**Соблюдение маршрутизации и преемственности в оказании медицинской помощи и диспансерному наблюдению пациентов с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения по результатам экспертиз качества медицинской помощи**

В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в РФ», приказом ФФОМС № 230 от 01.12.2010 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» страховыми медицинскими организациями и ТФОМС Ульяновской области во всех медицинских организациях, работающих в регионе в сфере обязательного медицинского страхования, проводятся плановые экспертизы качества медицинской помощи. Высокая смертность населения от сосудистой патологии явилась причиной регулярного проведения тематических экспертиз медицинской помощи, оказываемой именно пациентам с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения.

За период 2017 и 1 полугодие 2018 года тематические экспертизы были проведены в подавляющем большинстве городских и районных медицинских организаций, оказывающих помощь на всех этапах, на предмет соблюдения основных нормативных актов:

1. Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (приказ Минздрава России от 15.11.12 № 918н);
2. Порядок оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (приказ Минздрава России от 15.11.12 № 928н);
3. Стандарты оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения (скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи);
4. Порядок проведения диспансерного наблюдения (приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н);
5. Порядок организации медицинской реабилитации (приказ Минздрава РФ от 29.12.2012 № 1705н);
6. Распоряжения Министерства здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области по маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и острым нарушением мозгового кровообращения при оказании экстренной и неотложной медицинской помощи.

Экстренная медицинская помощь пациентам на догоспитальном этапе оказывалась участковыми терапевтами, врачами общей практики, скорой медицинской помощи, фельдшерами ФАП в соответствии со стандартами и порядками. Госпитализация больных осуществлялась в неврологические или кардиологические отделения с палатой интенсивной терапии по территориальному принципу. Время доезда бригад соответствовало действующим нормам. По данным медицинской документации госпитализировались в основном пациенты с давностью заболевания более 2 часов от начала развития симптоматики.

При проведении экспертиз выявлены были общие дефекты ведения первичной медицинской документации:

- оформление добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство или отказа от госпитализации лицами, находящимися в бессознательном состоянии или их родственниками;

- отсутствие анамнеза и скудное описание патологических изменений, непосредственно относящихся к заболеванию.

На госпитальном этапе помощь больным с сосудистыми заболеваниями оказывалась в условиях кардиологического и неврологического отделений с палатами интенсивной терапии в региональном сосудистом центре, первичных сосудистых отделениях (ГУЗ УОКБ, ГУЗ ЦКМСЧ, ГУЗ ЦГКБ, ГУЗ Барышская РБ), а так же других медицинских организациях, имеющих в структуре отделение реанимации и интенсивной терапии.

Результаты экспертиз качества специализированной медицинской помощи в ПСО и РСЦ указанных медицинских организаций:

1. Оказание медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения осуществлялось в соответствии с Порядком, утвержденным приказом М3 РФ от 15.11.2012 № 928н.

В подавляющем большинстве случаев своевременно и в полном объеме проводились диагностические исследования:

- определение содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ в течение 20 минут с момента забора крови;

- проведение компьютерной томографии головного мозга в интервале не более 40 минут;

- консультация нейрохирурга при необходимости осуществлялась в течение часа;

- пациенты направлялись в палату реанимации и интенсивной терапии, где в течение 3 часов проводились:

- оценка неврологического (в том числе с использованием оценочных шкал), соматического, нутритивного статуса, оценка функции глотания;

- лабораторные исследования крови (развернутый общий анализ, биохимический анализ, коагулограмма) и общий анализ мочи;

- дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов;

- дуплексное транскраниальное сканирование.

Медикаментозная терапия начиналась с первых минут поступления пациента в медицинскую организацию в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи. С первого дня по заключению мультидисциплинарной комиссии проводились мероприятия по предупреждению развития повторного нарушения мозгового кровообращения и восстановлению нарушенных функций нервной системы.

В ряде случаев были выявлены дефекты оказания медицинской помощи:

\* при обследовании на МНО, АЧТВ, ОАК, сахар крови, тромбоциты на бланках анализов отсутствовало время исполнения, соответственно временной интервал обследования оценить не представлялось возможным;

\* при наличии клинических показаний отсутствовал динамический осмотр окулиста, определение АЧТВ, сахара крови;

\* при наблюдении в отделении реанимации отсутствовал контроль за диурезом и весом;

\* при переводе пациента из отделения реанимации в отделение отсутствовал план дальнейшего лечения, в дальнейшем в дневниковых записях не отражалась причина коррекции лечения и динамика состояния после введения препаратов;

\* отсутствует интерпретация инструментальных обследований;

\* в истории болезни отсутствуют записи о мероприятиях по предупреждению развития повторного нарушения мозгового кровообращения и восстановление нарушенных функций нервной системы, отсутствуют заключения мультидисциплинарной комиссии.

Сроки оказания медицинской помощи в отделении соблюдены в рамках законченного случая, с последующей выпиской и направлением на II этап реабилитации.

2. Оказание медицинской помощи больным с острыми коронарным синдромом осуществлялось в соответствии с Порядком, утвержденным приказом М3 РФ от 15.11. 2012 г № 918н.

В большинстве случаев своевременно и в полном объеме выполнялись диагностические исследования:

- результаты общего анализа крови и мочи, содержания тромбоцитов, глюкозы, калия, натрия, креатинина, креатинфосфаткиназы, тропонина, активированного времени свертывания, АЧТВ, ЭКГ предоставлялись дежурному врачу в течение 40 минут с момента забора крови;

- ЭХОКГ, рентгенография грудной клетки выполнялись по показаниям;

- пациенты направлялись в палату реанимации и интенсивной терапии, где находились более 24 часов.

В палате реанимации и интенсивной терапии в течение 3 часов с момента поступления каждому больному проводилась оценка соматического статуса, лабораторные исследования крови (развернутый общий анализ, биохимический анализ, коагулограмма) и общий анализ мочи, суточное мониторирование ЭКГ и АД.

При наличии показаний по решению консилиума проводилась коронарография, при необходимости с последующим чрезкожным коронарным вмешательством (ангиопластика и стентирование).

Медикаментозная терапия начиналась с первых минут поступления пациента в медицинскую организацию в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи. С первого дня проводились мероприятия по предупреждению развития повторного ОИМ по заключению мультидисциплинарной комиссии.

Сроки оказания медицинской помощи в отделении соблюдаются в рамках законченного случая, с последующей выпиской и направлением на II этап реабилитации.

В ряде случаев выявлены дефекты оказания медицинской помощи:

\* были случаи, когда поступивший в тяжелом состоянии пациент переводился в отделение реанимации и интенсивной терапии несвоевременно и только в связи с ухудшением состояния;

\* при своевременном поступлении пациента в палату интенсивной терапии кратность наблюдения больных не была соблюдена;

\* дневниковые записи больным в тяжёлом состоянии осуществлялись через день (должны быть ежедневно, а при необходимости несколько раз в день);

\* не всегда контролируется динамика состояния системы гемостаза при проведении антитромботической терапии;

\* в историях болезни отсутствуют записи о мероприятиях по предупреждению развития повторного инфаркта миокарда, нет заключений мультидисциплинарной комиссии.

\* отсутствует информация о дальнейшем переводе пациента на реабилитацию.

Также проводились экспертизы качества медицинской помощи пациентам с острой сердечно-сосудистой и неврологической сосудистой патологией в профильных отделениях медицинских организаций, не имеющих в своем составе ПСО.

Осмотр больных осуществлялся дежурным неврологом, кардиологом в будние дни, дежурным врачом по стационару в выходные дни. Больной, в состоянии средней степени тяжести переводился в палату интенсивной терапии, в тяжелом состоянии - в анестезиолого-реанимационное отделение. После стабилизации состояния и при наличии медицинских показаний больной переводился в медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, отделение анестезиологии-реанимации. Нередко в первичной медицинской документации указанных медицинских организаций имеются отказы больных от госпитализации в РСЦ.

В течение часа выполнялись общий анализ крови и мочи, глюкометрия, определение МНО, ЭКГ, оценка неврологического и соматического статуса.

В ряде случаев больным не проводилось: определение АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время), активированного времени свертывания, тропониновый тест, дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахицефальных сосудов и транскраниальное, консультация нейрохирурга при наличии геморрагического инсульта.

Компьютерная томография либо не проводилась, либо назначалась спустя 5-7 дней. Мониторинг неврологического и соматического статуса выполняется реже 1 раза в 4 часа, либо не выполнялся в выходные дни.

Во всех медицинских организациях выявлены общие дефекты ведения первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества и оценке характера медицинской помощи на госпитальном этапе:

- добровольное информированное согласие или отказ от госпитализации подписано пациентом в тяжелом состоянии с угнетенным сознанием, либо родственниками, не являющимися законными представителями;

- жалобы больного и анамнез заболевания описаны крайне скудно;

- отсутствует обоснование расширения стандарта при назначении дополнительных исследований;

- в дневниковых записях отсутствует интерпретация результатов обследования и коррекции лечения;

- в документации не отражается проведение неотложной терапии при ухудшении состояния пациента, последующего динамического наблюдения за тяжелыми больными после оказания экстренной медицинской помощи, невозможно оценить своевременность приглашения врачей консультантов;

- нет информации о проведении ранней медицинской реабилитации.

Также страховыми медицинскими организациями проводились сквозные тематические экспертизы качества предшествующей и последующей амбулаторной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения. В ряде случаев выявлено полное отсутствие преемственности между медицинскими организациями в оказании амбулаторной медицинской помощи таким больным.

Более половины отобранных пациентов (77%), перенесших ОКС или ОНМК (из их 66% - после проведения чрезкожных коронарных вмешательств) не находятся под диспансерным наблюдением у врача терапевта, врача кардиолога, врача невролога вообще. В 35% случаев в первичной медицинской документации отсутствует выписной эпикриз из стационара с рекомендациями по дальнейшему наблюдению, лечению и реабилитации, а в последующих обращениях за первичной медико-санитарной помощью вообще не указан анамнез перенесенного состояния и принимаемые в настоящее время препараты, отсутствуют рекомендации по дальнейшему лечению.

Уровень диспансерного наблюдения остальных пациентов не соответствует Рекомендациям по диспансерному наблюдению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: консультации специалистов нерегулярные, лабораторно-инструментальное обследование неполное. Средние сроки лечения и наблюдения при ухудшении состояния пациентов короткие (обращение в 2-3 дня).

Настораживает отсутствие адекватного диспансерного наблюдения в случаях ранее диагностированного заболевания сердечно-сосудистой системы до эпизода острого коронарного синдрома - 62% случаев не соответствуют Рекомендациям по диспансерному наблюдению больных с ишемической болезнью сердца. Треть пациентов, длительное время предъявляющих жалобы кардиологического или сосудистого характера, не направляются на дополнительные обследования (эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, определение липидного обмена, коагулограмма) или консультации специалистов (кардиолог, невролог, кардиохирург) для решения вопроса об оказании плановой специализированной (высокотехнологичной) медицинской помощи.

Таким образом, при наличии в регионе достаточного уровня оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ОКС и ОНМК условия предшествующего и последующего амбулаторного ведения таких пациентов оставляют желать лучшего. Пациенты, получившие высокоспециализированную медицинскую помощь, зачастую оказываются предоставлены сами себе без должной реабилитации и диспансерного наблюдения, что сводит на нет все усилия интенсивной стационарной помощи.

Таким образом, в настоящее время в регионе возникла необходимость разработки четкой маршрутизации и алгоритма ведения пациентов с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения при оказании не только экстренной и неотложной медицинской помощи, но и на всех остальных этапах: - алгоритм оказания амбулаторно-поликлинической помощи пациентам с установленной сердечно-сосудистой и неврологической сосудистой патологией;

- алгоритм реабилитации и диспансерного наблюдения пациентов после интенсивного стационарного лечения;

- создание маршрутных карт пациентов с отражением полной информации о сроках получения стационарной медицинской помощи в ПСО, РСЦ, санаторном лечении, реабилитации и диспансерного наблюдения с отражением дат и результатов посещения специалистов;

Необходимо введение информационных технологий в управление качеством медицинской помощи в Ульяновской области: on-line обмен информацией и мониторинг при оказании медицинской помощи пациенту от момента вызова скорой медицинской помощи до выписки из стационара, где ему проводилась реабилитация с последующим отслеживанием диспансерного наблюдения.