

УДК 614.2

Д.Н. НУРЛАН

АО «Центральная клиническая больница» г. Алматы, Республика Казахстан

Е.Л. СТЕПКИНА

Научный руководитель к.фарм.н., проректор КМУ «ВШОЗ» г. Алматы, Республика Казахстан

e.stepkina@mail.ru

+7 777 224 0341

МОНИТОРИНГ ОТКАЗОВ В ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТАМ, ОБРАТИВШИМСЯ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ АО «ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Резюме. В данной статье представлены количественно-качественные характеристики сравнительного анализа причин отказов в госпитализации плановым и экстренным пациентам. Отражена работа кардиологической службы «Команда сердца» и параклинических подразделений многопрофильного стационара при поступлении пациентов с подозрением на острый коронарный синдром (далее – ОКС), важность своевременной дифференциальной диагностики и выбора дальнейшей тактики ведения больного. Отражены дефекты в дифференциальной диагностике и оказании медицинской помощи пациентам, нуждающимся в плановой и экстренной госпитализации, на уровне структур первичной медико-санитарной помощи. Представлены данные по количеству и причинам отказов в плановой госпитализации пациентам, направленным по Порталу бюро госпитализации. **Ключевые слова:** приемное отделение, экстренная и плановая госпитализация, дифференциальная диагностика, острый коронарный синдром, экстренная ЧКВ, отказы в госпитализации, первичная медико-санитарная помощь.

Введение

Приемное отделение АО «Центральной клинической больницы» (далее - АО «ЦКБ») является стратегически важным структурным подразделением многопрофильного стационара, оказывающего плановую госпитализацию по порталу Бюро госпитализации (далее – БГ), а также на договорной и платной основе. В АО «ЦКБ» осуществляется госпитализация пациентов хирургического, кардиологического и терапевтического профилей. В листе ожидания на портале БГ зарегистрированы пациенты со всех регионов Республики Казахстан.

Для плановой госпитализации пациенту выдается консультативное заключение специалиста стационара или поликлиники, которое содержит коды МКБ 10 (МКБ 9 при оперативном лечении) и перечень обязательных догоспитальных обследований, в соответствии с требованиями нормативно-правовых актов, регламентирующих порядок и правила оказания плановой стационарной медицинской помощи в Республике Казахстан.

Ежегодно управление общественного здоровья г. Алматы издает распорядительный документ, регламентирующий экстренную госпитализацию пациентов, нуждающихся в скорой неотложной медицинской помощи. В АО «ЦКБ» госпитализировались пациенты с различных районов южного мегаполиса, в 2015 г. – пациенты, проживающие в Алмалинском районе, в 2017 г. – пациенты, проживающие в Жетысуском районе, с 2018 года – в Медесуском районе. В АО «ЦКБ» осуществляется экстренная госпитализация пациентов только с ОКС.

ОКС является предварительным диагнозом, который устанавливается проведением анализа кардиоспецифических ферментов и регистрацией электрокардиограммы (далее – ЭКГ). Термин возник в связи с необходимостью выбора клинической тактики при urgentных состояниях, не дожидаясь постановки окончательного диагноза. ОКС и его осложнения занимают первое место (около 48%) среди всех причин смертности взрослого населения.

В кардиологии используется классификация, которая учитывает ЭКГ проявления коронарного синдрома, согласно которой выделяют 2 формы коронарного синдрома:

- ОКС с подъемом ST (ОКСП ST). При данной форме отмечается стойкая ишемия и полная окклюзия (закрытие просвета) одной из венечных артерий. Состояние соответствует окончательному диагнозу «инфаркт миокарда». Подъем ST выше изолинии на ЭКГ — прогностически неблагоприятный диагностический признак;

- ОКС без подъема ST (ОКСБП ST). У таких пациентов начинаются ишемические процессы в миокарде при сохраненном кровотоке в коронарных сосудах. На ЭКГ зачастую определяются патологические изменения зубца Т. Такой диагноз соответствует нестабильной стенокардии либо мелкоочаговому инфаркту миокарда без зубца Q.

Физикальное обследование необходимо для исключения внесердечных причин боли и кардиальных патологий не ишемического происхождения. Для дифференцировки разных вариан-

Таблица 1 - Распределение госпитализированных пациентов Медеуского района по нозологиям

№ п/п	нозология	2018 г.	2019 г.	2020 г.	отклонение
1	ОКС с подъемом ST	93	104	78	-1 случай
2	ОКС без подъема ST	232	243	149	-24%
3	Инфаркт миокарда с зубцом Q	18	7	17	+в 2 раза
4	Инфаркт миокарда без зубца Q	6	2	10	+в 5 раз
5	СССУ (по жизненным показаниям)		1	-	-
6	Кома гипергликемическая (по жизненным показаниям)		1	-	-
7	ТЭЛА (по жизненным показаниям)	1	2	6	+в 6 раз
8	в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии	216	168	12	-4 случая
9	в Интервенционную лабораторию из приемного отделения	219	194	180	+8 случаев
10	ВСЕГО	350	360	260	-9%

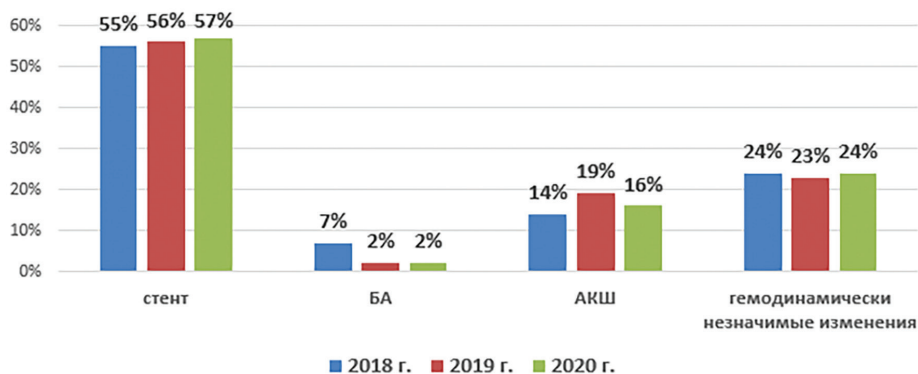
Таблица 2 - По сроку госпитализации больных с ОКС от начала заболевания

№ п/п	время от начала заболевания	2018 г.	2019 г.	2020 г.	отклонение
1	Первые 2 часа	38	83	30	-51%
2	Первые 2-6 часов	166	163	149	+17%
3	В течение 6-24 часов	104	78	51	-24%
4	Позже 24 часов	42	36	30	+2 случая
5	ВСЕГО	350	360	260	-9%

Таблица 3 - Мониторинг пациентов Медеуского района, нуждавшихся в ЧКВ по решению Команды сердца

№ п/п	ЧКВ	2018 г.	2019	2020 г.
1	Экстренное ЧКВ	219	232	180
2	Отсроченное КАГ	55	49	19
3	КАГ не проведено в период госпитализации	76	75	55
4	Показано ЧКВ всего	350	356	254

Таблица 4 - Медицинская помощь, оказанная пациентам с подозрением на ОКС, нуждающихся в экстренном ЧКВ



Медицинская помощь, оказанная пациентам с подозрением на ОКС, нуждающихся в отсроченном КАГ

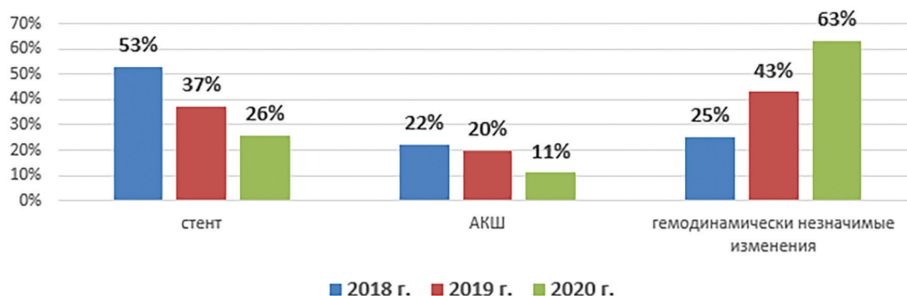


Таблица 5 - Причины по которым пациентам с подозрением на ОКС не проведена КАГ

№ п/п	КАГ не проведено в период госпитализации	2018 г.	2019 г.	2020 г.
1	Отказ пациента	15%	40%	45%
2	Противопоказания	64%	55%	27%
3	Не нуждалось (по данным Холтер-мониторирования и кардиотестов)	21%	5%	27%
4	всего	76	75	55

Мониторинг отказов в госпитализации пациентам с подозрением на ОКС

№ п/п	причина отказа	2018 г.	2019 г.	2020 г.	отклонение
1	нет показаний для экстренной госпитализации	299	170	182	+7%
2	непрофильный, направлен в другой стационар	16	131	63	- в 2 раза
3	письменный отказ пациента	2	20	41	+ в 2 раза
4	направлен в другой стационар	1	0	0	-
5	ВСЕГО	318	321	286	-11%

Плановая госпитализация

Показатели госпитализации плановых пациентов по Порталу бюро госпитализаций

№ п/п	показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	отклонение
1	Число госпитализированных пациентов	2052	2100	835	-49%
2	Число снятых с госпитализации по ПБГ	154 (25)	150 (21)	64 (5)	-43% (-в 3 раза)

Причины снятия с портала БГ и число пациентов, направленных на стационарное лечение и снятых с Листа ожидания ПБГ

№ п/п	причины	2018 г.		2019 г.		2020 г.		отклонение	
		АО «ЦКБ»	другие МО	АО «ЦКБ»	другие МО	АО «ЦКБ»	другие МО	АО «ЦКБ»	другие МО
1	несоответствие направления профилю госпитализации	-	4	-	-	-	-	-	-
2	ошибки при вводе данных пациента на Портал БГ	9	1	4	1	13	1	+ в 3 раза	-
3	госпитализировано экстренно за период ожидания	15	2	13	-	2	-	-в 6 раз	-
4	не явились на госпитализацию	-	12	-	4	-	1	-	- в 4 раза
5	наличие противопоказаний для плановой госпитализации	30	4	20	3	4	-	- в 5 раз	-
6	письменный отказ пациента от госпитализации	73	2	62	1	36	-	-в 2 раза	-
7	смерть пациента на догоспитальном этапе	1	-	-	-	-	-	-	-
8	Случаи, не зависящие от процедуры госпитализации	1	-	-	5	4	3 (2 выделена адм. квота 1 неверный код операции)	-	- 2 случая
9	не проведен минимум догоспитальных обследований	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Общее число отказов	129	25	99	14	59	5	- 40%	- в 3 раза

тов коронарного синдрома и выбора лечебной тактики проводятся основные исследования:

- **Электрокардиография.** «Золотым стандартом» диагностики считается регистрация ЭКГ в течение 10 минут от начала острого приступа. Для коронарного синдрома характерна элевация ST более 0,2-0,25 мВ либо его депрессия в грудных отведениях. Первый признак ишемии миокарда — остроконечный высокий зубец Т.
- **Биохимические маркеры.** Чтобы исключить инфаркт, анализируется содержание кардиоспецифических энзимов — тропо-

минов I и Т, креатинфосфокиназы-МВ. Наиболее ранним маркером является миоглобин, который повышается уже в первые часы заболевания.

- **ЭхоКГ** выполняют для измерения фракции выброса левого желудочка и визуализации магистральных сосудов.
- **Коронарная ангиография.** Инвазивный метод исследования венечных сосудов используется после выявления подъема сегмента ST на кардиограмме. Коронарография применяется на этапе подготовки к реваскуляризации пораженной тромбом артерии.

Цель работы

Дать клиническую характеристику деятельности медицинских организаций звена первичной медико-санитарной помощи при оказании медицинской помощи пациентам, нуждающимся в плановой госпитализации. Проанализировать взаимосвязь сокращения числа непрофильных обращений пациентов и снижение уровня нагрузки на медицинский персонал приемного отделения. Оценить дифференциальную диагностику на этапе скорой неотложной медицинской помощи при госпитализации пациентов с подозрением на ОКС в стационар.

Методы и материалы исследования

В рамках данной работы были проанализированы результаты количественно-качественного мониторинга направлений и отказов в госпитализации пациентам, доставленным в приемное отделение АО «ЦКБ» с подозрением на острый коронарный синдром за период с 2018 по 2020 годы.

Приемное отделение АО «ЦКБ» круглосуточно готово к оказанию квалифицированной медицинской помощи пациентам, направляемым как по portalу БГ, так и доставленным транспортом скорой неотложной медицинской помощи с подозрением на ОКС.

Для своевременного оперативного оказания квалифицированной медицинской помощи пациентам с подозрением на ОКС создана группа кардиологической помощи «Команда сердца». В команду входят: врач-кардиолог, врач интервенционной кардиологии, врач функциональной диагностики, врач-реаниматолог, при необходимости врач-кардиохирург.

В приемном отделении развернута палата динамического наблюдения за пациентами с подозрением на ОКС, оснащенная кардиомониторами, кислородом, функциональными кроватями, медицинским оборудованием для оказания экстренной и неотложной помощи, а также созданы условия для подготовки больного к экстремному чрескожному коронарному вмешательству (далее – ЧКВ).

Работают ангиографические лаборатории, клиническая экспресс-лаборатория, кардиологическая функциональная диагностика, в режиме готовности палаты интенсивной терапии и реанимации. Персонал приемного отделения обучен правилам и алгоритмам оказания медицинской помощи при ОКС, врачи-эксперты службы внутреннего аудита ежемесячно проводят экспертизу соблюдения требований клинических протоколов по диагностике и дифференциальной диагностике ОКС на уровне приемного отделения.

В приемном отделении с 2015 г. функционирует фальтритризатор с отрицательным давлением, предназначенный для медицинского осмотра и взятия биоматериала в случае подозрения у экстренного пациента инфекционной патологии. Все пациенты вне зависимости от вида госпитализации (в экстренном порядке или плановом) проходят процедуру триажа, в ходе которого проводится инфекционный скрининг.

В связи с пандемией коронавирусной инфекции (далее – КВИ) пациентов, госпитализированных в экстренном порядке с подозрением на ОКС, инфекционный статус которых не известен, осмотр и обследование проводится в красной зоне приемного отделения, где имеется палата-изолятор.

В красной зоне производится прием экстренных пациентов, больных с неизвестным или сомнительным инфекционным

статусом. Пациенты находятся в фальтритризаторе, где проводится первичный инфекционный скрининг, осмотр и взятие биоматериала для проведения лабораторных анализов (включая ИФА и ПЦР на КВИ). Персонал, работающий в красной зоне обучен требованиям противоэпидемического режима и практике надлежащего использования СИЗ. Обеспечен выход из красной зоны в чистую через шлюз с комнатой для обработки и снятия СИЗ, душевой кабиной и санитарным узлом.

В зеленой зоне осуществляется прием пациентов с наличием догоспитальных обследований и отрицательным инфекционным статусом, со строгим соблюдением мер инфекционной безопасности при проведении инфекционного скрининга (масочный режим, соблюдение социального дистанцирования, гигиена рук).

С целью оценки причин отказов в госпитализации экстренных и плановых пациентов была проанализирована медицинская документация, как регламентированная нормативно-правовыми актами министерства здравоохранения Республики Казахстан, так и утвержденные внутренние формы, используемые в соответствии с требованиями стандартов международной аккредитации JCI.

Результаты и их обсуждение

Сравнительные данные по количеству обращений пациентов в приемное отделение с подозрением на острый коронарный синдром, проанализированы по нозологии (таблица 1), времени от начала заболевания (таблица 2), необходимости ЧКВ (таблица 3), оказанному объему медицинской помощи (таблица 4), причинам отказа от госпитализации (таблица 5).

За сравнительный период отмечается снижение госпитализации по ОКС Медеуского района (отклонение 9%), добавилось 5 случаев непрофильных госпитализаций (по жизненным показаниям: ТЭЛА).

Уменьшилось число госпитализаций ОКС с подъемом ST (пропорционально снижению общего числа госпитализации, число ОКС без подъема ST уменьшилось (отклонение 24%), повышение количества пациентов доставленных с инфарктом миокарда (по причине позднего обращения).

Увеличилась поздняя госпитализация (позже 24 часов на 2 случая), а также госпитализация в первые 2-6 часов от начала заболевания (отклонение 17%).

Уменьшилось число госпитализированных пациентов по portalу БГ (отклонение составило 49%), что связано с карантинном по КВИ и приостановлением плановой госпитализации.

Выводы

1. Значительно увеличилось, в 7 раз, число пациентов, госпитализированных службой скорой неотложной медицинской помощи, при отсутствии показаний для экстренной госпитализации. Феномен необоснованных вызовов, имеющий место в практике скорой неотложной медицинской помощи является характерным для отечественного здравоохранения негативным явлением. Причины того, что отечественная служба скорой помощи вынуждена выезжать на вызовы, где заведомо в ней нет необходимости, многогранны и подход к их решению должен быть комплексным. Рациональным является введение алгоритмов приема вызовов и обоснованных отка-

зов, организация системы консультаций пациентов и передача вызов с пульта в поликлиники города. Объем медицинской помощи на необоснованные вызовы требует закрепления в медицинских стандартах или особых документах, а показатели необоснованных вызовов могут явиться одним из критериев, характеризующих эффективность работы всех медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи.

2. За проанализированный период времени число отказов в плановой госпитализации планомерно уменьшается, за исключением причины, связанной с ошибкой при вводе данных пациента на Портал БГ, что может свидетельствовать о необходимости совершенствования электронных программ системы здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Необоснованные вызовы скорой медицинской помощи. Липатов В.А. Курский государственный медицинский университет МУЗ ССМП г. Курска 2018 <http://drii.hl.ru>
- 2 Прилучная А.И., Чикинева А.В., Цыцорина И.А. Оценка удовлетворенности населения организацией консультативно-диагностической помощи и госпитализации в стационар // Политравма. - 2011. - № 2. - С. 8-10.
- 3 Кучеренко В. 3, Яковлев Е. П. Стратегия клинического менеджмента как основа повышения качества медицинской помощи и ресурсосбережения. // Probl. upravleniya zdavoohraneniem. — 2002. №2. — С. 24-28.
- 4 Кича Д.И., Фомина А.В., Ликстанов М.И. Роль медико-социального маркетинга в оптимизации деятельности многопрофильного стационара // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2003. -№6.-С.20-23.

SPISOK LITERATURY

- 1 Neobosnovannye vyzovy skoroy medicinskoj pomoshchi. Lipatov V.A. Kurskij gosudarstvennyj medicinskij universitet MUZ SSMP g. Kurska 2018 <http://drii.hl.ru>
- 2 Priluchnaya A.I., Chikineva A.V., Cygorina I.A. Ocenka udovletvorennosti naseleniya organizaciej konsul'tativno-diagnosticheskoj pomoshchi i gospitalizacii v stacionar // Politravma. - 2011. - № 2. - S. 8-10.
- 3 Kucherenko V. 3, Yakovlev E. P. Strategiya klinicheskogo menedzhmenta kak osnova povysheniya kachestva medicinskoj pomoshchi i resursosberezheniya. // Probl. upravleniya zdavoohraneniem. — 2002. №2. — S. 24-28.
- 4 Kicha D.I., Fomina A.B., Likstanov M.I. Rol' mediko-social'nogo marketinga v optimizacii deyatel'nosti mnogoprofil'nogo stacionara //Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny. - 2003. -№6.-S.20-23.

SPISOK LITERATURY

- 1 Neobosnovannye vyzovy skoroy medicinskoj pomoshchi. Lipatov V.A. Kurskij gosudarstvennyj medicinskij universitet MUZ SSMP g. Kurska 2018 <http://drii.hl.ru>
- 2 Priluchnaya A.I., Chikineva A.V., Cygorina I.A. Ocenka udovletvorennosti naseleniya organizaciej konsul'tativno-diagnosticheskoj pomoshchi i gospitalizacii v stacionar // Politravma. - 2011. - № 2. - S. 8-10.
- 3 Kucherenko V. 3, Yakovlev E. P. Strategiya klinicheskogo menedzhmenta kak osnova povysheniya kachestva medicinskoj pomoshchi i resursosberezheniya. // Probl. upravleniya zdavoohraneniem. — 2002. №2. — S. 24-28.
- 4 Kicha D.I., Fomina A.B., Likstanov M.I. Rol' mediko-social'nogo marketinga v optimizacii deyatel'nosti mnogoprofil'nogo stacionara //Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny. - 2003. -№6.-S.20-23.

Д.Н. НУРЛАН – Қазақстан Республикасы, Алматы қ.

«Орталық клиникалық аурухана» АҚ

Е.Л. СТЕПКИНА – Ғылым жетекші Фарм.ғылымдарының кандидаты, проректор КМУ «ҚДЖМ»

«ОРТАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ АУРУХАНА» АҚ ҚАБЫЛДАУ БӨЛІМШЕСІНЕ КӨМЕККЕ ЖҮГІНГЕН ПАЦИЕНТТЕРДІ ШҰҒЫЛ ЖӘНЕ ЖОСПАРЛЫ ЕМДЕУГЕ ЖАТҚЫЗУДАН БАС ТARTUҒА МОНИТОРИНГ

Түйін. Бұл мақалада жоспарлы және шұғыл пациенттерді емдеуге жатқызудан бас тарту себептеріне жүргізілген салыстырмалы талдауының сандық-сапалық сипаттамалары ұсынылды. «Жүрек командасы» кардиологиялық қызметі және жіті коронарлық синдром (бұдан әрі - ЖКС) күдігі бар пациенттер келіп түскен кезде көп сапалы стационардағы параклиникалық бөлімшелер жұмысы, заманауи дифференциаланған диагностика және науқасты бұдан әрі емдеу тәсілдерін таңдау маңыздылығы сипатталады. Дифференциаланған диагностикадағы және алғашқы медициналық-санитариялық көмек құрылымы деңгейінде жоспарлы және шұғыл емдеуге жатқызуды қажет ететін пациенттерге медициналық көмек көрсетудегі кемшіліктер көрсетілді. Емдеуге жатқызу бюросы порталы арқылы жіберілген пациенттерді жоспарлы емдеуге жатқызудан бас тарту саны мен себептері бойынша деректер ұсынылды.

Түйінді сөздер: қабылдау бөлімшесі, шұғыл және жоспарлы емдеуге жатқызу, дифференциаланған диагностика, жіті коронарлық синдром, шұғыл ТКА, емдеуге жатқызудан бас тарту, алғашқы медициналық-санитариялық көмек.

Dinara N. Nurlan – JSC "Central Clinical Hospital"

Yelena L. Stepkina – Scientific advisor Candidate

of pharmaceutical sciences, Vice rector of KNMU «KSPH»
Almaty, The Republic of the Kazakhstan

MONITORING OF REFUSALS IN EMERGENCY AND PLANNED HOSPITALIZATION FOR PATIENTS WHO APPLIED TO THE ADMISSION DEPARTMENT OF JSC "CENTRAL CLINICAL HOSPITAL"

Resume. This article presents the quantitative and qualitative characteristics of a comparative analysis of the reasons for refusal to hospitalize planned and emergency patients. The work of the cardiological service "Team of the Heart" and paraclinical units of a multidisciplinary hospital upon admission of patients with suspected acute coronary syndrome (hereinafter - ACS), the importance of timely differential diagnosis and the choice of further tactics of patient management are reflected. Defects in differential diagnosis and provision of medical care to patients in need of planned and emergency hospitalization are reflected at the level of primary health care structures. The data on the number and reasons of refusals in planned hospitalization to patients referred to the Hospitalization Bureau Portal are presented.

Keywords: admission department, emergency and planned hospitalization, differential diagnosis, acute coronary syndrome, emergency PCI, hospitalization refusals, primary health care.