

Анализ лекарственной терапии в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при АГ и ИБС

**ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ
КАРДИОЛОГ МЗ ЧР
Н.А.СВЕТЛОВА**

**ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ
АРИТМОЛОГ МЗ ЧР
Т.Н.ЕРМОЛАЕВА**

Проанализировано 50 амбулаторных медицинских карт: ИБС (36 карт), артериальная гипертония (14 карт).

Особенность в медицинской документации: с первых страниц ОИМ или ОНМК.

Лекарственная терапия оценивалась по следующим критериям:

- назначение и рекомендация антиагрегантной/антикоагулянтной терапии;
- назначение и рекомендация гиполипидемической терапии;
- назначение и рекомендация терапии ингибиторами АПФ /сартанами;
- назначение и рекомендация терапии бета-адреноблокаторами;
- назначение и рекомендация терапии диуретиками;
- отсутствие в схеме терапии препаратов с недоказанной эффективностью.

Критерии оценки качества медицинской помощи при АГ 1 - 3 степени

№	Критерий качества	Не выполнено (случаев)	% не выполнения	Примечание
1	Установлен диагноз АГ согласно рекомендациям. Зафиксировано повышение офисного (клинического) АД выше 140 и/или 90 мм рт. ст. на повторных визитах, либо на основании СМАД (среднее за 24 часа ≥ 130 мм и/или ≥ 80 мм рт. ст.)	25	50%	Анамнез скудный (ГБ 10 лет) Отсутствуют данные о приверженности терапии и т д
2	Выполнен общий анализ крови	2	4%	
3	Выполнен биохимический анализ крови (креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, глюкоза, калий, натрий, мочева кислота, ОХ, ЛПНП, ТГ, ЛПВП)	20	40%	в течение года
4	Выполнен общий анализ мочи	41	82%	отсутствует назначение в рекомендациях врача
5	Выполнена качественная оценка протеинурии тест-полоской или количественное определение альбуминурии	10	20%	
6	Выполнена ЭКГ в 12 отведениях	6	12%	
7	Даны рекомендации по модификации образа жизни (ограничение потребления натрия, увеличение физической активности, снижение избыточной массы тела, отказ от курения, ограничение потребления алкоголя)	25	50%	Не во всех ПОМ, риски, целевые значения АД, ХСН
8	Поставлен клинический диагноз с указанием стадии заболевания, степени повышения АД (при отсутствии терапии), категории риска, наличия ПОМ и АКС	8	16%	Не во всех случаях ПОМ, риски
9	У пациентов с АГ 1-й степени, относящимся к категориям низкого/среднего риска, начата антигипертензивная лекарственная терапия одним из препаратов рекомендованных классов после 3-го месяца модификации образа жизни	5	10%	Лечение ЛП начинается сразу
10	Лицам с АГ второй степени и выше назначена комбинированная двухкомпонентная антигипертензивная терапия сразу после постановки диагноза и проведена ее интенсификация для достижения целевого АД.	9	20%	Нет рекомендованных значений Не достигнуто целевое значение
11	Достигнут целевой уровень САД <140 мм рт. ст. и ДАД < 90 мм рт. ст. через 3 месяца от начала лечения. При недостижении целевого АД приведено объяснение необходимости индивидуального уровня АД и скорости его снижения (плохая переносимость, побочные эффекты лекарственной терапии, низкая приверженность пациента к лечению, включая невыполнения рекомендаций врача, необходимость ревизии поставленного диагноза для исключения симптоматической АГ, наличие сопутствующей патологии или лекарственной терапии, затрудняющей контроль АД)	20	30%	
12	Пациент взят под диспансерное наблюдение	18	36%	Отсутствуют данные о взятии на Д наблюдении

Типичные дефекты при оказании медицинской помощи пациентам с АГ:

при сборе анамнеза:

- не уточнен характер начала заболевания, продолжительность, особенности течения заболевания; отсутствуют сведения об эффективности ранее проводимой терапии, о возможном приеме пациентами других, помимо антигипертензивных, лекарственных препаратов: глюкокортикоидных гормонов, цитостатиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, оральных контрацептивов и др. **в 40% случаев;**

Особенность: Жалобы однотипные годами.

- отсутствуют сведения о наличии менопаузы у женщин, характере питания, статусе курения, семейном анамнезе ранних сердечно-сосудистых заболеваний, осложнений АГ;
- отсутствие сведений о наличии предшествующих госпитализаций **в 22% случаев.**

при обследовании пациентов:

- неполное физическое, лабораторное и инструментальное обследование, что приводит к недооценке возможности наличия симптоматической АГ, неверной оценке ПОМ и СС риска, практически ни в одной амбулаторной карте не определяется уровень мочевой кислоты, ЛПНП **в 30% случаях.**

Типичные дефекты при оказании медицинской помощи пациентам с АГ:

при постановке диагноза:

- отсутствие развернутого клинического диагноза, с указанием стадии гипертонической болезни, степени повышения АД (степени АГ при впервые выявленной АГ), с максимально полным отражением ФР, ПОМ, ССЗ, ХБП и категории сердечно-сосудистого риска **в 22% случаях;**
- необоснованное и неверное установление стадии ГБ и степени АГ, категории риска;
- отсутствие сведений о наличии у пациента ПОМ, сопутствующих заболеваний и факторов риска **в 16% случаях.**

при проведении лечения:

- измерение АД на высоте эффекта АГТ **в 28% случаях: отсутствие титрования БАБ под контролем ЧСС;**
- **при АГ и отсутствии ИБС назначается кардиомагнил,**
- **отсутствует назначение статинов, при наличии высокого уровня холестерина.**

Анализ диспансерного наблюдения больных АГ с контролируемым артериальным давлением на фоне приема антигипертензивных лекарственных препаратов:

**АГ 1-й степени без ПОМ, ССЗ, ЦВБ и ХБП (не менее 1 раза в год)
не проводится:**

- Измерение массы тела и окружности талии при каждом посещении — глюкоза плазмы крови в 34% случаев;
- Глюкоза натощак не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод) в 30% случаев;
- Холестерин не реже 1 раза в год (допускается экспресс - метод) — в 30% случаев;
- Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE — холестерин 19% случаев;
- липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов высокой 30% случаев;
- Не реже 1 раза в 2 года — креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) в 30% случаев;
- ЭКГ в 12 отведениях с расчетом 12% случаев;
- Индекса Соколова- Лайона и Корнельского показателя не реже 1 раза в год в 4% случаев;
- ЭхоКГ с определением ИММЛЖ и диастолической функции при взятии в 30% случаев.

Необходимо тесное взаимодействие с врачами ОФД

Анализ диспансерного наблюдения больных АГ с контролируемым артериальным давлением на фоне приема антигипертензивных лекарственных препаратов:

АГ 2 – 3-й степени с ПОМ, но без ССЗ, ЦВБ и ХБП не проводится:

- **дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет при ИМТ > 30 кг/м² и более и общем холестерине > 5 ммоль/л и более при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года с целью определения ТИМ и наличия атеросклеротических бляшек* в 34% случаев.**
- **УЗИ почек и дуплексное сканирование почечных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию* в 50% .**
- **лодыжечно - плечевой индекс при наличии обоснованного подозрения на стеноз сосудов нижних конечностей* в 26% случаев.**
- **консультация окулиста на предмет наличия кровоизлияний или экссудата на глазном дне, отека соска зрительного нерва при взятии под ДН и по показаниям;**
- **оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по таблице величины риска при АГ и по шкале SCORE (при интерпретации уровня риска приоритет отдается более высокому показателю) в 20% случаев.**
- **корректировка терапии (при необходимости) в 26% случаев.**
- **объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии в 30% случаев.**

Анализ диспансерного наблюдения больных АГ с контролируемым артериальным давлением на фоне приема антигипертензивных лекарственных препаратов:

АГ 1–3-й степени с ССЗ, ЦВБ и ХБП (не менее 2 раз в год) не проводится:

- **дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет не реже 1 раза в 2 года с целью определения ТИМ и наличия атеросклеротических бляшек* в 22% случаев.**
- **УЗИ почек при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям при наличии обоснованного подозрения на развитие или прогрессирование ХБП* в 16% случаев.**
- **дуплексное сканирование почечных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию* в 8% случаев.**
- **лодыжечно-плечевой индекс – 12% случаев, при наличии обоснованного подозрения на стеноз сосудов нижних конечностей.**
- **дуплексное сканирование подвздошных и бедренных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию*- 14% случаев.**
- **консультация окулиста на предмет наличия кровоизлияний или экссудата на глазном дне, отека соска зрительного нерва при взятии под ДН и по показаниям- 12% случаев.**
- **оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по таблице величины риска при АГ и по шкале SCORE (при интерпретации уровня риска приоритет отдается более высокому показателю) в 22% случаев.**
- **корректировка терапии (при необходимости) - объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии – в 10% случаев.**

Критерии оценки качества медицинской помощи ИБС на амбулаторном этапе:

- 1. Отсутствует наличие развернутого биохимического анализа крови (креатинин, глюкоза, калий, натрий, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза) – 28% (14 случаев). В 36% выполнен развернутый биохимический анализ крови, нет определения электролитов крови в 80% (40 случаев).**
- 2. Отсутствует определение уровня общего холестерина и триглицеридов. Проведение определения липидограммы в 90 % случаев (45 случаев).**
- 3. Отсутствует наличие показателей коагулограммы (АЧТВ, протромбиновый индекс, международное нормализованное отношение) в 16% - 8 случаев.**
- 4. Отсутствует наличие эхокардиографического исследования. Не выполнена эхокардиография в (7случаев) 14% случаев.**
- 5. Отсутствуют данные суточного мониторирования ЭКГ. Суточное мониторирование ЭКГ выполнено в 16%, рекомендовано проведение исследования на амбулаторный этап в 30% случаев.**

Критерии оценки качества медицинской помощи ИБС на амбулаторном этапе:

6. Отсутствует исследование дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий в 44%. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий не проводилось, информации о проведении данного исследования ранее нет.

7. Наличие антиагрегантной терапии при ИБС. По показаниям к назначению пациенты получали антиагрегантную терапию в 100%. Недостаточно используется в назначениях новые показания ривароксабана в дозировке 2,5 мг в дополнении к антиагрегантной терапии у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска (у пациентов, перенесших ЧКВ после двойной антиагрегантной терапии через 1 год, у больных с ПИКС, СД, атеросклерозом брахиоцефальных и периферических артерий, ОНМК в анамнезе).

8. Наличие антикоагулянтной терапии. Антикоагулянтная терапия назначалась по показаниям (ксарелто, прадакса, эликвис, варфарин) в 93% случаев. Правильный дозовый режим антикоагулянтной терапии указан в соответствии с СКФ в 95% случаев. У пациентов, получающих варфарин, кратность определения МНО не выполнена в 20% случаев, достижение целевых показателей МНО остается недостаточным в 30% случаев. Назначение не антагонистов витамина К (НОАК) составило 64% случаев, что является недостаточным, т.к. в клинических рекомендациях назначение НОАК является первой линией в профилактике тромбозомболических осложнений у пациентов с неклапанной ФП.

9. Назначение в рекомендациях врача гиполипидемической терапии в 95% случаев, однако целевые цифры ЛПНП и общего холестерина не достигаются в 30% случаев, в связи с неадекватной дозой статинов. Не отражено увеличение дозы статинов при недостижении целевых показателей липидограммы. Не используется назначение эзетимиба пациентам, не достигшим целевых цифр ЛПНП.

Пациенты с ИБС без ФП (в т.ч. после ОКС), кому Ксарелто® 2,5 мг 2 р/д может быть назначен в рамках программы по вторичной профилактике*

- Пациенты спустя как минимум месяц после перенесенного острого ишемического инсульта с сопутствующей ИБС без ФП**
- Пациенты после инфаркта миокарда, получающие двойную антиагрегантную терапию АСК и клопидогрелом или монотерапию АСК**
- Пациенты с ИБС после плановой ангиопластики со стентированием и прекращения двойной антиагрегантной терапии, получающие АСК**
- Пациенты с ИБС после планового АКШ и достижения гемостаза**

* В течении года после события

ИБС- инфаркт миокарда; ОКС- острый коронарный синдром

1. Постановление Правительства РФ от 30.11.19 №1569 "О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации "Развитие здравоохранения. Приложение 11 «Правила предоставления и распределения субсидий на обеспечение профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении, бюджетам субъектов российской федерации на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»; 2. Приказ МЗ РФ от 09.01.2020 № 1н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется за счет средств субсидии из федерального бюджета на обеспечение профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении

Критерии оценки качества медицинской помощи **ИБС на амбулаторном этапе:**

10. Назначение и рекомендация терапии ингибиторами АПФ/блокаторами рецепторов ангиотензина II (БРА) в 100% (50 случаев). Во всех случаях получали, в адекватных дозах.

11. Назначение и рекомендация терапии бета - адреноблокаторами 43 случая – 80%.
Во всех случаях в адекватных дозах.

12. Назначение и рекомендация терапии диуретиками (48 случаев) – 95%.
Назначение диуретиков выполнено в 100% при наличии показаний к терапии. Назначение диуретиков в соответствии со стадией с ХСН. Не соблюдается дозовый режим диуретиков.

13. Назначение и рекомендация терапии нитратами. Терапия нитратами назначалась по показаниям в 100% - 50 случаев.

14. Отсутствие в схеме терапии препаратов с недоказанной эффективностью. Препараты с недоказанной эффективностью не назначались.

15. Проведение пробы с физической нагрузкой (велоэргометрия, тредмил-тест, стресс эхокардиография). Не проводится тест с 6-минутной ходьбой. Пробы с физической нагрузкой не проводились в 100% (во всех 50 случаев).

Выводы:

Таким образом, при экспертизе КМП отмечается недостаточная частота выполнения ряда инструментальных методов исследования пациентам с АГ и хронической ИБС в сочетании с ХСН, нарушениями ритма сердца.

Дуплексное сканирование брахицефальных артерий – не проводится, суточное мониторирование электрокардиограммы – в 16%) (при наличии показаний по представленной медицинской документации).

Необходимо отметить отсутствие значимой положительной динамики в проработке вопросов доступности клинических рекомендаций на рабочем месте и активную работу по проведению образовательных мероприятий относительно актуальных версий клинических рекомендаций. Однако следует отметить недостаточную степень проработки механизмов контроля полученных знаний.

Текущая версия клинических рекомендаций находится на всех информационных ресурсах портала Министерства Здравоохранения Российской Федерации (<https://cr.minzdrav.gov.ru/>), Росздравнадзора и других ресурсах.

Благодарю за внимание!
