

О РОЛИ ТЕМАТИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В ДОСТИЖЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАДЛЕЖАЩЕГО УРОВНЯ

Скрябин О.Н.¹, Мовчан К.Н.^{1,2}, Алексеев П.С.¹, Морозов Ю.М.¹, Творогов Д.А.^{1,2}, Жарков А.В.¹, Татаркин В.В.¹, Русакевич К.И.^{1,2}, Железный Е.В.¹

¹СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», Санкт-Петербург, e-mail: tvorogovd@bk.ru;
²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

Качество медицинской помощи оценено у 1 158 больных, госпитализированных в медицинские организации Санкт-Петербурга по поводу острого желудочно-кишечного кровотечения. Целенаправленно изучены данные о негативных параллелях в реализации мероприятий лечебно-диагностического процесса при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в случае отсутствия в медицинских организациях должной активности в проведении клинико-экспертной работы по профилю «Неотложная абдоминальная хирургия». Определено, что оказание медицинской помощи больным острыми желудочно-кишечными кровотечениями в 50% наблюдений сопровождается дефектами в лечебно-диагностическом процессе, в структуре которых преобладают погрешности обследования и лечения пациентов (48% и 36% соответственно). Дефекты диагностики и преемственности лечебно-диагностического процесса составляют соответственно 13% и 3%. Применение нерациональных схем низкоэффективной противоязвенной медикаментозной терапии (16% наблюдений) и осуществление гемостаза посредством устаревших технологий внутрипросветной эндоскопии (16% случаев) рассматриваются как дефекты медицинской деятельности, наиболее часто встречаемые при непосредственном проведении мероприятий лечебного воздействия на течение заболевания и его исход. Надлежащее качество оказания медицинской помощи больным острыми желудочно-кишечными кровотечениями может быть достигнуто путем последовательного ее предоставления, при скоординированной работе не только специалистов хирургических профилей деятельности, но и при их мультидисциплинарном взаимодействии в лечебно-диагностическом процессе с врачами других специальностей.

Ключевые слова: абдоминальная хирургия, острый живот, острые гастроинтестинальные кровотечения, качество медицинской деятельности, экспертиза качества лечебно-диагностических мероприятий.

ABOUT THEMATIC EXPERTISE IN THE QUALITY OF EXAMINATION AND TREATMENT TO THE PATIENTS WITH ACUTE GASTROINTESTINAL BLEEDING WITH THE AIM OF ACHIEVING A PROPER LEVEL OF MEDICAL CARE

Skryabin O.N.¹, Movchan K.N.^{1,2}, Alekseyev P.S.¹, Morozov YU.M.¹, Tvorogov D.A.^{1,2}, Zharkov A.V.¹, Tatarkin V.V.¹, Rusakevich K.I.^{1,2}, Zheleznyy Ye.V.¹

¹Medical Information and Analytical Center, Saint Petersburg, e-mail: tvorogovd@bk.ru;

²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg

The quality of medical care was evaluated in 1,158 patients hospitalized in medical organizations of St. Petersburg for acute gastrointestinal bleeding. The data on negative parallels in the implementation of measures of the treatment and diagnostic process in acute surgical diseases of the abdominal cavity organs in the absence of proper activity in medical organizations in conducting clinical expert work on the emergency abdominal surgery profile have been purposefully studied. It was shown that the provision of medical care to patients with acute gastrointestinal bleeding in 50% of cases is accompanied by defects in the medical diagnostic process, the structure of which is dominated by errors in examination and treatment of patients (48% and 36%, respectively). Defects in the diagnosis and continuity of the diagnostic process, respectively, are 13% and 3%. The use of irrational regimens of low-effective antiulcer drug therapy (16% of cases) and the implementation of hemostasis through outdated intraluminal endoscopy technologies (16% of cases) are considered as defects in medical activity that are most often encountered with direct treatment of the disease and its outcome. The proper quality of medical care for patients with acute gastrointestinal bleeding can be achieved by providing it sequentially, with the coordinated work not only of specialists in surgical activity profiles, but also with their multidisciplinary interaction in the medical and diagnostic process with doctors of other specialties.

Keywords: abdominal surgery, acute abdomen, acute gastrointestinal bleeding, quality of medical activity, examination of the quality of treatment and diagnostic measures.

Нерешенные задачи предоставления медицинской помощи жителям Санкт-Петербурга в случаях верификации у них острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (ОХЗОБП) оказываются предметом постоянного обсуждения как в плане оценки эффективности административного управления системой контроля качества медицинской деятельности в городе, так и в ракурсе обсуждения спорных вопросов научно-методологической направленности, касающихся поиска путей улучшения непосредственных результатов обследования и лечения больных острым животом (ОЖ) [1, 2].

В группе нозологий ОЖ параметры данных о наблюдении острых желудочно-кишечных кровотечений (ОЖКК), постоянно целенаправленно мониторируемых в Санкт-Петербурге (СПб), представляют собой предметы особого внимания специалистов органа Управления здравоохранением города: это значимые по величине показатели частоты выявления и летальности данного патологического состояния [2, 3]. Несмотря на использование в лечебно-диагностическом процессе (ЛДП) инновационных технологий профилактики и устранения последствий ОЖКК, исход подобных состояний нередко представляет реальную угрозу для жизни пациентов [2, 3]. В частности, в 2012–2017 гг. в Санкт-Петербурге параметры частоты случаев летальных исходов, регистрируемых в группе больных ОЖКК, перенесших хирургические вмешательства в ряде лечебно-профилактических учреждениях города (СПб ЛПУ), колебались от 8% до 20% от общего числа пациентов, оперированных по этому поводу [3]. Подходы к реализации мероприятий, предусмотренных регламентированной тактикой оказания медицинской помощи (МП) больным ОЖКК в медицинских организациях (МО) с разными возможностями ее предоставления, неоднозначны [3]. Данное обстоятельство ряд исследователей считают одной из основных причин высоких показателей летальности [4]. Поэтому заинтересованный анализ данных по оценке качества оказания медицинской помощи (КМП) жителям второго по величине мегаполиса России в случаях верификации у его жителей ОЖКК – важный аспект научно-практической деятельности на пути улучшения условий для предоставления населению МП, соответствующей уровню современных научных знаний об этом патологическом состоянии [4, 5].

Цель исследования: оценить основные показатели качества обследования и лечения больных ОЖКК в МО Санкт-Петербурга для выявления негативных тенденций в лечебно-диагностическом процессе при оказании МП больным данной нозологией и разработке предложений по улучшению результатов ее предоставления.

Материалы и методы исследования. В течение 2015 г. по заданию Координационного совета по управлению качеством медицинской помощи при

Правительстве Санкт-Петербурга (решение от 28.10.2015 г.) целенаправленно изучены основные причины дефектов предоставления стационарной МП в 11 ЛПУ города при госпитализации его жителей по поводу ОЖКК. Типовые дефекты погрешностей ЛДП выявлены посредством использования автоматизированной технологии экспертизы КМП – АТЭ КМП [6-8].

Главный ориентир для отбора наблюдений в генеральную совокупность (1 158) – госпитализация пациентов в неотложном порядке при диагнозах по кодам МКБ – 10: «язва желудка хроническая или неуточненная с кровотечением», «язва двенадцатиперстной кишки хроническая или неуточненная с кровотечением», «гастроэюнальная язва хроническая или неуточненная с кровотечением».

Численность наблюдений в экспертной выборке (210) формировалась методом случайного отбора (табл. 1).

Таблица 1

Распределение наблюдений ОЖКК по СПб МО с учетом объемов выборки и генеральной совокупности

Лечебно-профилактические учреждения	Количество случаев	
	генеральной совокупности	экспертной выборки
Городские больницы №:		
1	58	20
3	179	18
4	114	20
15	112	19
16	63	20
17	151	20
26	174	18
33	51	18
38	55	20
институт скорой помощи (ИСП)	177	20
госпиталь ветеранов войн (ГВВ)	24	17
Всего	1 158	210

Сведения из медицинских документов, содержащих информацию о ходе предоставления больным непосредственно МП, оценивались хирургами-экспертами согласно протоколам обследования и лечения больных ОЖКК и острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (ОХЗОБП) в Санкт-Петербурге [9], адаптированным к требованиям Клинических рекомендаций Российского общества хирургов (РОХ) «Язвенные дуоденальные кровотечения», принятых в 2014 г. в Воронеже [10]. Координация работы экспертной группы по оценке ЭКМП, методическому сопровождению комиссионных (в том числе повторных) экспертных разборов по случаям оказания МП,

статистическая обработка данных с подготовкой окончательных вердиктов осуществлялись при содействии сотрудников Территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга (СПб ТФОМС) и страховых медицинских организаций города системы ОМС (СПб ОМС).

Результаты исследования и их обсуждение

По итогам общего анализа материалов установлено, что почти в половине случаев у больных ОЖКК, госпитализированных в СПб МО, в процессе оказания МП допускались погрешности (рис. 1).

ЛПУ

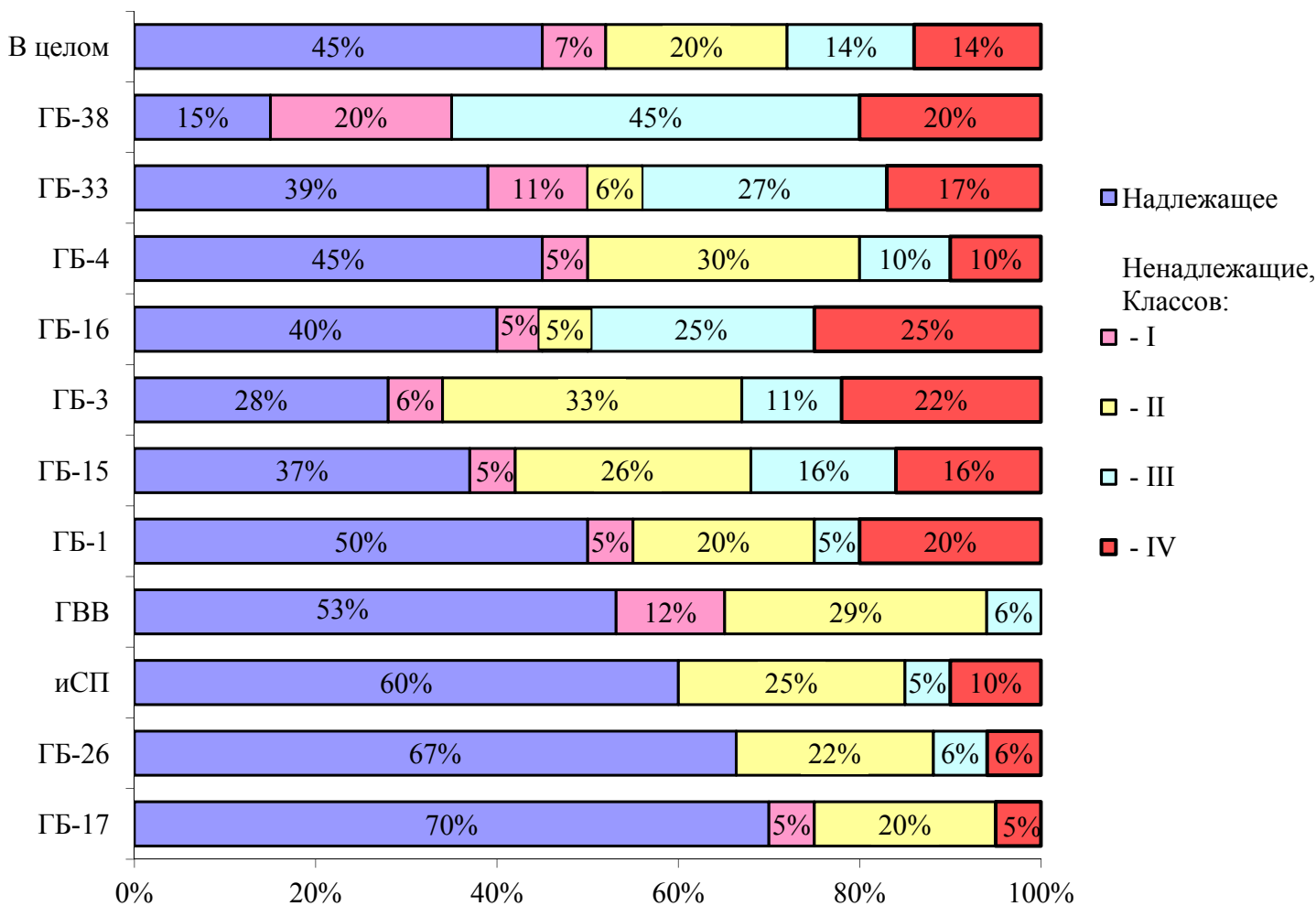


Рис. 1. Структура параметров (в %) КМП, предоставляемой пациентам с ОЖКК в СПб МО

По своим характеристикам и по частоте встречаемости регистрируемые дефекты МП отличались в ЛПУ разного лицензионного ранга. В 4 стационарах (ГБ-17, ГБ-26, ИСП, ГВВ) частота случаев предоставления МП надлежащего качества оказывалась выше 50%. Случаи с негативными последствиями дефектов для состояния пациентов с ОЖКК при их обследовании и лечении отмечались в 28%, в ГБ-38 превысив 50%. Частота встречаемости случаев ненадлежащего КМП с реальным негативным влиянием на состояние больных (IV

класс по В.Ф Чавпецову и соавт., 2007) в разных МО колебалась (0% в ГВВ против 25% в ГБ-16). Частота выявления случаев ненадлежащего КМП II класса (неоптимальное использование ресурсов здравоохранения) составила 20%. В 7% случаев дефекты оказания МП обуславливали затруднения при экспертной оценке ее качества (I класса предоставления КМП ненадлежащего уровня).

Сравнение частных параметров оценки КМП при ОЖКК с учетом уровня специализации СПб МО позволило выявить, что оказание МП больным ОЖКК содержит потенциальную угрозу, количественно выражаемую коэффициентом 1,49 дефекта на 1 случай. В основном это обуславливает негативное влияние в ракурсе неоптимальности использования ресурсов здравоохранения – 0,92 негативных следствия на 1 случай. Вероятность ухудшения состояния больных ОЖКК количественно может быть выражена как 0,43 (табл. 2).

Таблица 2

Распределение частных компонентов КМП при ее оказании в СПб МО в случаях ОЖКК
(численные выражения)

ЛПУ	Количественные показатели коэффициентов вероятности		
	дефектов МП	ухудшения (в том числе социально значимого) состояния пациентов	использования ресурсов в неоптимальном ракурсе
ГБ-17	0,50	0,05 (0)	0,35
ГБ-26	0,61	0,17 (0)	0,56
ИСП	1,15	0,25 (0)	0,50
ГВВ	1,24	0,06 (0)	0,82
ГБ-1	1,45	0,30 (0)	0,95
ГБ-15	1,42	0,53 (0)	0,74
Б-3	1,39	0,44 (0)	0,94
ГБ-16	2,10	0,65 (0)	1,15
ГБ-4	2,10	0,25 (0)	1,65
ГБ-33	2,00	0,94 (0)	1,17
ГБ-38	2,35	1,10 (0)	1,30
Всего	1,49	0,43 (0)	0,92

При последовательном нормировании параметров КМП больным ОЖКК в ЛПУ с разным уровнем скорпомощной медицинской деятельности установлены явные различия в уровне системности ее предоставления (рис. 2).

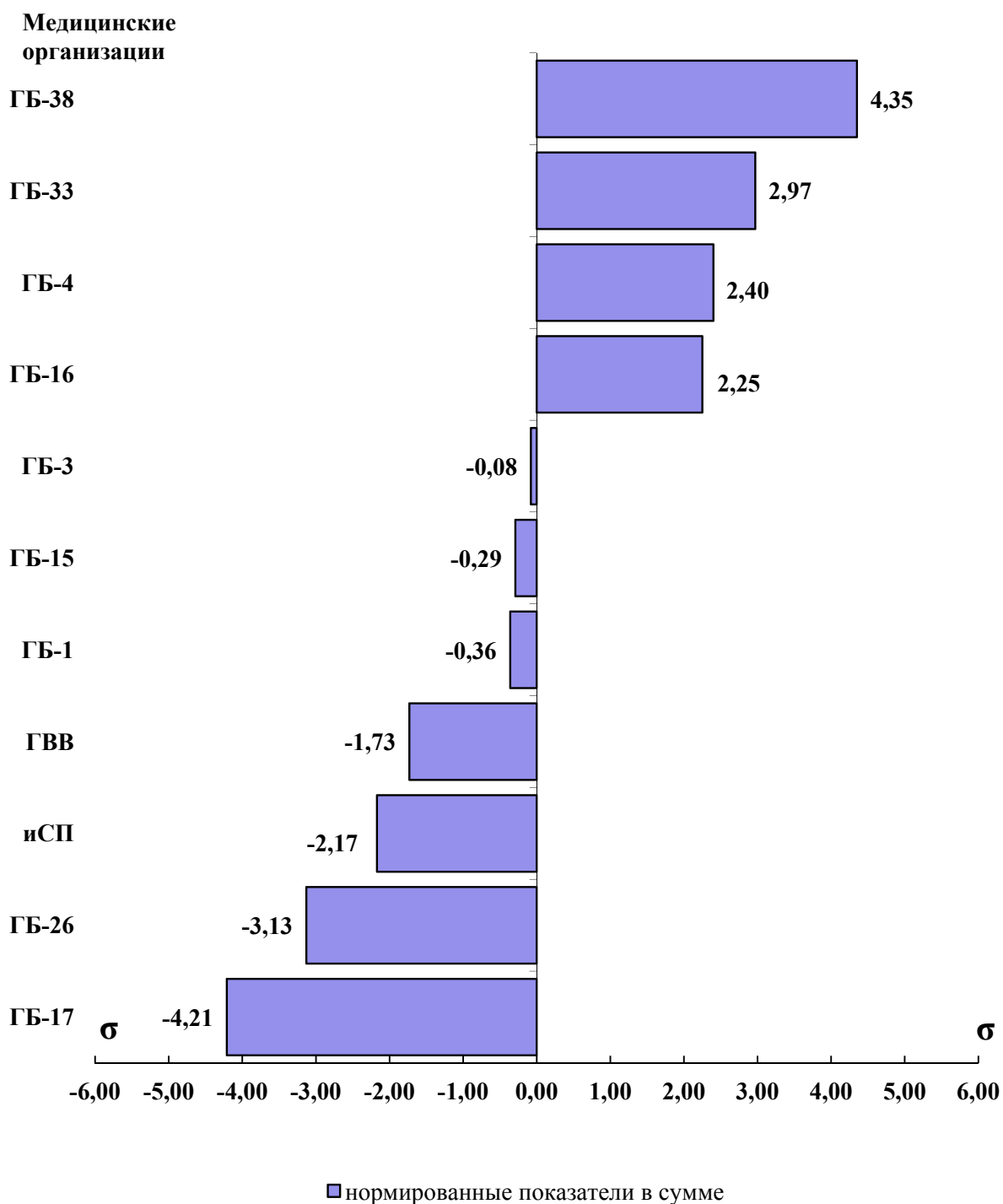


Рис. 2. Распределение СПб МО с учетом нормированных показателей КМП при ее предоставлении пациентам в случаях ОЖКК

Стационары, в которых обследование и лечение пациентов осуществлялись при ОЖКК, по уровням предоставления КМП сгруппированы в: ЛПУ с уровнем оказания МП лучше системного (ГБ-17, ГБ-26, ИСП, ГВВ – в этих МО обследование и лечение пациентов проводились в перманентном скорпомощном режиме); стационары с предоставлением МП системного уровня (ГБ-1, ГБ-15, ГБ-3, ГБ-16, ГБ-4 – в данных ЛПУ

скорпомощная деятельность не регламентировалась строгим соблюдением круглосуточного формата предоставления МП); МО, в которых КМП может быть трактовано как хуже системного уровня (ГБ-33, ГБ-38 – в этих ЛПУ МП больным ОЖКК в скорпомощном режиме оказывалась лишь по мере необходимости).

Сводные данные о показателях частоты встречаемости дефектов оказания МП в СПб МО в случаях ОЖКК отражены в таблице 3.

Среди дефектов оказания МП пациентам с ОЖКК доминировали недостатки в сборе данных о жалобах больных и истории их заболевания (52% от всех констатированных погрешностей). Нерациональность лечения больных ОЖКК отмечена в среднем в 34% случаев, неточность в формулировках диагноза выявлена в 11% случаев.

Дефекты сбора информации о пациентах (39% случаев) чаще всего обуславливались: некачественным выполнением фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) (без контрольного исследования, запоздалое осуществление, неинформативное описание); игнорированием необходимости исследовать коагуляционные свойства крови и определять групповую и Rh-факторную принадлежность крови. Данные погрешности в организации выполнения дополнительных исследований явно не способствовали своевременной констатации факта ОЖКК, оценке степени его тяжести и определения реального объема кровопотери, а также вызывали затруднения при экспертной оценке качества ЛДП.

Дефекты постановки диагноза (14% случаев) представлялись несистемными. Ошибочные формулировки окончательного диагноза (в среднем в 8% случаев) связывались с отсутствием в их содержании сведений о степени тяжести кровопотери (или об их неверной интерпретации), что, однако, не сказывалось на результатах оказания МП.

Дефекты лечения больных ОЖКК отмечены по данным ЭКМП в 33% наблюдений. Чаще всего констатируемые погрешности предоставления лечебных мероприятий касались содержания схем консервативного (23% наблюдений) и хирургического (18% случаев) лечения.

Нерациональность в преемственности оказания МП больным ОЖКК констатирована в 5% случаев и не являлась системной. В 3 стационарах пяти пациентам (2%) оказание МП осуществлено вне ОРИТ. В 3 случаях (1%) пациенты 3 стационаров выписаны на амбулаторное лечение преждевременно, что, вероятно, способствовало рецидиву кровотечения.

Таблица 3

Дефекты оказанияМП больным ОЖКК в СПб МО

Дефекты	Показатели частоты встречаемости (в %) в ЛПУ											
	ГБ-17	ГБ-26	ИСП	ГВВ	ГБ-1	ГБ-15	ГБ-3	ГБ-16	ГБ-4	ГБ-33	ГБ-38	Всего
проведения фиброгастродуоденоскопии	10	6	25	6	10	16	12	40	–	50	35	20
выполнения коагулограммы и неопределение группы крови и Rh	–	22	15	12	10	10	11	10	25	6	30	13
интерпретации диагноза	5	–	–	6	15	5	11	–	15	11	10	8
медикаментозного лечения	5	11	10	6	10	26	17	25	15	33	20	16
выбора технологии достижения эндогемостаза	–	–	5	–	10	16	11	30	5	44	55	16

Возможности МО в предоставлении МП столь многочисленной группе пациентов, как больные ОЖКК, разнятся. Прежде всего это касается ЛПУ, в которых МП оказывается в скорпомощном режиме. Эффективность обследования и лечения больных ОЖКК во многом определяется полнотой реализации этапов лечебно-диагностического процесса. Нельзя отрицать и затруднения, сохраняющиеся при стандартных подходах к выбору тактики обследования и лечения пациентов с ОЖКК. Необходимость в эксклюзивных мероприятиях по реализации алгоритмов предоставления МП больным ОЖКК, несомненно, имеется.

Очевидно, что в случаях оказания МП больным ОЖКК должен соблюдаться дифференцированный подход. Надлежащее качество оказания МП больным ОЖКК может быть достигнуто путем последовательного ее предоставления, при скоординированной работе не только специалистов хирургических профилей деятельности, непосредственно участвующих в лечебно-диагностическом процессе, но и при их мультидисциплинарном взаимодействии в ЛДП с врачами других специальностей. Как при первичном обследовании больных ОЖКК, так и при устранении осложнений в послеоперационном периоде, а также в случаях рецидивов кровотечения важно комплексное взаимодействие специалистов в рамках организации медицинской деятельности в отношении больных ОЖКК. Вероятность претензий пациентов и их представителей к качеству МП при таком подходе сводится к минимуму.

Заключение. По результатам осуществленной тематической экспертизы КМП в случаях острых кровотечений из гастродуоденальных язв разработаны меры реагирования с рекомендациями по устранению и предупреждению стереотипных погрешностей в лечебно-диагностическом процессе в конкретных медицинских организациях. Подготовлены и начали применяться в работе протоколы оказания МП. Система контроля и управления КМП усовершенствована с акцентом на сосредоточение усилий по постоянному мониторингу за проведением обследования и лечения пациентов. В Санкт-Петербурге по результатам данных тематической экспертизы КМП регионального органа управления здравоохранения, ФОМС и страховых организаций подготовлены согласительные регламентации в плане повышения КМП в случаях ОЖКК. В течение 2016–2020 гг. доказаны востребованность и рациональность этих методических договоренностей, основанных на принципах клиничко-экспертного процесса.

Список литературы

1. Борисов А.Е., Мовчан К.Н. Проблемы острого живота (ошибки, осложнения, летальность). Изд. 2-е, доп. СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2004. 174 с.

2. Акимов В.П. Диагностическая и лечебная тактика при острых хирургических заболеваниях живота и груди: руководство. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2018. 292 с.
3. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2017 год / Под ред. В.Е. Парфенова. СПб.: Изд-во «Стикс», 2018. 24 с.
4. Мовчан К.Н., Ерошкин В.В., Тарасов А.Д., Гриненко О.А., Яковенко Т.В., Русакевич К.И. Результаты эффективности обследования и лечения пациентов с патологией хирургического профиля по данным экспертизы качества медицинской помощи // Вестн. Росс. Воен.-мед. акад. 2016. №4(56). С.164–169.
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (зарегистрирован в Минюсте РФ 3 июня 2013г., регистрационный №2863) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://base.garant.ru/70394538> (дата обращения 27.06.2020).
6. Тимофеев И.В. Доступность и качество медицинской помощи: конституционно-правовое измерение. СПб., 2019. 360 с.
7. Тайц Б.М. Управление качеством в здравоохранении: учебное пособие. СПб.: ИПК Береста, 2018. 352 с.
8. Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М., Карачевцева М.А. Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи: структура, результаты и перспективы применения: информ. материалы. СПб., 2007. 65 с.
9. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости / Комитет по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга, Ассоц. хирургов Санкт-Петербурга, СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. СПб., 2007. 58 с.
10. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Клинические рекомендации Российского общества хирургов // Общероссийская согласительная конференция по принятию национальных клинических рекомендаций. (г. Воронеж, 6 июня 2014 г.). Воронеж, 2014. С. 1-9.