



ЗдравПлюс / ZdravPlus

ENSURING ACCESS TO QUALITY
HEALTH CARE IN CENTRAL ASIA

ОТЧЕТ ПО КОМАНДИРОВКЕ:

Оценка качества медицинских услуг врачей СВА жезказганского региона

Авторы:

Дамиля Нугманова
Владимир Боборыкин
Дэвид Кютер
Ажар Нугманова
Грейс Хафнер
Хильда Кютер

Июнь-Июль 2001 г

Жезказган и Сатпаев, Карагандинской Области, Казахстана



FUNDED BY:
THE U.S. AGENCY FOR
INTERNATIONAL DEVELOPMENT



IMPLEMENTED BY:
ABT ASSOCIATES INC.
CONTRACT NO. 115-C-00-00-00011-00

ОТЧЕТ ПО КОМАНДИРОВКЕ:

**Оценка качества Медицинских услуг
врачей сва жезказганского региона**

Авторы:

Д.С.Нугманова
В.М.Боборыкин
Дэвид Кютер
А.Э.Нугманова
Грейс Хафнер
Хильда Кютер

Июнь-Июль 2001 г

Жезказган и Сатпаев, Карагандинской Области, Казахстана

Содержание

I. Введение	1
А. История вопроса и обоснование исследования	1
В. Цель работы	2
С. Основные Задачи	2
D. Дизайн Проекта (Материалы И Методы).....	2
Е. Результаты Работы И Их Обсуждение	5
II. Заключение	15
III. Практические Рекомендации.....	16
Приложение № 1: Экспертная таблица оценки качества медуслуг	18
Приложение № 2: Показатели качества оказания медицинской помощи больным с артериальной гипертонией по СВА г.Жезказгана.....	20
Приложение № 3: Показатели качества оказания медицинской помощи больным с артериальной гипертонией по СВА г.Сатпаева.....	21
Приложение № 4: Частота назначений различных гипотензивных средств больным АГ в СВА города Жезказгана	22
Приложение № 5: Частота назначений различных гипотензивных средств больным АГ в СВА города Сатпаева	23
Приложение № 6: Показатели качества оказания медицинской помощи больным бронхиальной астмой в СВА г.Жезказгана.....	24
Приложение № 7 : Показатели качества оказания медицинской помощи больным бронхиальной астмой в СВА г.Сатпаева.....	25
Приложение № 8: Показатели качества оказания медицинской помощи детям с ОРИ по СВА г.Жезказгана	26
IV. Приложение № 9: Показатели качества оказания медицинской помощи детям с ОРИ в г.Сатпаев	27
Приложение № 10: Показатели качества оказания медицинской помощи детям (возраст 2 мес - 5 лет) с диарейными заболеваниями по СВА г.Жезказгана.....	28
Приложение № 11: Показатели качества оказания медицинской помощи детям (возраст 2 мес - 5 лет) с диарейными заболеваниями по СВА г.Сатпаева.....	29
Приложение № 12: Показатели качества оказания медицинской помощи беременным в г.г.Жезказган и Сатпаев	30
Приложение № 13: Показатели качества оказания медицинской помощи девочкам-подросткам и женщинам фертильного возраста по СВА г.Жезказгана	31
Приложение № 14: Показатели качества оказания медицинской помощи девочкам-подросткам и женщинам фертильного возраста по СВА г.Сатпаева	32

I. Введение

A. История вопроса и обоснование исследования

Проект ЗдравПлюс, бывший ЗдравРеформ, работает с местными организациями по повышению качества и эффективности медицинской помощи в Жезказганском регионе с 1995 года. За это время проведена рационализация стационарного сектора, введена новая стимулирующая качество и эффективность система оплаты лечебных организаций. Проведена глубокая структурная перестройка системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), введена новая система оплаты услуг ПМСП, система свободного выбора поставщиков первичной помощи через кампанию свободного прикрепления населения к семейным врачебным амбулаториям (СВА). ЗдравПлюс поддерживает развитие семейной медицины и всего здравоохранения региона в Жезказгане и Сатпаеве, путем обучения врачей СВА, больниц, организаторов здравоохранения. На средства Проекта закуплено оборудование, лекарственные препараты, проведен ремонт СВА и пр.

В СВА работают бывшие педиатры, терапевты, а также акушеры- гинекологи, медицинские сестры, менеджеры, медицинские регистраторы. Врачи СВА регулярно проходят клиническое обучение. С 1996 года по настоящее время проводится обучение врачей СВА Жезказгана и Сатпаева. Эти циклы, большинство из которых были проведены Алматинским институтом усовершенствования врачей, кафедрой подготовки семейных врачей, варьировали по длительности от 2 дней до 2 месяцев и большинство из них финансировались ЗдравПлюс. Также проводится перекрестное взаимообучение терапевтов, педиатров и гинекологов. В результате такого интенсивного обучения в течение 4-х лет большинство врачей с сентября 2000 г. перешли на так называемый смешанный прием населения.

Как в г. Жезказгане, так и г. Сатпаеве активно действуют Ассоциации семейных врачей, которые оказывают поддержку своим членам. Ассоциации являются «голосом» врачей перед общественностью, органами управления здравоохранения, Акиматами обоих городов и Карагандинской области, выполняют большую организационную и координирующую роль. ЗдравПлюс поддерживает эти общественные объединения.

В регионе создана единая информационная система, включающая полную базу данных по населению, регистрируются потоки пациентов, обращающихся в СВА, амбулаторную специализированную службу, стационары, специализированные диспансеры и за скорой медицинской помощью. ЗдравПлюс активно поддерживает развитие компьютеризированной системы менеджмента.

Результатом обучения, полученных знаний, должно стать улучшение качества медицинских услуг. Потребность населения в таком улучшении отмечена во время маркетинговых исследований в рамках кампаний свободного прикрепления населения к СВА. Изменения в экономической сфере, социальные перемены также диктуют необходимость повышения качества медицинской помощи, а затем создания эффективной системы непрерывного повышения качества медицинских услуг.

Создание такой системы способствовало бы также планированию обучения семейных врачей. Выше показано, как интенсивно и довольно часто обучались семейные врачи Жезказганского региона. Однако, традиционные формы оценки качества обучения мало эффективны. Ни экзаменационная оценка, ни тесты не показывают способность врача использовать знания на практике. Повысило ли обучение, проводимое последние пять лет, качество работы врачей? При этом нас интересовала каждодневная практика, а не только теоретические знания докторов или

обычные отчетные показатели деятельности СВА. Эти и другие вопросы и явились побудительным мотивом к проведению данного исследования.

В. Цель работы

Цель данной работы - провести оценка качества лечения, диагностики и ведения некоторых распространенных и важных состояний и заболеваний, на которые могут оказать влияние работники СВА.

При отборе тем для исследования учитывались три основные группы населения, которым оказывают помощь СВА: дети, беременные женщины и взрослые. При оценке повседневной практики врачей использовались простые, легко воспроизводимые показатели. Амбулаторные карты больных и беременных достаточно объективно отражают ежедневную работу врачей, медицинских сестер и регистраторов по выбранным состояниям.

Отдаленная цель исследования - создание основы для системы постоянного внутреннего контроля качества медицинской помощи и внедрение медицинского аудита в СВА.

С. Основные Задачи

- 1) Разработать методику оценки амбулаторных карт.
- 2) Осуществить экспертную оценку амбулаторных карт по шести состояниям: анемии у девочек подростков и женщин фертильного возраста, бронхиальная астма, артериальная гипертензия у взрослых, ОРИ у детей, диареи у детей, ведение беременных
- 3) Провести статистическую обработку первичного материала, анализ полученных данных и представить результаты работникам СВА, Ассоциаций семейных врачей и руководству региона и городов.
- 4) Разработать практические рекомендации для СВА.
- 5) Совместно с работниками СВА, Ассоциациями семейных врачей и руководством здравоохранения региона и городов разработать план мероприятий по повышению качества медицинской помощи и внедрению клинического аудита.

Д. Дизайн Проекта (Материалы И Методы)

1. место проведения исследования

города Жезказган и Сатпаев Карагандинской области Республики Казахстан.

2. Темы (Состояния И Заболевания) Для Исследования

Артериальная гипертензия; Бронхиальная астма; Острые респираторные инфекции у детей; Острые кишечные заболевания (диареи) у детей; Анемии у девочек подростков и женщин фертильного возраста; Ведение беременных

3. Время работы на выезде

с 15 июля по 25 июля 2001 года.

4. Взаимодействие С Местными Органами Управления Здравоохранением И Неправительственными Организациями

Проект по контролю качества оказания медицинских услуг населению Жезказганского региона был предварительно обсужден и согласован с начальником регионального департамента по управлению здравоохранением г. Кабикеновым Ж.К. и начальником Сатпаевского городского отдела здравоохранения г. Хамзиным Н.Х. Проект обсужден с Ассоциациями семейных врачей городов Жезказгана и Сатпаева, которые также приняли участие в работе по осуществлению проекта.

5. Объект анализа

- 1) карты амбулаторного больного
- 2) индивидуальные и обменные карты беременной

6. Методика Подбора Карт

Для исследования отбирали по 15 амбулаторных карт от каждого семейного врача по темам: «Артериальные гипертензии у взрослых», «Диареи у детей» и «ОРИ у детей». По теме «Бронхиальная астма» были взяты все имевшиеся в СВА карты – и детей, и взрослых. Для анализа по теме «Анемии у девочек подростков и женщин фертильного возраста» взято по 30 амбулаторных карт от каждого семейного врача, из них 15 карт девочек подростков и 15 карт женщин фертильного возраста. А по теме «Ведение беременных» для анализа взяты все обменные карты всех женщин, родивших за период январь – июнь 2001 года. Всего это составило в Сатпаеве - 255, в Жезказгане – 459 обменных карт/индивидуальных карт беременных. Все документы по согласованию со старшими врачами СВА отбирались из общей картотеки (регистратуры) сотрудниками каждой СВА – медицинскими регистраторами, а обменные карты беременных были взяты из архива родильного дома г. Жезказгана с разрешения главного врача родильного дома.

Тема, по которой проводился анализ документов, а, следовательно, и задания для медицинских регистраторов определялись лишь непосредственно перед сбором амбулаторных карт. Выборка карт для анализа проводилась врачом – экспертом случайным методом - из 15 амбулаторных карт по каждой теме от каждого семейного врача выбирались случайно только по 3-6 карт для анализа.

7. Участники Проекта

Сотрудники и консультанты программы «ЗдравПлюс» Грейс Хафнер, Дамиля Нугманова, Дэвид Кютер, Хильда Кютер, Владимир Боборыкин, Ажар Нугманова.

Врачи-эксперты: семейные врачи, члены Ассоциации семейных врачей г.Жезказгана и Сатпаева, - Сипат Сагимбаева, Гульнара Жараспаева, Ирина Касимова, Гаухар Утеулиева, Алия Конурова, Алмагуль Анкишева, Рыскул Жумагулова, Гульнара Аймторина

8. Подбор Врачей-Экспертов

К кандидатурам на проведение данной работы предъявлялись требования: высшее медицинское образование, работа в системе ПМСП, знание работы семейного врача, педантичность, непредвзятость, честность, разборчивый почерк, возможность освободиться от основной работы на целый рабочий день, включая субботу. Желательны: знания основ доказательной медицины и клинического аудита, способность к передаче получаемых знаний другим врачам.

9. Обучение Врачей-Экспертов

За день до начала работы проведен обучающий семинар для врачей – экспертов продолжительностью около 30 минут. Кроме начального обучения каждое утро проводился 10-минутный инструктаж, на котором давалось задание на рабочий день, экспертные таблицы, правила их заполнения, образцы заполнения экспертных карт. поясняли особенности работы с амбулаторными картами по тому или иному заболеванию.

10. Организация Труда Врачей-Экспертов

Документы из регистратур доставлялись в отдельные помещения, расположенные вне лечебных учреждений и в отдалении от СВА. Каждый врач-эксперт имел отдельную комнату (кабинет) для работы.

Средняя дневная нагрузка на одного врача эксперта составляла около 48 амбулаторных карт.

11. Методы и критерии оценки карт амбулаторного больного и обменных карт беременных

Работа экспертов

Для оценки амбулаторных карт больных нами разработаны специальные таблицы. Таблицы заполняли врачи-эксперты. Эти таблицы содержат основные параметры, отражающие на диагностику, лечение и ведение больного при том или ином заболевании (состоянии).

Таблицы экспертизы по теме «Артериальная гипертензия у взрослых». Учитывая особенности патологии и требования к порядку наблюдения за больными данной категории, для анализа брались только результаты врачебных осмотров за 1 год. В таблице требовалось отмечать лишь наиболее значимые параметры (или их отсутствие).

Таблицы экспертизы по теме «Бронхиальная астма». В экспертной таблице отмечалась лишь та информация, по которой можно сделать выводы о правильности формулировки диагноза, оценке тяжести болезни и правильности выбора терапии.

Экспертные таблицы по теме «ОРИ у детей». В разработку брались амбулаторные карты детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет. Это связано с тем, что такие возрастные группы семейные врачи ведут обычно самостоятельно, а более младший возраст – с педиатром. К тому же ВОЗовская программа по ОРИ у детей тоже охватывает этот возрастной промежуток, и многие врачи региона прошли обучение по указанной программе. Именно число дыханий в одну минуту и температура тела определяют тяжесть состояния ребенка в большинстве случаев, поэтому они нашли отражение в таблице. В тоже время важно знать, как часто и при каких состояниях семейные врачи назначают антибиотики и направляют детей в стационар. Эти положения также включены в экспертную таблицу.

Экспертные таблицы по теме «Диареи у детей». Важно выяснить, как семейный врач определяет тяжесть состояния ребенка при диареех, поэтому в таблицу включены показатели тяжести: как пьет ребенок, каково время расправления кожной складки.

Также в таблице имеются показатели правильности назначенного лечения: назначался ли регидрон, антибиотики, госпитализирован ли ребенок.

Экспертные таблицы по теме «Анемии у девочек подростков и женщин фертильного возраста». Амбулаторные карты подвергались анализу лишь при наличии записи семейного врача за последний год. Параметры, включенные в таблицу, позволяют определить, как выявляется (измерялся ли гемоглобин), лечится (назначался ли препарат железа при уровне

гемоглобина менее 110 г/л, какой препарат железа, в какой дозе и как длительно) и контролируется (повторялось ли исследование гемоглобина в процессе лечения) железodefицитная анемия у обследуемого контингента.

Экспертные таблицы по теме «Ведение беременных» предназначены для ретроспективного анализа обменных карт женщин, родивших за период январь – июнь 2001 года. Они включают основные параметры, влияющие на течение беременности (измерялось ли регулярно АД в сроки более 30 недель, есть ли в карте данные об уровне гемоглобина, назначалось ли лечение при анемии, какое, в каких дозах и как длительно). А также информацию о контроле гемоглобина при лечении анемии, об инструктаже по грудному вскармливанию и наиболее часто выставляемых диагнозах – гестозе и хроническом пиелонефрите. Последние 2 графы было решено добавить к экспертной карте уже после совещания в Жезказгане.

В качестве примера, приводится экспертная таблица по теме «Артериальная гипертензия у взрослых» (Приложение № 1)

Работа консультантов «ЗдравПлюс» - контроль за работой врачей-экспертов

Ежедневно в течение рабочего дня консультанты «ЗдравПлюс» проводили контроль качества экспертизы по каждой теме. Для этого были разработаны специальные таблицы контроля качества экспертизы. Контролю подвергались не менее 10% всех экспертиз по каждой теме, проверялось соответствие записей в амбулаторных (или обменных) картах отметкам в экспертных листах.

Статистическая обработка информации. Данные из всех экспертных таблиц заносил в компьютер Дэвид Кютер ежедневно. Затем Дэвид Кютер проводил статистическую обработку информации с подсчетом абсолютных величин, средних значений, процентных соотношений. Использовался стандартный набор статистических программ Microsoft Excel персонального компьютера. Информация представлена в таблицах и диаграммах. В качестве первичного материала прилагаются к отчету все карты экспертиз как амбулаторных, так и обменных карт.

Е. Результаты Работы И Их Обсуждение

1. «Артериальных гипертензиях у взрослых»

Изучено 664 амбулаторных карт, из 1560 карт. Выявлены недостатки по ведению больных артериальной гипертензией (АГ). Около 15% больных АГ за год ни разу не были осмотрены семейными врачами, хотя по действующему до сих пор приказу каждый больной должен не реже чем дважды в год проходить диспансерный осмотр. В амбулаторных картах, в которых имелась хотя бы одна запись врача за год, среднее (в двух городах) число визитов – около 5 за год. Этот показатель можно в дальнейшем использовать при сравнении СВА между собой. Практически каждому гипертонику на приеме измерялось артериальное давление (АД) – в 97% случаев. Это хороший показатель качества наблюдения за больным АГ, хотя и он может быть улучшен.

По отдельным СВА анализ выявил значительные различия в качестве наблюдения за больными АГ. В Жезказгане в СВА “Н” 22% гипертоников не имели визитов за год – это самый высокий показатель. Только 13% больных, прикрепленных к СВА “L” и СВА “F”, не посещали врача в течение года. В тоже время, остальные больные АГ, наблюдающихся в СВА “Н”, посещали врача в среднем 6 раз в год. Сходная с “Н” ситуация по этому показателю в СВА “R”. В ряде СВА не измеряют АД на каждом приеме (например, СВА “P” – в 8% случаев).

В Сатпаеве реже всего посещали больные АГ СВА “Q” (17%). Среди посещающих СВА наибольшее количество визитов делали больные АГ в СВА “E”. В ряде СВА не измеряют АД при каждом приеме (в СВА “M” – в 9% случаев).

Качество обследования (приложение № 2,3) больных АГ по данным анализа амбулаторных карт находится на довольно невысоком уровне. Легко доступный анализ мочи не менее одного раза в год имели только 84% (в среднем в двух городах) карт больных АГ, посещавших врача. Еще реже эксперты обнаруживали анализ крови на креатинин (19%), и ЭКГ (52%).

Недостатки с обследованием больных АГ выявлены в СВА “P” в Жезказгане по исследованию мочи (обследовано 67%), в СВА “K” в Сатпаеве (70% обследовано); по определению уровня креатинина – в СВА “H” в Жезказгане (ни одного обследованного) и СВА “K” (11%) в Сатпаеве; по записи ЭКГ – в СВА “H” в Жезказгане (14%) и в СВА “M” и в СВА “B” в Сатпаеве (по 50% обследованных).

Такое положение дел с обследованием больных АГ сложилось из-за ряда причин. Многим СВА недоступно проведение анализа крови на креатинин по техническим причинам – кровь должна доставляться в централизованную лабораторию по фиксированным дням, также для этого анализа не всегда есть в наличии реактивы. Поэтому наиболее низкий показатель – 0% - в СВА “H”, расположенной в поселке Кенгир. В тоже время, отдаленная СВА “N”, 45% карт больных АГ имеют результат обследования на креатинин (больше всех в изучаемом регионе). ЭКГ-аппараты имеются в каждой СВА, а регистрируются ЭКГ редко в тех же СВА, где невысоко качество наблюдения за больными АГ и по другим показателям: например, снова СВА “H”. Один анализ мочи за год доступен любой СВА и не требует больших затрат, поэтому отсутствие его у 33% в СВА “P” и у 30% в СВА “K” свидетельствует лишь о недостаточном внимании семейных врачей к обследованию больных АГ и недостатках в организации работы этих СВА.

Качество лечения (приложение № 4,5) больных АГ оценить очень непросто, так как на характер лечения влияет много факторов: возраст больного, уровень АД, сопутствующие заболевания, эффективность гипотензивных средств и их переносимость, цена лекарств и многое другое. В нашем исследовании мы ориентировались на такие данные, как 1) процент больных, не получающих медикаментозное лечение, 2) получает ли больной препараты, эффективность и безопасность которых научно доказана (соответствуют ли принципам доказательной медицины), 3) используется ли достаточная (стандартная) дозировка лекарств, 4) проводится ли лечение длительно, месяцами и годами.

По первому пункту оценки качества лечения обнаружено, что довольно большое количество больных АГ не получают медикаментозной терапии – 18% в двух городах в среднем. Это довольно тревожный факт, так как известно, что диагноз гипертонической болезни устанавливается в поздние стадии болезни, когда уже имеется стойкое повышение АД и гипертрофия левого желудочка. Эти больные, как правило, не могут обойтись исключительно немедикаментозным лечением и нуждаются в приеме лекарств.

Второй критерий – соответствие проводимой фармакотерапии современным клиническим руководствам по лечению АГ. Среди лекарств, наиболее часто назначаемых больным АГ, оказались ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ) – 63% и антагонисты кальция – 28% (в среднем в двух городах). Хотя эти фармакологические группы и входят в арсенал, рекомендуемый клиническими руководствами, они не являются препаратами первой линии. Последними, как известно, являются диуретики и бета-блокаторы. Диуретики, к сожалению, назначались очень редко (27% больных АГ, получающих медикаментозное лечение), а на долю гидрохлортиазида – наиболее дешевого и эффективного - вообще приходится всего 15%. Еще большее сожаление вызывает ситуация с бета-блокаторами: они назначены лишь 16%

больных АГ. При этом, наиболее эффективный и удобный для применения пролонгированный бета-блокатор, атенолол, - 5% больных. По-видимому, врачи выбирают лечение больному АГ, ориентируясь не столько на клинические руководства по гипертонии, сколько на информацию, получаемую от фармацевтических фирм и аптечных работников, возможно идут на поводу у больных и их предпочтений.

Живучими оказались у семейных врачей прежние представления о лечении АГ, и это отразилось на качестве лечения данной категории больных. Почти каждому четвертому больному (23%) были назначены лекарства, давно не применяемые при лечении АГ и не вошедшие в современные протоколы лечения. Это адельфан (назначен 12% больных), клонидин (4%), дибазол (4%), другие (3%). Наиболее часто «грешат» такими назначениями врачи Жезказгана. Например, адельфан они назначили 15% больных АГ, в то время как в Сатпаеве – только 5%. Возможно, объяснение этих назначений связано с предпочтениями и просьбами больных.

Посмотрим, каково качество лечения больных АГ в отдельных СВА. В трех Жезказганских СВА (“L”, “H”, “P”) более 30% больных АГ не получают медикаментозного лечения (33%, 43% и 47% соответственно). В Сатпаеве дело обстоит по данному показателю значительно лучше – только в СВА “B” 29% больных АГ оказались без медикаментозного лечения, в остальных СВА процент таких больных меньше – от 23% до 4%. Сомнительно, чтобы столь большое количество пациентов обходилось только немедикаментозными средствами.

Анализ фармакотерапии показал, что в Жезказгане гидрохлортиазид не используют в своей практике СВА “F”, СВА “H”, СВА “P”. Назначают данный препарат наиболее часто – в СВА “R” (27% больных АГ получают гидрохлортиазид). Бета-блокаторы не назначают в СВА “H”, применяют чаще всех – в СВА “A” и СВА “D” (32%). Очевидно, что частота назначения препаратов первой линии во всех СВА невысокая, но такая существенная разница может быть только следствием различного уровня знаний по АГ семейных врачей. Ингибиторы АПФ были назначены значительно чаще, чем вышеуказанные первые две группы, от 40% (СВА “C”) до 79% (СВА “L”), что, на наш взгляд, зачастую неоправданно. Антагонисты кальция встречались в амбулаторных картах от 0 (СВА “H”) до 45% (СВА “A”). Вероятно, в подавляющем большинстве случаев можно было обойтись без назначения препаратов этой группы, так как частое назначение их соседствует обычно с отсутствием лекарств первой линии. Например, в СВА “A” гидрохлортиазид назначен только 10%, а атенолол – ни одному пациенту. Чаще других назначали адельфан в СВА “H” (75%), СВА “D” (29%), СВА “J” (23%). – реже всех в СВА “A” и в СВА “L” (по 6%). Клонидин также часто назначали в СВА “H” – 50% больных, и не назначали вовсе – в СВА “A”, СВА “D”, в СВА “J” и в СВА “P”. По-видимому, во всех СВА врачи плохо знакомы с современными протоколами лечения больных АГ и выбор препаратов осуществляют зачастую необоснованно. Наибольшее опасение вызывает СВА “H”, и здесь требуется уделять много внимания самообразованию, обучению врачей и контролю за ведением больных.

В Сатпаеве к назначению препаратов врачи разных СВА относятся очень неодинаково. В СВА “G” гидрохлортиазид не назначают совсем, а в СВА “K” – 59% больным АГ. Зато бета-блокаторы никому не назначают в СВА “K”, также как в СВА “G” и в СВА “M”, а чаще других – в СВА “E” (32%). Как правило, назначают пропранолол, только в СВА “N” назначается примерно с одинаковой частотой пропранолол и атенолол (15% и 10% соответственно). Редкое назначение препаратов первой линии с лихвой «компенсируется» назначением ингибиторов АПФ и антагонистов кальция. В Сатпаеве больным АГ ингибиторы АПФ назначены от 45% (СВА “N”) до 95% больных (СВА “M”)! А антагонисты кальция – от 12% (СВА “E” и СВА “G”) до 40% (СВА “N”). В тоже время в двух СВА из семи (СВА “G” и СВА “Q”) по старинке применяют часто адельфан (13% и 28% соответственно), в СВА “G” и СВА “K” – клонидин (4% и 7%

соответственно). Такая ситуация с фармакотерапией АГ свидетельствует о невысоких знаниях семейных врачей Сатпаеве в области лечения АГ. Особенно тревожна ситуация в СВА “G”.

Важные критерии (показатели) качества лечения – правильная дозировка и необходимая длительность назначения препаратов для лечения больных АГ. Анализ показал, что семейные врачи часто не указывают дозы лекарств. Обращает на себя внимание невысокая дозировка гипотензивных препаратов в тех случаях, когда доза их отмечена в амбулаторной карте, а также непродолжительность периода, на который были сделаны назначения. Интерпретировать полученные нами данные весьма сложно. Отсутствие рекомендуемой дозы является бесспорно неблагоприятным показателем. Однако, там где доза указана и, по нашему мнению, она недостаточна – это довольно спорно, так как в каждом конкретном случае вопрос решается индивидуально в зависимости от динамики АД, эффекта этой дозы, других факторов. Но, частое применение малых доз у большого количества пациентов с АГ не соответствует современным протоколам ведения данной категории больных и может свидетельствовать о недостаточных знаниях врачей. Столь же сложно оценить правильность рекомендаций по длительности приема. Не указывать продолжительность лечения (в среднем по двум городам 41% амбулаторных карт) – это недостаток, который требует исправления. Но, возможно, кратковременность некоторых назначений обусловлена необходимостью контроля АД со стороны семейного врача или медицинской сестры или самого больного и будет использована для коррекции лечения. В таких случаях этот подход является свидетельством заботы врача о больном и заслуживает одобрения. Таким образом, наиболее правильно оценить полученные нами результаты по параметрам дозировки и продолжительности лечения могут сами семейные врачи, сопоставив их с рекомендациями клинических руководств, и сделав необходимые выводы.

2. По теме «Бронхиальная астма»

(приложение № 6,7) проанализировано значительно меньше амбулаторных карт, чем было запланировано. Это связано с низким уровнем выявляемости заболевания – например, в Жезказгане заболеваемость астмой взрослых составила за 2000 год всего 1,8 на 1000 населения, а детей 0,3 на 1000 населения (всего зарегистрировано 184 больных астмой). В тоже время известно, что заболеваемость астмой составляет от 30 до 150 на 1000 населения (сегодня в большинстве стран мира астмой страдают от 3 до 18% населения), т.е. общемировой уровень заболеваемости более чем в сто раз выше, чем в регионе. Особенно часто наблюдается гиподиагностика астмы у детей и подростков. Дети составили 16,9% от всех больных астмой, подростки – 6,5%. Однако известно, что дети чаще болеют астмой, чем взрослые. Например, в среднем 18% мальчиков и 12% девочек в Италии болеют бронхиальной астмой. Скорее всего, дети, больные астмой, лечатся под диагнозами хронический бронхит, обструктивный бронхит, респираторный аллергоз и другими. Объяснить причины гиподиагностики астмы однозначно трудно. Вероятно, влияет несколько причин: недостаточные знания семейных врачей и узких специалистов об астме, живучесть старых привычек по диагностике респираторных расстройств у детей, обучением не были охвачены врачи детских стационаров, сопротивление населения постановке диагноза астмы и др. И врачи, и население боятся этого диагноза. По-видимому, для оценки заболеваемости астмой необходимо провести в регионе эпидемиологические исследования.

У выявленных больных астмой семейные врачи формулировали диагноз неправильно, не в соответствии с международной классификацией, рекомендуемой ВОЗ, Американским и Европейским торакальными обществами. Это может свидетельствовать о незнании современных представлений об астме и, естественно, о методах контроля и лечения астмы. Но не исключается и тот факт, что неправильно оформленные диагнозы были выставлены под влиянием и после консультаций узких специалистов (например, аллерголога), или больные были выписаны с такими диагнозами из стационара. Для семейного врача диагнозы узкого специалиста или заключение стационара обычно непререкаемы.

Наблюдение за больными астмой осуществлялось семейными врачами достаточно часто – в среднем почти 5 визитов за год. Диагностика БА, в подавляющем большинстве случаев, ограничивалась клиническим осмотром без использования исследований функции внешнего дыхания. Ни одному больному ни разу не проводилась пикфлоуметрия, изредка (8%) назначалась спирометрия. Если учесть, что ни в одной СВА нет ни спирометра (спирографа), ни даже пикфлоуметра, и спирография проводится лишь в консультативной поликлинике, то информация о результатах обследования попадает к врачу не на момент приема, а позже. Данные спирографии не могут полноценно и своевременно использоваться для контроля состояния больного астмой и эффективности лечения. Пикфлоуметр рекомендуется использовать не только в ежедневной практике врача или медицинской сестры, а каждому больному БА. По международным рекомендациям больные астмой и родители детей с БА нуждаются в тщательном обучении, ежедневном самоконтроле показателей пикфлоуметрии. В Жезказганском регионе ни врачи СВА, ни даже узкие специалисты не используют этот простой, воспроизводимый, объективный и дешевый метод диагностики БА и контроля эффективности лечения.

В лечении больных астмой обнаружены моменты, которые должны и могут быть улучшены. Во-первых, это касается стероидозависимости. Почти каждый третий (30%) больной астмой – гормонозависим, а в Сатпаеве – так вообще почти половина – 42%. Тогда как известно, что только один из тысячи больных астмой является истинно стероидозависимым. Во-вторых, обнаружено редкое назначение местных противовоспалительных препаратов, которые составляют основу для лечения БА. Почти половина астматиков лечится одними симптоматическими средствами. А ингаляционные кортикостероиды, являющиеся базисными препараты для лечения астмы, получает лишь 21% больных астмой. Такое положение дел с лечением, вероятно, связано с несколькими причинами. Это может объясняться недостаточными знаниями как семейных врачей, так и узких специалистов поликлиник и стационаров. Кроме того, очень вероятной причиной может быть высокая цена ингаляционных стероидов по сравнению с системными. Этот фактор очень значим для населения с невысоким уровнем дохода, а среди пациентов СВА таких большинство. Не исключается и низкая информированность больных астмой об эффективности и безопасности ингаляционных кортикостероидов. У больных нередко имеется страх применения этих препаратов. Согласно международным рекомендациям, именно в организациях ПМСП необходимо иметь школы для больных астмой, которых в регионе нет.

Анализ качества оказания медицинской помощи больным астмой в отдельных СВА недостаточно репрезентативен, так как было представлено небольшое количество амбулаторных карт. Процент правильно сформулированных диагнозов колебался в пределах от 0 (СВА “А”) до 100 (СВА “Н”) в Жезказгане и от 13 (СВА “М”) до 78 (СВА “Е”).

Значительны и различия СВА по количеству гормонозависимых больных – от 0 (СВА “А”, “С”, “D”, “Н”) до 44% (СВА “F”) в Жезказгане и до 71% (СВА “Q”) – в Сатпаеве. Столь же нерадостная картина и по назначению системных или ингаляционных стероидов. Только в СВА “D” больные астмой получают лишь ингаляционные стероиды, а в остальных пятнадцати СВА в амбулаторных картах обнаружены назначения системных гормонов, чаще преднизолона. В связи с этим ранее описанные данные о гормонозависимости требуют критического осмысления. По-видимому, в СВА “А”, “С”, “Н” прием внутрь кортикостероидов не отражался в диагнозе как гормонозависимость и поэтому не был учтен экспертами как гормонозависимая астма. В СВА “Н” и “А” ингаляционные стероиды назначаются чаще системных, в СВА “С”, “J”, “P”, “E” с одинаковой частотой назначались системные и ингаляционные стероиды. В остальных СВА преобладали назначения системных гормонов, а в СВА “Q” астматикам были назначены только системные кортикостероиды.

3. «Острые респираторные инфекции у детей»

(приложение № 8, 9) Измерение температуры тела при ОРВИ проводилось в большинстве случаев (76%), но следует учесть, что почти у каждого четвертого ребенка диагноз ОРВИ выставлялся без измерения температуры тела, а в Сатпаеве – у каждого третьего. Возможно, это связано с большой нагрузкой или даже перегрузкой врачей в период, когда ОРВИ наблюдается особенно часто – осенью-зимой, а также может свидетельствовать о недостатках работы доврачебного кабинета.

Определение степени тяжести ОРВИ и тактики лечения основаны на измерении числа дыхательных движений за 1 минуту и некоторых других данных. Анализ амбулаторных карт показал, что семейные врачи нередко упускают при осмотре этот важный показатель. Только у 34% (в Жезказгане) и 40% (в Сатпаеве) детей, больных ОРВИ врачи отмечали в карте число дыханий. Такое редкое использование в практике информативного показателя может быть объяснено лишь недостаточными знаниями семейных врачей современных руководств по лечению ОРВИ. Вряд ли это связано с отсутствием у врачей таймеров.

Качество лечения детей, больных ОРВИ, отражает частота назначения антибиотиков. Известно, что при ОРВИ в большинстве случаев не требуется назначать антимикробные средства. В обследуемом регионе они назначались лишь у 26% больных, в Сатпаеве несколько чаще, чем в Жезказгане (35% и 21% соответственно).

ВОЗ рекомендует применять антибактериальные средства (ко-тримоксазол, пенициллины внутрь) только по показаниям. В Жезказгане же, чаще применялись пенициллины, а ко-тримоксазол у 31% больных, которым назначали антибактериальные препараты. В Сатпаеве, наоборот, семейные врачи чаще прибегали к назначению ко-тримоксазола, чем пенициллинов (57,1% и 39,3%, соответственно). К сожалению, нередко в амбулаторных картах встречается назначение препаратов парентерально: в 28% среди всех назначений антибиотиков. В Жезказгане в 2 раза чаще, чем в Сатпаеве. Объяснить мотивы, по которым семейные врачи назначают парентерально антибиотики весьма трудно. Наиболее вероятно, это связано с устаревшими взглядами, что внутримышечное введение антибиотика (пенициллина) более эффективно, чем прием внутрь полусинтетических пенициллинов. Возможно и влияние родителей ребенка, которые нередко настаивают на интенсивном лечении, считая инъекции более эффективными.

Согласно рекомендациям ВОЗ, случаи ОРВИ, включая нетяжелую пневмонию, могут лечиться амбулаторно. В Жезказгане и Сатпаеве процент госпитализации детей с ОРВИ (по данным амбулаторных карт) также небольшой и составляет в среднем 3%. Этот показатель надо будет сопоставить с данными стационаров; возможно, часть пневмоний не были зарегистрированы как ОРВИ.

Анализ качества оказания медицинской помощи детям, больным ОРВИ, в отдельных СВА выявил значительные различия в качестве диагностики и лечения.

Так, например, в Жезказгане есть СВА, где семейные врачи при ОРВИ отмечают температуру тела ребенка почти через раз: в СВА “А” – в 55% случаев, в СВА “С” – в 51%. В Сатпаеве еще больший диапазон различий по этому показателю - от 22% (СВА “Q”) до 100% (СВА “G”). Но в большинстве СВА обычно температура тела при ОРВИ измеряется, а в СВА “D” – у всех детей, больных ОРВИ. Подсчитывают число дыханий в 1 минуту в Жезказгане чаще врачи СВА “R” (83%), реже всех – в СВА “C” (11%). В Сатпаеве обращают внимание на частоту дыхания от 3% (СВА “Q”) до 60% случаев ОРВИ (СВА “N”).

Разным подходам к диагностике ОРВИ и степени их тяжести соответствуют и различные подходы к лечению детей с ОРВИ. Так, например, в Жезказгане антибиотики назначали от 3% больных ОРВИ (СВА “R”) до 36% (СВА “D”). В СВА “R” антибиотики назначались редко (только один

случай), но парентерально и поэтому % парентерального введения составил 100. Довольно часто внутримышечное введение антибиотиков назначали врачи СВА “Н” (67%), СВА “F” (50%), СВА “L” (50%). В СВА “D”, при самом частом назначении антибиотиков, только в 8% случаев ОРИ они вводились парентерально, чаще, чем в других СВА здесь назначали ко-тримоксазол. Большинство детей с ОРИ лечились на дому. Ни одного ребенка с ОРИ не госпитализировали врачи СВА “А” и СВА “L”, 8% детей с ОРИ, наблюдавшиеся в СВА “Н”, направлены в стационар.

В Сатпаеве семейные врачи лечат детей с ОРИ антибиотиками от 12% (СВА “B”) до 69% случаев (СВА “M”). Антибиотики назначаются обычно через рот (во всех случаях – в СВА “G”), но и процент парентеральных назначений немал – в СВА “M” - 28% от всех назначений антибиотиков. Госпитализируют детей с ОРИ в Сатпаеве редко, от 0% (СВА “G”, СВА “Q”) до 8% (СВА “M”). Вероятно, различия в диагностике и лечении детей с ОРИ обусловлены разным уровнем знаний семейных врачей по разным СВА. Например, ни один врач из СВА “M” не проходил обучения по ВОЗовской программе ОРИ. Возможно, это связано и с низкой активностью работы ассоциации и коллективов СВА по взаимобучению

4. «Диареи у детей»

(приложение 10,11) анализ качества оказания медицинской помощи основывается на изучении только 48 амбулаторных карт, в которых имелись записи семейного врача об осмотре ребенка с диареей. Это максимальное количество карт, которое могло быть получено от семейных врачей и связано с рядом причин. Во-первых, все дети с диареей обязательно госпитализируются по приказу департамента здравоохранения. Во-вторых, госпитализация детей обычно осуществляется машинами «скорой помощи» и семейный врач, как правило, не смотрит ребенка вначале заболевания, до госпитализации. Если семейный доктор успел осмотреть ребенка с диареей до приезда «скорой», то обычно свой осмотр он записывает в бланке направления, а не в амбулаторной карте. Таким образом, основная информация по диагностике и лечению детей с диареей находится в стационарах, чаще инфекционных. Чтобы получить возможность лечить ребенка с диареей на дому и, таким образом, обойти приказ об обязательной госпитализации, врач намеренно выставляет неправильный диагноз. В принятых для анализа картах встречаются такие диагнозы, как: «ОРИ с кишечным синдромом», «Дисбактериоз», «Функциональное расстройство желудка» и т.п.

Диагностика диарей чрезвычайно проста, поэтому в анализе мы акцентировали внимание на то, как врач выявляет и фиксирует в амбулаторной карте показатели тяжести обезвоживания больного ребенка. К сожалению, врачи редко обращали внимание и отмечали такие показатели, как пьет ребенок, как долго расправляется кожная складка (14% и 11% в Жезказгане и по 5% - в Сатпаеве). По-видимому, это связано с тем, что врачи потеряли навыки диагностики тяжести состояния при диареех в связи с обязательной госпитализацией таких пациентов в стационар. Этот факт чрезвычайно неприятен, так как по соответствующей программе ВОЗ в регионе было обучено 34 врача из 109.

В связи с низким уровнем диагностики степени обезвоживания при диареех, качество лечения детей с диареей тоже оказалось недостаточно высоким. Регидрон назначался в 51% случаев, то есть каждому второму ребенку (средние цифры по двум городам; в Жезказгане ситуация еще хуже – регидрон назначен лишь в 32% случаев).

Согласно современному клиническому руководству, в большинстве случаев диарейные заболевания не лечатся антибиотиками. В регионе анализ амбулаторных карт выявил довольно большой процент назначения антибиотиков при диареех: в Жезказгане – 14%, в Сатпаеве – 40% случаев. Причем обычно назначались препараты, не вошедшие в арсенал лекарств,

рекомендуемых ВОЗ. Часто назначался пенициллин, ампициллин, фуразолидон, реже – в двух случаях – хлорамфеникол.

Среди тех амбулаторных карт, в которых имелась запись осмотра семейного врача, в 44% случаев дети были направлены в стационар: в Жезказгане –89%, в Сатпаеве –15%. Такая значительная разница, по-нашему мнению, объясняется не отличиями в подготовке семейных врачей, а особенностями региональных стационаров – в Жезказгане он более доступен.

Проведенный анализ качества медицинской помощи детям с диареями по различным СВА не репрезентативен: проанализировано от 0 до 9 карт разных СВА, в среднем по 3 карты от одной СВА.

5. «Ведение беременных»

(приложение №12) оценивалось качество оказываемой медицинской помощи не семейными врачами, а врачами женских консультаций родильных домов. Исключение составляет только СВА “N”, в которой беременных наблюдают врачи СВА.

У большинства (но не у всех! – 93%) женщин в сроки беременности более 30 недель регулярно измерялось АД. Почти у всех (98%) – определялось содержание гемоглобина крови. Нередко у беременных обнаруживалась анемия, лишь у 20% в Жезказгане и 39% в Сатпаеве уровень гемоглобина был выше 110 г/л. При выявлении анемии очень важна своевременная коррекция показателей крови и лабораторный контроль лечения. Однако беременным с анемией редко назначались препараты железа: приблизительно каждой третьей женщине. Такое положение трудно объяснить. Возможно, это связано с дороговизной препаратов железа, непереносимостью препаратов железа. Однако, скорее всего это связано с недооценкой врачами получаемых результатов обследования на гемоглобин. Если же лечение анемии проводилось, то врачи женских консультаций назначали только препараты железа с торговыми наименованиями, и, следовательно, достаточно дорогие. Длительность лечения в большинстве обменных карт не была указана, а там, где есть отметка о длительности лечения, оно было кратковременным. Видимо, врачей женских консультаций не особенно волнует, что будет с женщиной после родоразрешения, а может быть они не ориентированы в сроках лечения железодефицитной анемии, да и лишены возможности длительного наблюдения за женщиной. Врачи довольно часто назначают по 2 препарата железа, нередко не отмечают путь введения препарата (например, феррум-лек). Как правило, не указывается доза лекарства (79% случаев), а в тех случаях, когда в карте имелась запись дозы рекомендуемого препарата, она была зачастую недостаточной для лечения анемии. По-видимому, женщинам на приеме объяснялись дозы и правила приема лекарств, но в анализируемых картах такая информация была весьма скудной. Такое отношение к ведению медицинской документации заслуживает критики и должно быть исправлено. Заслуживает отдельного внимания одна из СВА Сатпаева – СВА “N”. Анемия у беременных в этой СВА встречается почти в 2 раза реже, чем в среднем в обоих городах, и, как правило, эта анемия не тяжелая. Препараты железа назначались беременным под генерическим наименованием (сульфат железа), в достаточной дозе. Однако нельзя признать правомерным назначение железа в лечебных дозах беременным с нормальным гемоглобином, что имело место в 11 случаях. Вероятно, желание семейного врача предупреждать анемию не подкреплено знаниями профилактических доз.

Лечение анемии, к сожалению, не контролировалось лабораторно (у 73-85% беременных с анемией). Вероятно, врачи удовлетворены наблюдением за динамикой клинических данных, а не мониторингом уровня гемоглобина. Или больные не имели возможности сдать анализ крови.

Обучение грудному вскармливанию ни в одном случае не проводилось до родов, что, несомненно, должно быть изменено.

Высок уровень госпитализации беременных в родильные дома – 35,8 и 37,5% (Сатпаев и Жезказган). Не вдаваясь в причины госпитализации, следует отметить, что, по-видимому, не все случаи были обоснованными. Столь же мало обоснованной, на наш взгляд, является большая частота выставления беременным диагнозов гестоз (около 10% беременных) и хронический пиелонефрит (от 11 до 30%, в Жезказган и Сатпаеве). Тенденция к гипердиагностике этих заболеваний (состояний) отмечается во всех городах Казахстана и обусловлена, вероятно, спецификой старых («советских») представлений об этих заболеваниях.

6. «Анемия у девочек подростков и женщин фертильного возраста»

(приложение № 13,14) анализ качества оказания медицинской помощи основывается на изучении 761 амбулаторной карты. Спорным может показаться ограничение фертильного возраста до 35 лет, что не соответствует данным ВОЗ. Однако, на таком уровне мы остановились в связи с особенностями, наблюдаемыми в изучаемом регионе – подавляющее большинство родов приходится как раз на возрастной период 19-35 лет.

Обнаружено, что девочки-подростки и женщины фертильного возраста довольно редко осматриваются семейными врачами. Вероятно, это связано с тем, что подростки наблюдаются по месту учебы (в школе) медицинской сестрой, которая ведет свою документацию, хранящуюся в школе. В Сатпаеве всех подростков наблюдает специально выделенный врач подросткового кабинета, где и хранятся карты подростков. Кроме того, известно, что основное внимание уделяется подросткам-юношам в связи с потребностями министерства обороны. Здоровью девочек-подростков, будущих матерей, уделяется значительно меньше внимания. Что касается женщин фертильного возраста, то они не являются какой-либо диспансерной группой или специальным контингентом, как, например, работники «вредного» производства, ветераны войны и т.п. Поэтому планомерной работы с ними семейные врачи не проводят, амбулаторные карты на них заполняются (или вносятся записи в ранее заведенные карты) лишь при обращении за помощью. Для анализа получены амбулаторные карты только тех, кто ранее обращался по какому-либо поводу к семейному врачу.

Согласно полученным данным, медицинские осмотры за истекший год имели 596 человек (71 и 82% людей изучаемого контингента, Жезказган и Сатпаев). Две трети из них были обследованы на гемоглобин. Это свидетельствует о значительной настороженности семейных врачей в плане анемии.

Анемия выявилась более чем у каждой четвертой – у 26% обследованных на гемоглобин. Получается, что настороженность врачей при поисках анемии у данного контингента вполне оправдана. Более часто анемия обнаруживалась у женщин фертильного возраста – 34% и 27% (Жезказган и Сатпаев), чем у девочек-подростков – 25% и 11%, соответственно. Объясняется этот факт тем, что в регионе не редкость частые беременности и роды у женщин, многодетные семьи. Влияют на этот показатель и особенности питания, обусловленные традициями. В тоже время, лечение выявленных случаев заболевания анемией оказалось недостаточным: менее половины выявленных больных получали препараты железа, а лабораторный контроль осуществлялся лишь за 59% лечившихся. Использовались для лечения анемии только дорогостоящие препараты железа под торговыми названиями, чаще в дозах, ниже средних терапевтических. Продолжительность лечения (данные по Жезказгану) была крайне недостаточна у 46% больных анемией, у остальных длительность курса лечения просто не указана в амбулаторных картах. В Сатпаеве ситуация лучше: чаще (85% случаев) указывается продолжительность назначения препаратов железа, а в одном случае лечение было назначено на 6 месяцев. Контроль эффективности лечения по динамике гемоглобина осуществлялся лишь у детородных женщин, и очень редко – у подростков. Полученные данные можно объяснить влиянием ряда фактов: во-первых, это большая загруженность семейных врачей. Во-вторых, недостаточность времени,

средств и сил (персонала) для активного выявления больных анемией и организации лечения. В-третьих, весьма трудно изменить укоренившиеся привычки населения в вопросах питания, и убедить людей в необходимости длительного лечения. В-четвертых, в аптечной сети региона нет других препаратов железа, кроме как под торговыми наименованиями, которые не всегда доступны по цене. Возможны и другие причины, в частности, недооценка семейными врачами серьезности проблемы и недостаточные знания вопросов лечения анемий.

Анализ данных по каждой СВА в Жезказгане показал, что изучаемый контингент посещает семейных врачей лучше всего в СВА “D” и СВА “H” (100% амбулаторных карт имели запись хотя бы об одном визите за год), хуже всего – в СВА “J” (почти 40% карт не имели записи о визите за истекший год). Наибольшая настороженность в плане наличия анемии была у врачей СВА “H” и “R”. Они обследовали на гемоглобин 86% обратившихся девочек-подростков и женщин детородного возраста. Редко (у 52% обратившихся) искали анемию в СВА “P”. Подозрения врачей на наличие анемии были наиболее обоснованы в СВА “R” (анемия выявилась у 60% обследованных), редко выявляли анемию в СВА “C” (обнаружена у 7% обследованных). Некоторые зарубежные исследователи предполагают, что высокая распространенность анемии в странах СНГ связана с невысоким качеством лабораторной диагностики, реактивов, погрешностями в контроле качества лабораторных тестов, устаревшим оборудованием. Насколько нам известно, в СВА “C” работает очень квалифицированный лаборант, а оборудование хорошего качества. Отношение к лечению анемии в разных СВА различно. Например, в СВА “H” и “J” лечат 100% выявленных больных анемией, там же и 100% лабораторный контроль лечения. А в СВА “R” и “P” назначают препараты железа лишь в 17-20% случаях, причем в СВА “P” не контролируют гемоглобин в процессе лечения.

Анализ данных по каждой СВА в Сатпаеве показал, что девочки и женщины посещают семейных врачей чаще всего в СВА “Q” (100% амбулаторных карт имели запись хотя бы об одном визите за год), хуже всего – в СВА “B” (51% карт не имели записей о визите за год). Настороженность в плане наличия анемии имели врачи СВА “B” и “N”, они обследовали на гемоглобин соответственно 90% и 75% обратившихся девочек-подростков и женщин детородного возраста. Редко (у 31% обратившихся) искали анемию в СВА “G”. Подозрения врачей на наличие анемии были обоснованы в СВА “K” и СВА “M” (анемия выявилась у 28% обследованных), редко выявляли анемию в СВА “G” (обнаружена у 9% обследованных). Здесь также необходимо дополнительно оценить качество лабораторной диагностики анемии. Отношение к лечению анемии в разных СВА различно. Например, в СВА “B” лечат 100% выявленных больных анемией, а в СВА “G” в одном единственном выявленном случае анемии лечение не назначено. В других СВА лечат только 40-60% выявленных больных анемией. Лабораторный контроль лечения не применяют в СВА “M” и “K”, а в СВА “N” и “Q” используют в 100% случаев.

Различия СВА в отношении выявления и лечения анемий у девочек-подростков и женщин фертильного возраста трудно интерпретировать. Возможно, такой уровень оказания медицинских услуг выявился в связи со сравнительно небольшим количеством проанализированных карт. Очень вероятно, что на качестве оказания услуг данному контингенту сказывается недостаток обучения по проблеме анемии. Известно, что обучение семейной медицине (8-недельный курс) прошли 63 из 109 врачей Жезказганского региона, а в программе этого курса раздел анемий включал только 2 лекционных часа. Безусловно, на качество медицинской помощи, вообще, а при анемии, в частности, влияет перегрузка семейных врачей, вынужденных уделять много времени ведению документации, отчетам, другим проблемам.

Таким образом, проведенное исследование позволило достаточно объективно оценить состояние вопроса качества диагностики, ведения и лечения больных распространенными заболеваниями и ведения беременных. Имеются определенные положительные достижения. Медицинскими

работниками СВА ведется огромная работа с больными. Вместе с тем, это исследование позволяет выявить недостатки, часть которых можно связать с недостаточной профессиональной подготовкой и знаниями врачей и медицинских сестер, часть - с организацией работы в СВА, часть – с недостатком оборудования, качеством лабораторной диагностики, часть - с качеством, ассортиментом и стоимостью лекарственных препаратов.

II. Заключение

- 1) Впервые проведена оценка процесса оказания медицинских услуг в СВА гг. Жезказган и Сатпаев Жезказганского региона Карагандинской области Республики Казахстан по таким распространенным состояниям, как артериальная гипертензия у взрослых, бронхиальная астма, анемии у девочек-подростков и женщин фертильного возраста, острые респираторные инфекции у детей, диарей у детей, ведение беременных.
- 2) Оценка *обследования* больных артериальной гипертензией (АГ) показывает не совсем удовлетворительные результаты. Так, измерение и запись значений АД при каждом посещении в среднем у 97%, общий анализ мочи проводится, по крайней мере, один раз в год 84% больных, состоящий на учете с АГ. Однако контроль ЭКГ у этих пациентов проводится только у половины (52%), креатинин определяется только у 19%. Оценка *лечения* состоящих на учете больных АГ показала, что препараты первой линии, мочегонные (гидрохлортиазид - у 15% больных АГ) и бета-блокаторы (атенолол принимают только 5%) назначаются редко. Тогда как ингибиторы АПФ и антагонисты кальция используются очень широко (63 и 28%, соответственно). Около четверти больных АГ (23%) получают устаревшие и малоэффективные лекарства (дибазол, папаверин, клонидин и пр.). Оценка *ведения* больных АГ показала, что дозировки лекарств и продолжительность их применения зачастую неадекватны.
- 3) Анализ по бронхиальной астме, показал очень низкую заболеваемость астмой, как среди детей, так и взрослых (0,3 и 1,4 на 1000 населения, соответственно). С чем связана такая статистика, неясно. По-видимому, основная причина - гиподиагностика (плохая *выявляемость*) этого заболевания в регионе, особенно у детей и подростков. Кроме того, в половине случаев врачи при формулировке диагноза используют устаревшую классификацию астмы. Для *диагностики* астмы и *наблюдения* за больными не используется пикфлоуметрия и очень редко назначается спирография. В *лечении* больных недостаточно используются местные противовоспалительные средства. Так, ингаляционные кортикостероиды получает только 21% больных астмой.
- 4) Анализ *выявления* анемии у девочек-подростков и женщин фертильного возраста, а также ведения больных анемией, свидетельствует об отсутствии планомерной работы с данным контингентом, который не относится к диспансерным группам. В тоже время, при обращении в СВА девочек-подростков или женщин фертильного возраста семейные врачи проявляют осторожность и у двух третей обратившихся определяют уровень гемоглобина. Анемия *выявляется* у 26% обследованных, чаще у женщин фертильного возраста. *Лечение* назначается недостаточно часто – менее половины выявленных больных анемией. Лабораторный *контроль* лечения по динамике гемоглобина осуществляется только у 59% лечившихся. Для лечения семейные врачи используют препараты железа различных фирм, которые довольно дороги (по сравнению с сульфатом железа). Дозировка лекарств зачастую недостаточна, а продолжительность лечения – кратковременна. Данные показатели качества по этой теме объясняются недостатком знаний врачей по современному лечению анемий, и состоянием фармацевтического рынка - отсутствием дешевых эффективных препаратов железа, например, сульфата двухвалентного железа.

- 5) Оценка качества по острым респираторным инфекциям (ОРИ) у детей показала, что *диагностика* ОРИ нередко проводилась без измерения температуры тела (у 24% пациентов), а при определении степени тяжести заболевания не учитывался и не определялся у большинства детей такой важный показатель, как число дыханий за одну минуту. Упущения в диагностике обусловлены перегрузкой семейных врачей в сезоны подъема заболеваемости ОРИ, и недостаточными знаниями некоторых врачей, а также отсутствием таймеров у большинства врачей. Проведенный анализ позволил оценить и качество *лечения*. Детям с ОРИ достаточно редко (26%) назначались антибиотики, но значительная часть их вводилась парентерально (28%). Небольшой процент больных ОРИ детей нуждался в госпитализации (3%).
- 6) Анализ качества оказания медицинских услуг детям, больным диареей, проведен на основании только тех амбулаторных карт, где имелась запись семейного врача об осмотре больного ребенка. В подавляющем большинстве дети, больные диареей, госпитализированы в стационар (по приказу начальника департамента здравоохранения) без осмотров семейного врача по «скорой помощи». Анализ выявил, что при осмотре семейные врачи очень редко отмечают в картах объективные показатели обезвоживания ребенка: такие, как наличие жажды, время расправления кожной складки. Это объясняется тем, что семейные врачи потеряли навыки диагностики тяжести состояния детей, больных диареей, в связи с обязательной госпитализацией таких пациентов в стационар в течение ряда лет. Этот факт послужил причиной и невысокого качества лечения детей с диареей: регидрон семейными врачами назначался лишь в половине случаев, а антибиотики достаточно часто (в 27%).
- 7) Анализ качества оказания медицинских услуг беременным. Беременных наблюдают врачи женских консультаций в обоих городах. Исключение составляет СВА Карбышевой, в которой ведут беременных семейные врачи. Большинство беременных при сроках более 30 недель измерялось АД (93%), практически все женщины *обследованы* на уровень гемоглобина в крови (98%). Такой подход позволил выявить анемию у 74% обследованных. Качество *лечения* больных с выявленной анемии оказалось невысоким. Только одной трети их были назначены препараты железа, обычно дорогостоящие, фирменные. Дозировка лекарств и длительность лечения зачастую не указывается, а где была указана – дозы и длительность были недостаточными для коррекции анемии. Лабораторный контроль осуществлялся за 79% леченных больных анемией. Кроме этого, в обменных и индивидуальных картах беременных не было ни одной записи о проведении обучения грудному вскармливанию. Зато обнаружен высокий процент госпитализации за период беременности в родильные дома (36,7%) и большая частота выставления диагнозов «гестоз» - 9,5% и «хронический пиелонефрит» - 20,4%. Причина - устаревшие подходы врачей к диагностике и тактике ведения (госпитализация) этих заболеваний (осложнений беременности).

III. Практические Рекомендации

- 1) С результатами исследования качества медицинских услуг необходимо ознакомить Ассоциацию семейных врачей Жезказгана и Сатпаева, а также все врачей СВА, региональное и городское управления здравоохранения. Информация по СВА должна представляется конфиденциально.
- 2) Результаты данного исследования необходимо опубликовать в русскоязычных и иностранных журналах.
- 3) На основании результатов данного анализа необходимо предложить местным органам управления здравоохранения передать в СВА функции по ведению беременных, лечению

экстрагенитальной патологии, а также лечение детей с нетяжелыми формами диарейных заболеваний.

- 4) На основании проведенного исследования ассоциациям семейных врачей Жезказгана и Сатпаева совместно с департаментом здравоохранения, обучающими центрами и возможными спонсорами разработать план обучения работников СВА, стационаров, поликлиник, станций скорой помощи. Определить темы, формы, методы, сроки и даты обучения, а также контроль знаний.
- 5) Ассоциациям семейных врачей Жезказгана и Сатпаева, департаменту здравоохранения совместно с научными центрами и Проектом ЗдравПлюс участвовать в разработке клинических руководств по диагностике и лечению распространенных заболеваний на уровне ПМСП.
- 6) Ассоциациям семейных врачей Жезказгана и Сатпаева, департаменту здравоохранения совместно с научными центрами и Проектом ЗдравПлюс разработать план внедрения клинических руководств. На 2002 год – по артериальной гипертензии.
- 7) Ассоциациям семейных врачей Жезказгана и Сатпаева совместно со специалистами Проекта ЗдравПлюс разработать систему непрерывного повышения качества для ПМСП, разработать график и организовать обучение медицинских работников непрерывному повышению качества медицинских услуг, в том числе медицинскому аудиту.
- 8) После проведения работы по улучшению качества медицинских услуг провести повторное аналогичное исследование по тем же показателям для оценки эффективности проведенной работы.
- 9) После внедрения системы непрерывного повышения качества медицинских услуг Ассоциациям семейных врачей Жезказгана и Сатпаева ходатайствовать перед местными органами здравоохранения об уменьшении доли внешнего контроля с перспективой замены его внутренним.

Приложение № 1: Экспертная таблица оценки качества медуслуг

Название темы: "Артериальная гипертензия у взрослых"

Город _____

Дата просмотра амбулаторной карты _____ июля 2001 г

СВА № _____

ФИО эксперта _____

ФИО врача _____

Анализируются амбулаторные карты взрослых старше 20 лет.

Для анализа берутся данные последних приемов за период с 15 июня 2000 г по 15 июня 2001 года

№ п/п	ФИО больного	Дата рождения	Количество визитов по поводу повышения АД за указанный период	Измерялось ли АД			Общий анализ мочи**		ЭКГ**		Креатинин**		Назначен ли лекарственный препарат для снижения АД				
				Нет	Да	Если АД, то указать*	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Если Да, то вписать		
															Название***	Доза (суточная)	Длительность****

* - указывать уровень в мм.рт.ст. Например, 180/100

** - наличие анализа мочи, креатинина, ЭКГ за анализируемый период

*** - вписать название препаратов согласно записи в карте. Синонимы не указывать.

Если препаратов назначено несколько, указать первые три. Можно использовать более одной строки - 2, 3 и более

**** - указывается продолжительность лечения согласно записям в карте. Например, 2 мес или 1 год

В случае отсутствия данной отметки проставляется прочерк

**Приложение № 2: Показатели качества оказания
медицинской помощи больным с артериальной гипертонией
по СВА г.Жезказгана**

№ п/п	Код СВА	А	С	Д	Ф	Н	Ж	Л	Р	Жез	
1	Всего карт просмотрено	47	55	40	70	9	42	69	59	53	444
2	Количество карт без посещений в течение исследуемого года	8	8	7	9	2	7	9	8	8	66
3	Количество карт, принятых для анализа	39	47	33	61	7	35	60	51	45	378
4	Количество визитов год (в среднем)	3	4	5	3	6	4	4	5	6	4,4
5	% амбулаторных карт, в которых измерялось АД	100	98	100	98	100	100	95	92	96	98
6	% амбулаторных карт, в которых не измерялось АД	0	2	0	2	0	0	5	8	4	2
7	% карт, в которых есть ОАМ	74	94	100	82	100	89	75	67	89	86
8	% карт, в которых есть ЭКГ	62	49	64	64	14	57	43	31	62	50
9	% карт, в которых есть определение креатинина	10	21	12	16	0	9	13	10	33	14

**Приложение № 3: Показатели качества оказания
медицинской помощи больным с артериальной гипертонией
по СВА г.Сатпаева**

№	Код СВА	В	Е	Г	К	М	Н	Q	Сатпаев
1	Всего карт просмотрено	30	35	33	32	26	36	29	221
2	Количество карт без посещения в течение года	4	5	5	5	4	5	5	33
3	Количество карт, принятых для анализа	26	30	28	27	22	31	24	188
4	Количество визитов в год	2	10	6	4	5	5	6	5,4
5	% амбулаторных карт, в которых измерялось АД	100	93	96	96	91	100	96	96
6	% амбулаторных карт, в которых не измерялось АД	0	7	4	4	9	0	4	4
7	% карт, в которых есть ОАМ	81	73	93	70	77	88	83	81
8	% карт, в которых есть ЭКГ	50	50	57	52	50	74	58	53
9	% карт, в которых есть определение креатинина	38	27	14	11	18	45	12	24

Приложение № 4: Частота назначений различных гипотензивных средств больным АГ в СВА города Жезказгана

Код СВА	A	C	D	F	H	J	L	P	R	Жезказган
% карт больных АГ, которым назначено медикаментозное лечение	79	100	94	87	57	89	67	53	91	83
эналаприл	48	28	16	34	25	45	38	30	44	36
каптоприл	3	13	29	26	0	19	40	33	15	23
Ингибиторы АПФ всего	53	40	45	60	25	64	79	63	59	59
гипотиазид	10	15	23	0	0	16	15	0	27	12
фуросемид	16	0	0	0	0	6	12	0	2	5
другие диуретики	0	9	13	2	0	16	0	0	0	5
Диуретики всего	26	24	36	2	0	38	27	0	29	23
пропранолол	32	21	29	4	0	19	2	4	0	12
атенолол	0	0	3	6	0	3	13	11	10	6
В-блокаторы всего	32	21	32	10	0	21	15	15	10	18
нифедипин	35	28	10	4	0	10	29	33	34	22
верапамил	10	6	6	19	0	6	2	4	2	7
Антагонисты Са всего	45	34	16	23	0	16	31	37	36	30
адельфан	10	6	29	17	75	23	6	19	15	15
клофелин	0	11	0	8	50	0	6	0	5	5
дибазол	0	11	16	0	25	0	2	4	0	4
другие гипотензивные	0	11	13	4	25	0	0	4	0	4

Приложение № 5: Частота назначений различных гипотензивных средств больным АГ в СВА города Сатпаева

Код СВА	В	Е	Г	К	М	Н	Q	Сатпаев
% карт больных АГ, которым назначено медикаментозное лечение	71	81	80	96	77	74	82	80
эналаприл	76	60	71	85	90	40	22	65
каптоприл	0	8	4	0	5	5	28	7
Ингибиторы АПФ всего	76	68	75	89	95	45	50	73
гипотиазид	6	12	0	59	35	5	11	20
фуросемид	18	8	21	4	45	0	11	15
другие диуретики	6	0	0	0	0	10	0	2
Диуретики всего	30	20	21	63	80	15	22	37
пропранолол	6	32	0	0	0	15	11	9
атенолол	0	0	0	0	0	10	0	1
В-блокаторы всего	6	32	0	0	0	25	11	11
нифедипин	29	8	12	22	30	40	28	23
верапамил	6	4	0	0	0	0	6	2
Антагонисты Са всего	35	12	12	22	30	40	34	25
адельфан	0	0	13	0	0	0	28	5
клофелин	0	0	4	7	0	0	0	2
дибазол	18	0	4	0	0	5	0	3
другие гипотензивные	0	0	0	7	0	0	0	1

**Приложение № 6: Показатели качества оказания
медицинской помощи больным бронхиальной астмой в СВА
г.Жезказгана**

№ п/п	Код СВА	A	C	D	F	H	J	L	P	R	Жезказган
1	Количество просмотренных амбулаторных карт с диагнозом «Бронхиальная астма»	8	5	6	16	11	7	20	8	10	91
2	Количество визитов в год на одного больного (в среднем)	3,9	2,8	6	5,1	7,1	3,6	3,3	3,8	4,9	4,4
3	% постановки диагноза согласно международной классификации	0%	80%	17%	6%	100%	0%	10%	25%	70%	31%
4	% использования пикфлоуметрии	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5	% использования спирометрии	37,5%	0%	0%	25%	0%	29%	0%	0%	0%	10%
6	% гормонозависимых больных	0%	0%	0%	44%	0%	14%	35%	38%	10%	21%
7	% больных, получающих ингаляционные кортикостероиды	38%	40%	17%	19%	36%	29%	30%	38%	30%	30%
8	% больных, получающих системные кортикостероиды	25%	40%	0%	50%	18%	29%	35%	38%	60%	35%

**Приложение № 7 : Показатели качества оказания
медицинской помощи больным бронхиальной астмой в СВА
г.Сатпаева**

№ п/п	Код СВА	В	Е	Г	К	М	Н	Q	Сатпаев
1	Количество просмотренных амбулаторных карт с диагнозом «Бронхиальная астма»	13	9	6	14	8	9	7	66
2	Количество визитов в год на одного больного (в среднем)	5,0	8,8	7	3,9	5,5	3,0	5,1	5,3
3	% постановки диагноза согласно международной классификации	38%	78%	50%	29%	13%	44%	14%	36%
4	% использования пикфлоуметрии	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5	% использования спирометрии	0%	11%	0%	7%	13%	0%	0%	3%
6	% гормонозависимых больных	46%	22%	33%	43%	50%	33%	71%	42%
7	% больных, получающих ингаляционные кортикостеронды	8%	22%	17%	7%	0%	11%	0%	9%
8	% больных, получающих системные кортикостеронды	23%	22%	50%	71%	38%	44%	29%	41%

**Приложение № 8: Показатели качества оказания
медицинской помощи детям с ОРИ по СВА г.Жезказгана**

№ п/п	Код	A	C	D	F	H	J	L	P	R	Жез
1	Общее количество просмотренных карт с ОРИ	33	45	36	50	12	42	59	62	36	375
2	% амбулаторных карт, в которых есть запись о ЧДД	12%	11%	31%	50%	17%	29%	31%	29%	83%	34%
3	% амбулаторных карт, в которых есть запись о температуре тела	55%	51%	100%	96%	75%	90%	80%	84%	94%	81%
4	% назначения антибиотиков	27%	22%	36%	24%	25%	26%	10%	19%	3%	21%
5	% госпитализированных	0%	2%	3%	2%	8%	2%	0%	3%	3%	2%
6	% антибиотиков, назначенных парентерально	33%	30%	8%	50%	67%	45%	50%	42%	100%	36%
7	Число случаев назначения антибиотиков:										
8	Триметоприм/сульфаметоксазол	1	3	8	2	1	4	3	0	0	22
9	Пенициллин	1	3	1	5	2	3	3	4	1	23
10	Ампициллин	3	3	4	5	0	4	0	4	0	23
11	Эритромицин	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3
12	Стрептоцид	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
13	Гентамицин	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2

IV. Приложение № 9: Показатели качества оказания медицинской помощи детям с ОРИ в г.Сатпаев

№ п/п	Код	В	Е	Г	К	М	Н	Q	Сатпаев
1	Общее количество просмотренных карт с ОРИ	49	69	17	36	36	40	37	284
2	% амбулаторных карт, в которых есть запись о ЧДД	47%	55%	29%	44%	25%	60%	3 %	40%
3	% амбулаторных карт, в которых есть запись о температуре тела	94%	67%	100%	78%	33%	93%	22%	67%
4	% назначения антибиотиков	12%	41%	18%	31%	69%	30%	32%	35%
5	% госпитализированных	4%	3%	0%	3%	8%	3%	0%	3%
6	% антибиотиков, назначенных парентерально	17%	11%	0%	27%	28%	25%	17%	19%
7	Число случаев назначения антибиотиков:								
8	Гриметоприм/сульфаметоксозол	4	21	1	5	11	8	3	53
9	Пенициллин	1	3	0	2	6	3	0	15
10	Ампициллин	1	3	2	3	6	1	7	23
11	Эритромицин	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Стрептоцид	0	1	0	1	0	0	2	4
13	Гентамицин	0	0	0	0	0	0	0	0

**Приложение № 10: Показатели качества оказания
медицинской помощи детям (возраст 2 мес - 5 лет) с
диарейными заболеваниями по СВА г.Жезказгана**

№ п/п	Код	A	C	D	F	H	J	L	P	R	Жез
1	Карт с ОКИ	5	4	0	2	3	2	3	8	9	36
2	госпитализированы на прямую в стационар без осмотра СВ	4	0	0	0	0	0	0	4	0	8
3	Карта с ОКИ детей, осмотренных СВ	1	4	0	2	3	2	3	4	9	28
4	Количество амбулаторных карт, в которых есть запись о том, как ребенок пьет	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0,4
5	Количество амбулаторных карт, в которых есть запись о времени расправления кожной складки	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0,3
6	Назначен регидрон	1	1	0	0	3	0	2	1	1	1,0
7	Назначен антибиотик	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0,4
8	Количество госпитализированных после осмотра СВ	0	2	0	2	3	2	3	4	9	2,8

**Приложение № 11: Показатели качества оказания
медицинской помощи детям (возраст 2 мес - 5 лет) с
диарейными заболеваниями по СВА г.Сатпаева**

№ п/п	Код	В	Е	Г	К	М	Н	Q	Сатпаев
1	Карт с ОКИ	4	1	2	5	9	0	3	24
2	госпитализированы на прямую в стационар без осмотра СВ	3	1	0	0	0	0	0	4
3	Карта с ОКИ детей, осмотренных СВ	1	0	2	5	9	0	3	20
4	Количество амбулаторных карт, в которых есть запись о том, как ребенок пьет	0	0	0	1	0	0	0	0,1
5	Количество амбулаторных карт, в которых есть запись о времени расправления кожной складки	0	0	0	0	0	0	1	0,1
6	Назначен регидрон	1	0	0	5	6	0	2	2,9
7	Назначен антибиотик	0	0	0	3	5	0	0	1,1
8	Количество госпитализированных после осмотра СВ	0	0	2	0	2	0	0	0,6

Приложение № 12: Показатели качества оказания медицинской помощи беременным в г.г.Жезказган и Сатпаев

Показатель	Жезказган	Сатпаев	Всего
Всего карт	459	240	699
Есть запись в карте об уровне АД в каждом из трех последних посещений в сроке больше 30 недель	92%	93%	93%
Есть в карточке данные по гемоглобину во время данной беременности	99%	98%	98%
Если гемоглобин меньше 110 г/л, то получают препараты железа	16,5%	47,9%	32,2%
Контроль лечения анемии у беременных	73%	85%	79%
Есть запись в карте по обучению грудному вскармливанию	0%	0%	0%
Была госпитализация за период беременности	37,5%	35,8%	36,7%
Частота гестоза у беременных	10,2%	8,8%	9,5%
Частота пиелонефрита у беременных	11,1%	29,6%	20,4%

**Приложение № 13: Показатели качества оказания
медицинской помощи девочкам-подросткам и женщинам
фертильного возраста по СВА г.Жезказгана**

Код	А	С	Д	Ф	Н	Ж	Л	Р	Жез	
Количество амбулаторных карт	28	43	24	49	7	39	78	44	35	346
Контроль гемоглобина (абс.числа)	21	28	20	38	6	24	51	23	30	242
% контроля гемоглобина	75	65	83	78	86	62	65	52	86	70
НЬ <110 (абс.числа)	4	2	4	10	1	3	18	10	18	71
% частоты анемии	19	7	20	26	17	13	35	43	60	29
% назначения препаратов железа при НЬ<110г/л	75	0	25	60	100	100	50	20	17	41
%контроля гемоглобина после назначения препарата	67		100	50	100	100	33	0	100	62

**Приложение № 14: Показатели качества оказания
медицинской помощи девочкам-подросткам и женщинам
фертильного возраста по СВА г.Сатпаева**

Код	В	Е	Г	К	М	Н	Q	Сатпаев
Количество амбулаторных карт	20	36	36	30	37	28	36	223
Контроль гемоглобина (абс.числа)	18	26	11	18	18	21	20	132
% контроля гемоглобина	90	72	31	60	49	75	56	59
НЬ <110 (абс.числа)	3	5	1	5	5	4	4	27
% частоты анемии	17	19	9	28	28	19	20	20
% назначения препаратов железа при НЬ<110г/л	100	40	0	60	60	50	50	56
%контроля гемоглобина после назначения препарата	67	50		0	0	100	100	53