

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.248—085.357:577.175.53] 615.454.35]—036.8—07

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОДЕ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЬНЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

А.А.Гильманов, А.А.Визель, А.А.Бунятын, Р.Ф.Хамитов, В.А.Сергеев

Кафедра фтизиопульмонологии (зав. - проф. А.А. Визель), кафедра факультетской терапии (зав. - проф. А.С. Галявич) Казанского государственного медицинского университета, кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением (зав. — проф. И.Г.Низамов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Бронхиальная астма (БА) - широко распространенное хроническое заболевание дыхательных путей воспалительной природы. В настоящее время классификация БА (в том числе в России) приведена в соответствие с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Распространенность БА характеризуется чрезвычайной вариабельностью в странах и регионах с охватом от 1 до 30% популяции, что, однако, не объясняет различий в смертности от этого заболевания [1]. Значительные проблемы в лечении создает так называемая стероидзависимая БА [3]. В основу современных отечественных и зарубежных рекомендаций по БА был положен документ "Бронхиальная астма: глобальная стратегия", подготовленный Национальным институтом сердца, легких и крови (США) и ВОЗ [2], который в 2002 г. был доработан. Однако внедрение этой стратегии проходило не всегда эффективно. Так, в Мексике была проведена оценка знаний врачами основ GINA. Знания оказались недостаточными как у врачей общей практики, так и у семейных врачей [5]. В Великобритании руководство по диагностике и лечению по БА было создано в 1990 г. и пересмотрено в 1995 г. [4]. Специально проведенное проспективное исследование (The Asthma Insights and Reality in Europe, AIRE) показало, что цели руководства GINA не были достигнуты в семи обследованных странах Западной Европы. Письменный план лечения имели менее 50% взрослых и менее 61% де-

тей. Большинство взрослых (49,5-73%) и детей (38,4-70,6%) обращались к врачу только при появлении проблем [6]. Следовательно, во всем мире не слишком благоприятно протекает процесс стандартизации подходов к оказанию медицинской помощи по нозологическому принципу, хотя все понимают, что цель этих разработок заключается прежде всего в снижении затрат и уменьшении смертности от бронхолегочных заболеваний. В связи с этим представилось актуальным оценить эффективность внедрения протоколов (стандартов) диагностики и лечения БА в Республике Татарстан, вступивших в силу во второй половине 1999 г.

Были ретроспективно проанализированы 197 амбулаторных карт больных БА, леченных в 4 центральных районных больницах Татарстана (Бугульминской, Зеленодольской, Высокогорской и Арской), а также 341 медицинская карта больных БА из 6 стационаров - 4 ЦРБ (Бугульминской, Зеленодольской, Высокогорской и Арской), пульмонологических отделений Республиканской клинической больницы МЗ РТ и 12-й городской больницы г.Казани.

Проводилось сравнительное изучение качества оказания медицинской помощи и частоты назначения различных видов лечения в 1999 г. (до внедрения протоколов) и в 2000 г. (после их внедрения). Результаты сопоставления были обработаны с помощью программ SPSS-10.0 и STATISTICA 5.5 посредством сравнения частот двух явлений и сравнения

средних в двух независимых выборках по критерию Стьюдента.

Больные БА, леченные амбулаторно, не различались по возрасту (52,46 ± 1,61 года и 55,24 ± 1,30 года;  $p>0,1$ ) и полу (мужчин в 1999 г. было 44,4%, а в 2000 г. - 45,7%;  $p>0,1$ ). Госпитализация по причине неэффективного амбулаторно-поликлинического лечения в 1999 г. отмечалась в 59,3% случаев, в 2000 г. - в 39,1% ( $p<0,05$ ), тогда как частота плановых госпитализаций не различалась (соответственно 14,4% и 16,3%;  $p>0,1$ ). Оценка качества ведения амбулаторных карт показала, что истории заболевания имелись соответственно в 82,2% и 82,6% случаев ( $p>0,1$ ). Тяжесть состояния констатирована врачами в 86,7% и 90,2% случаев ( $p>0,1$ ), перкуссия грудной клетки была проведена у 65,6% и 70,7% больных ( $p>0,1$ ), аускультация - у 87,8% и 88% ( $p>0,1$ ). Функцию внешнего дыхания изучали в 1999 г. у 58,6% больных, а в 2000 г. - у 49,4% ( $p>0,1$ ). На рентгенографию органов грудной клетки были направлены 83,3% и 79,3% ( $p>0,1$ ), на общий анализ крови - 92,2% и 87,0% ( $p>0,1$ ), на общий анализ мокроты - 65,6% и 78,2% ( $p>0,05$ ). Клинический диагноз устанавливали в среднем через 1,09 ± 0,05 дня в 1999 г. и через 1,08 ± 0,05 дня в 2000 г., то есть в подавляющем числе случаев своевременно ( $p>0,1$ ), и он включал в себя оценку тяжести БА соответственно по годам в 96% и 96,3% случаев ( $p>0,1$ ). В день обращения за амбулаторной помощью лечение было начато соответственно в 96,5% и 97,5% случаев ( $p>0,1$ ).

Кромоны были назначены в 1999 г. в 36,1% случаев, а в 2000 г. - в 24,7% ( $p>0,1$ ), ингаляционные стероиды - в 48,2% и 45,7% ( $p>0,1$ ), системные оральные стероиды - в 74,7% и 76,5% ( $p>0,1$ ), оральные теофиллины - в 74,7% и 64,2% ( $p>0,1$ ), внутривенное введение эуфиллина - в 45,8% и 46,9% ( $p>0,1$ ), отхаркивающие средства - в 74,7% и 84% ( $p>0,1$ ). Исходом лечения в 64,4% и 60,9% случаев ( $p>0,1$ ) было улучше-

ние состояния больных. В 28,4% и 30,4% случаев соответственно потребовалась госпитализация.

Влияние внедрения протоколов в разных районах республики было неоднозначным. Так, снижение частоты госпитализаций вследствие неэффективного амбулаторного лечения было высокодостоверным только в Бугульминской ЦРБ (84,1% и 47,1%,  $p<0,05$ ), тогда как в Зеленодольском районе было незначительным, а в Высокогорском и Арском районах этот показатель даже имел тенденцию к ухудшению. В то же время только в Высокогорском районе достоверно чаще стали оценивать функцию внешнего дыхания (с 42,6 до 75%;  $p<0,05$ ), тогда как в Арской ЦРБ ни в 1999 г., ни в 2000 г. спирометрию не провели ни одному больному. Частота назначения ингаляционных стероидов увеличилась лишь в Зеленодольском районе (с 4,5 до 33,3%;  $p<0,05$ ), тогда как в остальных трех ЦРБ изменений не произошло.

Таким образом, в целом по 4 лечебным учреждениям качество оказания амбулаторной помощи можно было считать удовлетворительным примерно в 50% случаев, а внедрение протоколов привело к достоверному снижению частоты госпитализаций за счет повышения эффективности амбулаторно-поликлинического лечения.

При оценке качества оказания медицинской помощи в 6 стационарах (192 пациента - в 1999 г. и 149 - в 2000 г.) были получены следующие результаты. Внедрение протоколов (стандартов) привело к увеличению частоты госпитализаций больных БА в пульмонологические отделения (39,1% и 57,7%,  $p<0,001$ ). Возросла полнота клинического обследования (с 55,7% до 68,5%,  $p<0,05$ ), однако недопустимо низкой была частота исследований функции внешнего дыхания, которая после внедрения протоколов не увеличилась (20,3% и 18,8%;  $p>0,1$ ). Число случаев правильной формулировки диагнозов осталось прежним, однако частота по-

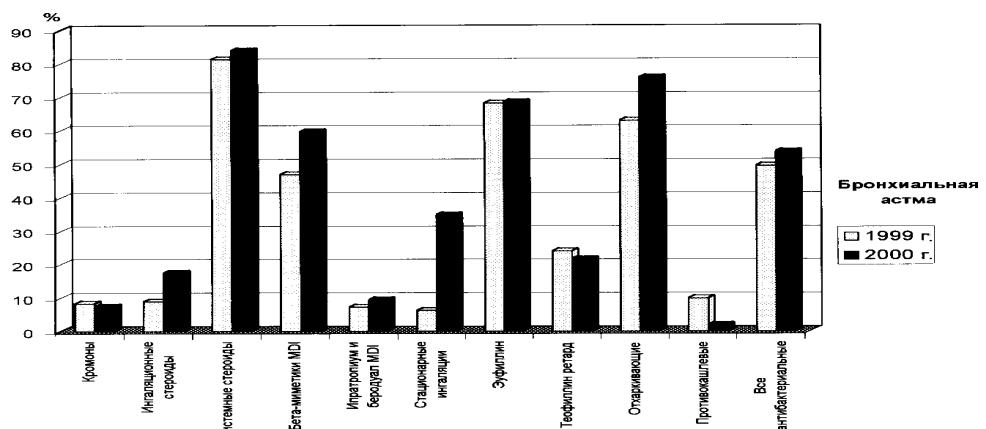


Рис. 1. Диаграмма частоты применения лекарственных препаратов при лечении больных БА в 1999 и 2000 гг.

становки клинического диагноза в первые сутки с момента госпитализации возросла с 48,4% до 58,4% ( $p<0,05$ ), соответственно в 90,1% и 90,6% случаев к лечению приступили в течение первых суток. Согласно заключению экспертов, лечение БА, адекватное протоколам, в 1999 г. назначалось в 9,9% случаев, в 2000 г. - в 22,1% ( $p<0,01$ ). В каждом четвертом случае не было в наличии препаратов, соответствующих формулярному списку. Частота необоснованных лечебных мероприятий снизилась с 75 до 60,4% ( $p<0,01$ ). Значительно уменьшилось число случаев необоснованно затянутого лечения (с 54,7 до 36,2%;  $p<0,001$ ), заключений экспертизы о не-брежном ведении медицинской документации (с 60,9 до 42,2%;  $p<0,001$ ). Средняя продолжительность лечения БА в стационарах не изменилась: в 1999 г. — 17,9 0,5 койко-дня, в 2000 г. - 17,2 0,6 ( $p>0,1$ ).

Влияние внедрения протоколов на частоту применения лекарственных препаратов отражает рис. 1.

С внедрением протоколов врачи чаще стали назначать ингаляционные стероиды (8,9% в 1999 г. и 17,4% в 2000 г.;  $p<0,05$ ). При анализе назначения конкретных препаратов было установлено, что в течение 1999—2000 гг беклометазона дипропионат использовали в 53,4% случаев от числа всех назначений ингаляционных стероидов, флунизолид - в

27,9%, будесонид - в 16,3% и флутикозона пропионат - в 13,9%.

Частота применения системных стероидов не снизилась (81,3% и 83,9%). Ингаляции с помощью ультразвуковых ингаляторов и небулайзеров участились с 6,3 до 34,9% ( $p<0,001$ ), ингаляции  $\beta_2$ -секреторных адреномиметиков из дозирующих баллончиков - с 46,9 до 59,7% ( $p<0,05$ ). Вдвое снизилась частота назначения пенициллина (с 15,1 до 7,4%,  $p<0,05$ ) и участились случаи использования аминопенициллинов (с 3,1 до 10,1%,  $p<0,01$ ).

Влияние внедрения протоколов на оказание помощи больным БА в изученных ЛПУ различалось. В РКБ МЗ РТ полным клиническим обследованием в 2000 г. были охвачены 100% больных БА (в 1999 г. - 78,6%;  $p<0,05$ ), в то же время частота исследования внешнего дыхания не увеличилась (50%). Частота совпадения клинического диагноза с направительным увеличилась с 71,4 до 95,8% ( $p<0,05$ ). С 92,9 до 50% уменьшилась частота использования дозирующих ингаляторов  $\beta_2$ -агонистов, и в то же время с 7,1 до 54,2% участились случаи применения ингаляторов, прежде всего небулайзеров ( $p<0,05$ ). В 2,5 раза чаще стали применять отхаркивающие средства и полностью перестали пользоваться средствами, угнетающими кашель.

В 12-й городской больнице г. Казани после внедрения протоколов частота ле-

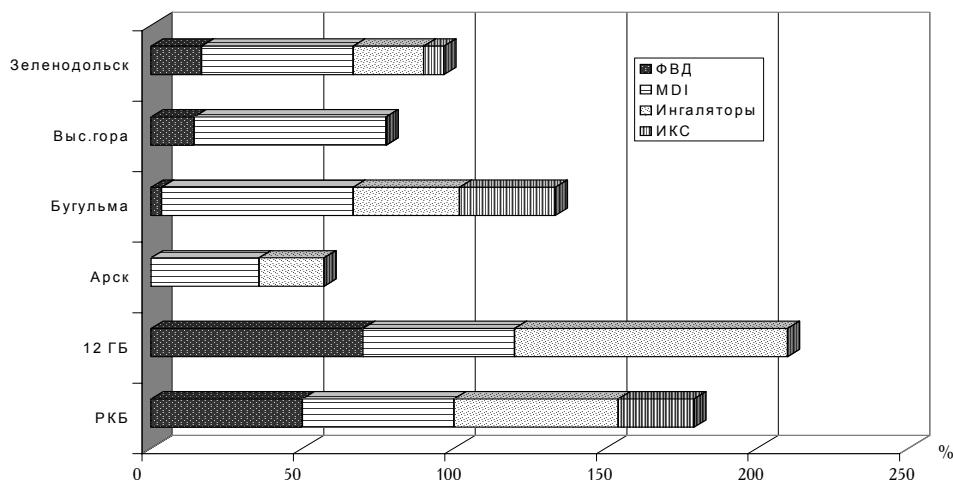


Рис. 2. Частота исследования ФВД, использования MDI, стационарных ингаляций и ИКС у больных БА в 6 ЛПУ в 2000 г. (%)

чения БА, адекватного тяжести заболевания, увеличилась с 16,7 до 70% ( $p<0,01$ ), дефицит необходимых препаратов уменьшился с 83,3 до 30%. В лечении достоверные перемены состояли в том, что ультразвуковой и небулайзерные ингаляции стали проводить в 90% случаев (против 11,1% в 1999 г.).

В Арской ЦРБ частота соответствия лечения протоколам увеличилась с 2,9 до 21,4% ( $p<0,05$ ). Врачи начали использовать ипратропиум бромид (35,7%;  $p<0,001$ ) и стационарные ингаляторы (21,4%;  $p<0,05$ ). Частота случаев назначения пенициллина при БА резко снизилась - с 47,1 до 14,3% ( $p<0,05$ ), аминопенициллинов и макролидов, наоборот, увеличилась (соответственно с 11,8 до 50%;  $p<0,01$  и с 8,8 до 35,7%;  $p<0,05$ ).

В стационаре ЦРБ г. Бугульмы снизилась частота необоснованных назначений с 85,3 до 61,4%; ( $p<0,01$ ), неоправданно больших сроков лечения (с 73,5 до 47,4%;  $p<0,001$ ). Достоверно увеличилось число медицинских карт с аккуратным ведением документации. Частота применения стационарных ингаляторов возросла с 13,2 до 35,1% ( $p<0,01$ ).

В Высокогорской ЦРБ увеличилась (до 71%;  $p<0,01$ ) частота полного клинического обследования перед плановой госпитализацией больных БА. Достовер-

ных изменений в качестве лечения установлено не было.

В Зеленодольской ЦРБ частота постановки диагноза в первый день госпитализации возросла с 23,8 до 73,3% ( $p<0,01$ ), а небрежного ведения документации снизилась с 66,7 до 23,3% ( $p<0,001$ ). В то же время были очевидны организационные просчеты. Единственный аппарат для исследования внешнего дыхания был размещен в диагностической поликлинике, что привело к уменьшению частоты обследования больных БА с 40,5 до 16,7% ( $p<0,05$ ). Случаи неадекватного лечения вследствие отсутствия соответствующих формуллярам и протоколам препаратов участились с 11,9 до 43,3% ( $p<0,01$ ). Тем не менее прослеживались и положительные сдвиги: возросла частота применения бронхоселективных адреномиметиков (с 16,2 до 50%;  $p<0,05$ ), стали применять стационарные ингаляции (23,3%;  $p<0,01$ ).

Рис. 2 отражает частоту исследования функции внешнего дыхания (ФВД), применения бронхоселективных адреномиметиков в баллончиках (MDI), стационарных ингаляций и ингаляционных кортикоステроидов (ИКС) в 6 обследованных ЛПУ в 2000 г. Неравномерность внедрения новых технологий достаточно очевидна.

Все четыре технологии, соответствовавшие протоколам, в той или иной степени присутствовали в РКБ МЗ РТ, Бугульминской и Зеленодольской ЦРБ. При этом наиболее часто оценку внешнего дыхания проводили в 12-й городской больницы г. Казани.

Таким образом, в Республике Татарстан внедрение протоколов (стандартов) диагностики и лечения БА происходит неравномерно. В 1999 г. тактика поликлинических врачей была явно более прогрессивной, чем у врачей стационаров; в 2000 г. в стационарах заметно улучшилось качество оказания специализированной помощи и повысилась эффективность амбулаторного лечения. Однако необходимость активного вмешательства в практику изучения внешнего дыхания обусловлена недопустимо низким охватом больных БА этим видом инструментального обследования. Спиро- и пневмотахометрия являются относительно простыми и доступными методами, и без них неправомочна диагностика обструктивных заболеваний органов дыхания.

## ВЫВОДЫ

1. Оказание квалифицированной медицинской помощи больным БА в Республике Татарстан не в полной мере соответствует существующим федеральным стандартам.

2. Внедрение пульмонологических протоколов (стандартов) диагностики и лечения привело к улучшению качества оказания квалифицированной медицинской помощи больным БА.

3. Выявлена острая необходимость в более частом использовании методов оценки функции внешнего дыхания как в ЦРБ, так и в крупных стационарах г.Казани.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Биличенко Т.Н. // Пульмонология. - 1994. - № 1. - С.78—83.
2. Бронхиальная астма: Глобальная стратегия (GINA). - Пульмонология. - 1996. - Приложение.
3. Фассахов Р.С., Богоутдинова О.Е., Владимирова Д.И. // Атмосфера: пульмонология и аллергология. - 2002. — № 1.— С. 11-14.
4. Ayres J.G., Barnes P.J. et al.// Thorax. - 1997. - Vol. 52. - Suppl.1. - P. 1-21.
5. Segura Mendez N., Villagran Ramirez G. et al.// Rev. Alerg. Mex. - 2001. — Vol. 48. - P.159-162.
6. Vermeire P.A., Rabe K.F. et al. // Respir. Med. — 2002.—Vol. 96.— P.142-149.

Поступила 22.11.02.

## ESTIMATION OF QUALITY OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA IN THE PERIOD OF INTRODUCING TREATMENT PROTOCOLS IN TATARSTAN REPUBLIC

A.A. Gilmanov, A.A. Vizel, A.A. Bunyatyan,  
R.F. Khamitov, V.A. Sergeev

### Summary

Comparative analysis of diagnosis and treatment of patients with bronchial asthma at outpatient and hospital treatment stages before and after introducing standards of diagnosis and treatment of respiratory diseases was carried out. Qualified medical care for patients with bronchial asthma in Tatarstan Republic does not completely correspond to existing federal standards. Introduction of pulmonologic standards of diagnosis and treatment resulted in improvement of medical care for patients with bronchial asthma, however, acute necessity of wider use of pulmonary function tests in the central regional Hospitals as well as in large hospitals of Kazan was found.