

Мониторинг эффективности стандартизированной медицинской технологии – отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Чесотка»

Резюме. Цель исследования: оценка эффективности стандартизированных медицинских технологий, регламентированных приказом МЗ РФ от 24 апреля 2004 г. № 162. Представлены результаты мониторинга и оценка эффективности отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Чесотка», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №162 от 24.04.2003 г. Даны конкретные предложения по внесению изменений и дополнений, отражающие работу врачей-дерматовенерологов по протоколу.

Ключевые слова. чесотка; отраслевой стандарт; протокол; мониторинг.

Сырнева Т.А, Корюкина Е.Б. Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии, Екатеринбург
Сырнева Татьяна Анатольевна
620076, г. Екатеринбург, ул. Щербакова, 8,
Тел./факс: 8 (343) 218 33 52. E-mail: orgotdel_2008(\$)mail.nj

Введение

В последние годы начата большая работа по стандартизации практически всех направлений медицинской деятельности. Эта работа необходима, так как устанавливает порядок оказания медицинской помощи, в том числе внутриотраслевых отношений, четкое определение уже имеющихся отраслевых стандартов. Становление системы управления качеством в здравоохранении позволит создать единую систему оказания медицинской помощи населению, базирующуюся на принципах действенного государственного контроля и надзора на всех уровнях ее оказания, а также на основе максимального использования экономических методов управления [1; 2].

В течение 6 лет в Российской Федерации реализуется отраслевой стандарт «Протокол ведения больных чесоткой», утвержденный приказом Минздрава России от 24.04.2003 г. № 162. Однако до настоящего времени не проведено мониторинг выполнения данного документа. Лишь Т.В.Соколовой (2006) обобщено мнение врачей-дерматовенерологов и высказаны ряд аргументированных замечаний, уточняющих и дополняющих ряд положений протокола [3].

Цель исследования — проведение мониторинга отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Чесотка».

Материал и методы исследования

В Свердловской области на протяжении 2008-2009 гг. впервые осуществлен мониторинг эффективности стандартизированных медицинских технологий, регламентированных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 апреля 2003 г. № 162 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокола ведения больных. Чесотка». Инструментом исследования, с помощью которого осуществлялся мониторинг, явилась стандартизированная карта пациента (стандартизированное приложение 3 Протокола ведения больных «Чесотка»).

Группа обследованных пациентов состояла из 250 пациентов, на каждого из которых была составлена карта пациента. В соответствии с требованиями протокола рандомизация пациентов не проводилась. Оценка качества жизни пациентов при выполнении протокола не осуществлялась.

Критериями и признаками, являющимися основанием для включения в протокол, были:

- полиморфные высыпания на коже туловища и конечностей: папулы, везикулы, кровянистые корочки, эрозии, расчесы;
- чесоточные ходы;
- кожный зуд, усиливающийся в ночное время.

В исследование включены стандартизированные карты, заполненные на 97 мужчин (42,8%) 143 женщины (57,2%), получивших амбулаторное

лечение в пяти государственных кожно-венеро-логических диспансерах Свердловской области: г. Екатеринбурге (20%), Нижнем Тагиле (20%), Красноуфимске (20%), Каменск-Уральском (20%), Первоуральске (20%).

Средний возраст пациентов составил $23,4 \pm 5,6$ года.

Наибольший удельный вес составили лица в возрасте 20-29 лет - $24,3 \pm 0,52\%$. Дети (0-14 лет) и подростки (18-19 лет) составили соответственно $16,6 \pm 0,31\%$ и $14,2 \pm 0,41\%$ (табл. 1).

Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики с использованием программ *Biostat* и *Microsoft Excel*. Для анализа динамики изменений и сравнения показателей в вариационных рядах вычисляли среднюю арифметическую величину (M) и стандартную ошибку средней ариф-

Алгоритм и особенности оказания не медикаментозной помощи, в том числе первичный осмотр, сбор анамнеза, осмотр кожи под увеличением, полностью соответствовали нормативному показателю и проводились однократно всем 250 пациентам. Соскоб кожи и микроскопическое исследование были проведены только у $80,0 \pm 0,051\%$ больных,

При мониторинге алгоритмов оказания амбулаторно-поликлинической помощи установлено, что первичный и повторный приемы для проведения клинического осмотра, назначения терапии и контроля эффективности лечения осуществлялись с кратностью $3,3 \pm 0,09$ раза при эталонном показателе, равном пяти осмотрам ($p < 0,001$).

Лечение больных осуществлялось лекарственными препаратами, регламентированными «Протоколом ведения больных. Чесотка» (табл. 2).

Таблица 1
Возрастной состав пациентов, включенных в группу мониторинга

Возраст (лет)	Абсолютное число случаев ($n = 250$)	Удельный вес, % ($M \pm m$)
0-14	42	$16,6 \pm 0,31$
15-17	28	$11,2 \pm 0,29$
18-19	36	$14,2 \pm 0,41$
20-29	61	$24,3 \pm 0,52$
30-39	38	$15,2 \pm 0,34$
40-49	23	$9,2 \pm 0,21$
50-59	14	$5,6 \pm 0,31$
60-69	4	$1,6 \pm 0,23$
Старше 70	4	$1,6 \pm 0,23$
Всего	250	100,0

метической (m). Определение показателей существенной разницы между двумя средними арифметическими и их стандартными ошибками проводили по критерию Стьюдента (t). Для всех проведенных анализов различия считались достоверными при двустороннем уровне значимости $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p = 0,001$, тем самым минимальная достоверность различий составила 95%. Для статистической обработки анкет использовалась специальная версия программы компьютерной обработки и анализа социологической информации *Vortex 6.0*. Результаты статистической обработки данных визуализировались в виде таблиц, графиков и диаграмм.

Результаты исследования

Обследуемая группа в основном представлена следующей моделью пациентов: чесотка острая без осложнений ($78,00 \pm 0,26\%$ больных).

Наиболее часто назначаемым препаратом в лечении чесотки, по данным нашего исследования, явился препарат бензилбензоат ($66,8 \pm 0,56\%$). Однако при его использовании в $22,75 \pm 0,48\%$ случаев (от числа лиц, использовавших этот препарат) наблюдался контактный дерматит. Каких-либо осложнений при проведении терапии аэрозодем «Спрегаль» и эмульсией «Медифокс» зарегистрировано не было. Серная мазь не назначалась ни в одном случае.

Дополнительные лекарственные средства были использованы у $26,8 \pm 0,36\%$ больных (67 человек). Наряду со специфической терапией назначались ан-тигистаминные и седативные препараты, антибиотики (наружные, системные), глюкокортикоидные наружные средства, анилиновые красители.

С целью профилактики «мнемодермии» всем пациентам проводилась психологическая адаптация с кратностью $1,02 \pm 0,3$ раза. В ходе беседы подчеркивалось, что чесотка излечима, рецидивы заболевания нетипичны, а эффективность терапии зависит

Применяемые лекарственные препараты	Число пролеченных пациентов (абс.), $n = 250$	Удельный вес больных, %
«Спрегаль» (аэрозоль)	65	26,0 ± 0,37
«Медифокс» (эмульсия)	18	7,2 ± 0,48
Бензилбензоат (эмульсия, мазь) 10;	167	66,8 ± 0,56
Серная мазь	0	0

Таблица 2
Распределение больных в зависимости от применяемых алгоритмов лечения (по результатам мониторинга)

от соблюдения больным всех назначений врача. Пациентам разъяснялась возможность возникновения постскабиозного зуда и длительного персистирования постскабиозной лимфоплазии. Приводились данные, что эти состояния связаны не с наличием живого возбудителя, а являются результатом аллергической реакции организма на клеща и продукты его жизнедеятельности.

Пациент информировался о том, что данное заболевание не представляет угрозы для жизни, но является заразным кожным заболеванием, представляющим опасность для здоровья окружающих, и требует проведения соответствующих лечебных и противоэпидемических мероприятий.

В соответствии с классификатором исходов выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса зарегистрировано только в 71,6 ± 0,56% случаев при ожидаемом 91% (табл. 3). В ходе исследования зарегистрирована высокая частота развития ятрогенных осложнений у 15,2 ± 0,56% пациентов, входивших в исследуемую группу (при ожидаемом 1%). Восстановление здоровья с частичным нарушением функции органа в виде наличия

постскабиозного зуда зарегистрировано в 10,8 ± 0,56% случаев (при ожидаемых 2%). Отсутствие эффекта от лечения зарегистрировано у 2,4 ± 0,56% пациентов (при ожидаемых 3%) ($p < 0,01$). У данной группы больных использовался препарат бензилбензоат.

Полнота выполнения обязательного перечня лекарственного ассортимента зафиксирована в 100% случаев. Полнота выполнения обязательного перечня немедикаментозной помощи также выполнялась в полном объеме (100%).

Соответствие лечения требованиям протокола по срокам продолжительности терапии и срокам диспансерного наблюдения отмечено только у 76,4 ± 0,41% больных.

В ходе изучения субъективного мнения дерматовенерологов (методом анонимного анкетирования) было выявлено, что в своей медицинской практике для назначения лечения по поводу чесотки дерматовенерологи чаще всего руководствуются монографиями, методическими рекомендациями для врачей (74,9 ± 0,51%). Отраслевой стандарт «Протокол

Исход заболевания	Исследовательская группа больных		Критерии и признаки эффективности терапии	Время достижения исхода
	абс. число ($n = 250$)	удельный вес, % ($M \pm m$)		
Выздоровление с полным восстановлением	176	71,6 ± 0,56	Полное отсутствие зуда и высыпаний	7 дней
Восстановление здоровья с частичным нарушением функции органа	27	10,8 ± 0,34	Отсутствие свежих чесоточных высыпаний, наличие постскабиозного зуда	Через 1 неделю от начала терапии
Отсутствие эффекта	6	2,4 ± 0,31	Сохранение кожного зуда и чесоточных	Через 2 недели от начала
Хронизация	0	0	Сохранение кожного зуда и чесоточных	1,5 месяца
Развитие ятрогенных осложнений	38	15,2 ± 0,43	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, контактного дерматита)	
Всего	250	100,0		

Таблица 3
Данные об исходах заболевания и их характеристика (% от числа больных, участвующих в мониторинге)

ведения больных. Чесотка» используют лишь $73,1 \pm 0,47\%$ специалистов. Врачи общей практики преимущественно используют инструкции по применению лекарственных препаратов (в $95,3 \pm 0,73\%$ случаев). Протокол ведения больных чесоткой этой группой врачей используется крайне редко — лишь в $14,7 \pm 0,22\%$ случаев.

Считаем возможным МЗСР РФ рассмотреть наши рекомендации, полученные в ходе мониторингования, по внесению в существующий отраслевой стандарт ряда дополнений и уточнений:

- дополнить «Протокол ведения больных. Чесотка» новыми моделями пациентов; в тех случаях, когда проведение лабораторной диагностики невозможно, разрешить использование в качестве диагностического критерия достижение положительного эффекта при лечении *ex juvantibus*;
- необходимо сократить количество визитов к врачу, в том числе для диспансерного наблюдения. В современной социально-экономической обстановке пятикратное посещение врача с целью печения и наблюдения нецелесообразно;
- психологическая адаптация больных чесоткой при существующих нормах нагрузки на врача амбулаторного приема реально неосуществима;

Литература

1. Кубанова А.А., Кисина В.И., Кошева Г.Л. и соавт. Разработка Протокола ведения больных «Гонококковая инфекция». Вестн. дерматол. и венерол. 2004; 6: 26-31.
2. Кубанова А.А., Самсонов В.А., Чистякова И.А. и соавт. Протокол ведения больных. Чесотка - первый нормативный документ системы стандартизации в дерматовенерологии. Вестн. дерматол. и венерол. 2005; 1: 36-39.
3. Соколова Т.В. Чесотка с позиции практического врача. Врач 2006; 2: 69-66.

в разделе противоэпидемических мероприятий нужно определить группы населения (декретированный контингент, профессиональные категории, пользующиеся спецодеждой), нуждающегося в освобождении от работы на период лечения с выдачей листка временной нетрудоспособности;

- необходимо исключить препарат ниттифор из «Протокола лечения больных. Чесотка», поскольку данный препарат официально утвержден для лечения педикулеза;
- требует исключения из алгоритмов терапии чесотки беременных и кормящих женщин препарат бензилбензоат, поскольку в инструкции по применению последнего указывается, что «препарат не рекомендуется беременным и кормящим женщинам».

Таким образом, опыт применения отраслевого стандарта в лечебно-профилактических учреждениях одного из субъектов Российской Федерации показал необходимость его доработки. Результатами внедрения ОСТА будут улучшение качества лечения больных чесоткой, снижение общих расходов при рациональном использовании ресурсов, необходимых для оказания медицинской помощи данной группе больных.