



Հայաստանի Ամերիկյան Համալսարան
Առողջապահական Ծառայությունների Հետազոտման և
Ջարգ ացման Կենտրոն
Նորք Մարաշ Բժշկական Կենտրոն



Ասպիրինի և ստատինների նշանակումը ՆՄԲԿ Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայում

Ջարուհի Բակալյան
Անահիտ Դեմիրճյան
Մայրլ Թոմկոսն

Դեկտեմբեր, 2003 թ.

Բովանդակություն

Ամփոփագիր.....	iii
Ներածություն	1
Հետազոտության նպատակը.....	1
Հետազոտության մեթոդները.....	2
Հետազոտության արդյունքները	3
ՄՃՍԿ-ի քարտերի լրացման թերությունները	7
Հետազոտության սահմանափակումները.....	7
Եզրահանգ ումներ.....	8
Առաջարկություններ	9
Գրականություն.....	11

Ամփոփագ իր

Նպատակները

Ներկա հետազոտության նպատակն է եղել գ նահատել երկու որակի ցուցանիշ Մեծահասակների Սրտաբանական կլինիկայում (ՄԾՍԿ-ում)՝ ասպիրինի և ստատինների նշանակումը ՍԻՀ (սրտի իշեմիկ հիվանդությամբ) հիվանդներին, որոնց այդ դեղերը ցուցված են:

Մեթոդները

Կատարվել է ՍԻՀ հաստատված ախտորոշմամբ 160 հիվանդների քարտերի միանվագ հետազոտություն: Ուսումնասիրվել են հիվանդի թղթապանակում գ տնվող բոլոր քարտերը (առաջնային, կրկնակի այցերի, հետվիրահատական քարտերը, էպիկրիզները և լաբորատոր հետազոտության արդյունքների թերթիկները):

Արդյունքները

Հետազոտված քարտերի միայն 36.9 %-ում է եղել լաբորատոր հետազոտության թերթիկ կամ նշում խոլեստերինի կամ լիպիդային պրոֆիլի տեստի նշանակման մասին: Խոլեստերինի լաբորատոր տեստի արդյունք եղել է քարտերի 28.1 %-ում, իսկ լիպիդային պրոֆիլի տեստի արդյունք՝ 23.8%-ում: Ստատիններ նշանակվել են հիվանդների միայն 5%-ին, ընդ որում, ստատինների նշանակման դրական կանխորոշիչ արժեքը հիպերխոլեստերինեմիայի համար կազմել է 25%, իսկ բացասական կանխորոշիչ արժեքը՝ 9.8%: Ասպիրինի նշանակման մասին գ ռանցում եղել է քարտերի 74%-ում: Հետազոտության ընթացքում պարզվել է, որ քարտերը լրացվում են թերի կամ ոչ ճիշտ, որը սահմանափակում է սույն հետազոտության հավաստիությունը:

Եզրահանգ ումներ

ՄԾՍԿ քարտերի լրացումը պետք է բարելավվի վերջիններիս ձևափոխման և բժիշկների/բուժքույրերի ուսուցման միջոցով՝ որակի ապահովման ընթացիկ դիտարկումների ժամանակ: Ասպիրինի նշանակումը համատարած բնույթ է կրում ՄԾՍԿ-ում, իսկ ստատինների նշանակումը սպասվածից ցածր է: Ստատինների անբավարար նշանակման հնարավոր պատճառներն են այդ դեղերի բարձր գ ինը և դրանց նշանակման ցուցումների համընդհանուր ճանաչման բացակայությունը բժիշկների մոտ: Անհրաժեշտ է վարանայել ՄԾՍԿ-ում ստատինների նշանակման գ ործելակերպը և մշակել ու ներդնել ուղեցույցներ վերջիններիս նշանակման վերաբերյալ:

Ներածություն

Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայի (ՄժՍԿ-ի) աշխատանքի որակի ցուցանիշների մոնիտորինգը ը ՀԱՀՆՄԲԿ համատեղ ծրագրի մասն է կազմել:

Որակի բարելավման գործընթացը կազմող գլխավոր քայլերից մեկն է որակի գնահատումը, այսինքն «աշխատանքի կատարման մասին տվյալների հավաքումը» (1): Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայի աշխատանքի որակի կարևոր ցուցանիշ է հիվանդներին նշանակվող դեղորայքային բուժումը: ՄժՍԿ-ում հիվանդների զգալի մասը (37%) կազմում են սրտի իշեմիկ հիվանդությամբ (ՍԻՀ) հիվանդները: Ապացուցված է, որ երկրորդային կանխարգելումը ՍԻՀ հիվանդների մոտ նվազեցնում է սրտային միջադեպերի հաճախականությունը, երկարացնում է կյանքը և բարելավում կյանքի որակը (2): Համաձայն դր. Ֆաքսոնի Ամերիկայի Սրտային ասոցիասիայի պրեզիդենտի, ստատիները հավաստիորեն նվազեցնում են ինսուլտի կամ սրտային նոպայի (heart attack) ռիսկը և մինչև 30%-ով իջեցնում մահվան ռիսկը սրտային հիվանդների շրջանում (3): Ասպիրինի օգուտները վաղուց հայտնի են. այն նվազեցնում է անոթային մահերը 17%-ով, սրտամկանի կրկնակի ինֆարկտները՝ 34%-ով, մահացու ելքով ինսուլտները՝ 30%-ով (4): Հակառակ վերոհիշյալ փաստերի, բազմաթիվ հետազոտություններ տարբեր երկրներում ցույց են տվել, կարդիոպրոտեկտորների (ասպիրին, ստատիներ, բետա-պաշարիչներ, ԱԿՖ-պաշարիչներ) կարիք ունեցող հիվանդների զգալի մասը չեն ստանում այդ դեղամիջոցները (2):

Ներկա հետազոտության նպատակն է եղել պարզել ՍԻՀ-հիվանդներին կարդիոպրոտեկտորների նշանակման վերաբերյալ ՄժՍԿ-ում կիրառվող պրակտիկան, մասնավորապես՝ ասպիրինի և ստատիների նշանակման առումով: Ասպիրինի ընտրությունը պայմանավորված է եղել նրանով, որ այն ցուցված է բոլոր ՍԻՀ հիվանդներին (որպես առաջին ընտրության դեղամիջոց) բացառությամբ սահմանափակ թվով հակացուցումներ (դեղորայքային ավերգ իա ասպիրինի նկատմամբ և ակտիվ ստամոքսի կամ տասներկուամատնյա աղիքի խոց) ունեցողների (4): Ստատիների ընտրությունը պայմանավորված է եղել նրանով, որ դրանց օգուտը վկայող փաստերը համեմատաբար նոր են (5, 6, 7): Դրանք ցուցված են ՍԻՀ հիվանդներին բարձր խոլեստերինեմիայի դեպքում, բացառությամբ լյարդի հիվանդություններ ունեցողների (8): Սակայն ստատիների կիրառումը զարգացած երկրներում դեռ սահմանափակ է (8): Գոյություն ունեն տարբեր ուղեցույցներ ստատիների նշանակման վերաբերյալ, որոնք իրարից զգալիորեն տարբերվում են (7): Ստատիների կիրառման բազմազան մոտեցումների առկայության պայմաններում կարևոր էր պարզել ՄժՍԿ-ում ստատիների նշանակման պրակտիկան:

Հետազոտության նպատակը

Հետազոտության կոնկրետ խնդիրները եղել են հետևյալը.
- պարզել ՍԻՀ ախտորոշման դեպքում լիպիդների մակարդակի լաբորատոր հետազոտման նշանակման հաճախականությունը,

- պարզել ՍԻՀ ախտորոշման և բարձր խոլեստերինի դեպքում ստատինների նշանակման հաճախականությունը,
- պարզել ՍԻՀ ախտորոշման դեպքում ասպիրինի նշանակման հաճախականությունը ՄժՍԿ-ում:

Հետազոտության երկրորդային խնդիրն է եղել բժշկական գ ռառունների լիարժեքության հետազոտման անհրաժեշտությունը այն բոլոր տվյալների առումով, որոնք հարկ է եղել վերցնել ՄժՍԿ-ի քարտերից:

Հետազոտության մեթոդները

Կատարվել է 160 բժշկական քարտերի միանվագ ուսումնասիրություն: Հետազոտության մեջ ընդգրկված քարտերի թիվը որոշվել է մեկ ընտրանքի համար նախատեսված բանաձևով և մեծացվել է տվյալների վերլուծության համար:

Ուսումնասիրվել են մայիս/հունիս ամիսներին կլինիկա հաճախած բոլոր ՍԻՀ ախտորոշմամբ հիվանդների քարտերը: Կլինիկայի համակարգ չային տվյալների բազայից հանվել են ՍԻՀ ախտորոշմամբ վերջին 160 հիվանդների տվյալները՝ ըստ կլինիկա հաճախման ամսաթվի: Հետագայում այդ տվյալների հիման վրա ՄժՍԿ-ի քարտադարանից հանվել են քարտերը: Բացառվել են այն հիվանդները, որոնց ՍԻՀ ախտորոշումը հաստատված չի եղել: Չեն ուսումնասիրվել նաև կրկնակի այցով եկած հիվանդների քարտերը (նրանց առաջնակի այցի քարտը եղել է հին տարբերակի քարտերից, որը չի պարունակել ուսումնասիրության համար անհրաժեշտ տվյալները):

ՄժՍԿ-ի քարտերից վերցվել են հետևյալ տվյալները.

- Քարտի համարը
- Առաջնակի/կրկնակի/հետվիրահատական այց
- Նշանակումները (խոլեստերինային տեստ, դեղորայք)
- Կատարված տեստերի արդյունքները
- Դեղորայքային ակերզ իայի առկայությունը
- Աղեստամոքսային համակարգ ի հիվանդությունների (խոց, լյարդի ցիռոզ) առկայությունը:

Հետազոտության նախագ իծը նախապես քննարկվել է սրտաբանների հետ և նրանց առաջարկությունների հիման վրա կազմվել է հարցաշարը: Կատարվել է 10 քարտի նախնական հետազոտություն, որի հիման վրա հարցաշարը ձևափոխվել է և հարմարեցվել տվյալների հավաքման համար:

Հարցաշարի հարցերի պատասխանները հիմնականում համարակալվել են այնպես, ինչպես քարտերում, բացառությամբ երկիմաստ պատասխանների, որոնց համար օգտագործվել է առանձին կոդավորում: «Հիպերխոլեստերինեմիա» կետի համար նախնական հետազոտումը ցույց է տվել, որ բացի դրական և բացասական պատասխաններից և չնշված թերթիկներից, շատ բժիշկներ հարցական նշան են դրել այդ կետի դիմաց, որը առանձնացվել է որպես տարբերակ:

Լիպիդային պրոֆիլի տեստի նշանակումը գ նահատվել է դրական, եթե հիվանդի ծրարում գ տնվող փաստաթղթերից որևէ մեկում, այսինքն՝ առաջնային և/կամ կրկնակի այցի քարտում և/կամ էպիկրիզում եղել է նշում տեստի նշանակման վերաբերյալ և/կամ կատարված տեստի արդյունք: Այլ հետազոտությունների նշանակման մասին նշումների առկայության

պայմաններում լիպիդային պրոֆիլի տեստերի նշանակման վերաբերյալ նշում չլինելու դեպքում նշանակումը համարվել է բացասական: Նշանակումների բաժնում որևէ նշում չլինելու դեպքում տեստի նշանակումը համարվել է չնշված:

Ասպիրինի նշանակումը համարվել է դրական, եթե առաջնային/կրկնակի այցի քարտում և/կամ էպիկրիզում եղել է նշում ասպիրինի նշանակման մասին, համարվել է բացասական, եթե վերոհիշյալ փաստաթղթերի մեջ այլ դեղամիջոցների նշանակման մասին գ ըրառումների առկայության պայմաններում ասպիրինի նշանակման մասին գ ըրառում չի եղել: Ասպիրինի նշանակումը համարվել է չնշված, եթե ոչ մի դեղամիջոցի նշանակման մասին գ ըրառում չի եղել կամ էպիկրիզում նշված է եղել դեղորայքային բուժում, սակայն հնարավոր չի եղել պարզել նշանակված դեղերի ցանկը: Նույն սկզբունքով դասակարգ վել է ստատինների նշանակումը:

Տվյալների վերլուծություն

Տվյալները մուտքագ ըվել և վերլուծվել են SPSS 10.00 համակարգ չային ծրագ ըի միջոցով:

Հետազոտության արդյունքները

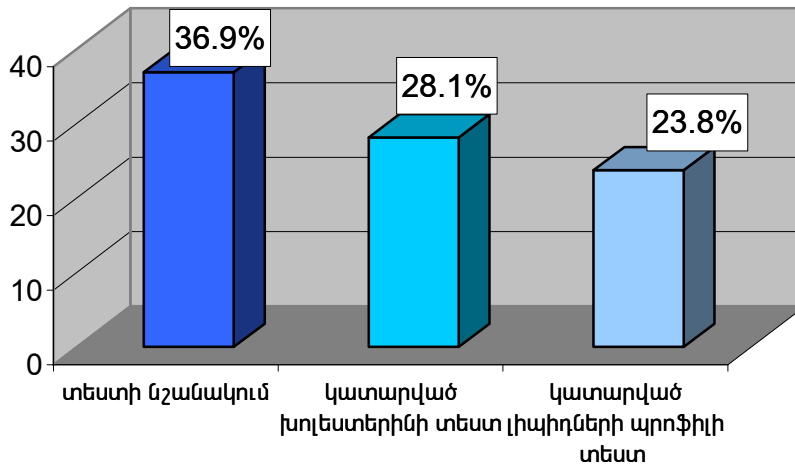
Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել որ ՄժՍԿ-ի ՍԻՀ հիվանդների քարտերի 36.9%-ում առկա է եղել խոլեստերինի կամ լիպիդային պրոֆիլի տեստի նշանակման մասին բժշկի գ ըրառում և/կամ կատարված տեստի արդյունք: Դիտարկված քարտերի 50 %-ում, այլ հետազոտությունների նշման պայմաններում, նշանակումների կետում չի եղել տեստի արդյունք և/կամ որևէ գ ըրառում խոլեստերինի կամ լիպիդների պրոֆիլի որոշման տեստի նշանակման վերաբերյալ: Քարտերի 13.1%-ում նշանակումների բաժնում որևէ հետազոտության կամ տեստի նշանակման մասին գ ըրառում չի եղել:

Աղյուսակ 1. Խոլեստերինի/ լիպիդային պրոֆիլի որոշման տեստի նշանակում

	Հաճախականությունը	%
այո	59	36.9
ոչ	80	50.0
պարգ չէ	21	13.1
ընդամենը	160	100.0

Ոչ բոլոր հիվանդները, որոնց նշանակված է եղել լաբորատոր հետազոտություն, ունեցել են լաբորատոր հետազոտության արդյունք (հետևաբար՝ կատարել են տեստը): Միայն խոլեստերինի տեստ կատարած հիվանդների տոկոսը եղել է ավելի բարձր (28.1%), քան ամբողջ լիպիդային պրոֆիլի տեստերը կատարողների տոկոսը (23.8%) (տե՛ս նկար 1):

Նկար 1 Սրտաբանների նշանակած և կատարած տեստերի տարբերությունները



28.1% հիվանդներից, որոնք ենթարկվել են խոլեստերինի լաբորատոր հետազոտության, 31.1 %-ի մոտ խոլեստերինը եղել է նորմայի սահմաններում, իսկ 68.9 %-ի մոտ՝ նորմայից բարձր (տես աղյուսակ 2): Խոլեստերինի 5.2 մմոլ/լ-ից բարձր մակարդակները համարվել են նորմայից բարձր, 5.2 մմոլ/լ-ից ցածր մակարդակները՝ նորմայի սահմաններում (7):

Աղյուսակ 2 Խոլեստերինի լաբորատոր հետազոտության արդյունքները

Խոլեստերին	Հաճախականությունը	%
նորմալ	14	31.1
բարձր	31	68.9
ընդամենը	45	100.0

Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ կատարված տեստի արդյունքների և քարտի «հիպերխոլեստերինեմիա» կետի դիմաց բժշկի կատարած գ թանցումների միջև անհամապատասխանություններ կան (տես աղյուսակ 3):

Աղյուսակ 3 Համապատասխանությունը բժշկի գ թառումների և լաբորատոր տեստերի պատասխանների միջև

հիպերխոլեստերինեմիա բժշկի նշում	լաբ. տեստի պատասխան			Ընդամենը
	դրական	բացասական	տեստը կատարված չէ	
այո	8	3	6	17
ոչ	7	4	30	41
?	5	2	22	29
Զնշված	11	5	57	73
Ընդամենը	31	14	115	160

Աղյուսակ 3-ից պարզ է դառնում, որ բժիշկների գ ռառուններում միտում կա նշելու, որ հիվանդները հիպերխոլեստերինեմիա չունեն (41-ը չունեն, 17-ը ունեն), մինչդեռ, ըստ լաբորատոր հետազոտության արդյունքների, հիպերխոլեստերինեմիայով հիվանդների թիվը մոտ երկու անգ ամ ավելի բարձր է, քան խոլեստերինի նորմալ մակարդակով հիվանդներինը (31-ը ունեն, 14-ը չունեն): Բժիշկների գ ռառունների և լաբորատոր տեստերի արդյունքների համաձայնության տոկոսը կազմել է 56.9: Բժշկի գ ռառունների դրական կանխորոշիչ արժեքը հիպերխոլեստերինեմիայով հիվանդների համար կազմել է 47%, իսկ բացասական կանխորոշիչ արժեքը՝ ընդամենը 9.8 %:

Ստատիստիկական նշանակման տոկոսը ՍԻՀ հիվանդների մոտ կազմել է 5 %-8 հիվանդ (տես աղյուսակ 4): Ստատիստիկական նշանակման վերաբերյալ հետազոտության նախնական վարկածը (50% դեպքերում) ժխտվել է ($p < 0.000$):

Աղյուսակ 4 Ստատիստիկական նշանակման պրակտիկան ՄՃՍԿ-ում

	Հաճախականությունը	%
այո	8	5.0
ոչ	122	76.2
չնշված	30	18.8
Ընդամենը	160	100.0

Բժշկի կողմից ստատիստիկական նշանակման և լաբորատոր հետազոտության արդյունքների միջև հակասություններ են ի հայտ եկել (տես աղյուսակ 5):

Աղյուսակ 5 Ստատիստիկական նշանակման և լաբորատոր արդյունքների փոխհարաբերությունը

	խոլեստերինի լաբ. տեստի պատասխան			Ընդամենը
	դրական	բացասական	տեստը կատարված չէ	
ստատիստիկական նշանակում				
այո	2	1	5	8
ոչ	22	12	88	122
չնշված	7	1	22	30
Ընդամենը	31	14	115	160

Ստատիստիկական նշանակման մասին գ ռառունների դրական կանխորոշիչ արժեքը (PPV) կազմել է 25%, իսկ բացասական կանխորոշիչ արժեքը՝ 9.8%:

Ասպիրինի նշանակման տոկոսը ՍԻՀ ախտորոշմամբ հիվանդների մոտ բավականին բարձր է եղել (տես աղյուսակ 6): Ասպիրինի նշանակման վերաբերյալ հետազոտության նախնական վարկածը (50 %դեպքերում) ժխտվել է ($p < 0.000$):

Աղյուսակ 6 Ասպիրինի նշանակման պրակտիկան ՄՃՍԿ-ում

	Հաճախականությունը	%
այո	119	74.4
ոչ	11	6.9
չնշված	30	18.8
Ընդամենը	160	100.0

Ավելին, ասպիրինի նկատմամբ հակացուցումներ (խոցային հիվանդությունը, ասպիրինի նկատմամբ ալերգ իան) ունեցող և չնշված բուժմամբ հիվանդների քարտերը բացառելու դեպքում ասպիրինի նշանակման տոկոսը կազմել է 96 (տես աղյուսակ 7 և 8):

Աղյուսակ 7 Ասպիրին չնշանակելու հնարավոր պատճառները

Խոցային հիվանդություն՝ արյունահոսության անամնեզով	Ասպիրինի նկատմամբ ալերգ իա	Միակ նշանակումը՝ կորոնարոգ ռաֆիա	Մնացած չնշված բուժմամբ քարտերը
5	1	15	18
3.1%	0.6 %	9.4%	12.9%

Աղյուսակ 8 Ասպիրինի նշանակման տոկոսը՝ հաշվի առնելով հակացուցումները և քարտերի լրացման թերությունները

Ասպիրինի նշանակումը	Հաճախականությունը	%
այո	117	95.9
ոչ	5	4.1
Ընդամենը	122	100

Հետազոտությունը ցույց է տվել, որ ասպիրինի նշանակումը եղել է ավելի բարձր կրկնակի/հետվիրահատական այցերի համար և ավելի ցածր՝ առաջնակի այցերի համար: Չնշված բուժմամբ քարտերի թիվը եղել է ավելի բարձր առաջնակի այցերի համար: Կարելի է ենթադրել, որ վերոհիշյալ միտումը բխում է տվյալների հավաքման եղանակից, այսինքն՝ երբ հիվանդի ծրարում գ տնվող քարտերից գ ոնե մեկում բուժման նշումը համարվում է դրական պատասխան: Այստեղից կարելի եզրակացնել, որ նշման հավանականությունը ավելի բարձր է մի քանի քարտ լրացնելու դեպքում, քան մեկի դեպքում (տես աղյուսակ 9):

Աղյուսակ 9 Ասպիրինի նշանակումը ըստ այցի (հակացուցումներով հիվանդները ընդգրկված չեն)

	ասպիրինի նշանակում			
	այո	ոչ	չնշված	ընդամենը
առաջնակի	52	6	22	80
կրկնակի	16	0	0	16
հետվիրահատական/ հետմիջամտական	50	1	7	58
ընդամենը	118	7	29	154

ՄՑՍԿ-ի քարտերի լրացման թերությունները

Քարտերի հետազոտման ընթացքում պարզ է դարձել, որ բժիշկներն ու բուժքույրերը որոշ տվյալներ լավ են լրացրել, իսկ մյուսները՝ վատ: Այսպես, «Դեղորայքային ալերգիա» կետը քարտերի մեծ մասում լրացված է եղել, մինչդեռ «աղեստամոքսային համակարգի հիվանդություններ» կետը քարտերի մեծ մասում լրացված չի եղել: «Հիպերխոլեստերինեմիա» կետը քարտերի համարյա կեսում լրացված չի եղել: «Խոլեստերինի և հազ եցած ճարպերի օգտագործում» կետի դիմաց 160 քարտերից և ոչ մեկում որևէ գրառում կատարված չի եղել: Ներկա հետազոտությունը թույլ չի տվել պարզել արված գրառումների ճշտությունը: Միայն «հիպերխոլեստերինեմիա» կետի համար կարելի է ենթադրել, որ կատարված գրառումները եղել են ոչ այնքան ճշգրիտ (տես վերը):

«Նշանակված հետազոտություններ/դեղորայք/խորհուրդներ» կետի դեղորայք մասի դիմաց քարտերի 19 %-ում նշումներ չեն եղել, այդ թվում 9.4 %-ում վերոհիշյալ բաժնում եղել է միայն կորոնարոգրաֆիայի նշանակումը:

Հետազոտության սահմանափակումները

Հետազոտության ամենամեծ սահմանափակումը եղել է քարտերի ոչ լիարժեք լրացումը ՄՑՍԿ-ում: Ինչպես արդեն նշվել է, քարտերում նշումների բացակայության տոկոսը որոշ կետերի համար կազմել է մինչև 100%: Այդ փաստը հարցականի տակ է դնում հետազոտության ընթացքում հավաքված բոլոր տվյալների և ստացված արդյունքների ճշգրտությունը, մասնավորապես այն պատճառով, որ ներկա հետազոտությունը թույլ չի տվել գնահատել նշումների ճշգրտությունը:

Հաջորդ սահմանափակումը եղել է այն, որ հետազոտության դիզայնը թույլ չի տվել պարզել, թե բժիշկների կատարած գրառումները/նշումները ինչքանով են համապատասխանել իրականում կատարված գործողություններին կամ իրական արդյունքներին: Ներկա հետազոտությունը թույլ չի տվել պարզել նաև դեղերի ընտրման, վերջիններիս դոզավորման, տեստերի նշանակման և դրանց ժամկետների ճշգրտությունը:

Ներկա հետազոտության ընթացքում կիրառված գնահատման համակարգը, երբ հիվանդի թղթապանակում եղած փաստաթղթերից գեղմեկում

կատարված գ ռառուընդ դեղերի կամ տեստի նշանակման մասին համարվել է դրական պատասխան, եղել է ի օգ ուտ նշում կատարողի:

Եզրահանգ ումներ

Հետազոտությունը ցույց է տվել, որ ՄժՍԿ-ում ասպիրինի նշանակման հաճախականությունը ՍԻՀ հիվանդների մոտ բավականին բարձր է և գ երազանցում է գ ռականության մեջ նշված տվյալները (65% ըստ Antiplatelet Trialists Collaboration study և 85% ըստ ASPIRE study) (4): Հնարավոր է, որ այն քարտերում, որտեղ ասպիրինը նշված չի եղել, առկա է եղել թերզ ռանցում, այսինքն իրականում նշանակված է եղել, բայց չի նշվել բժշկի կողմից: Կարելի է ենթադրել, որ ՄժՍԿ-ում ասպիրինի նշանակումը համատարած բնույթ է կրում: Հայտնաբերված որոշ բացառությունները մասամբ կարելի է վերագ ռել թերի գ ռանցումներին, իսկ մնացածը ավելի խորամուխ հետազոտման կարիք ունի:

Հատազոտության արդյունքները ցույց են տալիս, որ ստատինների նշանակման հաճախականությունը բավական ցածր է ՄժՍԿ-ում (160 քարտերից միայն 8-ում է եղել ստատինների նշանակում (որոնցից յոթը նշանակված են եղել միևնույն բժշկի կողմից): Այս թվերը շատ ավելի ցածր են գ ռականության մեջ նշված թվերից, օրինակ՝ ըստ "Drug and Therapeutics Bulletin"-ի, բարձր խոլեստերինեմիայով ՍԻՀ հիվանդների 30%-ն է ստացել ստատիններ, որոնցից կեսի մոտ խոլեստերինի թվերը հասցվել են նորմայի (8): Համաձայն ստացված տվյալների, բժիշկները հազվագ յուտ են հիմնվել (25% դեպքերում) խոլեստերինի մակարդակի լաբորատոր հետազոտման արդյունքների վրա՝ ստատիններ նշանակելիս: Ստատիններ չնշանակելիս սրտաբաններն է՛լ ավելի հազվագ յուտ (9.8% դեպքերում) են հիմնվել լաբորատոր քննության արդյունքների վրա: Հատազոտության արդյունքները թույլ են տալիս եզրակացնել, որ ստատինների նշանակումը դեռևս չի որդեգ ռվել ՄժՍԿ սրտաբանների կողմից որպես համընդհանուր գ ործելակերպ, և ստատիններ նշանակելիս բժիշկները հիմնվում են տարբեր նկատառումների վրա, այսինքն՝ ցուցաբերում են միմյանցից տարբեր գ ործելակերպ: Ակնհայտորեն, առկա է այս հարցում փոխհամաձայնության գ ալու և միահամուռ գ ործելակերպի մշակման անհրաժեշտություն:

Ստատինների ցածր նշանակման հնարավոր պատճառներից մեկն այդ դեղերի գ ինն է. ամսական բուժման արժեքը կազմում է մոտ 30\$-50\$, և շատ հիվանդներ նշում են, որ ի վիճակի չեն գ նել դեղորայքը: Հնարավոր է նաև ստատինների նշանակման թերզ ռանցում: ՄժՍԿ-ում սրտաբանների կողմից ընդունված կարգ է խոլեստերինեմիայով հիվանդներին երկարատև (1-2 ամիս) դիետայի նշանակումը: Այսինքն, պետք է ակնկալել, որ առաջնակի այցի քարտում չպետք է լինի ստատինների նշանակում, քանզի այդ էտապում հիվանդներին հիմնականում դիետա է նշանակվում, բացառությամբ բարձր ռիսկի խմբին պատկանող հիվանդների, որոնց խոլեստերինի մակարդակը զգ ալիորեն բարձր է նորմայից և որոնք ունեն նաև ուղեկցող հիվանդություններ, օր՝ շաքարային դիաբետ: Հետագ այում, հիվանդի հաջորդ այցերի ընթացքում, երբ խոլեստերինի կրկնակի լաբորատոր տեստի արդյունքները շարունակում են մնալ բարձր, սրտաբանը մտածում է ստատինների նշանակման մասին: Այսինքն, պետք է ակնկալել, որ ստատինները պետք է հիմնականում նշանակվեն կրկնակի այցի ժամանակ: Սակայն, քանի որ նշանակումը կատարվում է ոչ թե անմիջապես կրկնակի այցի ընթացքում, այլ լաբորատոր տեստի պատասխանն ստանալուց

հետո՝ հիվանդի և բժշկի կարճատև հանդիպման ընթացքում, հնարավոր է, որ բժիշկը խոլեստերինեմիայով հիվանդին նշանակի ստատին, սակայն չգ լանցի քարտում:

Խոլեստերինի և լիպիդային պրոֆիլի տեստերի նշանակման մասին գ ռառունը (36.9%) շատ ինֆորմատիվ չէ, քանզի հիմնականում բժիշկները նշում են տեստի նշանակումը հիվանդի հետ փոխհամաձայնության գ ալուց հետո: Խոլեստերինի և լիպիդային պրոֆիլի տեստերի կատարման ցածր տոկոսները կարելի է բացատրել հիվանդների անհամաձայնությամբ կամ անկարողությամբ՝ հավելյալ գ ունար հատկացնել լաբորատոր հետազոտությունների համար (լաբորատոր տեստի արժեքը չի մտնում ընդհանուր խորհրդատվության արժեքի մեջ): Սպեցիֆիկ տեստերի նշանակման տարբերությունները (ավելի հաճախ՝ միայն խոլեստերինի, քան ողջ լիպիդային պրոֆիլի՝ 23.1% / 28.1% հարաբերակցությամբ) կարելի է մասամբ բացատրել բժշկի կոնկրետ նշանակմամբ: Սակայն տարբերությունը կարող է պայմանավորված լինել նաև հիվանդների ֆինանսական վիճակով, այսինքն՝ տեստերի արժեքների տարբերությամբ (600դր՝ միայն խոլեստերինի տեստը և 3500դր՝ ամբողջ լիպիդային պրոֆիլի տեստը): Սույն հետազոտության դիզայնը թույլ չի տվել պարզել, թե որ պատճառն է գ երակշռել տեստի չկատարման կամ մասնակի կատարման հարցում. շատ հաճախ տեստի նշանակման փաստը ակնհայտ է դարձել միայն լաբորատոր թերթիկի ամկայության շնորհիվ:

Քարտերի ուսումնասիրությունը թույլ է տվել պարզել, որ վերջիններս լրացվում են ոչ լիարժեք: Որոշ կետերի համար (տես վերևում) լրացումների տոկոսը ավելի բարձր է, այլ կետերի համար՝ ավելի ցածր, որոշները ընդհանրապես չեն լրացվում: Այս հետազոտության դիզայնը թույլ չի տվել պարզել լրացումների ճշգ ռությունը (9): Միայն «հիպերխոլեստերինեմիա» կետի համար, որը ուներ ստուգ իջ լաբորատոր հետազոտության թերթիկ, կարելի է եզրակացնել, որ բժշկի կատարած նշումները հաճախ չեն համապատասխանել իրականությանը: Հարկ է նշել, որ դրական և մասնավորապես բացասական կանխորոշիչ արժեքները, ինչպես նաև՝ համաձայնության տոկոսը բժիշկի գ ռառունների և լաբորատոր արդյունքների միջև շատ ցածր են եղել: Այս հանգ ամանքը սրտաբանները բացատրում են նրանով, որ «հիպերխոլեստերինեմիա» կետը լրացնելիս հիմնվում են հիվանդի պատասխանի վրա, որը օբյեկտիվ չէ: Բացի այդ, ՄժՍԿ-ի սրտաբանները նշում են, որ իրենք հաճախ գ լանցում են «ոչ», երբ հիվանդը նշում է, որ երբևէ չի կատարել խոլեստերինի տեստ կամ կատարել է, բայց չգ իտի արդյունքները: Այս մոտեցումը ևս անհրաժեշտ է վերանայել:

Առաջարկություններ

Հիմնական առաջարկությունը քարտերի լրացման բարելավումն է: Ներկա հետազոտությունը թույլ է տվել պարզել, որ լրացման թերությունները բազմաթիվ են և հարցականի տակ են դնում հիվանդների մասին կլինիկայում պահվող տվյալների լիարժեքությունը, ճշգ ռությունը, սահմանափակում են կլինիկայում քարտերի ուսումնասիրությամբ կատարվող բոլոր հետազոտական աշխատանքների հնարավորությունները: Քարտերի բարելավման համար կարող է անհրաժեշտ լինել վերջիններիս վերանայումը և ձևափոխումը: Առաջնակի այցի քարտում «հիպերխոլեստերինեմիա» կետի դիմաց կարելի է ավելացնել

պատասխանի երրորդ տարբերակը՝ «չկատարված»: «Խուլեատերինի և հազ եցած ճարպերի օգ տագ ործունը» կարելի է հանել առաջնակի այցի քարտերից, քանի որ այդ հարցերը չեն լրացվում:

ՄԾՍԿ անձնակազմը կարող է պարբերաբար կազմակերպել պատահականորեն ընտրված քարտերի դիտարկում, ներկայացնել արդյունքները (թե որ կետերն են վատ լրացվում) ընդհանուր հանդիպումների ընթացքում, քննարկել քարտերի լրացման բարելավմանն ուղղված հնարավոր միջոցառումները, և հետագայում միջոցառումները կիրառելուց հետո հետազոտել դրանց ազդեցությունը: Շատ կարևոր գ ործոն է կլինիկայի անձնակազմի գ իտակցության բարձրացումը քարտերի լրացման կարևորության վերաբերյալ:

Կարևոր խնդիր է բժիշկների կողմից լաբորատոր տեստերի կարևորության շեշտումը և հիվանդների գ իտակցության բարձրացումը: Այն պայմաններում, երբ հիվանդի ֆինանսական միջոցները խիստ սահմանափակ են, բժիշկը պետք է պնդի գ եթ նվազագ ույն անալիզների կատարման անհրաժեշտությունը:

Կարևոր խնդիր է հանդիսանում կլինիկայի սրտաբանների կողմից ստատիստիկայի նշանակման պրակտիկայի վերանայումը և ընդհանուր ուղեցույցների մշակումը դրանց նշանակման վերաբերյալ:

Գրականություն

1. A.Donabedian. An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press; 2003.
2. Miller R. Underuse of cardioprotective medications in IHD patients prior to acute myocardial infarction. [on-line]
<http://www.hsrd.seattle.med.va.gov/ihdqueri/futureho.htm>
3. American College of Cardiology and American Heart Association Advisory. ACC and AHA reassure patients about statins' effectiveness, safety—physicians, patients urged to discuss concerns, side effects, and options for lowering cholesterol. Dec 3 2002 [on-line]
<http://www.acc.org/clinical/alerts/statins.htm>
4. Villaizan-Antolin P.L. Use of aspirin in secondary prevention of ischaemic heart disease. [on-line].
<http://www.londondeanery.ac.uk/gp/audit/pdf/audit19.pdf>
5. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 1994; 344:1383-9
6. International task force for prevention of coronary heart disease. Major recent drug trials. MRC/BHF Heart Protection Study. [on-line]
<http://www.escardio.org/scinfo/guidelines/98prevention.pdf>
7. Herts CHD NSF Clinical Group. Herfordshire statin guidelines. March 2002 [on-line] http://www.westhertshospitals.nhs.uk/.../guidelines/01_prevention/HertfordshireStatinGuidelinesv4.pdf
8. Prescribing and clinical effectiveness. Newsletter Issue 4 July 2001 North Derbyshire NHC
9. Օքսուզյան Ա., Դեմիրճյան Ա., Թոնփսոն Մ. Ե. Բժշկական գ ըառումների և վիրաբուժական տվյալների ամփոփ բանկի գ նահատում Նորք Մարաշ բժշկական կենտրոնում: Հայաստանի Ամերիկյան Համալսարան և Նորք Մարաշ բժշկական կենտրոն: Երևան, Հայաստան, 2001.