| 5 | Бадалов И. Душанбе, детская больница № 2 | Заместитель руководителя |
| 6 | Джаборов У. ЦРБ Вахш | Глава департамента педиатрии |
| 7 | Каримов К. ЦРБ Куляб | Глава больницы |
| 8 | Янгибоева Б. Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии | Заместитель руководителя |
| 9 | Саидмурадова Г. ТГМУ | Доцент |
| 10 | Саидова Т. Детская областная больница Куляб | |
| 11 | Сайдалиев С. Детская больница имени Вохидова (Хатлон) | Врач-инфекционист |
| 12 | А. Ходжаева Минздрав | Главный специалист |
| 13 | Турсунов Х. Хатлонская область | Главный специалист |

Список фасилитаторов:

Д-р Бакрадзе М., РАМН
Д-р И. Матюшина, РАМН
Д-р В. Черников, РАМН Д-р Б. Бабаева, консультант ВОЗ;
Доктор Стасий Е., консультант ВОЗ
Д-р Касимова З., офис ВОЗ в Таджикистане, помощник

Приложение 4

Улучшение качества педиатрической стационарной помощи в Таджикистане
Совещание по планированию
Душанбе, 9 июля 2012 г.
Программа

| Время | Деятельность | Исполнитель |
|-------------|---|------------------------------|
| 08:30–10:00 | Обсудить общие и конкретные цели оценки Определить дату проведения оценки Создание и согласование деления на две группы оценки | Консультанты ВОЗ Оценщики |
| 10:00–10:15 | Перерыв на кофе | |
| 10:15–13:00 | Определить логистические и национальные механизмы, создать список национальных контактов Уточнить сомнения в инструмент оценки Обзор общих данных, собранных в десяти больницах проекта | Консультанты ВОЗ Оценщики |
| 13:00–14:00 | Перерыв на обед | |
| 14:00–16:00 | Укажите время и методы ожидаемых результатов (отчеты, объединенное совещание) Определить план действий с конкретными задачами, ролями и сроками Обсудить материал и методы предварительной оценки Обсудить материал и методы оценки на месте Резюме | Консультанты ВОЗ Оценщики |

Список участников

Группа № 1

Д-р Бабаева Б., консультант ВОЗ;
Д-р Вере В., ВОЗ/штаб-квартира
Д-р Матюшин И., педиатр, РАМН
Д-р Касимова З., офис ВОЗ в Таджикистане
Д-р Рахматуллаева С., главный специалист отдела ОЗМИР МЗ
Д-р Ходжаева А, специалист отдела ОЗМИР МЗ
Д-р Саидмуродова Г., доцент Таджикского государственного медицинского университета

Группа № 2

Доктор Стасий Е., консультант ВОЗ
Д-р Бакрадзе М., РАМН
Д-р Черников В., РАМН
Д-р Х. Гуломносиров, специалист отдела ОЗМИР МЗ
Д-р Давлатов Н., инфекционная больница, г. Душанбе
Д-р Турсунов Х., главный педиатр Хатлонской области

Приложение 5

**Национальное собрание с группой ключевых национальных заинтересованных сторон по предварительным результатам, рекомендациям и планам действий, Душанбе, 18 июля 2012 г.
Программа**

| Время | Деятельность | Исполнитель |
|-------------|---|---|
| 09:30 | Регистрация | |
| 10:00–10:30 | Открытие, приветствие Введение в цели и задачи семинара | Минздрав ВОЗ РАМН |
| 10:30–11:45 | Оценка качества педиатрической стационарной помощи: результаты 10 больниц Хатлонской области Таджикистана. | Консультант ВОЗ |
| 11:45–12:00 | Перерыв на кофе | |
| 12:00–14:00 | Работа в группах. Три группы для определения плана действий по улучшению качества педиатрической стационарной помощи на национальном и национальном уровнях | Консультанты ВОЗ Эксперты Участники |
| 14:00–15:00 | Перерыв на обед | |
| 15:00–16:00 | Группа презентаций: планы действий и обсуждение индикаторов улучшения качества. | Консультанты ВОЗ Эксперты Участники |
| 16:00 | Закрытие совещания | |

Список участников

Минздрав

1. Д-р Джабирова С.
2. Д-р Рахматулаева С.
3. Д-р А. Ходжаева
4. Д-р Х. Гуломносиров.

Хатлонская область

5. Д-р Турсунов Х.
6. Д-р Умаров А.
7. Д-р Джабаров У.
8. Д-р Саидова Т.
9. Д-р Сапаров Н.
10. Д-р Гиалбаков М.
11. Д-р. Назаров М.
12. Д-р Каримов В.
13. Д-р Кудратов М.
14. Д-р Касимов А.
15. Д-р Сайдалиев М.
16. Д-р Дашидов А.
17. Д-р Нуралиева Н.

Детская больница № 2

18. Д-р Бадалов И.
19. Д-р Шарбанов Р.

Республиканский педиатрический центр

20. Д-р Янгибаев Б.
21. Д-р Набиев З.

Детская инфекционная больница

22. Д-р Давлатов Х.

Таджикский медицинский университет

23. Д-р Саидмурадова Г.

НБР

24. Д-р Пирова З.

ЮНИСЕФ

25. Д-р Курбанов С.

Проект «Качественное здравоохранение/ЮСАИД»

26. Д-р. Махмудов А.

РАМН

27. Д-р Баранова Л.
28. Д-р Бакрадзе М.
29. Д-р Матюшин И.
30. Д-р Черников М.

ВОЗ

31. Д-р Стасий Е.
32. Д-р Бабаева Б.
33. Д-р Вере В.
34. Д-р Касимова З.
35. Д-р Доргабекова Х.

Приложение 6

**Совещание с группой ключевых национальных заинтересованных сторон по предварительным результатам, рекомендациям и планам действий
18 июля 2012 г.
Резюме результатов: план действий**

| № | Проблема | Воздействие на Смертность и заболеваемость | | Осуществимость | | Необходимые действия | Приоритет | | Временные рамки и ответственное лицо/организация |
|---|---|--|--------|----------------|--------|--|-----------|--------|---|
| | | высокое | низкое | высокое | низкое | | высокий | низкий | |
| 1 | Кашель 1.Правильная оценка больного ребенка с кашлем 2. Антибактериальная терапия 3. Оксигенотерапия 4.Рентгенооборудование | + | | + | | 1. Следить за внедрением протоколов ИВБДВ 1.1. Организовать тренинги по обновлению знаний по ведению больного ребенка с кашлем 2. Мониторинг и контроль эффективности антибактериальной терапии в соответствии с рекомендациями ВОЗ 3. Оксигенотерапия 3.1. Обеспечить все больницы генераторами кислорода (и расходными материалами) 3.2. Провести обучение по кислородной терапии для больного ребенка 4 Рентгенооборудование 4.1. Обеспечить новым или отремонтировать имеющееся рентген оборудование во всех больницах 4.2. Отслеживать результаты рентгеновского исследования | + | | 1.1. Август 2012 и постоянно 1.2. Декабрь 2012 Минздрав Главный специалист МЗ -Пульмонолог -Иммунолог -Педиатр Центр ИВБДВ ВОЗ/международный эксперт/консультант Руководитель (менеджер) из больницы 2. Август 2012 г. и постоянно Главный специалист МЗ -Пульмонолог Менеджер больницы 3-4. Январь-июнь 2013 г. Международная поддержка на приобретение кислородного и рентгеновского оборудования. Региональные координаторы. ВОЗ/международные эксперты, Минздрав Зав детских отделений интенсивной терапии |
| 2 | Диарея: 1. Оценка и классификация ребенка с диареей 2. План А, В, С по регидратации 3. Антибактериальная терапия детей с диареей | + | | + | | 1.1. Следить за внедрением протоколов ИВБДВ 2.2.Организовать курс обучения ВОЗ для обновления знаний по ведению больного ребенка с диареей 3.1. Мониторинг и контроль эффективности антибактериальной терапии в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2.1-3.1. Организовать качественный | + | + | 1.1. Август 2012 г. и постоянно 1.2. Сентябрь-октябрь 2012 г. Минздрав Главный специалист МЗ -Педиатрических инфекционных заболеваний - Педиатр Центр ИВБДВ Региональные координаторы ВОЗ/международные эксперты/консультанты |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|---|---|
| | 4. Кормление/питание ребенка с диареей | | | | самомониторинг внедрения рекомендаций ВОЗ по ведению ребенка с диареей. Обеспечить все больницы копиями стандартных клинических протоколов по ведению ребенка с диареей (педиатрическое отделение, отделение интенсивной терапии, приемное и инфекционное отделения) 4. Организовать и обеспечить больных детей в больницах питанием хорошего качества. | | | Главврач (менеджер) больницы 1.3 Август 2012 г. и постоянно Минздрав Главный специалист МЗ -Педиатрические инфекционные заболевания Менеджер больницы Таджикский медицинский университет |
| 3 | Анемия и задержка роста 1. Оценка и клиническое ведение ребенка с анемией 2. Оценка и клиническое ведение ребенка с недоеданием/тяжелой нарушением питания и задержкой роста 3. Диетотерапия ребенка с нарушением питания | | + | + | 1.1. Улучшение лабораторных исследований (обеспечить оборудованием и материалами) 1.2. Учебные курсы по: - Оценке физического развития - Консультированию по вопросам кормления ребенка с нарушением питания и анемии 2. Обеспечить Fe + лекарства 3. Обеспечение больных детей с тяжелым нарушением питания смесями. Обеспечить все больницы и все палаты (отделение интенсивной терапии, педиатрии, приемное отделение, отделение инфекционных болезней) весами 4. Отслеживать внедрение протокола ИВБДВ | + | + | 1.1. Август 2012 г. и постоянно 1.2. Декабрь 2012 г. – август 2013 г. 2.1. Август 2012 и постоянно Министерство здравоохранения, ЮНИСЕФ, Главный специалист МЗ -Педиатр - Врач-гематолог -Неонатолог Центр ИВБДВ Региональные координаторы ВОЗ международные эксперты/консультанты Главврач (менеджер) больницы |
| 4 | Хронические заболевания: ВИЧ Астма Диабет | | + | + | 1. Наблюдение и контроль за внедрением национальных протоколов по выявлению и лечению ВИЧ-инфекции у детей. 2. Учебный курс по стандартам клинического ведения ребенка с хрипами и бронхиальной астмой в соответствии со стандартными протоколами (лечение и контроль терапии) 2.2. Чтобы обеспечить нейбулайзеры/спейсеры для ингаляционной терапии 2.3. Разработать национальный протокол по ведению ребенка с астмой 3.1 Контроль внедрения национальных протоколов по ведению 3.2 Тренинги по диабету | + | + | 1.1. Август 2012 г. и постоянно 2.1. Ноябрь–декабрь 2012 г. 2.2. Ноябрь 2012–март 2013 г. 2.3. Ноябрь 2012–март 2013 г. 3. Август 2012 и постоянно 3.2. Февраль 2013 г. Министерство здравоохранения, ЮНИСЕФ, главные специалисты МЗ -Педиатр - Эндокринолог -Неонатолог -Инфекции ВИЧ -Иммунолог Региональные координаторы ВОЗ международные эксперты/консультанты Главврач (менеджер) больницы Таджикский медицинский университет |

| | | | | | | | |
|----|----------------------------------|---|--|---|--|---|--|
| 5. | Услуги, доброжелательные ребенку | + | | + | <p>1. Обучить всех медицинских работников по консультированию родителей/матери</p> <p>2. Обеспечить услуги дневного стационара</p> <p>3. Научить медицинских работников практическим навыкам по установке периферических катетеров</p> <p>4. Реализация политики в отношении эффективности пероральной терапии препаратов (в соответствии с национальными протоколами)</p> <p>5. Обеспечить специальные места для приготовления пищи в отделениях больниц.</p> <p>6. Связь с родителями – обеспечить видео, буклетами по темам вакцинация, регидратация, питание, грудное вскармливание, прикорм, общие признаки опасности, гигиена, уход за детьми.</p> | + | <p>Октябрь 2012 и постоянно</p> <p>-МЗ, зав отделениями</p> <p>-Национальные супервайзеры</p> <p>Главный педиатр (региональный, национальный)</p> <p>-Менеджер больницы</p> <p>Таджикский медицинский университет</p> |
| 6. | Мониторинг и поддерживающий уход | | | - | <p>1. Создать комитет, отвечающий за мониторинг качества стационарной помощи.</p> <p>2. Обучить национальных кураторов и врачей центров ИБДВ КС ВОЗ и национальным протоколам/стандартам медицинской помощи.</p> | + | <p>-МЗ,</p> <p>-Национальные кураторы</p> <p>Главный педиатр (областной, Таджикский медицинский университет)</p> |
| 7. | Руководства и аудит | + | | + | <p>1. Обучить всех медработников, ответственных за здоровье ребенка применению новых, утвержденных МЗ, клинических протоколов, стандартов.</p> <p>2. Проводить регулярные совещания для анализа случаев смерти в больнице с регистрацией результатов в медицинских документах.</p> <p>Анализ младенческой/детской смертности должен быть сделан с учетом роли ПМСП.</p> | + | <p>Сентябрь 2012 г. – март 2013 г.</p> <p>-МЗ,</p> <p>Главный педиатр МЗ</p> <p>Региональный главный специалист</p> <p>Зав. детским отделением, ОИТ, инфекционным отделением</p> <p>ВОЗ, международные эксперты/консультанты</p> <p>Таджикский медицинский университет</p> |
| 8. | Лихорадка | + | | + | <p>1. Разработка национальных клинических протоколов</p> <p>2. Проведение учебного курса по лечению ребенка с лихорадкой, клиническому ведению ребенка с сепсисом, менингитом.</p> <p>3. Улучшение доступность качественных</p> | + | <p>Ноябрь 2012 г. – май 2013 г.</p> <p>- Главный педиатр МЗ</p> <p>Региональный главный специалист</p> <p>Зав. детским отделением, ОИТ, инфекционным отделением</p> <p>ВОЗ, международные эксперты/консультанты</p> |

| | | | | | | | | |
|-----|--|---|--|---|--|---|--|--|
| | | | | | антибиотиков, диазепама. 4. Улучшение диагностической лаборатории. 5. Обучение медицинских работников практическим навыкам в спинномозговой пункции. | | | |
| 9. | Доступ к больнице и обратная связь с первичной медико-санитарной помощью | + | | + | 1. Улучшение системы поддерживающего кураторства ИВБДВ в ПМСП 2. Проведение совместных собраний с ПМСП на разные темы. 3. Восстановить практику кормления ребенка в больницах, организовать столовые в отделениях или оборудованное место для приготовления пищи и еды. 4. Обеспечить всех больных детей необходимыми, в соответствии с национальной политикой, бесплатными лекарствами и услугами. | + | | МЗ Главный педиатр МЗ Региональный главный специалист по лаборатории Менеджер больницы Зав. детским отделением, ОИТ, инфекционным отделением ВОЗ, международные эксперты/консультанты Таджикский медицинский университет |
| 10. | Неотложная помощь | + | | + | 1. Разработка национальных правил/рекомендаций по неотложной медицинской помощи детям. На основе национального положения разработка национального (для каждой больницы) плана неотложной медицинской помощи больным детям (в зависимости от синдромов, сроков). 2. Оборудование – оксигенаторы, оборудование для механической вентиляции для детей раннего возраста и новорожденных, принадлежности для кислородной терапии, манекены. 3. Разработка национальных протоколов по неотложной помощи. 4. Обучение медицинских работников неотложной медицинской помощи. 5. Пересмотр и завершение комплекта по неотложной помощи и антишокового набора во всех отделениях, ответственных за уход за ребенком. | + | | МЗ Главный педиатр МЗ Региональный главный специалист по лаборатории Менеджер больницы Зав. детским отделением, ОИТ, инфекционным отделением ВОЗ, международные эксперты/консультанты Таджикский медицинский университет Международная поддержка, международные организации IX/2012- IX 2013 |