

ПРОБЛЕМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СТАНДАРТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МОЗГА

¹Кафедра организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права;

²кафедра нервных болезней ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ

им. В. И. Разумовского Минздрава России,

Россия, 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

E-mail: lab48@yandex.ru, тел.: (845 2) 52 57 04, 917-201 88 62

Авторами проведено исследование выполнения стандартов различного уровня при оказании специализированной медицинской помощи больным с инфарктом мозга в условиях городской больницы на основе контент-анализа, анализа историй болезни. Выявлено качественное и количественное несоответствие объема диагностических и лечебных мероприятий в региональном и федеральном стандартах. При этом медицинская помощь пациентам с инфарктом мозга проводится по фактическому стандарту, объединяющему положения федерального и регионального стандартов.

Ключевые слова: инфаркт мозга, стандарты медицинской помощи.

M. V. ERUGINA¹, I. I. SHOLOMOV², N. A. ORNATSKAJA², A. S. KRUTTSOV², A. A. PARKHOMENKO¹,
O. G. DVOENKO¹, G. Y. SAZANOVA¹

PROBLEMS WITH ACCOMPLISHMENT OF MEDICAL CARE STANDARDS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT FOR CEREBRAL INFARCTION

¹The department of social hygiene, organization of health service and medical law;

²the department of nervous diseases state educational institution of higher professional education,

Saratov state medical university named after V. I. Razumovsky,

Russia, 410012, Saratov city, B. Kazachya str., 112.

E-mail: lab48@yandex.ru, tel.: (845 2) 52 57 04, 917-201 88 62

The research goal is to study real opportunities of accomplishment the federal standard of medical care for patients with cerebral infarction in regional hospitals. The following aspects were analyzed during the research: clinical, including laboratory, instrumental diagnostics, medical supervision of patients and also drug and non-drug treatment. The need is stressed to employ quality indicators of medical care otherwise the results of treatment may be negative.

Key words: cerebral infarction, medical care standards.

Введение

Согласно определению ВОЗ, качественной считается медицинская помощь, соответствующая стандартам медицинских технологий, при отсутствии осложнений и достижении удовлетворенности потребителей [5]. Одной из главных составляющих системы управления качеством в здравоохранении во всем мире признается стандартизация, обеспечивающая надлежащий уровень диагностических и лечебных мероприятий. Однако процесс разработки и выполнения стандартов в здравоохранении в нашей стране сталкивается с рядом сложностей. Наиболее типичными являются несоответствие материально-технического, кадрового обеспечения разработанным и декларируемым стандартам, а также несогласованность требований международных, федеральных и региональных стандартов [2]. Проблемы выполнения стандартов качества оказания медицинской помощи в Российской Федерации касаются многих важных в медико-социальном отношении нозологических форм, в том числе инфаркта мозга. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 1 августа 2007 года издан приказ № 513 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсультом (при оказании специализированной помощи)» [4]. В данном приказе (раздел 4) регламентирует-

ся оказание медицинской помощи в условиях стационара пациентам с диагнозом «инфаркт мозга» в любой его стадии, в период острой фазы, при отсутствии нарушений жизненно важных функций.

Цель исследования – изучить практику оказания специализированной медицинской помощи больным с инфарктом мозга в условиях городской больницы и соблюдение стандартов различного уровня при ее оказании.

Методика исследования

Нами разработана оригинальная карта выкопировки данных из первичной медицинской документации, в которой учетными признаками определены диагностические (лабораторные, инструментальные) и лечебные (медикаментозные, немедикаментозные) мероприятия, проведенные в отношении пациентов с инфарктом мозга. При этом выполнялась оценка предоставления медицинских услуг, входящих в стандарт и оказанных сверх стандарта, была рассчитана фактическая кратность предоставления услуг в сравнении с кратностью, определенной стандартом.

Нами были отобраны 90 медицинских карт стационарных больных с установленным диагнозом «инфаркт мозга», по модели пациента соответствующих

условиям раздела 4 приказа № 513 Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсультом (при оказании специализированной помощи)» от 1 августа 2007 года. Исследование проведено на базе неврологического отделения городской клинической больницы г. Саратова в 2010 году. Отделение на 60 коек, за 2010 г. в нем получили медицинскую помощь 685 пациентов с диагнозом «инфаркт мозга». В отделении работает 4 врача-специалиста, на базе отделения располагается кафедра неврологии Саратовского государственного медицинского университета. Оказание помощи проводилось согласно «Временным территориальным объемам оказания медицинской помощи взрослому населению Саратовской области», утвержденным совместным приказом регионального министерства здравоохранения и социальной поддержки и территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области от 13.07.2005 № 99/11 [1].

Объектом исследования явилась медицинская помощь пациентам с диагнозом «инфаркт мозга», единицей наблюдения – медицинская карта стационарного больного. В ходе изучения нормативно-правовой базы применен метод контент-анализа. Для обработки результатов исследования использовались стандартные статистические методы: проводились группировка данных, построение вариационных рядов, расчет средних величин, их ошибок, определение достоверности результатов.

Результаты исследования

Средняя длительность пребывания в неврологическом стационаре пациентов с диагнозом «инфаркт мозга» составила 14,8 койко-дня. В соответствии с утвержденным стандартом всем больным в отделении проводились мониторинг состояния, регулярное неврологическое и общетерапевтическое обследование.

В рамках диагностического блока нами проанализирована частота предоставления консультаций пациентам специалистами. В федеральный стандарт включена консультация психиатра (сбор анамнеза и жалоб) с частотой 1,0, в исследованной выборке пациентов – не проводилась. Необходимая частота проведения офтальмоскопии согласно федеральному стандарту составляет 1,0, фактически оказывается с кратностью 0,9. Сверх федерального стандарта по показаниям, с обоснованием в медицинской документации осуществлялись консультации терапевта (частота 0,57), эндокринолога (частота 0,2), а также травматолога, сосудистого хирурга, нейрохирурга, онколога, гинеколога.

При анализе частоты выполненных пациентам инструментальных исследований (табл. 1) отмечаются соответствие федеральным стандартам при проведении рентгенографии легких, электрокардиографии, а также высокая частота проведения методов нейровизуализации. Компьютерная томография головного мозга проводилась с частотой 0,9 (по федеральному стандарту – 0,7). При этом магнитно-резонансная томография головного мозга не проводилась (по федеральному

Таблица 1

Сравнительная характеристика кратности проведения инструментальных исследований стационарным пациентам с диагнозом «инфаркт мозга» и кратности, определенной стандартами различного уровня (ед.)

Вид исследования	Кратность проведения исследования		
	Федеральный стандарт	Региональный стандарт	Фактическая
Электрокардиография	1,0	1,0	1,0
Холтеровское мониторирование	0,3	–	0,03
Эхокардиография	0,3	–	0,1
Суточное мониторирование АД	0,3	–	–
Ультразвуковая доплерография	0,9	0,5	0,1
Дуплексное сканирование артерий	0,6	–	–
Эхоэнцефалография	–	0,5	0,7
Реоэнцефалография	–	0,5	0,2
MPT головного мозга	0,3	0,5	–
КТ головного мозга	0,7	0,5	0,9
Церебральная ангиография	–	0,1	–
Рентгенография черепа в двух проекциях	–	0,25	0,6
Рентгеноскопия легких	0,7	–	–
Рентгенография легких	0,3	–	0,3
Рентгенография шейного отдела позвоночника	0,5	–	–
Рентгенография плечевого сустава	0,4	–	–
Люмбальная пункция	0,2	0,5	0,03

Примечание: * – $p < 0,05$.

стандарту – 0,3). Для исключения травматических поражений проводилась рентгенография костей черепа (частота 0,57), поясничного отдела позвоночника, костей конечностей (частота по 0,03), отсутствующая в федеральном стандарте. Как скрининговый метод выявления патологии грудной полости выполнялась рентгенография грудной клетки с частотой, соответствующей федеральному стандарту (0,3). Не проводились включенные в стандарт исследования рентгенография шейного отдела позвоночника с частотой 0,5 и рентгенография плечевого сустава с частотой 0,4.

Лабораторный компонент диагностических мероприятий при инфаркте мозга, включающий общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование системы свертывания крови, содержание в крови глюкозы и общего холестерина, проводился с частотой, соответствующей стандарту (1,0). Реже (с частотой 0,3 против 1,0 по стандарту) проводилось развернутое биохимическое исследование крови, необходимое для оценки функции печени и почек (табл. 2).

Следует отметить качественное несоответствие федеральному стандарту при применении лабораторных методов исследования. Так, из показателей свертывания крови по стандарту должно определяться протромбиновое время (кратность 0,3), активированное частичное тромбопластиновое время (0,7), а также гематокрит (1,0). В коагулограмму входят протромбиновый индекс (возможен его пересчет на протромбиновое время), время свертываемости, содержание фибриногена, проценты фибринолиза и ретракции. Исследования минерального состава крови не проводились (по стандарту кратность определения натрия и калия – 1,0).

Проведен анализ соответствия медикаментозной терапии по назначенным фармакологическим группам лекарств и по конкретно назначенным лекарственным

средствам. Важным направлением в лечении больных с инфарктом мозга является коррекция сердечно-сосудистой патологии, в первую очередь артериальной гипертензии. С этой целью больным назначались ингибиторы АПФ, β -адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов. Из ингибиторов АПФ больным назначался эналаприл с частотой, в 8 раз превышающей стандарт (0,9 против 0,1). При этом не использовались другие ингибиторы АПФ (периндоприл) и ингибиторы рецепторов ангиотензина (ирбесартан, кандесартан, лозартан, эпросартан), регламентированные к применению федеральным стандартом (табл. 3). Из β -адреноблокаторов применялись неселективный атенолол с частотой 0,03 (в стандарт не входит) и селективный метопролол с частотой 0,33 (в стандарте – 0,12), бисопролол с частотой 0,03 (стандарт – 0,09). Амиодарон назначался чаще, чем рекомендуется федеральным стандартом (0,03 против 0,09), амлодипин – с частотой 0,03 (рекомендуется 0,16). Использовались не входящие в стандарт сердечные гликозиды (коргликард, дигоксин) и нитраты с частотой по 0,07.

Ниже федерального стандарта была частота назначения ацетилсалициловой кислоты (стандарт 1,0, фактически 0,5) и других лекарственных средств, влияющих на систему крови (антиагреганты, антикоагулянты, тромболитики).

Согласно федеральному стандарту в лечении больных с инфарктом мозга необходимым является применение средств, влияющих на центральную нервную систему. Частота их назначения соответствует стандарту – 1,0, причем у ряда пациентов они применяются в комбинации (частота комбинаций 0,3). Однако структура используемых и входящих в стандарт медикаментов различна. Согласно федеральному стандарту должны использоваться: глицин, мексидол, семакс, цитофлавин, берлитион с частотой по 0,2. По факту из вышеуказанных препаратов назначается только мексидол, из

Таблица 2

Сравнительная характеристика кратности проведения лабораторных исследований стационарным пациентам с диагнозом «инфаркт мозга» и кратности, определенной стандартами различного уровня (ед.)

Вид исследования	Кратность проведения исследования		
	Федеральный стандарт	Региональный стандарт	Фактическая
Общий анализ мочи	1	1	1
Общий анализ крови	1	1	1
Глюкоза крови	1	1	1
Кал на яйца глистов	–	1	1
Общий холестерин крови	1	0,75	1
Коагулограмма	1	0,25	1
Определение антител к ВИЧ, HBs Ag B, C	1	–	–
К крови	1	–	–
Na крови	1	–	–
АСТ, АЛТ	1	–	0,3
Общий белок крови	1	–	0,3
Альбумин крови	1	–	0,3

Примечание: * – $p < 0,05$.

**Сравнительная характеристика кратности назначенного лечения
стационарным пациентам с диагнозом «инфаркт мозга»
и определенного стандартами различного уровня (ед.)**

Лечебное мероприятие	Кратность назначений		
	Федераль- ный стандарт	Региональ- ный стан- дарт	Фактическая
Суточное наблюдение врачом-реаниматологом	1,0	–	0,1
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры (аспирин 100 мг в сут.)	0,8	–	0,5
Средства, влияющие на кровь (гиполипидемические, средства, влияющие на систему свертывания крови, растворы и плазмозаменители)	1,0	–	–
Средства, влияющие на центральную нервную систему:			
мексидол	0,2	–	0,1
цитохлавин	0,2	–	–
семакс	0,2	–	–
глицин	0,2	–	–
берлитион	0,2	–	–
церебролизин	–	0,5	–
пирацетам	–	0,8	0,9
актовегин	–	0,8	0,1
Антидепрессанты и средства нормотимического действия:	0,4	–	0,1
амитриптилин эсциталопрам/флувоксамин/	0,5	–	0,1
Флуоксетин	0,5/0,3/0,2	–	–
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему:	1	–	0,9
средства для лечения сердечной недостаточности	0,5	–	0,8
(ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов к АТ)			
противоаритмические средства	0,3	–	0,4
блокаторы кальциевых каналов	0,2	–	0,03
Диуретики	1,0	1	1
Магнезии сульфат	0,6	1	1
Индапамид	0,5	–	0,1
Гипотиазид	–	–	0,4
Маннит	–	–	0,03
Растворы, электролиты, средства кислотного равновесия, средства питания	0,4	–	1
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта	1	–	–
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему	0,3	–	0,2
инсулин	1,0	–	0,7
дексаметазон	–	0,5	–
преднизолон	–	0,5	–
пероральные сахароснижающие препараты	–	–	0,4
Препараты, влияющие на мозговое кровообращение:			
эуфиллин	–	1	–
пентоксифиллин	–	0,8	–
винпоцетин	–	0,8	0,2
никотиновая кислота	–	0,8	0,4
Антигистаминные средства (димедрол)	–	1	1
Витамины:			
витамин Е	–	1	1
витамин В ₁		0,5	0,5
витамин В ₆		0,5	0,5
Нейропсихологическое исследование	1,0	–	–
Медико-логопедические процедуры при афазии	0,7	–	–
Психотерапия	0,8	–	–
Лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы	0,5	–	0,4

Примечание: * – p<0,05.

аналогичных лекарственных средств, входящих в региональный стандарт, были назначены пирацетам, актовегин. Из препаратов, влияющих на центральную нервную систему, в федеральный стандарт включены антидепрессанты и нормотимики (кратность 0,4), в том числе амитриптилин (0,2), по факту амитриптилин назначался с частотой 0,1, причем это был единственный препарат данной группы, то есть общая частота назначения антидепрессантов и нормотимиков составила 0,1.

Частота назначения препаратов из группы диуретиков соответствовала требованиям федерального стандарта. Среди не фигурирующих в федеральном стандарте препаратов использовались гипотиазид с частотой 0,4, фуросемид с частотой 0,3.

Наблюдение врачом-реаниматологом осуществлялось с частотой 0,07 в случае тяжелого состояния больного, требующего госпитализации в палату интенсивной терапии, а не во всех случаях, как рекомендует федеральный стандарт.

Инфузионная терапия назначалась с частотой, превышающей стандарт. Так, инфузии многокомпонентных полиионных растворов проводились всем пациентам (по федеральному стандарту частота 0,4).

Частота назначения групп препаратов для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, сахарного диабета была ниже предусмотренной федеральным стандартом.

Сверх стандарта назначались пероральные сахароснижающие средства, гормоны, противорвотные, слабительные, обезболивающие, антибиотики, витаминотерапия.

Из немедикаментозных методов лечения больным назначались физиотерапия, лечебная физкультура с частотой по 0,4 (кратность для соответствующих упражнений по стандарту – от 0,5 до 0,8). В федеральный стандарт включены массаж, логопедические и нейропсихологические коррекционно-восстановительные процедуры, психотерапевтическое лечение с частотой 0,3–1,0, не назначавшиеся пациентам, получавшим медицинскую помощь в условиях стационара.

Обсуждение

Выявленные несоответствия частоты предоставления лечебных и диагностических мероприятий при инфаркте мозга отражают существующие противоречия в ведении пациентов с инфарктом мозга. Как и в других отраслях медицины, в неврологии можно выделить несколько уровней стандартизации помощи:

локальные – это стандарты, применяемые в одном или нескольких ЛПУ, или в пределах управления здравоохранения города, района;

региональные – стандарты, применение которых ограничено регионом;

национальные – стандарты, применяемые на уровне государства;

международные – стандарты, применяемые на международном уровне [2].

Внутриучрежденные, региональные и национальные стандарты должны соответствовать международным рекомендациям по ведению пациентов, формируемым по критериям современной доказательной медицины. Рекомендации класса I, IIa должны быть включены в стандарты всех уровней. В тех ситуациях, в которых не найдены эффективные мероприятия или отсутствуют убедительные доказательства, оправданно использование уровня доказанности C – данные основаны на соглашении экспертов, отдельных клинических наблюдений, на стандартах оказания медицинской помощи.

Таким образом, выявлено несоответствие регионального стандарта стандарту федерального уровня. Выполнение регионального стандарта осуществляется с превышением объема предусмотренных мероприятий, что приближает оказание медицинской помощи к требованиям федерального стандарта. Из диагностических и лечебных методик, включенных в стандарт, требуется выделение индикаторов качества медицинской помощи указанной категории пациентов, невыполнение которых может оказать негативное влияние на результаты лечения и прогноз заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ МЗ и СР и ТФОМС Саратовской области от 13.07.2005 г. № 99/11 «Временные территориальные объемы оказания медицинской помощи взрослому населению Саратовской области».
2. Дьяченко В. Г. Качество в современной медицине. – Издательство ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава», 2007. – 490 с.
3. Приказ МЗ РФ № 513 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсультом (при оказании специализированной помощи) от 1.08.2007 г.
4. Шоу Ч. Д., Кало И. Основы для разработки национальных политик по обеспечению качества в системах здравоохранения. – Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001. – 67 с.

Поступила 20.08.2011

Н. А. ЗАЙГРАЕВА, Н. Н. ЦЫБИКОВ, П. П. ТЕРЕШКОВ

СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 И АУТОАНТИТЕЛ К НЕМУ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ, СЛЕЗНОЙ И ВНУТРИГЛАЗНОЙ ЖИДКОСТЯХ У БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Кафедра патологической физиологии ГОУ ВПО

«Читинская государственная медицинская академия Росздрава»,

Россия, 672090, г. Чита, ул. Горького, 39а. E-mail: zaigraevan@yandex.ru, тел. 8-914-523-46-76

У 9 больных с открытоугольной глаукомой и 17 человек без нее методом ИФА определяли концентрацию эндотелина-1 и аутоантител к нему в сыворотке крови, слезной и внутриглазной жидкостях. При этом концентрация эндотелина-1 в сыворотке крови и в слезной жидкости у больных о/у глаукомой увеличивается практически в 2 раза. Содержание аутоантител к эндотелину-1 возрастает как в сыворотке крови, так и в слезной жидкости.