

**Ермишина А.С., Шевелева М.М., Рослая Н.А.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТЭЛА**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская федерация

**Ermishina A.S., Shevelova M.M., Roslaya N.A.
QUALITY ASSESSMENT OF RENDERING MEDICAL ASSISTANCE TO
PATIENTS WITH VASCIDATION**

Department of public health and health care
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: ermishinaaljona@gmail.com

Аннотация. В статье проведена оценка качества медицинской помощи пациентов с тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА). Показана необходимость профилактики ТЭЛА с учетом обращения внимания к клиническим проявлениям для корректного использования диагностических методик.

Annotation. The article assesses the quality of medical care for patients with pulmonary thromboembolism (PE). The need to prevent pulmonary embolism with regard to the attention to clinical manifestations for the correct use of diagnostic techniques is shown.

Ключевые слова: качество, медицинская помощь, тромбоэмболия легочной артерии, ТЭЛА, диагностика, профилактика.

Key words: quality, medical care, pulmonary embolism, pulmonary embolism, diagnosis, prevention.

Введение

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – одно из наиболее тяжелых и широко распространённых осложнений многих заболеваний, а также послеоперационного периода, неблагоприятно влияющее на их течение и исход [8]. ТЭЛА – третья по частоте причина смерти населения от сердечно-сосудистых заболеваний. Летальность среди пациентов без патогенетической терапии, по данным различных авторов, составляет более 40% и при массивной тромбоэмболии достигает 70%, тогда как при своевременно начатой терапии не превышает 2 - 8% [1]. Распространенность ТЭЛА гораздо выше, что связано трудностью диагностики при полиморфизме развивающихся клинических симптомов [2,5,7].

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [6].

Оценка качества медицинской помощи – определение соответствия оказанной медицинской помощи установленным на данный период стандартам, требованиям при удовлетворенности пациентов этой помощью. Оценивать качество можно только с использованием стандартов, эталонов, утвержденных требований, клинических рекомендаций.

Цель исследования – оценка качества медицинской помощи пациентам с ТЭЛА для профилактики развития тромбоэмболических осложнений в последующей работе практикующего врача стационара.

Материалы и методы исследования

Для оценки качества медицинской помощи было проведено ретроспективное исследование первичной медицинской документации 32 пациентов, умерших от ТЭЛА согласно патологоанатомическому вскрытию, в стационаре МАУ ГKB №14 за период 2015 - 2017 гг. Из них 3 (9%) пациента были госпитализированы в кардиологическое отделение, 2 (6%) – отделение гнойной хирургии, 10 (32%) – хирургическое отделение, 9 (28%) – терапевтическое отделение, 2 (6%) – токсикологическое отделение, 4 (13%) – неврологическое отделение, 2 (6%) – урологическое отделение. Проведен анализ диагнозов на догоспитальном и госпитальном этапах, наличия и результатов инструментальных методов исследования, мерах профилактики и лечения ТЭЛА. Средний возраст умерших пациентов составил $64,03 \pm 14,9$ года; количество мужчин – 21 (65,6%), женщин – 11 (34,4%). Срок госпитализации – 6,03 (6,4) суток. Статистическая обработка результатов проведена при помощи компьютерной программы Statistica for Windows 6.0 (StatSoft Inc., США). Использовались параметрические (среднее – M , стандартное отклонение – s [форма представления $M(s)$]) методы статистической обработки данных.

Результаты исследования и их обсуждение

К факторам риска развития ТЭЛА относятся: наличие ожирения, длительной иммобилизации за 1 месяц до госпитализации, сахарного диабета (СД), хронической сердечной недостаточности (ХСН), возраст старше 65 лет, тромбоз глубоких вен, операции или перелом в течение месяца, злокачественная опухоль. По данным анализа факторов риска ожирение было отмечено у 8 пациентов (25%), длительная иммобилизация – у 12 (38%), СД – у 6 пациентов (19%), ХСН – у 20 (63%). У 23 пациентов (73%) было наличие одного или двух факторов риска, у 4 пациентов (13%) было выявлено три и более факторов риска.

Проведен анализ типичных для ТЭЛА жалоб у данной категории больных : тахипноэ, одышка, боль в груди, кровохарканье, обморок, цианоз, кашель, лихорадка, тахикардия [1, 2, 3]. Все 32 пациента предъявляли типичные жалобы , у 4 из них (13%) наблюдалось сочетание 2 жалоб, у 27 (83%) – сочетание 3-х и

более. Исходя из полученных данных, одышка беспокоила 17 пациентов (53%), кашель – трех (9%), боль в груди – 7 пациентов (22%), кровохарканье – у 0 пациентов, тахипноэ наблюдалось у 21 пациента (66%), обморок – у 7 пациентов (22%), цианоз – у 28 пациентов (88%), лихорадка – у 13 пациентов (41%), тахикардия – у 23 пациентов (72%). Таким образом, у большей части пациентов было зафиксировано сочетание нескольких факторов риска ТЭЛА, а также комплекс типичных жалоб, характерных для ТЭЛА.

Часть пациентов (9%) поступила в стационар в состоянии клинической смерти. В этих случаях невозможно было собрать жалобы и оценить клинические симптомы. Им были проведены реанимационные мероприятия в полном объеме, согласно протоколу сердечно-легочной реанимации[4], которые оказались не эффективны.

На догоспитальном этапе диагноз ТЭЛА был установлен лишь в 1 случае (3%), после первичного осмотра дежурным врачом приемного отделения МАУ ГKB №14 – 3 пациентам (9%), во время пребывания в стационаре – 10 пациентам (31%). У 3 человек (9%) диагноз был под сомнением, почти в половине случаев (48%) случаев диагноз ТЭЛА не была диагностирована

Следуя современным клиническим рекомендациям для подтверждения и/или исключения ТЭЛА следует ориентироваться на результаты компьютерной томографии(КТ), вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии легких, компрессионной ультрасонографии вен нижних конечностей, а также уровень D-димера в крови [3]. Помимо этого, необходимо использовать ЭКГ, рентгенографии органов грудной клетки, ЭхоКГ – как «сортировочные» методы обследования для исключения диагноза ТЭЛА.

ЭКГ и рентгенография органов грудной клетки были выполнены всем пациентам, как обязательные рутинные методы диагностики. У 1 пациента на ЭКГ имелись признаки характерные для ТЭЛА, но они были упущены. Одна из восьми пациентов находилась на 32 неделе беременности. 6 (19%) пациентам была проведена КТ, что позволило установить на основании данных КТ диагноз ТЭЛА был выставлен во всех 6-ти случаях. Анализ крови на D-димер был проведен 3 пациентам (9%). УЗДГ вен нижних конечностей не проведено ни в одном случае. Вентиляционноперфузионная сцинтиграфия легких не проводится в условиях стационара МАУ ГKB №14.

В 2 случаях диагноз ТЭЛА был установлен несвоевременно, с чем так же связана несвоевременность коррекции терапии, что возможно привело к летальному исходу, в 2 других случаях проведение диагностических мероприятий было отложено в связи с тяжестью состояния пациента и при отсутствии положительной динамики, необходимый объем обследований так и не был проведен.

8 пациентам (25%), находящимся на лечении в хирургическом отделении, было проведено оперативное вмешательство: 2 пациента – ампутация нижней конечности, 3 пациентам – лапаротомия, 2 пациентам – некрэктомия. Из них в послеоперационном периоде характерные симптомы ТЭЛА возникли у 7 пациентов (88%). В 1 случае симптомы ТЭЛА описывались еще при

поступлении. Диагноз ТЭЛА в послеоперационном периоде был заподозрен лишь в 2 случаях (25%), а установлен только в одном (13%).

Для оценки степени риска развития ТЭЛА у пациентов была ретроспективно использована Женевская шкала. Возраст старше 65 лет – у 14 пациентов (44%), тромбоз глубоких вен – у 2 пациентов (6%), операции или перелом в течение месяца – у 6 пациентов (19%), злокачественная опухоль – у 2 пациентов (6%), боль в одной нижней конечности – у 1 пациента (3%), ЧСС в интервале 74-94 – у 15 пациентов (47%), ЧСС более 95 – у 15 пациентов (47%), боль в ноге при пальпации и односторонний отек – у 3 пациентов (9%). Согласно полученным данным выявлено, что 25 пациентов (78%) был средний риск развития ТЭЛА (4-10 баллов), 1 пациент (3%) имел высокий риск (более 10 баллов) и лишь 6 пациентов (19%) риск развития ТЭЛА оказался низким (0-3 балла).

Выводы:

1. В более чем половине анализированных случаев смерти от ТЭЛА наблюдалось расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.

2. Типичные симптомы ТЭЛА встречаются достаточно часто, однако отсутствует настороженность врачей к данной патологии. Клиническая диагностика остается ключевым звеном для последующей верификации инструментальными и лабораторными методами.

3. Оценка риска развития ТЭЛА у госпитальных пациентов независимо от направительного диагноза по Женевской шкале может помочь в своевременной постановке диагноза.

4. Для профилактики развития ТЭЛА у пациентов, при подозрении на ТЭЛА у пациента врачу необходимо строго следовать алгоритмам диагностики согласно действующим рекомендациям и стандартам оказания медицинской помощи.

Список литературы:

1. Багрова И.В. Современные подходы к диагностике тромбоэмболии легочной артерии» / И.В. Багрова, Г.А. Кухарчик, В.И. Серебрякова, И.В. Константинова // Флебология. – 2012. – №4. – С. 35 – 41.

2. Прохорович Е.А., Тромбоэмболия легочной артерии. Современные тенденции. / Е.А. Прохорович, А.М. Грицанчук // Врач скорой помощи. – 2014. – №2. – С. 4-13.

3. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений / В. С. Савельев, Е. И. Чазов, Е. И. Гусев и др. // Флебология. – 2010. – Т. 4. – № 2. – С. 13 – 15.

4. Сердечно-легочная реанимация[Текст]: учебное пособие для студентов, ординаторов, аспирантов и врачей/ В.В. Мороз, И.Г. Бобринская, В.Ю. Васильев, и др. – Москва: 2017. 13 – 20 с.

5. Станиченко Н.С. Современные возможности диагностики и лечения тромбоэмболии легочной артерии. / Н.С. Станиченко, Б.И. Загидуллин, Р.А. Якубов. // Практическая медицина. – 2012. – С. 128 – 132.

6. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (ред.от 29.12.2017)
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
[Электронный ресурс] // URL:
http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (Дата обращения:
05.12.2018).

УДК УДК 614.1:314.424:616.1

Кутупова Е.В.¹, Ножкина Н.В.²
К АНАЛИЗУ СМЕРТНОСТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии»¹
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Уральский государственный медицинский университет²
Екатеринбург, Российская Федерация

Kutupova E.V.¹, Nozhkina N.V.
ANALYSIS OF MORTALITY FROM CORONARY HEART DISEASE
IN SVERDLOVSK REGION

Ural institute of cardiology
Department of public health and health care
Ural state medical university²
Yekaterinburg, Russian Federation
E-mail: ozo_usma@mail.ru

Аннотация. В статье представлен сравнительный анализ динамики изменения смертности населения Свердловской области от болезней системы кровообращения за 2010-2018 гг, в том числе от ишемической болезни сердца. Рассмотрены демографические особенности и показатели специализированной медицинской помощи, которые оказывают влияние на доступность, качество медицинской помощи и на летальность кардиологической больных. Приведены мероприятия, которые реализуются для снижения смертности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Annotation. The article presents a comparative analysis of mortality in Sverdlovsk region from coronary heart disease during 2010-2018. Demographic features and specialized medical care indicators, which have an impact on the availability, quality of medical care and mortality of cardiac patients, are considered. The measures that are implemented to reduce the mortality of patients with cardiovascular diseases are presented.

Ключевые слова: смертность, ишемическая болезнь сердца, первичные сосудистые отделения.

Key words: mortality, coronary heart disease, primary vascular departments.