

Современные подходы к улучшению качества и исходов медицинской помощи у больных стабильной ишемической болезнью сердца

ФГБУ Саратовский НИИ кардиологии Минздрава России

Ключевые слова: стабильная ишемическая болезнь сердца, качество медицинской помощи, чрескожные коронарные вмешательства, индикаторы качества, регистр

Введение

Методически грамотная оценка качества медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца (ИБС) должна базироваться на положениях клинических рекомендаций. Путем повышения приверженности рекомендациям обеспечивается улучшение качества диагностики, профилактики и лечения больных стабильной ИБС.

В российском здравоохранении в последние годы активно внедряются передовые технологии оценки качества медицинской помощи, в частности, разработаны и внедрены в клиническую практику индикаторы качества медицинской помощи больным ИБС, хронической сердечной недостаточностью (ХСН), артериальной гипертензией (АГ). Разработаны и функционируют в большинстве регионов РФ регистры соответствующих заболеваний [1-3]. Это современные автоматизированные информационно-аналитические системы, доступные для зарегистрированных пользователей через Интернет в режиме реального времени. На настоящий момент в них содержатся данные десятков и сотен тысяч пациентов.

Цель: оценить качество медикаментозного лечения больных стабильной ИБС с позиций приверженности клиническим рекомендациям, с помощью информационно-аналитической системы (ИАС) «Регистр АГ, ИБС и ХСН». Разработать аналитическую схему для расчета потребности и обоснованности процедур коронарной реваскуляризации для внедрения в ИАС Регистр АГ, ИБС и ХСН.

Материал и методы

Проанализированы данные 165 пациентов с диагнозом ИБС при выписке, зарегистрированных в ИАС Регистр АГ, ИБС и ХСН, которые ранее были внесены из историй болезни, наблюдавшихся в Саратовском НИИ кардиологии в 2013 г. Для оценки качества медицинской помощи больным стабильной ИБС применялась клинические индикаторы [4-6], которые реализованы в аналитическом модуле ИАС Регистр АГ, ИБС и ХСН:

I. Назначены антиагреганты - доля больных с диагнозом ИБС, кому назначались аспирин и/или клопидогрель в предшествующие 12 месяцев (на одном или нескольких визитах в указанный период).

II. Назначены статины - доля больных с диагнозом ИБС, кому назначались статины в предшествующие 12 месяцев (на одном или нескольких визитах в указанный период).

IIA. Назначены статины при ЛПНП >100 мг/дл - доля больных с диагнозом ИБС, у кого в рамках предшествующих 12 месяцев последнее значение ЛПНП >100 мг/дл и кому на последнем визите за указанный период назначены статины.

III. Назначены бета-блокаторы - доля больных с диагнозом ИБС, кому назначались бета-блокаторы в предшествующие 12 месяцев (на одном или нескольких визитах в указанный период).

IIIA. Назначены бета-блокаторы после перенесенного инфаркта миокарда - доля больных с диагнозом ИБС, перенесших инфаркт миокарда, кому назначались бета-блокаторы в предшествующие 12 месяцев (на одном или нескольких визитах в указанный период).

IIIB. Назначены бета-блокаторы при систолической дисфункции левого желудочка (ФВ <40%) - доля больных с диагнозом ИБС и систолической дисфункцией левого желудочка (ФВ <40%), кому назначались бета-блокаторы в предшествующие 12 месяцев (на одном или нескольких визитах в указанный период).

IV. Назначены иАПФ/АРА - доля больных с диагнозом ИБС, кому назначались иАПФ/АРА в предшествующие 12 месяцев (на одном или нескольких визитах в указанный период).

IVA. Назначены иАПФ/АРА при сахарном диабете - доля больных с диагнозом ИБС и сахарным диабетом, кому назначались иАПФ/АРА в предшествующие 12 месяцев (на одном или нескольких визитах в указанный период).

IVB. Назначены иАПФ/АРА при систолической дисфункции левого желудочка (ФВ <40%) - доля больных с диагнозом ИБС и систолической дисфункцией левого желудочка (ФВ <40%), кому назначались иАПФ/АРА в предшествующие 12 месяцев (на одном или нескольких визитах в указанный период).

Клинические индикаторы предназначены для определения доли больных стабильной ИБС, у которых соблюдалась одноименная индикатору тактика лечения в соответствии с клиническими рекомендациями [7, 8].

Результаты

Результаты оценки качества медикаментозного лечения больных с ИБС представлены в таблице 1.

При расчете клинических индикаторов соблюдалось следующее правило: если у пациента имелись противопоказания к применению конкретного препарата, то данный пациент не учитывался.

Анализ медикаментозной терапии показал, что почти все клинические индикаторы по медикаментозному лечению больных с ИБС выполняются более чем на 80%. Частота назначения антиагрегантов, статинов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и/или ингибиторов рецепторов ангиотензина соответствует российским и международным рекомендациям.

Таблица 1. Результаты вычисления индикаторов качества медицинской помощи больным стабильной ИБС

п/п	Характеристика клинического индикатора	Выполнен
	<i>Назначены антиагреганты</i>	
I	Определение: доля больных с диагнозом ИБС, кому назначались аспирин и/или клопидогрель в предшествующие 12 месяцев (на одном или нескольких визитах в указанный период).	142 из 158(89%)
	<i>Назначены статины</i>	
II	Определение: доля больных с диагнозом ИБС, кому назначались статины в предшествующие 12 месяцев (на одном или нескольких визитах в указанный период).	148 из 165(89%)
	<i>Назначены статины при ЛПНП >100 мг/дл</i>	
II A	Определение: доля больных с диагнозом ИБС, у кого в рамках предшествующих 12 месяцев последнее значение ЛПНП >100 мг/дл и кому на последнем визите за указанный период назначены статины.	117 из 131 (89%)
	<i>Назначены бета-блокаторы</i>	
III	Определение: доля больных с диагнозом ИБС, кому назначались бета-блокаторы в предшествующие 12 месяцев (на одном или нескольких визитах в указанный период).	129 из 158(81%)
	<i>Назначены бета-блокаторы после перенесенного инфаркта миокарда</i>	
III A	Определение: доля больных с диагнозом ИБС, перенесших инфаркт миокарда, кому назначались бета-блокаторы	68 из 76 (89%)
	<i>Назначены бета-блокаторы при систолической дисфункции левого желудочка (ФВ <40%)</i>	
III Б	Определение: доля больных с диагнозом ИБС и систолической дисфункцией левого желудочка (ФВ <40%), кому назначались бета-блокаторы	3 из 3 (100%)
	<i>Назначены иАПФ/АРА</i>	
IV	Определение: доля больных с диагнозом ИБС, кому назначались иАПФ/АРА в предшествующие 12 месяцев (на одном или нескольких визитах в указанный период).	143 из 164(87%)
	<i>Назначены иАПФ/АРА при сахарном диабете</i>	
IV A	Определение: доля больных с диагнозом ИБС и сахарным диабетом, кому назначались иАПФ/АРА	20 из 22 (90%)
	<i>Назначены иАПФ/АРА при систолической дисфункции левого желудочка (ФВ <40%)</i>	
IV Б	Определение: доля больных с диагнозом ИБС и систолической дисфункцией левого желудочка (ФВ <40%), кому назначались иАПФ/АРА	4 из 4 (100%)



Рисунок 1. Аналитическая схема клинического индикатора потребности и обоснованности реваскуляризации

Обсуждение

Парадоксальной выглядит ситуация, что, не смотря на адекватную частоту назначения современных лекарственных средств сохраняются высокие показатели смертности от болезней системы кровообращения, возможно одной из ведущих причин которой, является недостаточное использование чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

В 2009 г. экспертами Американского колледжа кардиологии с учётом положений клинических рекомендаций впервые были предложены критерии целесообразности коронарной реваскуляризации [9] (обновлены в 2012 г. [10]), которые объединили современные данные доказательной медицины о показаниях к ЧКВ при наличии тех или иных клинико-анатомических характеристик пациента. Эти критерии призваны облегчить трактовку положений рекомендаций и клинически обосновать применение ЧКВ у конкретного больного стабильной ИБС, что позволит сократить затраты, связанные с неэффективными мероприятиями. Уже проведенные за рубежом исследования показали, что выполненное вмешательство зачастую было необоснованно с клинической точки зрения [11].

В условиях ограниченных ресурсов отечественного здравоохранения, и как следствие низкой распространенности ЧКВ, актуальным стал вопрос о разработке алгоритма отбора больных со стабильной ИБС, нуждающихся в коронарной реваскуляризации.

На основе клинико-анатомических критериев Американского колледжа кардиологии 2009г. была разработана аналитическая схема расчета потребности в процедурах ЧКВ у больных стабильной ИБС и обоснованности выполненной ЧКВ, предназначенная для интеграции в систему российского регистра АГ, ИБС, ХСН.

Базовая структура реализации аналитической схемы, с помощью которой достигается поставленная цель, представлена на рисунке 1.

Таким образом, функциональная структура схемы, разработанная с учётом поставленной цели (определение потребности, обоснованности в реваскуляризации), путем разделения пациентов и последующей их группировки в различных комбинациях на основании доказательных клинико-анатомических критериев, выдает результат потребности или обоснованности реваскуляризации, который может быть рассчитан как индивидуально, так и для совокупности больных ИБС.

Заключение

С помощью ИАС регистра АГ, ИБС и ХСН посредством клинических индикаторов возможно проводить всесторонний анализ качества медицинской помощи больным стабильной ИБС с позиций клинических рекомендаций, выявлять области лечебно-диагностической помощи, подлежащие совершенствованию. Разработанная аналитическая схема потребности и обоснованности коронарной реваскуляризации послужит инструментом для планирования объёмов высокотехнологичной помощи на основе доказательных клинико-анатомических критериев.

Литература

1. Ощепкова Е.В., Евстифеева С.Е., Гриднев В.И., Довгалецкий П.Я. Качество обследования и лечения больных артериальной гипертонией в учреждениях первичного звена здравоохранения (данные регистра артериальной гипертонии). Кардиологический вестник 2009; (2): 54-58.
2. Посненкова О.М., Киселев А.Р., Гриднев В.И. и др. Контроль артериального давления у больных гипертонией в первичном звене здравоохранения. Анализ данных регистра артериальной гипертонии. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2012; 11(3): 4-11.
3. Киселев А.Р., Гриднев В.И., Посненкова О.М., Попова Ю.В.. Значение регистров заболеваний в системе управления здравоохранением. Проблемы стандартизации в здравоохранении 2013; (1-2): 15-18.
4. Гриднев В.И., Ощепкова Е.В., Киселев А.Р. и др. Методологические аспекты Регистров сердечно-сосудистых заболеваний. Кардиологический вестник 2012; 7(2): 5-10.
5. Posnenkova O.M., Kiselev A.R., Gridnev V.I., et al. View on the Problem of Managing of Medical Care Quality. Oman Medical Journal 2012; 27(3): 261-262.
6. Посненкова О.М., Киселев А.Р., Попова Ю.В. и др. Методология клинических индикаторов качества медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями. Бюллетень медицинских интернет-конференций 2013; 3(12): 1399-1401.
7. Национальные рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008; 7(6), Приложение 4.
8. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, et al. ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease // Eur Heart J. 2013 Oct;34(38):2949-3003.
9. Patel MR, Dehmer GJ, Hirshfeld JW, et al. ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC 2009 Appropriateness Criteria for Coronary Revascularization: A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriateness Criteria Task Force, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Thoracic Surgeons, American Association for Thoracic Surgery, American Heart Association, and the American Society of Nuclear Cardiology: Endorsed by the American Society of Echocardiography, the Heart Failure Society of America, and the Society of Cardiovascular Computed Tomography. Circulation 2009; 119(9): 1330-1352.
10. Patel MR, Dehmer GJ, Hirshfeld JW, et al. ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC/HFSA/SCCT 2012 Appropriate use criteria for coronary revascularization focused update: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Thoracic Surgeons, American Association for Thoracic Surgery, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, and the Society of Cardiovascular Computed Tomography. J Am Coll Cardiol 2012; 59(9): 857-881.
11. Stergiopoulos K, Boden WE, Hartigan P, et al. Percutaneous coronary intervention outcomes in patients with stable obstructive coronary artery disease and myocardial ischemia: A collaborative meta-analysis of contemporary randomized clinical trials. JAMA Intern Med 2014; 174(2): 232-240.