

УДК 616.33-002.44-053.2-08-039.57

ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОДРОСТКОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

© 2012 г. **И. Г. Белоусова, Л. И. Меньшикова,
А. М. Вязьмин, В. И. Макарова**

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Опыт внедрения стандарта медицинской помощи при язвенной болезни у детей подросткового возраста в условиях дневного стационара показал, что у 88,8 % больных частота предоставления диагностических исследований не соответствовала стандарту. Отмечались как избыточность в назначении ряда исследований (УЗИ органов брюшной полости, реакция Грегерсена, исследование уровня тромбоцитов, билирубина, трансаминаз, ферментов поджелудочной железы), так и недостаточность или отсутствие некоторых исследований (рН-метрия, желудочное зондирование, рентгенологические методы, иммунологические лабораторные исследования, определение группы крови и резус-фактора). Утвержденный стандарт не предусматривает дозирования лекарственного препарата из расчета на килограмм массы тела, что необходимо учитывать у детей и подростков. Данный стандарт может быть использован при лечении подростков с язвенной болезнью в условиях дневного стационара. Для повышения качества оказания медицинской помощи, исключения нерегламентированного назначения лекарственных препаратов необходимо разграничить модель пациента на взрослых и детей.

Ключевые слова: стандарт, язвенная болезнь, подростки, дневной стационар.

Подростки являются важнейшей составляющей человеческого потенциала страны, представляя ее интеллектуальный, социально-экономический и репродуктивный резерв [2, 7]. В связи с этим в рамках региональных программ модернизации здравоохранения с 2011 года для раннего выявления заболеваний и повышения качества лечения по рекомендации Минздравсоцразвития России на уровне субъектов Российской Федерации были предусмотрены мероприятия по внедрению стандартов медицинской помощи при ряде заболеваний, в том числе и у подростков. В Указе Президента РФ подчеркивается, что «стратегическими целями национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации являются совершенствование стандартов медицинской помощи, а также контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных средств» [8]. Внедрение стандартов упорядочивает предоставление лечебной помощи населению, способствует повышению прозрачности затрат на здравоохранение, повышает общий уровень медицинской помощи. Наличие стандартов как элементов законодательной базы в сфере медицинских услуг имеет существенное значение в определении прав, а также области ответственности пациентов и врачей [4, 5].

Цель исследования: изучить особенности внедрения стандарта медицинской помощи при язвенной болезни у детей подросткового возраста в условиях дневного стационара.

Методы

Под нашим наблюдением находились 36 подростков, которые получали лечение в условиях дневного стационара ГБУЗ «Северодвинская городская детская клиническая больница» в 2009–2011 годах. Исследование одномоментное поперечное.

В соответствии с периодизацией детского возраста, предложенной комитетом экспертов Всемирной организации здравоохранения, в наше исследование были включены подростки 11–17 лет [7]. По возрасту пациенты распределились следующим образом: подростки 11–14 лет — 17 человек (47,2 %), 15–17 лет — 19 (52,8 %). По полу: девочек — 7 (19,4 %) и мальчиков — 29 (80,6 %), что соответствует данным литературы о преимущественном поражении язвенной болезнью лиц мужского пола [9].

В настоящее время стандарт медицинской помощи при язвенной болезни утвержден Приказом Минздравсоцразвития РФ № 611 от 17.09.2007 г. «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с язвой двенадцатиперстной кишки (при оказании специализированной помощи)» и включает в себя следующие главы [6]:

- Указание вида медицинской помощи

- Перечень диагностических медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления
- Перечень лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления
- Перечень используемых лекарственных средств с указанием разовых и курсовых доз
- Перечень компонентов крови и препаратов с указанием количества и частоты их предоставления
- Перечень диетического питания с указанием количества и частоты их предоставления

Структура стандарта включает в себя указание модели пациента, возрастной категории, нозологической формы, кода по МКБ-10, фазы, стадии заболевания, осложнений и условий оказания медицинской помощи. Внедряемый нами стандарт предусматривает его применение как у взрослых, так и у детей с язвой двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, любой стадии, вне зависимости от осложнений в условиях стационара.

Обработка результатов проведена с использованием описательной статистики, рекомендованной при непрерывном наблюдении за деятельностью лечебного учреждения, на основании альтернативного распределения качественных признаков с определением экстенсивных показателей и показателей наглядности.

Результаты

Язва была выявлена впервые у 28 (77,8 %) подростков, повторно – у 8 (22,2 %). У 35 (97,2 %) пациентов верифицирована язва двенадцатиперстной кишки, у 5 из них были обнаружены две язвы («целующиеся» язвы); у одного подростка (2,8 %) – язва желудка. Учащиеся школ составили 27 человек (75,0 %), учащиеся колледжа – 5 (13,9 %), учащиеся профессиональных училищ – 4 (11,1 %). В неполных семьях воспитывались 15 (41,7 %) подростков. По экстренным показаниям госпитализированы 13 (36,1 %) пациентов, в плановом порядке – 23 (63,9 %).

Пациенты предъявляли жалобы на боли в животе (31 человек – 86,1 %), причем у 11 (30,6 %) подростков отмечались голодные боли, у 2 (5,6 %) – ночные боли. Диспепсические расстройства выявлены у 20 (55,5 %) детей. В клинической картине выявлялись умеренно выраженные признаки хронической интоксикации (25 человек – 69,4 %), астенические вегетативные расстройства, болезненность в эпигастриальной и пилородуоденальной зоне при пальпации живота – у 1/3 больных, положительные пузырьные симптомы встречались редко.

В соответствии с утвержденным стандартом комплекс диагностических мероприятий для подтверждения язвенной болезни включал в себя инструментальные и лабораторные методы исследования. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) проведена в 100 % случаев. Уреазный тест был проведен всем пациентам, *Helicobacter pylori* выявлен у 25 (69,4 %) подростков. А по данным хромоскопии 21 пациент

(58,3 %) имел повышенную кислотообразующую функцию желудка.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости проведено в 29,0 % случаев. У 8 (22,2 %) больных выявлены сонографические признаки дискинезии желчных путей, у 17 (47,2 %) – деформации желчного пузыря, у 9 (25,0 %) – изменения структуры поджелудочной железы, у 10 (27,7 %) детей имела место сочетанная патология гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. У всех пациентов определялся уровень билирубина, трансаминаз. У 5 (13,9 %) пациентов выявлено умеренное нарушение пигментного обмена (в виде повышения прямого билирубина), гиперферментемия зарегистрирована у 3 (8,3 %) больных.

Трехкратное обследование на гельминты и простейшие проведено всем госпитализированным с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. У 3 (8,33 %) детей выявлен энтеробиоз, у 1 (2,77 %) – лямблиоз кишечника. Данные исследования также стандартом не предусмотрены. Исследование кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена) проведено в 100 % случаев, однако по стандарту предусмотрена частота предоставления 0,1.

Лечебный блок включал в себя лечебно-охранительный режим, диету, медикаментозные и немедикаментозные средства. В период обострения для ребёнка по возможности создавался режим физического и психического покоя, рациональный режим сна. Лечебное питание строилось на принципах механического, химического, термического щажения слизистой оболочки, дробности питания, с учетом антацидных свойств пищи (стол № 1 первые 1–3 дня, затем стол № 5).

При Нр-ассоциированных гастродуоденальных язвах с целью медикаментозной коррекции использовали одну из эрадикационных лекарственных схем (табл. 1).

Таблица 1

Варианты использованных эрадикационных схем	
Лекарственный препарат	Частота применения, человек (%)
Омепразол Амоксициллин Де-нол	21 (58,33)
Омепразол Амоксициллин Кларитромицин	1 (2,78)
Омепразол Амоксициллин Нифуротель Де-нол	9 (25,0)

Терапию Нр-неассоциированных гастродуоденальных язв 5 подросткам (13,9 %) проводили ранитидином (фамотидином) в комбинации с антацидом (альмагель, маалокс, фосфалюгель и др.). Четверым пациентам в связи с выявленным рефлюксом назначались прокинетики.

Медикаментозную терапию сочетали с лечебной физкультурой (100 % случаев), физиотерапевтическим лечением (35 человек — 97,2 %), гипербарической оксигенацией (20 человек — 55,5 %). В 100 % случаев проведена дегельминтизация.

Средняя продолжительность лечения составила 15,3 дня, у детей, поступивших в стадии рубцевания язвы, — 10 дней. После выписки из стационара больным давались рекомендации по продолжению терапии с использованием биопрепаратов для профилактики дисбиоза кишечника, прокинетиков при наличии симптомов рефлюкса.

Обсуждение результатов

Развитие язвенной болезни связано с комплексным воздействием внутренних и внешних факторов. Внутренние (врождённые) факторы обуславливают генетическую предрасположенность к возникновению язвенной болезни и на сегодняшний день являются неуправляемыми [1, 9]. По данным анамнеза отягощенная наследственность по язвенной болезни по линии отца и/или матери выявлена у 12 (33,3 %) пациентов. Внешние факторы многочисленны и во многом управляемы, непосредственно запускают манифестацию язвенной болезни или вызывают её обострение. К числу основных из них относят перинатальную патологию детей (20 человек — 55,5 %), раннее искусственное вскармливание (15 человек — 41,6 %), острые кишечные инфекции (7 человек — 19,4 %). Алиментарные нарушения — нерегулярное питание, еда всухомятку, частое употребление острых блюд, маринадов, копчёностей — имели место у 28 (77,7 %) пациентов. У 16 (44,4 %) детей выявлены частые психотравмирующие ситуации, нездоровый микроклимат в семье, неполная семья, алкоголизм родителей, конфликтные ситуации в школе, эмоциональные перегрузки. Сопутствующая патология была представлена вегетативными расстройствами у 5 (13,9 %) подростков, патологией мочевыделительной системы у 1 (2,8 %), эндокринной — у 12 (33,3 %), заболеваниями ЛОР-органов у 10 (27,8 %).

Зависимость обострений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки от времени года соответствовала данным литературы: чаще всего

обострения болезни встречались в осенне-весенний период, в частности в марте и октябре [7, 9].

Основным этиологическим фактором язвенной болезни в последние годы считают *Helicobacter pylori* [3], что и подтверждено данными уреазного теста. В общем анализе крови и общем анализе мочи, проведенном всем больным, как правило, патологии не выявлялось. Изменения были только у пациентов с сопутствующими заболеваниями, например, органов мочевыделительной системы. В соответствии со стандартом биохимические исследования крови не предусмотрены. Показаниями для проведения данных исследований явилась сопутствующая патология гепатобилиарной зоны.

Сопоставление данных стандарта и проведенных диагностических исследований показывает, что клинические методы (сбор анамнеза и жалоб, визуальное обследование, пальпация, перкуссия, измерение частоты пульса, дыхания и артериального давления) имеют частоту предоставления 1,0, и в нашем исследовании данный блок полностью соответствовал стандарту.

Объем инструментальных исследований, проведенных подросткам с язвенной болезнью, в целом соответствовали стандарту (табл. 2). Однако следует обратить внимание на избыточное назначение ультразвукового исследования органов брюшной полости и недостаточную частоту применения рентгенологических методов. Возможно, с учетом детского контингента и небольшой длительности заболеваний данный подход и оправдан. Показания для проведения рентгенологических исследований у подростков должны быть более жесткими и в основном направленными на выявление осложнений.

Зондирование желудка с исследованием физических и химических свойств желудочного сока, по нашему мнению, в острой стадии заболевания неоправданно в связи с высоким травмирующим действием зонда на слизистую желудка и имеющимся в арсенале альтернативным методом определения кислотообразующей функции — хромоскопии. Вместе с тем наиболее показательным является внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов в желудочном содержимом, однако из-за отсутствия

Таблица 2

Выполнение стандарта по инструментальным методам исследования		
Метод исследования	Частота предоставления по стандарту	Частота предоставления в данном исследовании
ЭГДС	1,0	1,0
Исследование материала желудка на геликобактер	0,5	1,0
УЗИ желчного пузыря, поджелудочной железы	0,5	1,0
Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки	0,5	Отсутствует
Рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки, контрастная, в т. ч. двойное контрастирование	0,5	Отсутствует
Компьютерная томография органов брюшной полости	0,1	Отсутствует
Зондирование желудка с исследованием физических, химических свойств желудочного сока, микроскопия желудочного сока	0,1	Отсутствует
pH-метрия (внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов в желудочном содержимом)	0,1	Отсутствует

Таблица 3

Выполнение стандарта по лабораторным исследованиям

Метод исследования	Частота предоставления по стандарту	Частота предоставления в данном исследовании
Исследование уровня эритроцитов, лейкоцитов, подсчет формулы крови, цветовой показатель	1,0	1,0
Исследование уровня тромбоцитов	0,5	1,0
Определение Hbs-Ag	0,1	0,1
Определение антител класса М, G к ВИЧ-инфекции	0,1	Отсутствует
Определение антител к <i>Treponema pallidum</i>	0,1	Старше 15 лет – 1,0
Определение антител класса М, G к вирусу гепатита С	0,1	Отсутствует
Исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов в крови (А, М, G)	0,1	Отсутствует
Определение группы крови и резус-фактора	0,1	Отсутствует
Определение антител к геликобактеру	0,5	Отсутствует

соответствующего медицинского оборудования рН-метрия не проводилась.

Перечень и объем лабораторных исследований, проведенных подросткам с язвенной болезнью, в основном соответствовали стандарту (табл. 3). Однако надо отметить избыточное назначение исследования уровня тромбоцитов. При этом исследования маркеров гепатитов, ВИЧ-инфекции, определения антител к геликобактеру, исследования уровня иммуноглобулинов, определения группы крови и резус-фактора у наших пациентов не проводили. Мы считаем проведение данных исследований необходимыми у пациентов с осложненным течением язвенной болезни, когда требуются инвазивные вмешательства. Всем пациентам при ЭГДС проводили биопсию слизистой с уреазным тестом для выявления геликобактера. Дублирование данного исследования (определение антител) полагаем нецелесообразным. Необходимо уменьшить частоту предоставления данного вида исследования до 0,1.

Экспертная оценка применения лекарственных препаратов, включенных в стандарт, свидетельствует о ряде особенностей при лечении язвенной болезни у подростков. Так, в группе средств для лечения инфекций в стандарт входит метронидазол, однако исследования последних лет свидетельствуют о том, что большинство штаммов геликобактера устойчивы к этому препарату [10], в связи с чем мы не использовали метронидазол. У детей применение антибиотиков фторхинолонового ряда, таких как ципрофлоксацин, возможно только по жизненным показаниям (муковисцидоз, бактериальный менингит и др.). Назначение данного препарата для эрадикации может быть расценено как нерегламентированное, так как препарат применим только у взрослых. Стандарт предусматривает назначение анксиолитиков, однако применение этих препаратов у детей ограничено. В нашем исследовании данные препараты не применялись. Не использовались и спазмолитики.

Необходимо подчеркнуть, что утвержденный стандарт не предусматривает дозирования лекарственного препарата из расчета на килограмм массы тела, но при этом эквивалентная курсовая доза и ориентировочная дневная доза применимы только у взрослых. В нашем исследовании дозирование лекарственных препаратов проводилось с учетом массы тела пациента.

Выводы

У детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в 63,1 % случаев отмечается отягощенная наследственность. Клиническая картина характеризуется симптомами хронической интоксикации (70,4 %), болевым синдромом (87,5 %), диспепсическими расстройствами (61,1 %). Ведущее место среди этиологических факторов, приводящих к развитию язвенной болезни, занимает *Helicobacter pylori* (69,4 % случаев), что соответствует данным литературы.

Опыт внедрения стандартов показал, что у 88,8 % больных частота предоставления диагностических исследований не соответствовала стандарту. Имела место избыточность в назначении следующих исследований: УЗИ органов брюшной полости, кала на реакцию Греггера, уровня тромбоцитов, билирубина, трансамина, ферментов поджелудочной железы. Имели место недостаточность или отсутствие назначения следующих исследований: рН-метрия, желудочное зондирование, рентгеноскопия и рентгенография желудка с контрастированием, компьютерная томография брюшной полости, определение антител класса М, G к ВИЧ-инфекции, к вирусу гепатита С, определение антител к геликобактеру, исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов в крови, определение группы крови и резус-фактора.

С учетом особенностей подросткового возраста и высокой степени влияния вегетативного статуса как на генез язвенной болезни, так и на ее течение считаем целесообразным включить в стандарт исследование вегетативного статуса с помощью таблицы А. М. Вейна и/или ритмокардиоинтервалографии. В утвержденный стандарт данные исследования не входят.

Клинический и лечебный блоки соответствовали стандарту. Отмечаем, что стандарт не предусматривает дозирования лекарственного препарата из расчета на килограмм массы тела, а эквивалентная курсовая доза и ориентировочная дневная доза применимы только у взрослых. Считаем целесообразным предусмотреть в стандарте особенности дозирования у детей и подростков.

Данный стандарт может быть использован для лечения подростков с язвенной болезнью в условиях дневного стационара. Для повышения качества

оказания медицинской помощи, исключения нерелевантного назначения лекарственных препаратов необходимо разграничить модель пациента на взрослых и детей.

Список литературы

1. Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей : материалы юбилейного XVI Международного конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ / под ред. Ю. Г. Мухиной, С. В. Бельмера. М. : Медпрактика-М, 2009. 439 с.
2. Воронцов И. М., Шаповалов В. В., Шерстюк Ю. М. Здоровье. Опыт разработки и обоснование применения автоматизированных систем для мониторинга и скрининговой диагностики нарушений здоровья. СПб. : ИПК «Коста», 2006. 432 с.
3. Корсунский А. А., Щербakov П. Л., Исаков В. А. Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей. М. : Медпрактика, 2002. 168 с.
4. Кучеренко В. З., Вялков А. И., Таранов А. М., Воробьев П. А. Основы стандартизации в здравоохранении в условиях обязательного медицинского страхования. М. : ФОМС, 2000. 390 с.
5. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению / под ред. В. З. Кучеренко. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 560 с.
6. Приказ МЗиСР РФ № 611 от 17.09.2007 г. «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с язвой двенадцатиперстной кишки (при оказании специализированной помощи)».
7. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. А. А. Баранова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. 608 с.
8. Указ Президента РФ от 12.05.2009 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г.».
9. Щербakov П. Л. Вопросы педиатрической гастроэнтерологии // Российский медицинский журнал. 2003. Т. 11, № 3. С. 107–113.
10. Щербakov П. Л., Потанов А. С., Дублина Е. С. Применение суспензии нитрофурановых препаратов в комплексной терапии резистентных штаммов *Helicobacter pylori* у детей // Фарматека. 2007. № 6. С. 8–12.

References

1. Aktual'nye problemy abdominal'noi patologii u detei (materialy yubileynogo XVI Mezhdunarodnogo kongressa detskikh gastroenterologov Rossii i stran SNG) [Urgent problems of children's abdominal pathology (Proceedings of XVI International Congress of Pediatric Gastroenterologists of Russia and CIS countries)]. Moscow, 2009, 439 p. [in Russian]
2. Vorontsov I. M., Shapovalov V. V., Sherstyuk Yu. M. Zdorov'e. Opyt razrabotki i obosnovanie primeneniya avtomatizirovannykh sistem dlya monitoringa i skriniruyushchei diagnostiki narushenii zdorov'ya [Health. Experience of development and grounding of application of automated systems for monitoring and screening diagnostics of health disorders]. St. Petersburg, 2006, 432 p. [in Russian]
3. Korsunskii A. A., Shcherbakov P. L., Isakov V. A. Khelikobakterioz i bolezni organov pishchevareniya u detei [Helicobacteriosis and diseases of children's digestive organs]. Moscow, 2002, 168 p. [in Russian]
4. Kucherenko V. Z., Vyalkov A. I., Taranov A. M.,

Vorob'ev P. A. *Osnovy standartizatsii v zdavookhraneni v usloviyakh obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya* [Principles of standardization in conditions of compulsory medical insurance]. Moscow, 2000, 390 p. [in Russian]

5. *Organizatsiya i otsenka kachestva lechebno-profilakticheskoi pomoshchi naseleniyu* [Organization and assessment of population medical-preventive care quality]. Moscow, 2008, 560 p. [in Russian]

6. Priказ MZiSR RF № 611 ot 17.09.2007 g. "Ob utverzhdenii standarta meditsinskoi pomoshchi bol'nyim s yazvoi dvenadtsatiperstnoi kishki (pri okazanii spetsializirovannoi pomoshchi)" [Approval of standard of medical aid to patients with duodenal ulcer (in delivery of specialized aid)]. [in Russian]

7. *Rukovodstvo po ambulatorno-poliklinicheskoi pediatrii (pod red. A. A. Baranova)* [Guide in Outpatient Pediatrics (ed. A. A. Baranov)]. Moscow, 2007, 608 p. [in Russian]

8. Ukaz Prezidenta RF ot 12.05.2009 "O strategii natsional'noi bezopasnosti Rossiiskoi Federatsii do 2020 g." [National Security Strategy of Russian Federation till 2020]. [in Russian]

9. Shcherbakov P. L. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2003, vol. 11, no. 3, pp. 107–113. [in Russian]

10. Shcherbakov P. L., Potapov A. S., Dublina E.S. *Farmateka* [Pharmateca]. 2007, no. 6, pp. 8–12. [in Russian]

FEATURES OF INTRODUCTION OF MEDICAL CARE STANDARDS IN TREATMENT OF ADOLESCENTS WITH GASTRIC ULCER IN DAY CARE UNIT

I. G. Belousova, L. I. Menshikova, A. M. Vyazmin, V. I. Makarova

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

Analysis of the standards implementation for teenagers with Gastric ulcer (ICD-10 Version: 2010) treated in a day care unit has revealed that frequency of diagnostic tests provided was out of standards in 88,8 % of cases. Both excess and lack or absence of diagnostic procedures were reported. Abdominal Ultrasound, Fecal Occult Blood Test, Platelet Count, Bilirubin Blood Test, Liver Transaminases, Pancreatic Enzymes were among tests that exceeded the standards of care. pH measurement, Gastric Intubation, X-ray, Immunology laboratory tests, Blood Group Test ABO and Rhesus (D) test were lacked or absent. The standard approved makes no provision for medication dosage calculation based on body weight in kg. This has to be considered when teenagers and children are treated. This standard can be applied for teenagers with Gastric ulcer treated in a day care unit. It is essential to make separate patient models for children and adults to improve quality of medical care and to exclude unregulated drug administration.

Keywords: standard, gastric ulcer, teenagers, day care unit

Контактная информация:

Меньшикова Лариса Ивановна — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой поликлинической и социальной педиатрии ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России
Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
Тел. (8182) 50-08-24
E-mail: almaris@atnet.ru