

4-6 часов, 2% пациентов получили тромболитический препарат более, чем через 6 часов от начала болевого синдрома.

ТЛТ – доступный на догоспитальном этапе метод патогенетического лечения острого инфаркта миокарда. Проведение ТЛТ в условиях скорой помощи не «задерживает» поступление пациента в стационар. Техническое оснащение бригад скорой помощи позволяет качественно и своевременно оказать медицинскую помощь при развитии характерных для ТЛТ.

Комбинированное применение догоспитальной системной тромболитической терапии с последующим эндоваскулярным вмешательством – оптимальная стратегия реперфузии миокарда, позволяющая в максимально сжатые сроки восстановить и долгосрочно сохранять просвет инфарктообразующей артерии. Актуальной проблемой остается сокращение временного промежутка «боль-игла». Для успешного решения этой проблемы необходимо проводить санпросвет работу среди населения (силами медработников поликлинического звена, средствами массовой информации) и систематические тренинги с медицинскими работниками на тему ранней диагностики ОКС. Усовершенствование алгоритмов приема вызовов скорой помощи позволит пациентам с клиникой ОКС получить специализированную медпомощь быстрее.

ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

*Холкин И.В., Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А., Аникин Е.В.
ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, МБУ «ССМП», г.Екатеринбург*

В настоящее время - в эпоху страховой медицины, важно комплексно оценивать качество оказания медицинской помощи, ее соответствие с имеющимся потребностями пациента, его ожиданиями, современным уровнем медицинской науки и технологии [2,4]. Организация оценки качества и эффективности медицинской помощи является не только способом выявления дефектов в работе, но и, в определенной степени, мерой

по повышению ее уровня [7]. С этой целью каждый выявленный дефект, каждый случай расхождения нуждаются в оценке качества на различных этапах экспертизы, а также существенные отклонения от нормативных затрат, должны быть предлогом специального обсуждения с целью повышения уровня знаний медицинских работников и выработки оптимальных подходов к лечебно–диагностическому процессу [3,5].

Отсутствует единство среди экспертов в определении понятия качества медико-социальных услуг и его компонентов, не разработана методология управления качеством и его обеспечения, существует проблема стандартов и индикаторов качества, нет правовых институтов защиты прав пациентов и системы страхования профессиональной ответственности [6,8].

Цель работы: проанализировать индикаторы качества оказания СМП у больных ОКС в динамике с 2009 по 2011 годы.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ индикаторов качества оказания СМП больным ОКС в динамике за 2009-2011 годы по данным карт вызова СМП и отрывных талонов к сопроводительным листам. Проанализированы 12 показателей (см. таб.1), отражающие качество лечебно-диагностических и тактических действий врачей СМП при оказании помощи больным ОКС, предложенные Е.В.Ершовой, А.П.Фролеиковым [9]. Диагноз ОКС на догоспитальном этапе основывался на жалобах пациентов, данных анамнеза заболевания и анамнеза приступа, объективного осмотра, данных ЭКГ-исследования. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакетов программ SPSS 16.0 и Statistica 6.0. Значимость частоты выявления признака в группах оценивалась с помощью критерия χ^2 . Дискретные переменные представлены в виде процента от общего числа больных в группе. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Оценка качества и эффективности медицинской помощи основана на сопоставлении фактически осуществленных мероприятий и достигнутых результатов с установленными "стандартами" и являются одной из важнейших функций управления здравоохранением на различных уровнях.

Таблица 1.

Характеристика индикаторов качества оказания СМП при ОКС

| Индикатор качества | 2009 год | 2010 год | 2011 год | p |
|--|------------------------|------------------------|------------------------|---|
| Отношение числа госпитализаций к общему числу вызовов с ОКС в год | 9534:15378× ×100=62 | 8360:13780× ×100=60 | 8659:14288× ×100=61 | p1=0,8855 p2=0,9142 p3=0,8855 |
| Отношение числа госпитализаций к общему числу ОКС с подъемом сегмента ST в год | 2626:2886× ×100=91 | 2010:2336× ×100=86 | 2172:2452× ×100=89 | p1=0,3754 p2=0,6694 p3=0,8142 |
| Отношение числа госпитализаций к общему числу ОКС без подъема сегмента ST в год | 6908:12492× ×100=55 | 6350:11102× ×100=57 | 6487:11836× ×100=55 | p1=0,8874 p2=0,8874 p3=0,7251 |
| Процент больных, получивших тромболитис от общего числа госпитализованных больных с ОКС с подъемом сегмента ST | 50:2626×100=2 | 70:2010×100=4 | 169:2172×100= =8 | p1=0,6781 p2=0,3724 p3=0,0151* |
| Процент больных, получивших наркотический анальгетик к общему числу вызовов с ОКС | 1620:15378× ×100=11 | 1285:13780× ×100=9 | 1472:14288× ×100=10 | p1=0,8146 p2=1,0000 p3=0,9256 |
| Летальность при ОКС до прибытия бригады СМП к общему числу вызовов ОКС в год | 386:15378× ×100=3 | 297:13780× ×100=2 | 324:14288× ×100=2 | p1=1,0000 p2=1,0000 p3=1,0000 |
| Летальность при ОКС в присутствии бригады СМП к общему числу вызовов ОКС в год | 134:15378× ×100=0,9 | 118:13780× ×100=0,9 | 121:14288× ×100=0,9 | p1=0,4775 p2=0,4775 p3=0,4775 |

| | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Летальность при ОКС в машине СМП к общему числу вызовов ОКС в год | 5:15378× ×100=0,03 | 7:13780× ×100=0,05 | 4:14288× ×100=0,06 | p1=0,4892 p2=0,5213 p3=0,4978 |
| Досуточная летальность при ОКС к общему числу вызовов ОКС в год | 289:15378× ×100=4 | 297:13780× ×100=5 | 241:14288× ×100=4 | p1=1,0000 p2=1,0000 p3=0,9879 |
| Процент повторных вызовов к больным с ОКС от общего числа вызовов ОКС в год | 539:15378× ×100=4 | 425:13780× ×100=3 | 457:14288× ×100=3 | p1=1,0000 p2=0,6887 p3=1,0000 |
| Процент диагностических ошибок при ОКС с подъемом сегмента ST от общего числа ОКС с подъемом сегмента ST | 136:2886×100= =5 | 105:2336×100= =4 | 106:2452×100= =4 | p1=1,0000 p2=1,0000 p3=0,7465 |
| Процент диагностических ошибок при ОКС без подъема сегмента ST от общего числа ОКС без подъема сегмента ST | 953:12492× ×100=14 | 775:11102× ×100=12 | 947:11836× ×100=15 | p1=0,8333 p2=0,6798 p3=1,0000 |

Примечание: p1 – достоверность показателей за 2009 год в сравнении с 2010 годом, p2 – достоверность показателей за 2010 год в сравнении с 2011 годом, p3 – достоверность показателей за 2009 год в сравнении с 2011 годом.

Общее число вызовов по поводу ОКС (15378, 13780, 14288 соответственно по годам) и число госпитализаций больных ОКС (9534, 8360, 8659 соответственно) сохраняются примерно на одном уровне, их отношение составило 62%, 60%, 61% с 2009 по 2011 годы. Максимальное число госпитализаций больных ОКС с подъемом сегмента ST зарегистрировано в 2009 году – 2626 чел., далее данный показатель уменьшается – 2336 чел. в 2010 году, 2452 чел. в 2011 году. Отношение числа госпитализаций к общему числу ОКС с подъемом сегмента ST в год имеет волнообразный характер – 91%-86%-89% в динамике по годам. Отношение числа госпитализаций к общему числу ОКС без подъема сегмента ST составило

55%-57%-55% в динамике, в 2010 году отмечено наибольшее количество госпитализированных больных – 11102 человек (57%).

Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе при ОКС с подъемом сегмента ST является приоритетным направлением и направлена на снижение смертности при ОКС и улучшение прогноза для пациентов. Общее число больных ОКС с подъемом сегмента ST имеет тенденцию к уменьшению – 2626 чел, 2010 чел, 2172 чел. в динамике по годам, тогда как активность проведения тромболитической терапии врачами СМП достоверно усилилась с 50 чел. в 2009 году, 70 чел в 2010 году до 169 чел. в 2011 году ($p=0,0151$ при сравнении показателей 2009 г. и 2011 г.). Отношение числа больных получивших тромболитическую терапию к общему числу больных с подъемом сегмента ST неуклонно растет – 2%, 4%, 8% в динамике. Уменьшается количество больных, получивших наркотический анальгетик на догоспитальном этапе при ОКС с 1620 чел. в 2009 году, до 1285 чел. в 2010 году, 1472 чел. в 2011 году, что объясняется поздним обращением больных (интенсивность боли снижается) и возможностью использования достаточного по силе обезболивающего эффекта ненаркотических анальгетиков, в частности кеторола. Отношение больных, получивших наркотический анальгетик, к общему числу вызовов ОКС составило 11%, 9%, 10% в динамике.

Летальность при ОКС до прибытия бригады СМП имеет тенденцию к уменьшению – 386, 297, 324 человек в динамике. Отношение к общему числу вызовов ОКС составило 3%, 2%, 2% за годы исследования, возможно в связи с более активной антитромботической терапией и применением бета-адреноблокаторов. Летальность в присутствии бригады СМП стабильна и составляет 0,9% с 2009 по 2011 годы. Летальность в машине СМП наиболее часто зарегистрирована в 2010 году – 7 случаев, тогда как в 2009 году – 5 чел. в 2011 году – 4 чел. В 2010г. обслужено 3 вызова к больным в терминальном состоянии, находящимся на улице. Отношение летальности при ОКС в машине СМП к общему числу вызовов ОКС составило 0,03%, 0,05%, 0,06%

в исследуемые годы. Досуточная летальность - стабильный показатель при ОКС – 289, 297, 241 чел. в динамике, относительно общего количества вызовов ОКС составила 4%, 5%, 4% соответственно по годам. Повторные вызовы к больным ОКС сохраняются в динамике на одном уровне – 4%, 3%, 3%.

Значительно чаще встречаются ошибки на догоспитальном этапе у больных ОКС без подъема сегмента ST – 14%, 12%, 15% против ОКС с подъемом сегмента ST - 5%, 4%, 4% в динамике. Причиной диагностических ошибок при ОКС без подъема сегмента ST может быть как гипердиагностика, т.к. в согласно многолетним установкам СМП, в сомнительных случаях выставляется более «грозный диагноз», а верификация проводится в условиях стационара после дополнительного обследования, так и гиподиагностика, в виде следующих диагнозов: гипертоническая болезнь, хроническая ишемическая болезнь сердца, заболевания костно-мышечной системы, желудочно-кишечного тракта, анемия в связи со схожестью клинических проявлений и наличием неспецифических изменений на ЭКГ (чаще всего – депрессия сегмента и инверсия зубца T).

Наиболее часто больные ОКС обслуживаются кардиологическими бригадами (37-39%) и общеврачебными бригадами (38-39%). Бригады линейного профиля (общеврачебные) вызывают специализированную бригаду при наличии осложнений (отёк лёгких, кардиогенный и аритмогенный шоки, клиническая смерть), фельдшерские бригады, кроме перечисленного - при диагнозе ОКС с подъемом сегмента ST вне зависимости от наличия или отсутствия осложнения. В 14-15% случаев на вызов приезжали реанимационные бригады, когда линейные бригады вызывали «на себя» по поводу клинической смерти. Фельдшерские бригады выезжали на вызов в только в 9-10% за годы исследования при следующих поводах к вызову: «задыхается», «человеку плохо», «болит живот».

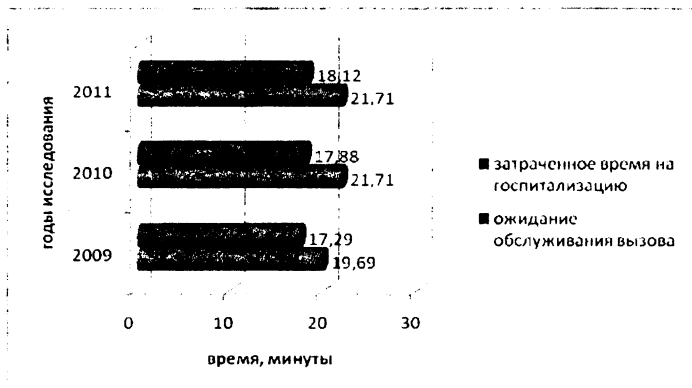


Рис. 2. Анализ временных показателей при оказании помощи больным ОКС в динамике по годам.

Увеличилось время ожидания обслуживания вызова с 19,69 мин в 2009 году, до 21,71 мин. в 2010, 2011 годах, а так же затраченное время на госпитализацию с 17,29 мин. в 2009 году, 17,88 мин. в 2010 году до 18,12 мин. в 2011 году. Данная тенденция обусловлена возросшей общей обращаемостью в службу СМП населения г. Екатеринбурга при неуклонном повышении загруженности автомагистралей и затруднении подъезда к домам.

Выводы

Проведенный анализ индикаторов качества оказания скорой медицинской помощи при ОКС в динамике показал, что частота госпитализаций больных ОКС как с подъемом (91%-86%-89%) так и без подъема сегмента ST (55%-57%-55%) остается практически на одном уровне. Произошло значимое увеличение пациентов ОКС с подъемом сегмента ST, которые на догоспитальном этапе получили тромболитическую терапию с 2% в 2009 году до 8% в 2011 году ($p=0,0151$). Наркотический анальгетик при ОКС получает каждый десятый пациент. Летальность при ОКС до прибытия бригады СМП (3%-2%-2%), в присутствии бригады СМП (0,9%), в машине СМП (0,03%-0,05%-0,06%) и досуточная (4%-5%-4%) остается без значимых изменений в динамике.

Таким образом, несмотря на все усилия СМП, направленные на качественное оказание неотложной медицинской помощи больным ОКС пока не происходит положительных сдвигов в отношении летальности и диагностических ошибок на догоспитальном этапе. Необходимо проведение более глубокого анализа причин ошибок на этапе СМП, разработка и внедрение дополнительных индикаторов оценки качества медицинской помощи для повышения лечебно-диагностического уровня догоспитального этапа при таком угрожающем для жизни больного заболевании, как ОКС.

Список литературы

1. Приказ МЗРФ и ФФОМС от 24.10.96 г. №363/77 "О совершенствовании контроля качества медпомощи населению РФ ", дополнения и изменения к данному приказу (приказ МЗРФ и ФФОМС №26/13 от 21.01.97.г.).
2. Полубенцева Е.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи. / Е.И. Полубенцева, Г.Э. Улумбекова, К.И. Сайткулов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 60 с.
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 31 декабря 2006 г. N 905 г. Москва «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи».
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2010 № 243н «Об организации оказания специализированной медицинской помощи» (зарег. в Минюсте России 12.05.2010, рег. № 17175).

5. Руководство по скорой медицинской помощи / под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Вёрткина, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 57-67.
6. Сабанов В.И. Делопроизводство в учреждениях здравоохранения: учебное пособие/ В.И. Сабанов, Т.В. Мульганова, Н.П. Багметов. – Ростов на Дону: Феникс, 2007. – 224 с.
7. Хабриев Р.У. Оценка качества медицинской помощи с использованием индикаторов / Р. У. Хабриев, А. С. Юрьев, А. Л. Верткин, Е. Л. Никонов // Неотложная терапия.— 2005.— № 3–4 (22–23).
8. Хабриев Р.У. Индикаторы качества оказания медицинской помощи (региональный уровень) / Р. У. Хабриев, П. А. Воробьев, А. С. Юрьев, Е. Л. Никонов, М. В. Авксентьева // Проблемы стандартизации в здравоохранении.—М., 2005.— № 10. – С.12-15.
9. Ершова Е.В. Система управления качеством оказания скорой медицинской помощи / Е.В.Ершова, А.П. Фролеиков // Врач скорой помощи. – М. – 2010. - №10. – С.6-9.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ОКС

*Ибрагимов М.С., Андреев А.Н., Ходыкина Л.П., Минин В.В., Козлов П.А.
ГБОУ ВПО УГМУ МЗ РФ Кафедра внутренних болезней №2*

В настоящее время накоплено большое количество материала о возможности применения β-адреноблокаторов (βАБ) при остром коронарном синдроме (ОКС). βАБ назначаются больным с ОКС для блока β-адренорецепторов (основной фармакологический эффект), с целью профилактики токсического действия катехоламинов (подавление β-адренергического апоптоза кардиомиоцитов, торможение атеросклероза, снижения механического напряжения в атеросклеротической бляшке и др.), и кроме того, с целью получения т.н. плейотропных свойств βАБ (таких как антиокислительное свойство, торможение пролиферации гладкомышечной