

О НЕКОТОРЫХ ОШИБКАХ И ИХ ПРИЧИНАХ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Г.И. Зимарин, Ю.В. Бисюк

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1, Воронеж

О некоторых ошибках и их причинах в лечении острого коронарного синдрома

Г.И. Зимарин, Ю.В. Бисюк

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1, Воронеж

Цель. Провести анализ ошибок и их причин в лечении острого коронарного синдрома.

Материалы и методы. Проанализировано 312 медицинских карт больных острым коронарным синдромом, умерших в стационаре.

Результаты. При проведении экспертизы качества фармакотерапии ошибки были выявлены в 143 случаях неблагоприятных исходов (45,8%). Из всех ошибок в 60,8% случаев был выявлен неверный выбор лекарственного средства, а в 88,1% назначение лекарственных средств не соответствовало современным рекомендациям.

Заключение. Систематическое изучение ошибок в оказании экстренной кардиологической помощи и их причин позволит повысить ее качество на всех этапах.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, исходы, фармакотерапия, ошибки.

РФК 2007;3:4-5

About some mistakes and reasons for them in acute coronary syndrome treatment

G.I. Zimarin, Y.V. Bisyuk

City clinical hospital of emergency service №1, Voronezh

Aim. To make an analysis of mistakes and their reasons in acute coronary syndrome treatment.

Material and methods. 312 medical charts of patients with acute coronary syndrome, who were hospitalized and died in the hospital, were analyzed.

Results. Pharmacotherapy quality expertise revealed defects in 143 cases of fatal outcomes (45,8%). Among all mistakes 60,8% cases were caused by incorrect choice of drugs, and in 88,1% cases prescription of drugs didn't meet the requirements of up-to-date recommendations.

Conclusion. Systematic analysis of mistakes in providing cardiologic emergency service and their reasons will allow to increase in quality of service at all stages.

Key words: acute coronary syndrome, outcomes, pharmacotherapy, mistakes.

Rational Pharmacother. Card. 2007;3:4-5

Высокая заболеваемость и смертность при ишемической болезни сердца диктуют необходимость повышения качества проводимой фармакотерапии как на догоспитальном, так и на раннем госпитальном этапе [1, 2].

При анализе качества лечения необходимо учитывать такие компоненты, как квалификация врача, оптимальное использование ресурсов, риск для пациента, удовлетворенность пациента взаимоотношениями с органами здравоохранения [3, 4, 5].

Дефекты в оказании медицинской помощи – это ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей, обусловившее неправильную диагностику и лечение больного, что может привести к неблагоприятному исходу [6, 7].

Цель исследования – выявление и качественный анализ дефектов фармакотерапии острого коронарного синдрома и их причин.

Материал и методы

Нами изучено 312 случаев госпитализации больных с острым коронарным синдромом (ОКС), закончившихся неблагоприятным (летальным) исходом. У 275 больных (88,1%) на догоспитальном и раннем госпитальном этапе диагностирован инфаркт миокарда (ИМ), у 37 человек (11,9%) – ОКС, впоследствии верифицированный как инфаркт с зубцом Q или инфаркт без зубца Q.

При оценке качества проводимой фармакотерапии использовались клинические рекомендации Всероссий-

ского научного общества кардиологов (ВНОК) «Лечение острого коронарного синдрома без стойких подъемов сегмента ST на электрокардиограмме» [8], рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в отделениях экстренной помощи стационаров, разработанные в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе [9].

Результаты и обсуждение

При проведении экспертизы качества фармакотерапии дефекты были выявлены в 143 случаях с неблагоприятным исходом (45,8%).

При анализе качества лечения по критерию «оценка выбора лекарственного средства» дефекты были выявлены в 87 случаях (27,9%): 5 (3,5%) пациентам на догоспитальном этапе вводился гепарин при наличии противопоказаний, в 3 (2,1%) случаях была назначена ацетилсалициловая кислота (ранний госпитальный этап) пациентам, страдавшим язвенной болезнью, 77 (53,8%) больным на догоспитальном этапе проводилось обезболивание путем введения анальгина, что было расценено как неверный выбор лекарственного средства (ЛС) и 2 (1,4%) пациентам при лечении кардиогенного шока на раннем госпитальном этапе инфузионная терапия проводилась без учета параметров гемодинамики.

При оценке схем назначения ЛС в 12 (8,4%) случаях выявлено частичное несоответствие доз, кратности и пути введения гепарина.

Из побочных реакций выявлено 6 случаев кровотечения из острой язвы двенадцатиперстной кишки при назначении больным комбинации гепарина и аспирина и 1 случай геморрагического инсульта как осложнения антикоагулянтной терапии.

Отсутствие контроля безопасности лечения выявлено во всех 7 случаях лекарственной ятрогении.

Недопустимые комбинации ЛС отмечены в 3 (2,1%) случаях: одновременное назначение бета-адреноблокатора и антагониста кальция (верапамила), инфузия гепарина на растворе глюкозы (инактивирование антикоагулянта).

Несоответствие выбора ЛС современным рекомендациям выявлено в 126 случаях (88,1%): неадекватное проведение инфузионной терапии, нерациональное применение анальгетиков, бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ, антиаритмических препаратов, антиагрегантов и антикоагулянтов. Тромболитическая терапия была проведена лишь 47 больным (15,1%), что объясняется не столько наличием противопоказаний к введению тромболитиков, сколько их отсутствием в достаточном количестве в городских стационарах.

Все 11 (7,7%) случаев необоснованной полипрагмазии касались назначения дополнительных к основному лечению ЛС с недоказанной клинической эффективностью (рибоксин, милдронат и др.).

Таким образом, установлен ряд типичных ошибок, связанных с нерациональным ведением больных с ОКС. Дефекты фармакотерапии ОКС встречаются на всех этапах лечебного процесса и могут приводить к негативным последствиям в состоянии пациентов.

Причинами дефектов медицинской помощи, которые имеют как объективный, так и субъективный характер являются недостаточная квалификация медицинского работника, невнимательное отношение к пациенту, нарушение преемственности при ведении пациента, неполноценное обследование, атипичное течение болезни, позднее обращение за медицинской помощью, нарушение пациентом предписанного порядка обследования или лечения, недостатки в организации лечебного процесса и отсутствие достаточных финансовых возможностей у стационаров для закупки высокоэффективных ЛС.

Выявление объективных и субъективных факторов, приводящих к ненадлежащему оказанию экстренной кардиологической помощи, может помочь в разработке комплекса мер по их устранению и тем самым снизить удельный вес неблагоприятных исходов.

Основными мероприятиями по снижению числа дефектов лечения ОКС являются совершенствование подготовки врачей бригад скорой медицинской помощи, терапевтов, кардиологов поликлиник и стационаров, врачей общей практики, повышение их профессионального уровня в вопросах неотложной кардиоло-

гии, а также обеспечение лечебно-профилактических учреждений высокоэффективными лекарственными препаратами для оказания экстренной кардиологической помощи. Руководителям подразделений стационаров, оказывающих экстренную кардиологическую помощь, необходимо проводить совместно с клиническим фармакологом постоянный контроль качества диагностики и фармакотерапии с последующими разборами на клиничко-анатомических и врачебных конференциях. Существенную роль в повышении качества оказания экстренной кардиологической помощи играют разработка и широкое внедрение в клиническую практику стандартов и протоколов ведения больных с ОКС. Большой проблемой является неадекватное обеспечение бригад скорой медицинской помощи и стационаров, оказывающих экстренную медицинскую помощь, современным диагностическим оборудованием и лекарственными препаратами. Возможно, данная задача будет решена в процессе осуществления национального проекта в области здравоохранения. Имеющие место существенные дефекты в организации работы могут быть преодолены только путем постоянного и систематического контроля за работой медицинского персонала со стороны администрации станций скорой медицинской помощи и стационаров, оказывающих экстренную медицинскую помощь.

Заключение

Проведение анализа качества лечения при оказании экстренной кардиологической помощи, выявление причин дефектов фармакотерапии могут способствовать развитию и совершенствованию механизмов его обеспечения и контроля, а это, как известно, является одним из значимых элементов для решения многих проблем неотложной кардиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. Москва-Иваново, 2001.
2. Доронкина М.В. Врачебные ошибки при диагностике различных заболеваний и пути их устранения на амбулаторном этапе. РМЖ. 2003; 6:7-8.
3. Томилин В.В., Соседко Ю.И. Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи. Суд. мед. экспертиза 2000;6:4-8.
4. Хапий Х.Х., Старченко А.А., Шифман Е.М. Правовые аспекты деятельности врача. Петрозаводск: ИнтелТек; 2003.
5. Белокриницкий В.И., Фиалко В.А. Анализ причин ошибок в диагностике острых форм ишемической болезни сердца. Скорая мед. помощь 2001;2:26-28.
6. Пашиный Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. М.: Медицинская книга; 2006.
7. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи: методика изучения и актуальность. Мед. право 2003;1:3-5.
8. Всероссийское научное общество кардиологов. Рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойких подъемов сегмента ST на электрокардиограмме. Мед. кафедра 2002;2:11-15, 120-141.
9. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в отделениях экстренной помощи стационаров. СПб.: Невский Диалект; 2005.