Сведения об авторах

Григорьева Елена Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии и традиционной медицины Иркутского государственного института усовершенствования врачей. 670047, г Улан-Удэ, ул. Пирогова 30 а, Бурятский республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн, т/факс 41-66-70, doc-evg@yandex.ru

Тарнуева Ольга Кирилловна – кандидат медицинских наук, заведующая пульмонологическим отделением Бурятского республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн. 670047, г Улан-Удэ, ул. Пирогова 30 а, Бурятский республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн, т/факс 41-66-70.

Жаркова Наталья Сергеевна – врач-интерн кафедры терапии № 2 Бурятского государственного университета. 670047, г Улан-Удэ, ул. Пирогова 30 а, Бурятский республиканский клинический Госпиталь для ветеранов войн, т/факс 41-66-70.

Authors

Grigoryeva Elena Vladimirovna – candidate of medical science, associate professor of department of Therapy and Traditional Medicine, Irkutsk State Institute of Postgraduate Medical Education. 670047, Ulan-Ude, Pirogov str. 30a, Buryat Republican Clinical hospital of veterans of war, tel/fax: 8(3012)446670; e-maill: doc-evg@yandex.ru

Tarnueva Olga Kirillovna – candidate of medical science, head of department of Pulmnology of Buryat Republic an Clinical hospital of veterans of war. 670047, Ulan-Ude, Pirogov str. 30a, tel.: 8(3012)435896.

Zharkova Natalia Sergheevna – intern of department of Therapy №2 of Buryat State University, 670047 Ulan-Ude, Pirogov str. 30a, Buryat Republican Clinical hospital of veterans of war, tel/fax: 8(3012)446670.

УДК 616.248 (571.54)
ББК 54.122

Е.В. Григорьева,
Е.Д. Цыдыпова, Т.В. Малгатаева

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

В статье рассматриваются вопросы качества оказания медицинской помощи больным с бронхиальной астмой в Республике Бурятия. Выявлена достаточная информированность врачей-терапевтов региона о современных возможностях противоастматической терапии, адекватное использование ими современных методов диагностики и лечения бронхиальной астмы.

***Ключевые слова**: бронхиальная астма, качество медицинской помощи, комбинированные препараты.*

E.V. Grigoryeva, E.D. Tsydypova, T.V. Malgatayeva

HEALTHCARE QUALITY FOR PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA IN THE REPUBLIC OF BURYATIA

In the article problems of delivery of health care quality to patients with bronchial asthma in Buryatia are examined. A sufficient awareness of physicians of our region about modern opportunities of antiasthmatic therapy, adequate use of modern methods of bronchial asthma diagnostics and treatment by them is revealed.

***Key words**: bronchial asthma, health care quality, combined drugs.*

Технический прогресс конца XX столетия привел к принципиальному изменению возможностей медицины, сделав доступными излечение ранее фатальных болезней и доклиническую диагностику многих заболеваний. Однако результаты медицинской помощи даже в развитых странах значительно отличаются от ожидаемых с учетом уровня развития медицинских знаний. «Между медицинской помощью, которую мы можем оказать… и той, которую реально оказываем, существует не просто разрыв, а целая пропасть» (из доклада Института медицины США, 2002 г.). С учетом уровня развития науки, сложности технического оснащения, многократного увеличения объема необходимой информации о больном и скорости ее обмена, главным и непременным условием реализации качественной медицинской помощи является профессионализм персонала [6]. Необходимы специальные знания и методические инструменты для контроля лечения в пределах имеющихся условий и ресурсов. Основными инструментами планирования правильного ведения больного должны быть клинические рекомендации, создаваемые на основе доказательной медицины. Практические врачи должны знать, какие диагностические и лечебные мероприятия действительно полезны и должны быть использованы [7].

Результаты анализа текущего состояния качества медицинской помощи (КМП) в Российской Федерации (РФ) показывают недостаточную эффективность медицинской помощи насе-

лению с распространенными заболеваниями. Одной из таких наиболее часто встречающихся и приносящих значительный социально-экономический ущерб болезней является бронхиальная астма (БА) [2-4]. В связи с широкой распространенностью и продолжающимся ростом заболеваемости, а также существенным медико-социальным бременем данной патологии, экспертами ВОЗ была разработана «Глобальная инициатива по бронхиальной астме» (Global Initiative for Asthma, GINA) [5], предназначенная для внедрения результатов научных исследований в реальную клиническую практику. Но, несмотря на широкие меры по распространению рекомендаций GINA данные различных исследований свидетельствуют о низком уровне контроля над БА во многих регионах [1]. Поэтому задачей ближайших лет является работа с врачами и учреждениями первичной медицинской помощи, а также руководителями здравоохранения в различных регионах, направленная на создание, внедрение и оценку программ помощи больным БА, соответствующих местным потребностям. Важной составляющей процесса внедрения рекомендаций GINA, в реальную практику считается оценка эффективности и качества медицинской помощи больным БА. Кроме того, целесообразным признан анализ информированности практических врачей, их знание и понимание клинических рекомендаций.

С целью оценки внедрения рекомендаций по ведению больных БА на местном уровне нами был проведен анализ качества оказания помощи больным с данной патологией в реальной клинической практике Республики Бурятия.

Материалы и методы

С целью анализа информированности врачей первичного звена о современных рекомендациях и оценки качества оказания ими помощи больным БА было проведено анонимное анкетирование врачей-терапевтов республики, работающих в городских и сельских стационарных и амбулаторных ЛПУ. По результатам анкетирования оценивались знания и объем используемых на практике диагностических и фармакотерапевтических мероприятий при БА. В опросе участвовали 76 врачей терапевтов со средним стажем работы 20 ± 8,77 (1-40) лет, преимущественно городской амбулаторной сети (40% всех опрошенных).

Кроме того, для оценки КМП больным БА в реальной клинической практике были проэкспертированы 105 амбулаторных карт пациентов городской поликлиники г. Улан-Удэ, состоящих на диспансерном учете по поводу БА.

Результаты и обсуждение

Из проведенного анализа ответов городских и сельских амбулаторных и стационарных врачей-терапевтов по результатам анонимного анкетирования ясно, что набор диагностических мероприятий по первичной диагностике БА не всегда соответствует рекомендациям GINA. Хотя известно, что правильная диагностика БА необходима для назначения адекватной лекарственной терапии. В частности, абсолютно необходимы для постановки диагноза БА функциональные методы исследования, в частности спирометрия. Этот метод диагностики действительно является самым распространенным обследованием у врачей РБ, но в большинстве случаев без назначения бронходилатационного спирометрического теста, доказывающего обратимость бронхиальной обструкции и подтверждающего диагноз БА. Только в городских стационарах и амбулаторно-поликлинических ЛПУ применяется проба с бронхолитиками примерно в 20% случаев и совершенно не проводится в районных ЛПУ. Еще реже используется другой важный функциональный метод диагностики – пикфлоуметрия – только в 26,25 % случаев в городских и сельских ЛПУ. Причем в амбулаторной службе пикфлоуметрия используется в 4 раза реже, чем в стационаре, что является отрицательным моментом, так как определение индекса вариабельности ПСВ является одним из показателей уровня контроля над симптомами БА и позволяет своевременно провести коррекцию терапии, а соответственно, уменьшить частоту обострений (рис. 1).

Согласно положениям GINA оценка аллергического статуса может помочь в выявлении факторов риска, провоцирующих развитие симптомов БА у конкретного пациента. В то же время аллерготестирование используется лишь у трети больных БА (30% анкет), определение уровня общего Ig E лишь в 7,5% случаев (преимущественно в стационарных условиях).

Рис. 1

Очевидно, что эти методы постановки диагноза менее доступны сельским жителям вследствие удаленности от специализированной помощи и используются длишь в 16,7% случаев. Кроме того, при анализе анкет наряду с недостаточным использованием информативных стандартизованных методов диагностики БА были выявлены назначения, не входящие в протоколы постановки диагноза данного заболевания, такие как рентгенография органов грудной клетки (используется в 75% случаев в сельской местности, в 65% в городской местности) и фибробронхоскопия. Таким образом, анализ методов диагностики БА, используемых врачами терапевтами, показал не полное соответствие клиническим рекомендациям, что приводит к гиподиагностике заболевания и более позднему назначению адекватной терапии.

Результаты анализа знаний рациональной фармакотерапии БА, их соответствие клиническим рекомендациям, по результатам анкетирования терапевтов, показали информированность врачей Бурятии об основных группах базисных препаратов для контроля БА (рис.2).

Почти в половине случаев выбраны ингаляционные глюкокортикостероиды (ГКС) – наиболее часто беклометазон, менее часто – будесонид, реже – флутиказон.

Рис. 2

Названы даже антилейкотриеновые препараты в 3 ответах, β2-агонисты длительного действия (ДДБА) – в 6 случаях. В то же время достаточно часто упоминались в качестве базисных средств кромогликаты, имеющие ограниченное значение в лечении БА у взрослых, и системные ГКС, обладающие значительными побочными эффектами.

В вариантах ответов о базисной терапии БА были также зарегистрированы короткодействующие бронхолитики всех 3-х групп, включая метилксантины и антихолинергические препараты, в то время как длительнодействующие бронхорасширяющие препараты, контролирующие течение БА, названы лишь в 5-10% случаев. Ошибки в выборе препаратов базисной терапии чаще допускаются в сельских ЛПУ, где в качестве базисной терапии прежде всего назначаются В2-агонисты короткого действия. Соответственно, почти в 2,5-3 раза реже, чем в городе используются иГКС, ДДБА и комбинированные противоастматические препараты (симбикорт, серетид) рис. 3.

Выявлено, что в городских ЛПУ наиболее часто используются иГКС и комбинированные противоастматические средства (ИГКС/ДДБА), а в сельской местности – короткодействующие β2-агонисты.

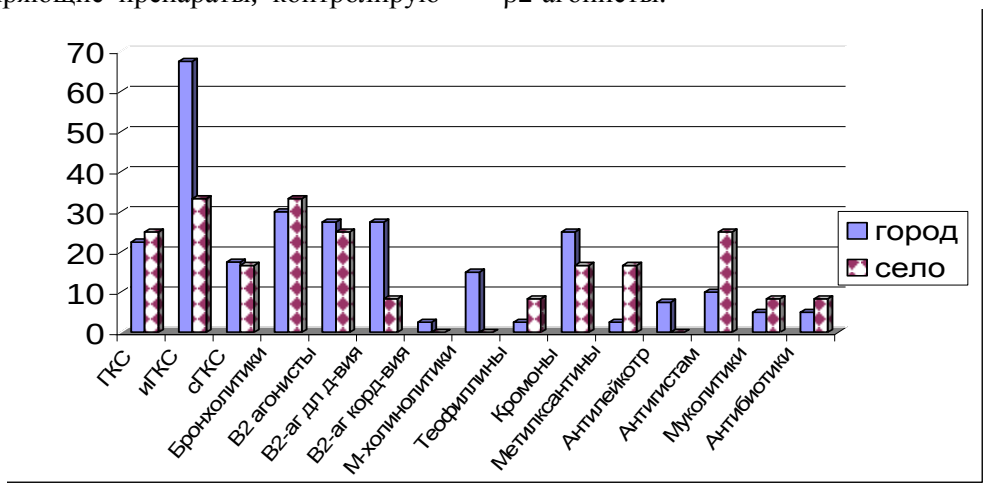

Рис. 3. Сравнение средств базисной терапии,
Предлагаемой сельскими и городскими врачами РБ

Наиболее адекватную терапию назначают врачи первичного звена (амбулаторные терапевты) – в подавляющем числе случаев назначают комбинированные препараты (более 70%) и иГКС (около 40%), что соответствует рекомендуемым стандартам лечения больных со среднетяжелой и тяжелой БА, которые наиболее часто обращаются за медицинской помощью (рис. 4).

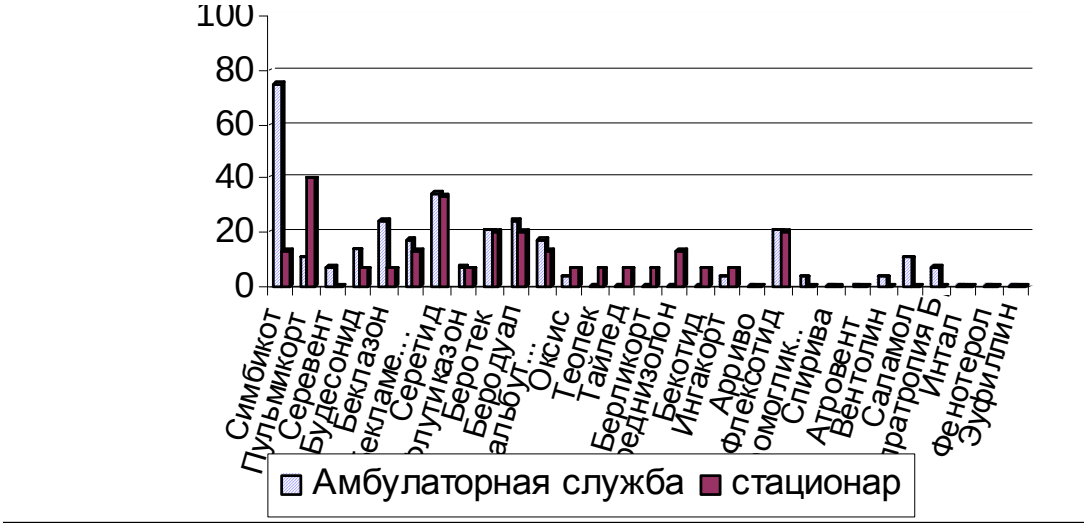

Рис. 4. Сравнение средств базисной терапии,
используемой врачами РБ в стационарных и поликлинических ЛПУ

Результаты анализа препаратов, используемых для бронхорасширяющей терапии при БА, показали преобладание метилксантинов, в частности, эуфиллин назван более чем в 40% ответов, в то время как в рекомендациях GINA оговаривается высокая частота побочных эффектов и низкая эффективность для плановой терапии БА. Обескураживает мнение о наличии бронхолитических свойств у кромонов и муколитиков – по результатам анкетирования почти в 20% ответов.

Оценка информированности врачей-терапевтов Бурятии о современных комбинированных противоастматических препаратах (симбикорт и серетид), по результатам проведенного анкетирования, продемонстрировала достаточные знания об эффективных средствах терапии БА (рис. 5).

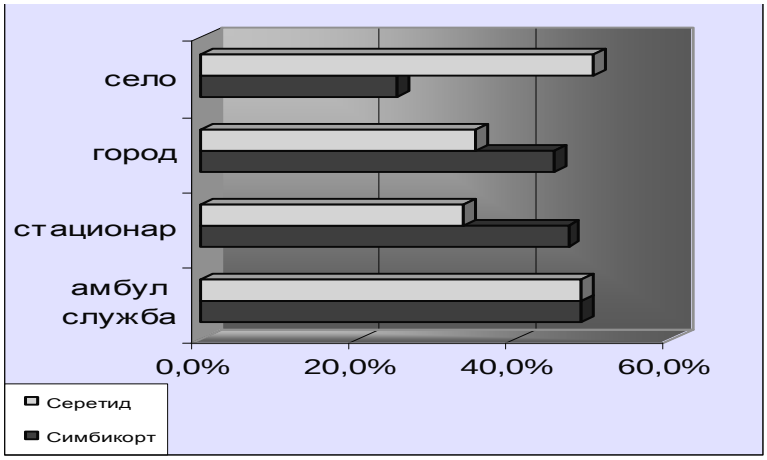

Рис. 5. Структура назначений комбинированных противоастматических препаратов в сравнении городской и сельской, стационарной и амбулаторной сети ЛПУ

Одинаково часто комбинированные препараты используются почти у половины больных в амбулаторных условиях, в стационаре несколько реже серетид (35%). В то же время в сельских ЛПУ реже используется симбикорт (25%).

Таким образом, из анализа назначаемой фармакотерапии больным БА ясно, что врачи-терапевты Республики Бурятия в целом информированы и используют современные противоастматические препараты, но недостаточно часто наиболее эффективные из них – комбинированные препараты (симбикорт и серетид), и нередко назначают только бронхолитическую терапию (особенно в сельских ЛПУ), что приводит к неполному контролю симптомов БА, частым обострениям заболевания и более тяжелому его течению.

Представления врачей о рациональной фармакотерапии БА были сравнены с реальной практикой по результатам анализа амбулаторных карт больных. При оценке качества диагностики у данных больных выявлено, что срок постановки диагноза БА в среднем составил 7,3 года. Причем 11,4% больных наблюдались по поводу хронического обструктивного бронхита. Частично это было обусловлено неадекватными диагностическими мероприятиями: аллергологическое тестирование не проводилось у 78,1% больных; общий анализ крови использовался лишь у 81,9% больных, причем в 16,3% случаев – без определения лейкоцитарной формулы с подсчетом эозинофилов; анализ мокроты назначался только у 33,3% больных. Недостаточно использовались функциональные методы (спирография в 41,9%), пикфлоуметрия не проводилась вообще. В этиологической структуре превалировала аллергическая форма БА (59%) с преимущественно бытовой (63,8%) сенсибилизацией, сопровождающаяся в 40,9% случаев круглогодичным аллергическим ринитом. В 14,3% зарегистрирован сопутствующий поллиноз с аллергией к пыльце сорных трав в 73,1%. Таким образом, выявлена зачастую поздняя диагностика БА, что отразилось в структуре наблюдаемых больных в виде преобладания лиц со среднетяжелым (45,3%) и тяжелым (17,3%) течением астмы, причем у 31,8% больных отмечена стероидозависимость, а наличие групп инвалидности у 26,5%. Временная нетрудоспособность (ВН) в группе диспансерных больных составила 3,98 случая в год, а средний срок нетрудоспособности составил 23,2 дня, что свидетельствует о достаточно частых и длительных обострениях. Значительные экономические потери были связаны и с большим количеством вызовов «скорой помощи» – 2,1 случая в год, а также со стационарным лечением больных БА –

26 случаев госпитализации с общим количеством койко-дней по данному заболеванию – 271.

Из анализа проводимой терапии у исследуемых больных ясно, что 26,7% не получали никакого базисного лечения, что приводило к частым обострениям до 1,7 раза в год, с длительностью ВН 16,4 дня. Среди больных, принимающих базисные противовоспалительные препараты, отмечено недостаточное использование ингаляционных кортикостероидов (36,19%) и пролонгированных бронхолитиков (48,57%). В то же время выявлено значительное число пациентов, получающих короткодействующие метилксантины (21,9%). Неадекватная амбулаторная терапия обусловила неконтролируемое течение БА у 45,7% больных, которые использовали более дорогостоящие виды помощи (вызова «03» в 10,4%, дневной стационар в 20%, стационарное лечение в 15,2% случаев).

Выводы. Результаты анализа качества оказания медицинской помощи больным БА в РБ показали не полное соответствие диагностических и лечебных мероприятий имеющимся клиническим рекомендациям. В частности, выявлен недостаточный объем первичной диагностики (низкая частота назначения диагностически значимых методов обследования – спирографии с брондилатационным тестом, пикфлоуметрии) и в то же время необоснованное назначение методов, не входящих в стандарт обследования больных БА (ФЛГ, ФБС, рентгенография ОГК). Кроме того, стандарты фармакотерапии также выполняются недостаточно: редкое использование комбинированных противоастматических препаратов, особенно в сельской местности, частое использование бронхолитиков короткого действия.

Таким образом, полученные результаты исследования продемонстрировали, что теоретические знания врачей терапевтов Бурятии отражают современные достижения медицинской науки, но в реальной клинической практике врачи первичного звена здравоохранения РБ не всегда следуют клиническим рекомендациям по ранней диагностике и рациональной терапии БА.

Рекомендации. Для повышения уровня качества оказания медицинской помощи больным БА в Республике Бурятия необходимо дальнейшее внедрение клинических рекомендаций по диагностике и лечению БА в практическое здравоохранение, для чего целесообразно продолжить образование врачей первичной сети, прежде всего участковых терапевтов, по вопросам стандартизованной диагностики и рациональной фармакотерапии БА. Использование утвержденных стандартов ведения больных БА позволит улучшить качество жизни пациентов и снизить социально-экономическое бремя болезни.

Внедрение в практику клинических рекомендаций по-прежнему остается серьезной проблемой во всем мире. Но на примере множества медицинских учреждений было показано, что лечение больных БА в соответствии с клиническими рекомендациями, основанными на данных доказательной медицины, приводит к более высоким результатам.

Литература

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / под ред. Чучалина А.Г. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. – 104 с.

2. Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: метод. рекомендации. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2006. – 60 с.

3. Хабриев Р.У., Юрьев А.С., Верткин А.Л., Никонов Е.Л. Оценка качества медицинской помощи с использованием индикаторов / Р.У. Хабриев, // Неотложная терапия.– 2005.– №3-4.– С. 22-23.

4. Bateman E.D., Boushey H.A., Bousquet J., Busse W.W., Clark T.J., Pauwels R.A., et al. Can guideline-defined asthma control be achieved. The Gaining Optimal Asthma ControL study. Am J Respir Crit Care Med 2004; 170(8):836-44.

5. Beasley R. The Global Burden of Asthma Report, Global Initiative for Asthma (GINA). URL: http://www.ginasthma.org; 2004.

6. Global strategy for asthma management and prevention (updated 2005): Global Initiative for Asthma (GINA).URL: http://www.ginasthma.org; 2005.

7. Masoli M., Fabian D., Holt S., Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. Allergy 2004; 59(5):469-78.

8. Nathan R.A., Sorkness C.A., Kosinski M., Schatz M., Li J.T., Marcus P., et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. J Allergy Clin Immunol 2004; 113(1): 59-65.

9. Weiss K.B., Sullivan S.D. The health economics of asthma and rhinitis. I. Assessing the economic impact. J Allergy Clin Immunol 2001; 107(1): 3-8.

Literature

1. Global strategy of treatment and prophylaxis of bronchial Asthma / ed. By A.G.Chuchalin. – Moscow:, Atmosphere, 2007. – 104 p.

2. Polubentseva E.I., Ulumbekova G.E., Saitkulov K.I. Clinical guides and quality indicators in Healthcare management: metodical recommendations. – Moscow: GOETAR Media, 2006. – 60 p.

3. Habriyev R.U., Uryev A.S., Vertkin A.L., Nikonov E.L. Health quality astimation with use of indicators // Neotlozhnaya terapiya, 2005; 3-4:22-23.

Сведения об авторах

Григорьева Елена Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии и традиционной медицины Иркутского государственного института усовершенствования врачей. 670047, г Улан-Удэ, ул.

Пирогова 30а, Бурятский республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн, т/факс: 41-66-70, doc-evg@yandex.ru

Цыдыпова Елена Дамбижалсановна – старший преподаватель кафедры терапии №2 Бурятского государственного университета; 670047, г Улан-Удэ, ул. Пирогова 30а, Бурятский республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн, т/факс: 41-66-70,

Малгатаева Татьяна Владимировна – заместитель главного врача по клинико-экспертной работе Бурятского республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн, 670047, г Улан-Удэ, ул. Пирогова 30а, Бурятский республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн, т/факс: 41-66-70

Authors

Grigoryeva Elena Vladimirovna, cand. of medical sci., associate professor of department of Therapy and Traditional Medicine of Irkutsk State Institute of Postgraduate Medical Education. 670047, Ulan-Ude, Pirogov str. 30a, Buryat Republic an Clinical hospital of veterans of war, tel/fax 8(3012)446670, e-mail: doc-evg@yandex.ru

Tsydypova Elena Dambizhalsanovna, physician of department of functional diagnostics, lecturer of department of therapy № 2 of Buryat State University, 670047, Ulan-Ude, Pirogov str. 30 a, Buryat Republic an Clinical hospital of veterans of war, tel/fax: 8(3012)435360.

Malgatayeva Tatyana Vladimirovna, clinical care expert of Buryat Republican Clinical hospital of veterans of war, 670047, Ulan-Ude, Pirogov str. 30 a, Buryat Republican Clinical hospital of veterans of war, tel/fax 8(3012)430788; e-mail: malg_tanya@mail.ru

УДК 378. 17 (571. 54)
ББК 74. 580

Е.А. Ботоева, И.В. Иванова,
А.Р. Дамбаева, И. Бумбошкина, Л. Гыгмытова

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Основной задачей акушерства является снижение материнской и детской заболеваемости и смертности. Большая роль в решении этой задачи отводится своевременному и оптимальному родоразрешению. Проведен анализ операций кесарево сечение за последние 3 года (2006-2008 гг.) по материалам городского роддома №2.

***Ключевые слова**: кесарево сечение, роддом, акушерство.*

E.A. Botoyeva, I.V. Ivanova,
A.R. Dambayeva, I. Bumboshcina, L. Gigmitova

CAESAREAN SECTION IN MODERN OBSTETRICS

The basic mission of obstetrics is to decrease maternal and children's illness and death. A big role in decision of this problem is allocated to opportunely and optimum delivery. We carried out the analysis of operations caesarean section for last 3 years on materials of municipal maternity house №2.

***Key words**: Caesaric section, modern obstetrics.*

Основной задачей акушерства является снижение материнской и детской заболеваемости и смертности. Большая роль в решении этой задачи отводится своевременному и оптимальному родоразрешению. На протяжении более двух десятков лет отмечается четкая тенденция к значительному расширению показаний к кесареву сечению.

В России частота кесарева сечения в среднем составляет 15-16%, достигая 30-40% в перинатальных центрах, и продолжает возрастать.

Рост абдоминального родоразрешения обусловлен постоянно меняющимися показаниями к операции, среди которых в последнее десятилетие приоритетными являются относительные в интересах плода. Увеличение частоты кесарева сечения до 10-12% в 1980-е годы позволило значительно уменьшить перинатальные потери при тазовом предлежании плода, его крупных размерах, у возрастных первородящих. Однако, по данным многих исследователей, дальнейший рост частоты этой операции существенно не повлиял на перинатальные показатели, но увеличил материнскую заболеваемость и смертность.

Родоразрешение путем кесарева сечения, проведение органосохраняющих операций на матке привели к увеличению числа женщин репродуктивного возраста с оперированной маткой. Ведение последующих беременностей и родов у данного контингента женщин представляет серьезную проблему. Проведение повторного кесарева сечения требует не только больших материальных затрат, но и увеличивает риск развития интра- и послеоперационных осложнений, а материнская заболеваемость и смертность значительно превышают таковые после самопроизвольных родов и первого кесарева сечения. Высокой остается частота после-