

DOI: 10.31082/1728-452X-2019-199-1-2-10

УДК 617(471.3)-616-83.95-614.88-65.0-006.06

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛАТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИЕМНОГО ПОКОЯ

А.Н. БАТЫРОВА, <https://orcid.org/0000-0002-5721-1277>

Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы, Республика Казахстан,



Данная статья посвящена вопросам контроля качества оказания экстренной медицинской помощи. Статья содержит информацию о разработке и внедрении стандарта операционной процедуры (СОП) на основе пошагового алгоритма лечебно-диагностических мероприятий при поступлении больных в палату интенсивной терапии приемного отделения, а также в статье подробно рассматривается непосредственно СОП.

С целью улучшения качества и своевременности оказания экстренной квалифицированной медицинской помощи в статье предоставлена более полная расширенная информация, с учетом практического опыта автора, для реаниматологов по сравнению с ранее опубликованной статьей в журнале «Фармация Казахстана» №7 от 2018 г.

Ключевые слова: экстренная медицинская помощь, желудочно-кишечные кровотечения, контроль качества, отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), стандарт операционной процедуры (СОП).

Для цитирования: Батырова А.Н. Опыт организации палаты интенсивной терапии приемного покоя // Медицина (Алматы) – 2019. - №1 (199). – С. 2-10

Т Ж Ы Р Ы М

ҚАБЫЛДАУ БӨЛІМІНІҢ ИНТЕНСИВТІ ТЕРАПИЯ ПАЛАТАСЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ ТӘЖІРИБЕСІ

А.Н. БАТЫРОВА, <https://orcid.org/0000-0002-5721-1277>*Қазақ үздіксіз білім беру медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы*

Бұл мақала шұғыл медициналық көмек көрсету сапасын бақылау мәселелеріне арналған. Мақалада науқастар қабылдау бөлімінің интенсивті терапия палатасына түскен кезде емдеу-диагностикалық шаралардың қадам сайынғы алгоритмі негізіндегі операциялық процедура стандартын өзіндік және енгізу стандарты туралы ақпарат бар. Сондай-ақ мақалада тікелей операциялық процедура стандарты егжей-тегейлі қаралған.

Шұғыл білікті медициналық көмектің сапасын жақсарту мен көмекті уақытылы көрсету мақсатында онда автордың 2018 жылы «Қазақстан фармациясы» журналының №7 санында жарық көрген реаниматологтарға арналған мақаласымен салыстырғанда практикалық тәжірибесі ескеріле отырып, толыққанды кеңейтілген ақпарат берілген.

Негізгі сөздер: шұғыл медициналық көмек, асқазан-ішек жолынан қан кету, сапаға бақылау, жансақтау мен мен интенсивті терапия бөлімі (ОРИТ), операциялық процедура стандарты (СОП).

S U M M A R Y

THE EXPERIENCE OF THE ORGANIZATION OF THE INTENSIVE CARE UNIT OF THE EMERGENCY ROOM

AN BATYROVA, <https://orcid.org/0000-0002-5721-1277>*Kazakh Medical University of Continuing Education, Almaty c., Republic of Kazakhstan*

This article deals with the issues of quality control of rendering emergency medical aid in due to the development and implementation of the operating procedures standards (SOP) based on the step-by-step algorithm of treatment and diagnostic measures in patients being admitted to the intensive care unit of the admission department, as well as the article discusses in detail the SOP itself.

In order to improve the quality and timeliness of providing emergency qualified medical care, the article provides more complete and expanded information, taking into account the author's practical experience, for resuscitator compared to a previously published article in the journal Pharmacy of Kazakhstan of 2018 (7).

Key words: emergency medical care, quality control, intensive care, operating procedure standard (SOP).

For reference: Batyrova AN. The experience of the organization of the intensive care unit of the emergency room. *Meditsina (Almaty) = Medicine (Almaty)*. 2019;1(199):2-10 (In Russ.). DOI: 10.31082/1728-452X-2019-199-1-2-10

Контакты: Батырова Айгүл Нурлановна, врач-эксперт ЦГКБ, ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии КазМУНО, г. Алматы, ул. Манаса, 34, индекс 050057.
E-mail: aygul.batyrova@mail.ru

Contacts: Aigul N Batyrova, Doctor Expert, Central City Clinical Hospital, Assistant Professor Department of Anesthesiology and Reanimatology of KazMUCE, Almaty c., Manas str., 34, index 050057.
E-mail: aygul.batyrova@mail.ru

Поступила 14.12.2018

Организация палаты интенсивной терапии приемного отделения (ПИТ ПО), одного из ведущих звеньев оказания экстренной медицинской помощи реанимационным больным в стационаре, является актуальной задачей в развитии здравоохранения РК [1].

Качество и своевременность оказания экстренной специализированной медицинской помощи больным на начальном этапе в большой степени зависят от организации палаты интенсивной терапии приемного отделения стационара.

Палата интенсивной терапии приемного отделения является основным подразделением по оказанию экстренной медицинской помощи в стационаре, где на начальных этапах проводятся клиничко-диагностические мероприятия с целью обеспечения безопасности жизни пациентов.

Основными направлениями деятельности медицинской организации, оказывающей анестезиологическую и реаниматологическую помощь, являются оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи пациентам и проведение обширного комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию нарушенных жизненно важных функций организма при различных критических состояниях.

В Послании Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана от 31 января 2017 года «Третья модернизация Казахстана: глобальная конкурентоспособность» отмечено, что для того, чтобы быть конкурентоспособной, наша экономика в ускоренном порядке должна переходить на международные стандарты [2].

Уровень здравоохранения напрямую зависит от уровня развития общества, и, как известно, качественное здравоохранение является одним из главных показателей высоко развитого общества. В настоящее время, в связи с мощным прогрессом медицины как науки, а также повышения медицинской грамотности населения (вследствие технического прогресса – интернет и пр.), в мире уделяется большое внимание соблюдению прав человека, здравоохранение занимает особое место в сфере общественных услуг, подвергается постоянному общественному контролю на предмет качества медицинских услуг.

Эта проблема – наиболее важная в современном обществе, как сказал Н.А. Назарбаев: «Основной причиной проблемы является отсутствие действующих организационных технологий по внедрению современных инструментов управления в практическое здравоохранение» [2].

Государственная программа развития здравоохранения РК «Денсаулық» в соответствии с концепцией на 2016-2019 годы предполагает решение одной из приоритетных задач – разработка и внедрение новых эффективных стандартов оказания медицинской помощи согласно современным требованиям в практику здравоохранения в целях поддержания здоровья населения и формирования здорового образа жизни [3].

С учетом мировых тенденций, направленных на улучшение качества оказания медицинских услуг, необходимо использовать положительный опыт зарубежной системы здравоохранения в Республике Казахстан.

В последние годы (2006-2018 гг.) организация и методическая работа ПИТ ПО или ОРИТ нуждаются в пересмотре в связи с выявлением множества дефектов оказания медицинских услуг. Для решения этой проблемы требуется раз-

работка стандартов анестезиологической и реаниматологической деятельности и процедурных нормативов.

В организациях здравоохранения Республики Казахстан было разработано множество СОП для различных врачебных и медсестринских манипуляций, но данные о СОП оказания экстренной медицинской помощи (по конкретной нозологии и осмотра реаниматолога), в литературных источниках РК не были найдены. Одной из причин внедрения СОП являются выявленные дефекты оказания экстренной медицинской помощи при принятии экстренных клинических решений у реанимационных больных.

Данные СОПы включают ряд этапов, обеспечивающих пошаговый алгоритм оказания экстренной медицинской помощи – от регистрации в ПО ПИТ, внесения данных сбора анамнеза, проведения клиничко-диагностических мероприятий до определения дальнейшей врачебной тактики лечения больного, включая консультации различных специалистов в ПО ПИТ.

С целью улучшения качества и своевременности оказания экстренной квалифицированной медицинской помощи в статье предоставлена более полная расширенная информация, с учетом практического опыта автора, для реаниматологов по сравнению с ранее опубликованной статьей в журнале «Фармация Казахстана» №7 от 2018 г.

Целью данной работы являлось на основе анализа выявленных дефектов качества медицинских услуг у больных с гастродуоденальным кровотечением, поступающих в палату интенсивной терапии приемного отделения, разработать и внедрить в медицинской организации стандарты операционных процедур для оказания экстренной медицинской помощи этим больным.

Были поставлены следующие **задачи**:

1. Выявить дефекты качества медицинских услуг у больных с гастродуоденальным кровотечением, поступающих в палату интенсивной терапии приемного отделения.
2. Практическое применение разработанных стандартов операционных процедур для оказания экстренной медицинской помощи реанимационным больным, поступающим в палату интенсивной терапии приемного отделения в отделе анестезиологии и реаниматологии ЦГКБ г. Алматы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С целью выявления дефектов оказания экстренной медицинской помощи проведен сравнительный ретроспективный анализ данных медицинских карт стационарного больного (МКСБ) с желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК) с использованием разработанной автором статьи карты выкопировки данных МКСБ. В результате были выявлены дефекты оказания экстренной медицинской помощи и ведения медицинской документации. На основании выявленных дефектов оказания медицинской помощи разработаны СОП «Осмотр реаниматолога» и СОП «Ведение больных с гастродуоденальным кровотечением при поступлении в палату интенсивной терапии приемного отделения», предназначенные для работы в условиях ПИТ ПО.

По этим разработкам проведен сравнительный ретроспективный анализ 521 медицинский карты стационарных больных (МКСБ) за период 2015-2017 гг., включая 7 МКСБ, умерших от желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) язвенного генеза и стрессовых поражений желу-

дочно-кишечного тракта (ЖКТ). Все больные с гастродуоденальным кровотечением по экстренным показаниям поступили в ПИТ ПО и находились на лечении в отделениях реанимации и интенсивной терапии и хирургии Центральной городской клинической больницы (ЦГКБ) г. Алматы.

С целью оптимизации организационно-методической работы реаниматологической помощи нами разработаны СОП - осмотр реаниматолога и СОП ведения больных с гастродуоденальным кровотечением при поступлении в палату интенсивной терапии приемного отделения или в отдел анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ), которые были внедрены, адаптированы и применяются на практике на всех этапах оказания экстренной медицинской помощи в ЦГКБ г. Алматы с 2017 года.

Для выборки из карт МКСБ и дальнейшего статистического анализа использованы международные классификации болезней 10 (МКБ 10): K25 язва желудка; K26 язва двенадцатиперстной кишки; K27 пептическая язва неуточненной локализации; K28 (0,4) гастродуоденальная язва и применяются коды операций: K62.5 кровотечение из заднего прохода и прямой кишки; K92.2 желудочно-кишечное кровотечение неуточненное [4].

Карта выкопировки разработана в соответствии с утвержденной формой 003/у МКСБ для выявления дефектов качества оказания экстренной медицинской помощи при поступлении больных ЖКК в ПИТ ПО ЦГКБ г. Алматы.

В карте выкопировки выявлены статистические показатели несоответствия качества оказания медицинских услуг внутренним стандартам клиники. Эти показатели соотнесены с различными организационными и клиническими данными, указанными в анкете. На основе этой обобщающей информации нами сделаны выводы о наличии дефектов качества медицинских услуг на всех этапах оказания экстренной медицинской помощи в зависимости от организационных и клинических данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследований, полученных по показателям анкетных данных МКСБ (организационные данные)

По срокам госпитализации в стационар от начала заболевания мы условно поделили 521 больного на 3 группы: две контрольные группы и одна основная группа. Основную группу составили 184 пациента, поступивших в 2017 году и получавших лечение после внедрения СОП. К контрольным группам относятся пациенты, которым проводилось оказание экстренной медицинской помощи по общим методикам при отсутствии четкой стандартизации лечебно-диагностических мероприятий: в 2015 году – 187 пациентов (1 группа) и в 2016 году – 150 пациентов (2 группа).

По результатам исследования распределения по возрасту и полу установлено, что больные младше 50 лет составили 343 (65,8%). Существенных статистических различий по возрасту и полу между контрольными и основной группами не выявлено.

Как известно, в последнее время, наряду со значительным ростом гастродуоденальных кровотечений, наблюдается ошутимая тенденция снижения возраста больных, т.е. происходит «омоложение» больных с острыми поражениями верхнего отдела ЖКТ [5].

Больные с ЖКК имели постоянное место жительства в городе Алматы в 60,8% случаев, что на 22,7% случаев больше по сравнению с пациентами, проживающими в сельской местности, и на 99% случаев больше по сравнению с резидентами других стран. То есть, данное заболевание в большей степени присуще жителям мегаполиса, чем проживающим в сельской местности. Это, на наш взгляд, обусловлено экологическим загрязнением, несбалансированным питанием и стрессами жизни в большом городе.

Больные с ЖКК наиболее часто встречались среди служащих (52,8% случаев), что на 28,5% случаев больше по сравнению с пенсионерами, на 36,4% случаев больше по сравнению с безработными гражданами, на 49,2% случаев больше по сравнению с инвалидами по заболеванию и на 52,1% случаев больше по сравнению с инвалидами детства. Бóльший процент больных с ЖКК среди служащих, на наш взгляд, связан со стрессами и повышенной ответственностью, присущими данному виду деятельности.

Больные с ЖКК в 79% случаев доставлены в стационар по скорой медицинской помощи (СМП), что на 59,5% случаев больше по сравнению с поступившими по самообращению и на 58,2% случаев больше по сравнению с больными, переведенными из других ЛПУ. Налицо незначительная тенденция к постепенному снижению процента поступивших больных с ЖКК в стационар по СМП: в 2015 г. – 27,6% случаев, в 2016 г. – 26,5% случаев и в 2017 г. – 25% случаев. Эти изменения в показателях связаны с повышением осведомленности населения средствами массовой информации (интернет, телеканалы, радиоканал, печатные издания и т.д.). Граждане, при появлении первых признаков ЖКК, не дожидаясь СМП, предпринимают меры к консультациям и обследованиям специалистов.

Больные с ЖКК в большинстве случаев (92%) госпитализированы в стационар по данному заболеванию первый раз в жизни (ранее у них не наблюдалось данное заболевание). Это на 85% случаев больше по сравнению с больными, которые впервые госпитализированы в стационар в данном году (т.е. у них наблюдалось такое заболевание в анамнезе ранее, но в данном году они поступили впервые в стационар). И на 91% случаев больше по сравнению с больными, которые повторно поступили в стационар в данном году.

По данным отдельных авторов, частота развития ЖКК достигает 60 на 100 тыс. населения. Пациентами в большинстве случаев (68%) бывают люди пожилого и старческого возраста, у 58-93,5% из них присутствует сопутствующая патология (одна и более), что значительно ухудшает прогноз при острых ЖКК [5].

Критерием верификации наличия у больного кровотечения из ЖКТ является источник, который подтвержден на эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС).

Результаты данных ЭФГДС у больных в зависимости от источника кровотечения и локализации язвы и эрозии верхнего отдела ЖКТ показывают, что в большинстве случаев наблюдений выявлены кровотечения в желудке у 225 (43,3%) больных, преимущественно они располагались в теле желудка - 73% из 225 больных. Источником кровотечения явился эрозивно-геморрагический гастрит.

Зависимость от локализации язвы и эрозии желудка ЖКТ статистически незначима ($p=0,9449$). Была выявle-

на связь между кровотечением и локализацией язвы и эрозии верхнего отдела ЖКТ ($p=0,001$).

Из анамнеза заболевания больных с диагнозом «Желудочно-кишечное кровотечение», поступивших в ПИТ ПО, выяснено, что у 125 (24%) пациентов присутствовал язвенный анамнез и больные принимали лекарственные препараты, которые могут вызвать ЖКК.

Результаты полученных исследований по показателям анкетных данных МКСБ (клинические данные)

Эффективность ЭФГДС в диагностике кровотечений зависит от времени начала исследования – чем раньше от начала возникновения кровотечения проведено исследование, тем быстрее определяется тактика лечения и тем больше возможностей для благоприятного прогноза заболевания.

Ретроспективный анализ клинических данных больных с ЖКК за период 2015-2017 гг. показал, что при проведении эндоскопического исследования (по классификации Forrest) активности и стадии патологического процесса в большинстве случаев кровотечения отвечали критериями FIIb, FIIc, FIII (82,1%), что на 64,3% больше по сравнению с FIIa, FIIb, FIIa. Это значит, что в 17,8% случаев больных с ГДК прооперировали в стадии активного процесса кровотечения. Рецидив кровотечения развился у 1,1% больных, летальность в стационаре составила 1,3%. Развитие осложнений связано с обострением хронических сопутствующих заболеваний, которые в дальнейшем способствовали развитию полиорганной недостаточности и привели к смерти больных.

Почти у всех больных с ЖКК при поступлении в ПИТ ПО за период 2015-2017 гг. имели место хронические сопутствующие заболевания. Наиболее часто наблюдались болезни органов дыхания - у 125 (24,3%) из 514 больных. По одному хроническому заболеванию имели 160 (31,1%) больных, различные сочетания двух заболеваний - 311 (60,5%) больных, трех заболеваний - 43 (8,3%) больных.

Результаты сравнительного ретроспективного анализа летальности больных с ЖКК при оказании экстренной медицинской помощи в зависимости от сроков госпитализации после начала заболевания в ПО ПИТ ЦГКБ г. Алматы по данным МКСБ за период 2015-2017 гг. показали:

В основной группе (2017 г.) проводилось лечение на основе СОП ведения больных с гастродуоденальным кровотечением при поступлении в палату интенсивной терапии приемного отделения или в ОРИТ, разработанного в соответствии с приказом МЗСР РК «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи» от 29 сентября 2015 года №761 [6], на основании современных литературных данных и практического опыта врачей.

В контрольной группе №1 (2015 г.) всего госпитализировано в стационар 187 больных, из них в первые сутки от начала заболевания 133 больных. У 119 больных не проводилось оперативное вмешательство, из них 2 пациента умерли. У 14 больных проведена операция по жизненным показаниям, и летальных исходов в послеоперационном периоде не отмечалось. У пациентов, которые поступили в первые сутки от начала заболевания, летальность составила 1,5%.

На вторые сутки от начала заболевания в стационар по-

ступило 54 пациента, из них 33 больным не проводилась операция и у 21 больного проведены операции, двое больных из прооперированных умерли. Следовательно, летальность пациентов, доставленных в стационар на вторые сутки от начала заболевания, составила 3,7%.

В контрольной группе №2 (2016 г.) 150 больных всего госпитализированы в стационар, из них в первые сутки от начала заболевания доставлено 128 больных. У 117 пациентов не проводилось оперативное вмешательство, из них умер один пациент. Проведена операция по жизненным показаниям 11 больным, и летальных исходов в послеоперационном периоде не отмечалось. Летальность среди пациентов, поступивших в стационар в первые сутки от начала заболевания, составила 0,85%.

33 пациента поступили в стационар на вторые сутки от начала заболевания, из них 28 больным не проводилась операция. 5 больным проведена операция, из них один умер. Летальность среди пациентов, поступивших в стационар на вторые сутки от начала заболевания, составила 3,03%.

В основной группе (2017 г.) – 184 больных всего доставлено в стационар в первые сутки от начала заболевания, из них 142 пациентам не проводилось оперативное вмешательство, летальных исходов не отмечалось. Проведена операция по жизненным показаниям 42 больным, из которых один пациент умер. Летальность среди пациентов основной группы, доставленных в стационар в первые сутки от начала заболевания, составила 0,54%.

В основной группе не поступало больных на вторые сутки от начала заболевания. Увеличение пребывания в стационаре и летальность во всех группах были связаны с присоединением полиорганной недостаточности у больных с ЖКК на фоне ранее выявленных хронических терапевтических патологий.

Летальность больных с ЖКК в зависимости от сроков госпитализации незначимо ($p=0,3616$). Риск умереть в первые сутки госпитализации 1,2%, а на вторые сутки 3,44%, т.е. на 3 раза выше, чем первые сутки [7].

Удельный вес показателей инцидентности (заболеваемости) больных с желудочно-кишечными кровотечениями, поступивших в ПО ПИТ ЦГКБ г. Алматы в 2015 г., составил 36% случаев, в 2016 г. – 29% и в 2017 г. – 35% от общего числа пациентов за период 2015-2017 гг. В основной группе (2017 г.) доля больных с ЖКК, поступивших на первые сутки от начала заболевания, составила 100% случаев. Для сравнения - в контрольных группах в 2016 г. этот показатель составил 78%, в 2015 г. – 71% [7].

На основании этих данных сделали вывод, что применение СОП в 2017 г. позволило контролировать качество оказания медицинских услуг и повысить оперативность и точность в оказании экстренной медицинской помощи больным, поступившим на первые сутки от начала заболевания (исключая позднюю диагностику на вторые сутки и более), что способствует устранению выявленных дефектов медицинских услуг и повышению качества оказания экстренной медицинской помощи в ПИТ ПО.

На рисунке 1 показано, что при сравнительном анализе данных больных, поступивших в ПО ПИТ г. Алматы в 2015 году в первые сутки от начала заболевания, летальность составила 1,5%, что в 2,46 раза меньше по сравне-

нию с летальностью, имевшей место среди пациентов, поступивших на вторые сутки от начала заболевания, – 3,7%. В 2016 году летальность среди пациентов, поступивших в первые сутки от начала заболевания, составляла 0,85%, что в 3,56 раза меньше по сравнению с летальностью на вторые сутки – 3,03% [7].

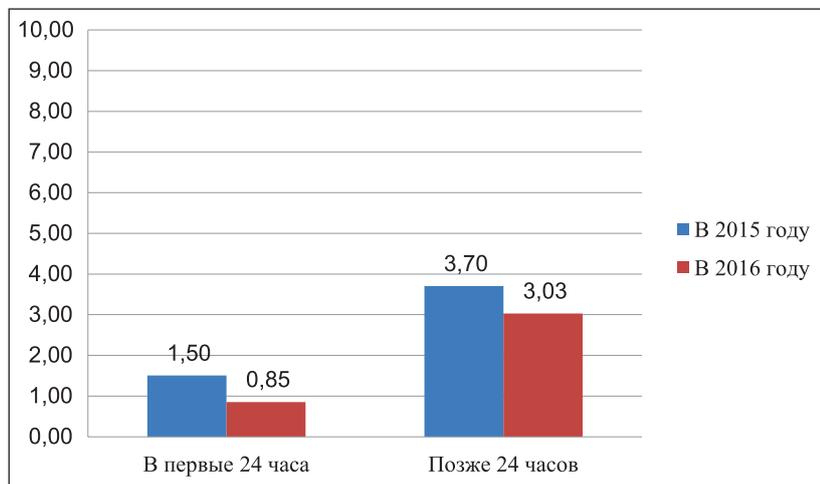


Рисунок 1 – Сравнительный анализ летальности больных контрольных групп с ЖКК, госпитализированных на первые и вторые сутки от начала заболевания

На рисунке 2 представлен сравнительный анализ данных больных, поступивших в ПО ПИТ г. Алматы за период 2015-2017 гг. В основной группе (2017 г.) уровень летальности ниже в 3,9 раза по сравнению с контрольной группой №1 (2015 г.) и в 2,5 раза по сравнению с контрольной группой №2 (2016 г.) [7].

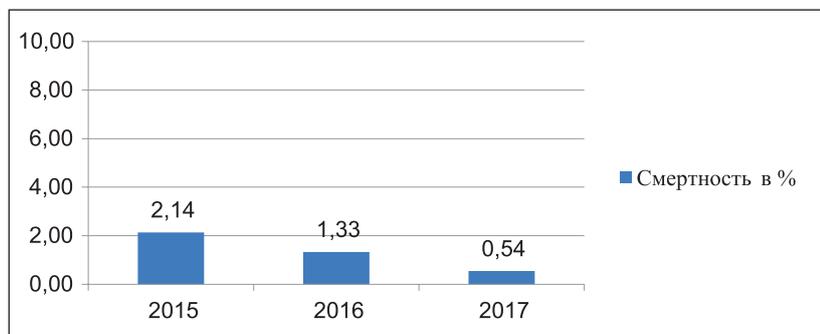


Рисунок 2 – Сравнительный анализ летальности больных с ЖКК, поступивших в ПО ПИТ г. Алматы за период 2015-2017 гг.

По литературным данным, общая летальность ЖКК после экстренных операций составляет 23,0-23,6%, в том числе 29,0% - при рецидивах кровотечений [8].

Анализируя полученные нами практические данные, приведенные в настоящей статье, можно сделать вывод, что применение СОП по нозологии является в настоящее время актуальными и полезным при оказании экстренной медицинской помощи реанимационным больным. Статистические данные свидетельствуют о преимуществе использования СОП по сравнению с применяемыми в сегодняшний день методическими рекомендациями в практическом здравоохранении РК. Результаты сравни-

тельного анализа данных поступивших больных свидетельствуют о снижении уровня смертности в urgentной клинике в 2017 году на 0,79% (по сравнению с 2016 годом) и на 1,6% (по сравнению с 2015 годом) при применении СОП нозологии [7].

Летальность от ЖКК, по данным ведущих хирургических стационаров, находилась в пределах 10-30% (Россия), 6-10% (США), 4-10% (Великобритания) [8, 9].

Установлено, что операции, выполненные по поводу продолжающегося кровотечения, сопровождаются наибольшей летальностью. Очевидно, что повторные кровотечения, возникающие на фоне имеющейся анемии, наиболее неблагоприятны для ближайшего прогноза.

Экспертиза выявленных дефектов оказания экстренной медицинской помощи

При анализе данных МКСБ (2015-2017 гг.) выявлены 1172 несоответствия качества оказания медицинской помощи в 521 МКСБ по восьми показателям.

Анализ частоты выявления в МКСБ несоответствий качества оказания экстренной медицинской помощи больным с ЖКК в зависимости от организационных и клинических данных, показал, что дефекты оказания медицинских услуг в большинстве случаев имели место в некачественном ведении медицинской документации у 336 (28,6%) из 1172, в некачественном - не в полном объеме и необоснованном проведении лечебных мероприятий – 237 (20,2%) и в недостаточной полноте и обоснованности проведения диагностических исследований - 227 (19,3%). Реже в МКСБ встречались дефекты - некачественная организация проведения переливания компонентов крови у 19 (1,6%) из 1172, также некачественный сбор анамнеза у 38 (3,2%), несвоевременность и недостаточная обоснованность выставленного клинического диагноза с учетом результатов проведенных исследований – 42 (3,5%).

Результаты сравнительного ретроспективного анализа данных МКСБ с диагнозом «ЖКК» ЦГКБ г. Алматы за период 2015-2017 гг. свидетельствуют о снижении уровня показателей несоответствия оказания медицинской помощи в 2017 г. на 12,6% (по сравнению с 2016 г.) и на 19,5% (по сравнению с 2015 г.) при применении СОП ведения больных с гастродуоденальным кровотечением и СОП - осмотр реаниматолога при поступлении в ПИТ ПО.

На основании проведенного анализа выявленных дефектов оказания экстренной медицинской помощи в ПИТ ПО можно сделать вывод, что эти несоответствия не являлись критичными в отношении результативности лечения

больных, но ухудшали в целом показатели работы клиники при нарушении требований к стандартам, утвержденным НЦЭС, вследствие чего клиника подвергалась штрафным санкциям со стороны Комитета контроля медицинской деятельности (ККМДФ). Так, в начале 2017 г. предъявлялись штрафные санкции в размере 21 млн. тг ежемесячно, а к концу 2017 г. – 3 млн. тг. Уменьшение штрафных санкций к концу 2017 г. связано с деятельностью внутреннего аудита по внедрению и адаптации СОП, в течение года проводился систематический мониторинг выявленных дефектов и устранялись причины возникновения этих несоответствий на уровне клиники, исправлялись выявленные недостатки.

Социологические показатели

Немаловажным показателем качества работы ПИТ ПО является удовлетворенность самих пациентов качеством оказанной медицинской помощи. Для выяснения оценки пациентами качества оказанных медицинских услуг в 2018 г. проведен социологический опрос 43 больных с ЖКК, получивших медицинскую помощь в соответствии с СОП, обратившихся за медицинской помощью в ПИТ ПО ЦГКБ г. Алматы.

Все респонденты, которые были госпитализированы в стационар по экстренным показаниям, были разделены на 2 группы. 1 группа – это больные с ЖКК, которые после проведения диагностических мероприятий немедленно переводились в операционный блок с целью проведения гемостаза. 2 группа – это больные с ЖКК, которым после проведения диагностических мероприятий проводилось консервативное лечение в зависимости от тяжести состояния в условиях ПИТ ПО или ОРИТ, или профильного отделения.

Возраст больных колеблется от 16 до 80 лет, из них: женщин – 20 (46,5%), мужчин – 23 (53,5%). Существенных статистических различий по возрасту и полу между двумя группами не выявлено.

Анкета состояла из 5 вопросов, включающих вопросы о пути поступления в клинику, об удовлетворенности организацией работы палаты интенсивной терапии приемного отделения. Все респонденты заполняли анкету анонимно, самостоятельно, без присутствия медицинского персонала.

При проведении социологического опроса установлено, что 97,6% больных с ЖКК были удовлетворены своевременностью и качеством оказания медицинской помощи в ПИТ ПО. Подавляющее большинство опрошенных придерживается мнения, что помощь была оказана своевременно и качественно.

Причины, которые мешают улучшению качества работы в ПИТ ПО, проводимой согласно стандарту операционной процедуры (СОП), выявленные при анкетировании:

- 42,2% - недостаточное оснащение лекарственными средствами, медтехникой, изделиями медицинского назначения;
- 38,5% - недостаточное количество медперсонала;
- 19,3% - нехватка времени у врачей.

Пациент, проявивший недовольство работой палаты интенсивной терапии приемного отделения (2,3%), имеет возраст старше 50 лет и относится ко 2 группе исследо-

вания - проведение необходимых диагностических манипуляций на фоне исходного тяжелого состояния основной патологии при поступлении в стационар в сочетании с обострением хронической терапевтической патологии тяжело переносится с учетом возраста. И недовольство было вызвано болезненными (неприятными) для пациента диагностическими мероприятиями.

Определение экономической эффективности СОП

Стандарты, внедряемые в работу медицинских организаций, позволяют не только улучшить клиническую эффективность, но и могут способствовать повышению экономической эффективности [10].

Изложенные в статье результаты доказывают клинические преимущества разработки и внедрения СОПов, также незначительно повышается экономическая эффективность. При последовательном и грамотном выполнении внедренных СОП происходит оптимизация работы ПИТ ПО (например, устраняются полипрагмазия ассоциированных осложнений и гипердиагностика, сокращается время на оформление документации, исключается субъективный фактор при принятии клинических решений и ускоряется процесс работы, повышается качество и уменьшаются дефекты оказания экстренной медицинской помощи). Такая оптимизация работы ПИТ ПО проводилась в течение одного года (2017 г.) и за это время проявилась незначительная экономическая выгода для бюджета клиники, но в будущем последовательно работая в данном направлении, можно достигнуть более высоких результатов. К примеру, затраты на одного больного с ЖКК за один койко-день уменьшились. В дальнейшем, прилагая усилия к тому, чтобы уменьшить общее количество койко-дней, можно добиться более ощутимого экономического эффекта.

Как уже было изложено выше, клинические эффекты между контрольными и основной группами заметно отличались. Основными отличиями, которые могли отразиться на экономической эффективности, являлись сроки доставки от начала заболевания, изменение длительности пребывания больных в стационаре, послеоперационные осложнения, количество расходов на содержание реанимационных больных в стационаре.

При оказании медицинской помощи в стационаре проводится контроль качества медицинских услуг службой поддержки пациентов, затем статистический отдел стационара вносит данные статистических карт в информационную систему «Электронный регистр стационарных больных» (ИС ЭРСБ), далее Комитет контроля медицинской деятельности и фармации (ККМДФ) МЗ РК проводит повторно контроль качества медицинских услуг, и при выявлении дефектов медицинских услуг назначаются штрафы в виде суммы оплаты и на основании результатов экспертизы производится финансирование оплаты за пролеченный случай [11].

Сравнительный ретроспективный экономический анализ проведен на основе статистических карт национальной программы информационной системы «Электронный регистр стационарных больных» (ИС ЭРСБ) ЦГКБ г. Алматы за период 2015-2017 гг. Регистрация статистических карт в Программе обеспечения ИС ЭРСБ проводится через Портал, для входа в который необходимо наличие про-

граммной платформы Microsoft Silverlight (через веб-браузеры).

С целью проведения экономического анализа нами проведено ранжирование статистических карт МКСБ пролеченных больных с ЖКК в условиях ОРИТ и отделении хирургии ЦГКБ г. Алматы. Статистическая обработка карт МКСБ проводилась на основе показателей расчета стоимости случаев по клинико-затратным группам с учетом коэффициента затратноёмкости за период 2015-2017 гг. На основании обработки статистических карт и была определена экономическая эффективность внедрения СОП.

Нами было отмечено, что внедрение СОП оказало положительное влияние на экономическую составляющую процесса лечения. Для оптимизации стандартизации лечения в ПИТ ПО или ОРИТ нами определена экономическая эффективность внедрения СОП у больных с ЖКК. Экономическая эффективность выражается в снижении расходов на содержание реанимационных больных в стационаре, а именно – уменьшение расходов на препараты для лечения ассоциированных осложнений, гипердиагностику в клиническом решении и полипрагмазию введения лекарств.

По результатам экономического анализа выявлены следующие изменения в показателях: в 2016 году средняя длительность пребывания одного больного с ЖКК в стационаре 7 койко-дней, в 2017 году этот же показатель равен 9 койко-дням.

Увеличение на 2 койко-дня в 2017 г. связано с поступлением в стационар больных с ЖКК с большим количеством хронических сопутствующих заболеваний, чем в 2016 г., вследствие чего тяжесть состояния развилась до стадии суб(де)компенсации.

Общая средняя стоимость пребывания в стационаре одного больного с ЖКК за весь период лечения также возросла в 2016 г. - 101 088,782 тг, в 2017 г. - 117 901,04 тг, однако стоимость пребывания в стационаре одного пациента с ЖКК за один койко-день уменьшилась на 1 341,14 тг (в 2016 г. было 14 441,254 тг, в 2017 г. стало 13 100,115 тг).

Мы можем наблюдать очевидную тенденцию к уменьшению затрат на одного пациента с ЖКК за один койко-день в стационаре, что несет экономическую выгоду для организации здравоохранения РК и возможность перераспределения бюджета в перспективе.

ЖКК – это один из важных вопросов здравоохранения, требующий внимания для его решения, кроме того, это заболевание является экономической проблемой вследствие существенных затрат на лечение данной патологии. Так, например, в США расходы на лечение больных с язвенными кровотечениями составляют более 2 млрд. долларов в год [12].

В США, по литературным данным [12], курс лечения консервативными методами (эндоскопический гемостаз и гемостатическая терапия), направленный на стабилизацию общего состояния, занимает не менее 10-12 дней, после чего больных с ЖКК при отсутствии осложнений выписывают домой, рекомендуя соблюдать диету, постельный режим и избегать чрезмерных физических нагрузок.

Для сравнения - в РК в 2017 г. это показатель равнялся 9 койко-дням, что на 2-3 дня меньше, чем в США.

Анализ в 2017 г.: экономическая эффективность внедрения СОП у больных с ЖКК в стационаре уменьшилась на 9,28% по сравнению с 2016 г.

В результате анализа затрат выявлено, что общая средняя стоимость пребывания в стационаре больных с ЖКК за весь период лечения составила в 2016 г. - 15 163 317,3 тг в 2017 г. - 21 693 791 тг. Это, помимо объективных факторов (например, поступление более тяжелых больных в 2017 г. по сравнению с 2016 г.), связано с девальвацией, вследствие которой повышались цены на лекарственные препараты и инструментальные методы исследования. Также повышалась вследствие девальвации затратноёмкость каждого пролеченного случая. Стоимость же пребывания в стационаре для пациентов по тарификатору не пересматривалась.

Таким образом, сравнительный клинико-экономический анализ эффективности внедрения СОП показал, что улучшение клинических показателей сопровождается статистически значимым уменьшением финансовых затрат на одного пациента с ЖКК за один койко-день в стационаре: в 2016 г. было затрачено 14 441,254 тг, в 2017 г. - 13 100,115 тг. [7].

Таким образом, в заключение всего вышеизложенного, можно сказать, что в результате апробации СОП ведения больных с гастродуоденальным кровотечением при поступлении в палату интенсивной терапии приемного отделе-

Таблица 1 – Сравнительный анализ общей средней стоимости и длительности пребывания в стационаре больных с ЖКК (без проведения оперативного вмешательства) в ЦГКБ в 2016 и 2017 гг.

Показатели	2016 г. (n=150)	2017 г. (n=184)
Общая средняя стоимость пребывания в стационаре больных с ЖКК за весь период лечения	15 163 317,3 тг	21 693 791 тг
Общая средняя стоимость пребывания в стационаре одного больного с ЖКК за весь период лечения	101 088,782 тг	117 901,04 тг
Общее количество пребывания в стационаре больных с ЖКК, койко-дни	1050	1658
Средняя длительность периода лечения (пребывания в стационаре больного с ЖКК), койко-дни	7	9
Стоимость пребывания в стационаре одного пациента с ЖКК за один койко-день	14 441,254 тг	13 100,115 тг (12243,1 тг с учетом инфляции)

ния или в ОРИТ в условиях ПИТ ПО ЦГКБ г. Алматы у основной группы пациентов получены значимо лучшие показатели качества оказываемых услуг, чем у контрольных групп. Это позволяет предложить разработанный стандарт для использования в практическом здравоохранении при лечении больных с желудочно-кишечным кровотечением в условиях палаты интенсивной терапии приемного покоя.

ВЫВОДЫ

1. Результаты сравнительного ретроспективного анализа летальности больных с ГДК в зависимости от сроков госпитализации после начала заболевания за период 2015-2017 гг. – риск летальных исходов в первые сутки составляет 1,2%, а на вторые сутки – 3,44%, то есть на 3 раза выше, чем первые сутки.

2. Результаты сравнительного ретроспективного анализа данных поступивших больных с желудочно-кишечным кровотечением в палату интенсивной терапии приемного отделения ЦГКБ г. Алматы за период 2015-2017 гг. свидетельствуют о снижении уровня смертности в urgentной клинике в 2017 году на 0,79% (по сравнению с 2016 годом) и на 1,6% (по сравнению с 2015 годом) при применении СОП по конкретной нозологии (ЖКК).

3. Внедрение СОП в 2017 г. способствовало улучшению клинических показателей и уменьшению финансовых затрат на одного пациента с ГДК за один койко-день в стационаре на 1 341,14 тг по сравнению с контрольной группой 2016 г., несмотря на повышение средней продолжительности пребывания одного больного в стационаре на 2 койко-дня.

4. Применение СОП с 2017 г. в ЦГКБ позволяет контролировать качество оказания медицинских услуг и повысить оперативность и точность в оказании экстренной медицинской помощи больным, поступившим на первые сутки от начала заболевания, что способствует устранению выявленных дефектов медицинских услуг и повышению качества оказания экстренной медицинской помощи в ПИТ ПО.

5. Ранняя диагностика ЖКК, выполняемая в соответствии с СОП, приводит к принятию необходимых правильных клинических решений, играет важную роль в профилактике развития угрожающих состояний и проведении интенсивной терапии и экономии времени на оформление документации, а также сокращению продолжительности пребывания в больнице и финансовых затрат из бюджета больницы.

Практические рекомендации

Исходя из непосредственного практического опыта работы в ПИТ ПО и ОРИТ и экспертизы качества оказания

экстренной медицинской помощи, нами сделаны **выводы** о несомненной пользе и необходимости внедрения Стандартов в повседневной работе практикующих врачей-реаниматологов. Внедренные СОП на практике показали, что они повышают клиническую эффективность работы ПИТ ПО и ОРИТ, что подтверждено статистической обработкой результатов, приведенных в данной работе. СОПы систематизируют и тем самым облегчают выполнение необходимых обязательных процедур, позволяют соблюдать необходимые временные рамки, что крайне важно для работы реанимации.

Вышеприведенная информация свидетельствует о правильности и необходимости внедрения СОП в медицинских учреждениях в широком масштабе.

Вкратце, обобщая преимущества ведения СОП:

1. Применение «СОП – осмотр реаниматолога» и «СОП ведения больного с ЖКК при поступлении в ПИТ ПО» в urgentных клиниках позволяет повысить оперативность и точность в оказании экстренной медицинской помощи, сократить время, затрачиваемое на оформление необходимой документации, повысить качество и уменьшить дефекты оказания экстренной медицинской помощи.

2. СОП является «подсказкой» для принятия решений в критических ситуациях, особенно для молодых специалистов, способствует уменьшению субъективного фактора в принятии тактики лечения больного.

3. Использование СОП позволяет контролировать исполнение медперсоналом необходимых действий, указанных в СОП.

4. СОП определяет временные рамки на проведение каждого этапа процедур, вследствие этого больные, поступающие в ПИТ ПО, не задерживаются дольше отведенного СОПом времени и после решения дальнейшей тактики без задержек переводятся либо в оперблок, либо в профильные отделения, либо в ОРИТ для дальнейшего лечения.

5. Разработанные предложения по оптимизации осмотра реаниматолога и ведению больных с гастроудоденальным кровотечением в ПИТ ПО могут быть представлены в качестве рекомендаций для широкого применения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Автор не получал гонорар за статью.

Конфликт интересов

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Приказ МЗ РК от 16 октября 2017 года № 763 «Об утверждении Стандарта организации оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в Республике Казахстан». <https://www.pharm.reviews/dokumenty/item/2538-prikaz-ministra-zdravookhraneniya-respubliki-kazakhstan-ot-16-oktyabrya-2017-goda-763>

2 Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана 31.01.2017 «Третья модернизация

REFERENCES

1 Order of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan dated October 16, 2017 No. 763 "On approval of the Standard for organizing the provision of anesthesia and resuscitation assistance in the Republic of Kazakhstan". Available from: <https://www.pharm.reviews/dokumenty/item/2538-prikaz-ministra-zdravookhraneniya-respubliki-kazakhstan-ot-16-oktyabrya-2017-goda-763>

2 Message of the President of the Republic of Kazakhstan N.A. Nazarbayeva to the people of Kazakhstan 01/31/2017 "The third

ция Казахстана: глобальная конкурентоспособность». http://www.akorda.kz/ru/addresses/addresses_of_president/poslanie-prezidenta-respubliki-kazahstan-nnazarbaeva-narodu-kazahstana-31-yanvarya-2017-g

3 Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы Указ Президента Республики Казахстан от 15.01.2016 №176 Задача 5.7.3. Развитие информационно-коммуникационных технологий. https://tengrinews.kz/zakon/prezident_respubliki_kazahstan/hozyaystvennaya_deyatelnost/id-U1600000176/

4 Международная классификация болезней МКБ-10 © 2012-2018. <https://mkb10.su>

5 Рекомендации, изложенные в NHS EED source – 03 April 2014: Cost-effectiveness analysis: stress ulcer bleeding prophylaxis with proton pump inhibitors, H2 receptor antagonists. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40273-013-0119-5>

6 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи» от 29 сентября 2015 года № 761. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500012204>

7 Батырова А.Н., Чурсин В.В., Оспанова Д.А. и др. Эффективность стандартизации лечения в палате интенсивной терапии приемного отделения // Фармация Казахстана. – 2018. – №7 (204). – С. 11-22

8 Franco M.C., Nakao F.S., Rodrigues R., Maluf-Filho F., Paulo G.A., Libera E.D. Proposal of a clinical care pathway for the management of acute upper gastrointestinal bleeding // *Arq Gastroenterol.* – 2015. – Vol. 52 (4). – P. 283-292. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032015000400007>

9 Gralnek I.M., Dumonceau J.M., Kuipers E.J., et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline // *Endoscopy.* – 2015. – Vol. 47(10). – P. 1-46. doi: 10.1055/s-0034-1393172. Epub 2015 Sep 29. <https://www.esge.com/diagnosis-and-management-of-nonvariceal-upper-gastrointestinal-hemorrhage.html>

10 Малков И.С., Закирова Г.Р., Хамзин И.И., Халилов Х.М. Прогнозирование риска рецидива кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта на современном этапе // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т. 7, прил. 2. – С. 116

11 Мовчан К.А., Глушанко В.С., Плиш А.В. Методики расчетов эффективности медицинских технологий в здравоохранении. Инструкция по применению. МЗ Республики Беларусь, 2003. <http://med.by/methods/pdf/159-1203.pdf>

12 Информационная система «электронный регистр стационарных больных». Руководство. – Астана, 2018

13 Strate L.L., Gralnek I.M. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding // *Am J Gastroenterol.* – 2016. – Vol. 111(4). – P. 459-474. doi: 10.1038/ajg.2016.41. Epub 2016 Mar 1. <http://gi.org/guideline/management-of-patients-with-acute-lower-gastrointestinal-bleeding>

modernization of Kazakhstan: global competitiveness". Available from: http://www.akorda.kz/ru/addresses/addresses_of_president/poslanie-prezidenta-respubliki-kazahstan-nnazarbaeva-narodu-kazahstana-31-yanvarya-2017-g

3 State Program for the Development of Healthcare "Densaulyk" for 2016-2019 Decree of the President of the Republic of Kazakhstan of January 15, 2016 No. 176 Task 5.7.3. The development of information and communication technologies. Available from: https://tengrinews.kz/zakon/prezident_respubliki_kazahstan/hozyaystvennaya_deyatelnost/id-U1600000176/

4 International Classification of Diseases ICD-10 © 2012-2018. Available from: <https://mkb10.su>

5 Recommendations set forth in NHS EED source - 03 April 2014: Ulcer bleeding prophylaxis with proton pump inhibitors, H2 receptor antagonists. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40273-013-0119-5>

6 Order of the Minister of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan "On Approval of the Rules for Inpatient Care" dated September 29, 2015 No. 761. Available from: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500012204>

7 Batyrova AN, Chursin VV, Ospanova DA, et al. Efficiency of standardization of treatment in the intensive care unit of the admission department. *Farmatsiya Kazakhstana = Pharmacy of Kazakhstan.* 2018;7(204):11-22 (In Russ.)

8 Franco MC, Nakao FS, Rodrigues R, Maluf-Filho F, Paulo GA, Libera ED. Proposal of a clinical care pathway for the management of acute upper gastrointestinal bleeding. *Arq Gastroenterol.* 2015;52(4):283-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032015000400007>

9 Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2015;47(10):1-46. doi: 10.1055/s-0034-1393172. Epub 2015 Sep 29. <https://www.esge.com/diagnosis-and-management-of-nonvariceal-upper-gastrointestinal-hemorrhage.html>

10 Malkov IS, Zakirova GR, Khamzin II, Khalilov KhM. Predicting the risk of recurrent bleeding from the upper gastrointestinal tract at the present stage. *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny = Vestnik of modern clinical medicine.* 2014;7(2):116 (In Russ.)

11 Movchan KA, Glushanko VS, Plish AV. *Metodiki raschetov effektivnosti meditsinskikh tekhnologiy v zdravookhraneni. Instruksiya po primeneniyu. MZ Respubliki Belarus'* [Methods of calculating the effectiveness of medical technology in health care. Instructions for use. Ministry of Health of the Republic of Belarus]. 2003. Available from: <http://med.by/methods/pdf/159-1203.pdf>

12 *Informatsionnaya sistema «elektronnyy registr stacionarnykh bol'nykh». Rukovodstvo* [Information system "electronic register of inpatients". Manual]. Astana; 2018

13 Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2016;111(4):459-74. doi: 10.1038/ajg.2016.41. Epub 2016 Mar 1. Available from: <http://gi.org/guideline/management-of-patients-with-acute-lower-gastrointestinal-bleeding/>