

## АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПОНЕНТА СТАНДАРТА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДИАГНОЗОМ СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ

*Г. Ю. Сазанова*

*Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского,  
кафедра общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины)*

При изучении степени выполнения медикаментозного компонента стандарта стационарной медицинской помощи пациентам со стабильной стенокардией сделан вывод о необходимости изучения целесообразности применения отдельных параметров медикаментозного компонента стандарта на разных уровнях оказания медицинской помощи.

*Ключевые слова:* медицинская помощь, медикаментозный компонент стандарта, стабильная стенокардия.

## EVALUATION OF INPATIENT DRUG COVERAGE IN CASE OF STABLE ANGINA

*G. Yu. Sazanova*

*Saratov State Medical University of V. I. Razumovsky,  
Department of Public Health and Healthcare (with a course of law and history of medicine)*

We studied the extent of drug coverage to hospitalized patients with stable angina. We conclude that it is necessary to evaluate the need for the use of certain drugs at various levels of medical care.

*Key words:* medical aid, standard medical component, stable angina.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение степени выполнения медикаментозного компонента стандарта у пациентов с диагнозом «стабильная стенокардия» (шифр по МКБ10 — J20) при оказании стационарной медицинской помощи на разных уровнях ее оказания.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для исследования послужили медицинские карты стационарных больных (форма № 003У) с диагнозом «стабильная стенокардия», получавших медицинскую помощь в кардиологических отделениях районных больниц (РБ), городских больниц (ГБ) и медицинских организациях (МО) регионального и федерального уровня подчинения в 2012—2013 гг. Для изучения степени выполнения стандарта, утвержденного приказом МЗ и СР РФ от 20 апреля 2007 г. № 288, была разработана оригинальная карта выкопировки данных из медицинской документации, которая включает 18 медикаментозных параметров с различной частотой назначения, рекомендованной стандартом, и частотой фактического исполнения. Оценка степени выполнения медикаментозного компонента стандарта проводилась путем определения процента фактического применения от рекомендованной в стандарте кратности. При анализе выполнения параметров с указанной частотой ниже единицы за 100 % принималась соответствующая доля выборочной совокупности (с кратностью 0,5—50 % совокупности, с кратностью 0,3—30 % и т.д.). Генеральная совокупность представлена 16236 медицинскими картами пациентов с диагнозом «стабильная стенокар-

дия», получавших лечение в кардиологических отделениях различных стационаров региона (в РБ — 6924 больных, в ГБ — 6120, в областных и федеральных МО — 3192 пациента). Методом случайной выборки была отобрана 1271 медицинская карта стационарного больного с диагнозом «стабильная стенокардия». Из них 447 пациентов (35 %) получали медицинскую помощь в РБ, 417 (33 %) — в ГБ, 407 (32 %) — в МО областного и федерального подчинения. Средний возраст пациентов — 63,8 года. В городе проживало 76,1 % пациентов, в сельской местности — 22,7 %. На стационарное лечение 57,7 % больных были направлены врачами поликлиники, 5,2 % пациентов — службой скорой помощи, в результате самообращения госпитализированы 7,1 % пациентов.

Использовались методы исследования: контент-анализа, аналитический, статистический. Обработка карт проводилась с использованием программных средств MS EXCEL и включала в себя построение и анализ частотных распределений показателей. Заявленный объем выборки позволяет оценить предельную (максимальную) ошибку для любой вычисляемой доли в  $\pm 2,4$ — $2,5$  % для каждой из трех подвыборок, и в  $\pm 1,4$  % для выборки в целом [2].

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Медикаментозный компонент стандарта состоит из 18 параметров и включает в себя 9 групп лекарственных препаратов: анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры; анестетики,

миорелаксанты; средства, влияющие на центральную нервную систему; средства, влияющие на систему свертывания крови; средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта; средства для профилактики и лечения инфекций; растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания; витамины и минералы.

В медицинских организациях ни один из параметров не выполнялся с рекомендованной частотой применения. В областных и федеральных МО все параметры выполняются с различной степенью кратности, в то время как в РБ и ГБ не выполняется соответственно 33 и 39 %. Больше половины параметров в РБ и МО федерального и областного подчинения (соответственно 78 и 56 %) выполняются с кратностью, ниже рекомендованной. В ГБ на долю этой группы параметров приходится 39 %.

Проанализировано назначение пациентам групп лекарственных препаратов, входящих в медикаментозный компонент стандарта

В РБ и ГБ не назначались анестетики, миорелаксанты и средства, влияющие на центральную нервную систему; в областных и федеральных МО эти группы препаратов назначались в 7,4 и 17,9 % случаев соответственно. Средства для профилактики и лечения инфекций (при указанной в стандарте кратности применения 60 %) применялись в РБ в 2,2 %, в ГБ — в 21,6 %, в областных и федеральных МО — в 11,5 %. Препараты, влияющие на сердечно-сосудистую систему (рекомендованная кратность назначения — 100 %), применялись соответственно в 96,2; 99,8 и 98,8 %. Средства для лечения желудочно-кишечного тракта при рекомендованной кратности 90 % назначались в РБ — в 0,2 %, в ГБ, региональных и федеральных МО — в 7,9 % случаев.

Средства, влияющие на систему свертывания крови (рекомендованная кратность применения — 90 %), назначались чаще в РБ на 5 %, в ГБ — на 18 %, в областных и федеральных МО — на 20 %. В группе средств, влияющих на систему свертывания крови, в стандарте представлено 3 подгруппы: антиагреганты, антикоагулянты и гипополипидемические препараты, которые должны назначаться пациентам с кратностью 70; 20; 90 % соответственно.

Во всех МО антиагреганты применялись с кратностью, превышающей рекомендованную стандартом. Среди антиагрегантов во всех МО пациентам чаще, чем указано в стандарте, назначалась ацетилсалициловая кислота. Применение этого препарата превышало рекомендованную кратность 50 % в РБ в 2,4 раза, в ГБ — в 3 раза, в областных и федеральных МО — в 2,8 раза. Клопидогрел, в основном, использовался в областных и федеральных МО (в 97,6 % случаев).

Антикоагулянты также применялись с частотой, превышающей рекомендованную стандартом. Фактическое применение в РБ превышало рекомендованную частоту назначения в 1,7 раза, в областных и федеральных МО — в 2 раза, в ГБ — в 2,8 раза. Надропарин

кальция не использовался ни в одной медицинской организации. Эноксапарин натрия использовался только областных и федеральных МО в 8 % случаев (рекомендованная кратность применения 30 %). Варфарин в РБ не применялся. В ГБ, областных и федеральных МО этот препарат назначали в 19—39 раз чаще, чем рекомендовано стандартом (рекомендованная кратность применения — 100 %). Во всех МО пациентам чаще назначался гепарин натрий. Назначение этого препарата в сравнении с рекомендованной кратностью применения 30 % в РБ превысило в 2,7 раз, в ГБ — в 14,5 раз, в областных и федеральных МО — в 6,2 раз.

Группа гипополипидемических препаратов назначалась пациентам на всех уровнях оказания медицинской помощи ниже рекомендованной кратности 0,9: в РБ эти препараты были востребованы в 31,5 %, в ГБ — в 29,3 %, в областных и федеральных МО — в 72 %. Рекомендованная кратность применения аторвастатина — 0,2. Однако в областных и федеральных медицинских организациях этот препарат назначался чаще в 2,3 раза, в городских больницах — в 1,3 раза. В РБ этот препарат назначался реже рекомендованной кратности в 2,5 раза. В областных и федеральных медицинских организациях пациентам назначался, в основном, розувастатин: при рекомендованной частоте применения 0,05 этот препарат этот препарат назначался чаще в 6 раз. В РБ он назначался в 9 раз реже и не был востребован в городских больницах.

В группу средств для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта входит атропин (рекомендованная кратность применения 100 %). В РБ он был назначен только в 0,2 %, в областных и федеральных МО — в 8,7 %, в ГБ — в 9,3 %.

Группа лекарственных средств, регулирующих водно-электролитный баланс (рекомендованная кратность применения 50 %), представлена в медикаментозном компоненте стандарта препаратами калия и магния, натрия хлорида, электролитными моно- и поликомпонентными. Наиболее часто препараты калия и магния (рекомендуемая кратность применения 100 %) использовались в районных и городских больницах. Так, в РБ их использование превышало рекомендуемый уровень в 1,1 раза, в ГБ — в 1,9 раз. В областных и федеральных МО эти средства использовались в 92,4 % случаев. В РБ отмечалось увеличение применения моно- и поликомпонентных электролитных растворов (рекомендуемая кратность назначения 100 %) в 1,3 раза. Натрия хлорид (рекомендуемая кратность назначения 100 %) чаще назначался в ГБ (в 178,9 %).

Группа препаратов, включающая витамины и минералы (рекомендуемая кратность применения 5 %), меньше всего использовалась в РБ (в 0,8 % случаев). Использование этих препаратов в областных и федеральных медицинских организациях превышало рекомендуемые нормативы на 176 %, в городских больницах — на 230 %

Группа средств, влияющих на сердечно-сосудистую систему, использовалась во всех лечебных

организациях с кратностью, приближенной к рекомендованной (100 %). Так, в РБ они использовались в 96 % случаев, в областных, федеральных МО и ГБ — в 98,8 и 99,8 % случаев соответственно. Она представлена в медикаментозном компоненте 5 подгруппами, которые использовались с кратностью назначения, не соответствовавшей рекомендованной.

Антиангинальные средства (кратность применения 100 %) применялись в РБ в 63 % случаев, в ГБ — в 72 %, в областных и федеральных МО — в 81 % случаев. Из них в МО различного уровня подчиненности чаще использовался изосорбидамонитрат. В РБ применение этого препарата превышало рекомендуемую кратность 5 % в 2 раза, в ГБ — в 2,7 раза, в областных и федеральных МО — в 5 раз. Изосорбидадинитрат применялся с превышением рекомендуемой кратности применения 5 % в РБ в 8 раз и в ГБ — в 2 раза. Нитроглицерин, назначение которого пациентам рекомендуется стандартом в 90 % случаев, использовался в РБ в 11 %, в ГБ — в 58 %, в областных и федеральных МО — в 29 %.

Ни в одной МО с рекомендованной кратностью не применялись противоаритмические средства. Частота их применения была ниже установленной стандартом. Так, лапаконитинагидробромид не применялся в ГБ, областных и федеральных МО, а соталол не назначался пациентам в районных и городских больницах.

Ингибиторы АПФ (кратность применения — 90 %) чаще применялись в ГБ. Однако среди них в РБ отдавалось предпочтение лизиноприлу (использовался в 1,8 раз чаще при рекомендованной кратности применения 10 %) и эналаприлу (использовался в 1,5 раз чаще при рекомендованной кратности применения 20 %). В ГБ также предпочитали эналаприл (использовался в 1,5 раз чаще при рекомендованной кратности применения 20 %) и эналаприл + гидрохлоротиазид (использовался в 1,8 раз чаще при рекомендованной кратности применения 10 %). В областных и федеральных МО — периндоприл (использовался в 1,9 раз чаще при рекомендованной кратности применения 20 %) и эналаприл + гидрохлоротиазид (использовался в 1,4 раза чаще при рекомендованной кратности применения 10 %).

Рекомендуемая кратность применения  $\beta$ -блокаторов — в 90 % случаев. Из всех рекомендуемых средств бисопролол (рекомендуемая кратность применения — 40 %) назначался чаще в РБ в 1,5 раза, в областных и федеральных МО — в 1,3 раза. В ГБ отдавалось предпочтение атенололу и пропранололу. Пациенты получали атенолол (рекомендуемая кратность применения 20 %) в 1,5 раза чаще, пропранолол — в 1,8 раз.

В РБ ни один препарат из группы антагонистов кальция не назначался пациентам с рекомендованной стандартом кратностью применения. В ГБ, областных и федеральных МО отдавалось предпочтение амлодипину (его применение превысило рекомендованные значения в 1,3 раза и 2,5 раза соответственно).

В медицинских организациях разного уровня подчиненности не назначались препараты из группы пита-

тельных смесей, консервированная кровь человека и ее компоненты. Импланты использовались в тех случаях, когда проводилось установление стента в сосуд. Однако они применялись только в областных и федеральных МО. Коронарные стенты с лекарственным покрытием и без него были установлены всем нуждающимся пациентам.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи формируется на основе стандартов медицинской помощи, в которые включены определенные медицинские услуги и лекарственные препараты. Многие авторы в своих работах указывают, что стандарты медицинской помощи и протоколы ведения больных федерального уровня направлены на обеспечение целостности лечебно-диагностического процесса, преемственности и взаимосвязи в оказании медицинской помощи в различных медицинских организациях и определяют гарантированный минимум качественного оказания медицинской помощи. Однако они не учитывают конкретные особенности отдельных субъектов РФ и медицинских организаций (материально-технические условия, сложившиеся организационно-технологические подходы к организации медицинской помощи и др.), которые определяют пути реализации установленных стандартами требований [2, 3, 6]. По данным литературы причинами невыполнения диагностического, лечебного и медикаментозного компонентов стандарта являются проблемы кадрового, материально-технического и лекарственного обеспечения в медицинских организациях [4]. При невыполнении определенных диагностических и лечебных процедур из-за дефицита кадровых ресурсов и отсутствия необходимого медицинского оборудования остаются невостребованными и лекарственные средства. В то же время стоимость стандарта оказания медицинской помощи больным со стабильной стенокардией при полном его выполнении на федеральном и региональном уровне в несколько раз превышает среднюю стоимость оказания медицинской помощи больным с кардиологического профиля в медицинских организациях разного уровня по программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, что приводит к фактическому невыполнению параметров стандарта. В структуре стоимости стандарта оказания медицинской помощи больным со стабильной стенокардией 72 % составляет высокотехнологичная медицинская помощь, которая оказывается в медицинских организациях областного и федерального подчинения [5].

Выбор тактики ведения конкретного пациента зависит от множества причин: способа формирования клинического врачебного мышления, способов создания и методов распространения национальных методических рекомендаций, приверженности к их использованию в практической деятельности врачей, механизмов, обеспечивающих этапность ведения пациента. Врач обязан лечить пациента исходя из цели наилучшего достижения результатов лечения. Утвержденные

в стандартах компоненты могут привести к дефектам лечения, так как обязывают врачей принимать шаблонные решения. [1]

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В медицинских организациях ни один из параметров медикаментозного компонента стандарта стационарной медицинской помощи пациентам с диагнозом стабильной стенокардии не выполнялся с рекомендованной частотой применения. В областных и федеральных МО все параметры выполнялись с различной степенью кратности, в то время как в РБ и ГБ не выполнялись соответственно 33 % и 39 %.

2. В медицинских организациях разного уровня подчиненности не назначались препараты из группы питательных смесей, консервированная кровь человека и ее компоненты; импланты применялись только в областных и федеральных МО.

3. Необходимо изучение целесообразности применения отдельных параметров медикаментозного компонента стандарта на разных уровнях оказания медицинской помощи и рассмотрение вопроса о создании поэтапных стандартов оказания стационарной медицинской помощи пациентам с диагнозом стабильной стенокардии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О. Ю., Крюкова А. А. Применение лечебно-диагностических мероприятий и (или) лекарственных препаратов, не входящих в стандарт медицинской помощи, в целях достижения наилучшего результата лечения пациента — обязанность главного врача // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2013. — № 3—4. — С. 9—15.

2. Кром И. Л., Еругина М. В., Сазанова Г. Ю. Векторы оптимизации качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2015. — Т. 11 (1). — С. 62—65.

3. Лукьянцева Д. В. Вопросы адаптации (разработки) и внедрения стандартов оказания медицинской помощи в деятельность медицинской организации // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2014. — № 1—2. — С. 3—12.

4. Сазанова Г. Ю. Структурные диспропорции при выполнении требований стандартов оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов кровообращения // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2012. — Т. 8 (1). — С. 31—34.

5. Сазанова Г. Ю., Яцкевич С. Н., Еругина М. В. Проблемы финансового обеспечения стандартов медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов кровообращения // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Организационные, экономические и правовые проблемы здравоохранения Российской Федерации и пути их решения» Новосибирск, 2013. — С. 167—169.

6. Светличная Т. Г., Цыганова О. А., Зинькевич В. К. Структура удовлетворенности пациентов стационарной медицинской помощью и факторы, ее определяющие // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2010. — № 11—12. — С. 27—32.

## Контактная информация

**Сазанова Галина Юрьевна** — к. м. н., доцент, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского, e-mail: sazanovagu@yandex.ru