

Сороколетов Д. В.¹, Черкасов С.Н.¹, Кириченко Ю.Н.¹

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А.Семашко», Москва, Россия

Sorokoletov D. V.¹, Cherkasov S.N.¹, Kirichenko Yu.N.¹

QUALITY OF MEDICAL ASSISTANCE WITH VIOLATIONS OF THE SUPPORT-MOVEMENT SYSTEM OF THE LABOR POPULATION OF THE KURSK REGION

¹ National Research Institute for Public Health, Moscow, Russia

Резюме. Оказание помощи больным травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата остается одним из актуальных вопросов организации системы медицинской помощи населению. Необходимость исследования и разработки подходов к решению данной проблематики вызвана, прежде всего, тем, что одним из критериев качества медицинской помощи является достижение максимального результата, что требует понимания реальных перспектив лечения.

В настоящее время имеется много вопросов относительно стандартов оказания медицинской помощи, т.к. стандартизация лечения не является безупречной, особенно при лечении пациентов с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: медицинская помощь, качество, трудоспособность, опорно-двигательная система.

Abstract. Assisting patients with injuries and diseases of the musculoskeletal system remains one of the topical issues in the organization of the medical care system for the population. The need for research and development of approaches to solving this problem is caused, first of all, by the fact that one of the criteria for the quality of medical care is to achieve the maximum result, which requires an understanding of the real prospects for treatment.

Currently, there are many questions about the standards of medical care, because standardization of treatment is not impeccable, especially in the treatment of patients with injuries and diseases of the musculoskeletal system.

Key words: medical care, quality, ability to work, musculoskeletal system.

Актуальность исследования. Проблема травматизма и заболеваний ОДС в Курской области, как в целом по России, остается одной из самых значимых медико-социальных проблем, обуславливающих высокую инвалидность среди всех слоев населения [1].

Как известно, борьба с травматизмом складывается из двух частей; профилактики травматизма и организации травматологической помощи, заключающейся в этапности проведения лечебных мероприятий. Данные мероприятия основаны на дифференциации лечебно-диагностического процесса по интенсивности лечения и ухода за больным не только в острый период, но и в отделениях долечивания и реабилитации в составе больниц и крупных поликлиник, самостоятельных больниц восстановительного лечения.

Стойкая утрата трудоспособности вследствие травм и заболеваний опорно-двигательной системы (ОДС), характеризуя показатель здоровья населения, отражает уровень травматизма и заболеваемости в целом, качество медицинской помощи, возможность реабилитации данного контингента инвалидов и является комплексной медико-социальной проблемой [2].

Основным определяющим этапом восстановления утраченного здоровья являются лечебные мероприятия, которые зависят от многих составляющих: выполнения пациентом рекомендаций врача; выполнения медицинским персоналом стандартов оказания медицинской помощи при определенной патологии, как раз здесь и совершается значительное число врачебных и других ошибок, вероятность, которых многократно повышается при том, или ином, отклонении от стандарта.

Система стандартизации в здравоохранении направлена на совершенствование управления отраслью, обеспечение её целостности за счет единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию и сертификации, на повышение качества медицинской помощи, рациональное использование кадровых и материальных ресурсов, оптимизацию лечебно-диагностического процесса, интеграцию отечественного здравоохранения в мировую медицинскую практику.

В настоящее время контроль качества медицинской помощи возложен на несколько организаций: органы Росздравнадзора, Роспотребнадзора, фонды ОМС, страховые компании, работающие в системе ОМС [3]. В каждой из них представлены свои подходы к

оценке качества и доступности МП, различная методология проведения экспертизы, что не позволяет выявить «проблемные» зоны и причины их возникновения в системе оказания экстренной медицинской помощи населению в целом, и пациентам травматологического профиля в частности [4, 5].

Несмотря, что с каждым годом травматологическая помощь становится более специализированной, технологически оснащенной, количество вопросов по качеству ее оказания только возрастает [6, 7, 8, 9, 10]. По данным ряда исследователей объем претензий к врачам травматологам составляет около 6,0% от общего числа всех комиссионных экспертиз, а доля дефектов медицинской помощи на госпитальном этапе – 90% [11]. В последние годы отмечается заметный рост числа оперативных вмешательств, нарастание хирургической активности по экстренным показателям, однако до сих пор нет четкой стандартизации полного объема медицинских мероприятий, которые должны быть оказаны больным травматологического профиля при экстренном поступлении [12, 13, 14].

На практике стандарты подвергаются критике со стороны различных медицинских школ, практикующих иные лечебные подходы. Более того, как считают специалисты, формальный подход к оценке правильности (правомерности) действий медработника на основании единственного критерия (соблюдения стандарта) не может считаться основополагающим [15, 16].

Цель. По результатам изучения медицинской документации по организации и оказанию медицинской помощи с травмами и заболеваниями ОДА на догоспитальном и госпитальном уровнях выявить недостатки в лечебно-диагностическом процессе, на основе которых разработать научно-обоснованные экспертные критерии оценки качества оказания медицинской помощи этой категории больных, а также систему организационных мероприятий, направленных на повышение качества медицинской помощи.

Результаты. Обсуждение. С целью предупреждения возникновения стойкой утраты трудоспособности у лиц с заболеваниями и травмами ОДС, нами был проведён сравнительный анализ первичной заболеваемости данной категории больных с изучением объема и качества лечебно-профилактических мероприятий учреждениями первичной медико-социальной помощи в Курской области.

В процессе нашего исследования был проведён анализ оценки качества оказываемой медицинской помощи больным с травмами и заболеваниями ОДС по показателю учёта уровня качества

медицинской помощи (УКМП) у лиц, впервые признанных инвалидами II и III группы.

Из общего числа обследованных инвалиды II группы составляли 54 человека (42,8%) - инвалиды по причине выполнения в целом всех назначенных мероприятий, применения восстановительного лечения и методов реабилитации.

Инвалиды с III группой составляют наибольшую группу (56,3%). Результаты уровня качества диагностики и лечения у данной категории лиц следующие:

а) коэффициент УКМП в 0,45- 0,5 у 12 человек (16,9%) за счет отсутствия развернутого клинического диагноза с определением стадии, фазы, локализации, нарушения функции, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний; неадекватности оперативных методов лечения и по причине выполнения в целом всех назначенных мероприятий, применения восстановительного лечения и методов реабилитации (проведены неадекватно или вообще не назначались, хотя были показания);

б) коэффициент УКМП 0,5 -0,56 -45 человек (63,4%) за счет отсутствия развернутого клинического диагноза с определением стадии, фазы, локализации, нарушения функции, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний; использования медикаментозных средств - медикаментозные средства применялись адекватно, но не в полном объеме, что повлияло на качество лечения (имела место полипрагмазия); неадекватности оперативных методов лечения, а также восстановительного лечения и методов реабилитации (проведены адекватно, но не в полном объеме, что повлияло на исход заболевания);

г) коэффициент УКМП 0,65 у 15 человек (21,1%) за счет отсутствия развернутого клинического диагноза с определением стадии, фазы, локализации, нарушения функции, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний и неадекватности применения восстановительного лечения и методов реабилитации.

В зависимости от методов лечебно-восстановительных мероприятий по нозологиям больные со стойкой утратой трудоспособности, впервые признанные инвалидами III группы распределились следующим образом.

Среди инвалидов с патологией нарушения репаративной регенерации переломов костей 12,5% не требовали оперативного вмешательства, а 87,5% - оперативно леченные больные.

Из оперированных больных только у 21,4% лечение адекватное, а у остальных 78,6% оперативное вмешательство не адекватно, что повлекло за собой осложнение в виде ложного сустава

костей (71,4%), а у остальных (28,6%) замедление сроков сращения костей.

Основной причиной в патологии нарушения репаративной регенерации переломов костей приводящей к инвалидности с установлением III группы является отсутствие адекватности оперативного лечения и полное отсутствие дальнейшего проведения реабилитационных мероприятий.

Инвалиды III гр. с патологическим состоянием суставов составили 60,3% из них 79,5% консервативно пролеченные больные, а 20,5% оперированные больные. Среди оперированных больных (20,5%) оперативное лечение проводилось адекватно в 100% случаев, но инвалидность наступила из-за недооценки диагноза (тяжести заболевания) 0,5балла в 100% случаев оценки диагноза, и в основном 0 баллов в 100% за счет не назначения проведения медицинской реабилитации, из-за чего возникло осложнение в виде посттравматической контрактуры суставов. А у 79,5%больных, не требующих оперативного лечения инвалидность возникает за счет 0,5 балла в 100% случаев оценки диагноза и за счет 0баллов в 100% не назначения проведения медицинской реабилитации, так как больным не было назначено никаких реабилитационно - восстановительных мероприятий на ранних стадиях, при поступлении в ЛПУ.

Инвалиды III гр. с патологией дегенеративно-дистрофическим поражением суставов составили 12,3%, из них 88,8% - пролечены консервативно, а 12,2% - оперированы. Оперативное лечение у этих больных проведено неадекватно, из-за чего у них развилось осложнение в виде асептического некроза головки бедренной кости, и стойкие ограничения жизнедеятельности.

Среди 88,8% лиц, не требующих оперативного лечения, инвалидность возникает за счет 0,5балла в 100% случаев оценки диагноза и за счет 0баллов в 100% не назначения проведения медицинской реабилитации, так как больным не было назначено никаких реабилитационно-восстановительных мероприятий на ранних стадиях, при поступлении в ЛПУ.

Инвалиды III гр. с хроническими воспалительными заболеваниями составили 2,7%. Все больные были пролеченные оперативно, но у всех развилась стойкое умеренно выраженное ограничение жизнедеятельности при 0,5балла УКМП в 100% случаев оценки диагноза, 0,5балла в 100% случаев использования медикаментозных средств (медикаментозные средства применялись адекватно, но не в полном объеме, что повлияло на качество лечения), 0,5балла в 100% случаев адекватности применения восстановительного лечения и методов реабилитации.

При исследовании инвалидов со II группой по бальной оценке УМКП, нами получены следующие результаты:

1. коэффициент УМКП 0,45- 0,5 у (8%) за счет отсутствия развернутого клинического диагноза с определением стадии, фазы, локализации, нарушения функции, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний; использования медикаментозных средств - медикаментозные средства применялись адекватно, но не в полном объеме, что повлияло на качество лечения (имела место полипрагмазия); неадекватность оперативных методов лечения, а также за счёт применения восстановительного лечения и методов реабилитации, которые проводились не в полном объеме, что повлияло на исход заболевания;

2. коэффициент УМКП по материалам проведенного анализа 0,55- 0,56 у (92%) за счет отсутствия развернутого клинического диагноза с определением стадии, фазы, локализации, нарушения функции, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний; неадекватности оперативных методов лечения и за счет адекватности применения восстановительного лечения и методов реабилитации (проведены не в полном объеме, что повлияло на исход заболевания). Таким образом, из всех обследованных инвалидов II и III групп только у 11,9% уровень реализованных медицинских технологий равен коэффициенту УМКП 0,65. У остальных 88,1% коэффициент УМКП применяемых медицинских технологий ниже нижней границы, обеспечивающей безопасность больного, что говорит о неполном выполнении медицинских стандартов, и как следствие ведет к увеличению необоснованной инвалидности.

Литература

1. Щепин, О.П. Комплексное изучение здоровья населения на региональном уровне: методология, результаты, перспективы / О.П. Щепин, В.А. Медик // Бюллетень НИИ им. Семашко РАМН. – М., 2007. - № 3. – С. 9.
2. Основные причины первичной инвалидности от травм опорно-двигательной системы у лиц молодого возраста /К. И. Шапиро, Л. Н. Савельев, Г. Г. Эпштейн [и др.] // Ортопедия, травматология. – 1993. – №4. – С. 87-89.
3. Александрова, О.Ю. Требование законодательства об обязательности соблюдения стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи [Текст] / О.Ю. Александрова // Здоровоохранение. – 2013. – № 4. – С. 26– 35.
4. Архипов, В.В. Место программно–целевого планирования в развитии скорой медицинской помощи [Текст] / В.В. Архипов // Скорая медицинская помощь. – 2003. – № 1. – С. 10–16.

5. Багненко, С.Ф. О разработке нормативно–методических документов по организации работы приемных отделений стационаров с преимущественно экстренным порядком госпитализации больных – отделений экстренной помощи [Текст] / С.Ф. Багненко, Н.И. Вишняков, В.В. Сторожаков [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2005. – № 1. – С. 36–38.
6. Елфимов, П.В. Пути реорганизации травматологической службы крупного административного центра [Текст] / П.В. Елфимов, Н.Л. Кузнецова, А.В. Рыбин // Проблемы городского здравоохранения. – 2005. – № 10. – С. 140–144.
7. Миронов, С.П. Состояние ортопедо-травматологической службы в Российской Федерации и перспективы внедрения инновационных технологий в травматологии и ортопедии [Текст] / С.П. Миронов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2012. – № 4. – С. 3–10.
8. Пальшин Г.А. Травматизм, заболеваемость костно-мышечной системы и состояние травматолого-ортопедической помощи населению Дальневосточного федерального округа Российской федерации [Текст] / Г.А. Пальшин, Федотов Т.С. // Вестник Якутского государственного университета им. М. К. Аммосова –2010. – №2. –Том 7. – С.56-63.
9. Прудков, А.И. Управление проблемой травматизма в крупном промышленном центре России [Текст] / А.И. Прудков, И.А. Моктина, Е.П. Булева, С.Ю. Лукин // Здравоохранение РФ. – 2010. – № 2. – С. 19–22.
10. Разумный, Н.В. Медико-экономические подходы к формированию стандартов медицинской помощи пострадавшим с травмами сопровождающимся шоком [Текст]: автореф дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Н.В. Разумный. – СПб., 2011. – 24 с.
11. Тягунов, Д.В. Судебно-медицинская характеристика дефектов, возникших при оказании медицинской помощи [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.03.05 / Д.В. Тягунов. – М., 2010. – 28 с.
12. Агаджанян, В.В. Экономическая и социальная эффективность внедрения программы лечения больных с политравмой [Текст] / В.В. Агаджанян // Политравма. – 2010. – № 2. – С. 5–9.
13. Бараш, А.П. Состояние и прогноз организации травматологической помощи [Текст] / А.П. Бараш // Травматология и ортопедия России. – 1998. – № 1. – С. 57–62.
14. Елфимов, П.В. Пакет концептуальных моделей системы организации травматологической помощи [Текст] / П.В. Елфимов, Е.Н. Малышева, С.Л. Гольдштейн, Н.Л. Кузнецова //

Инжиниринг, инновации, инвестиции. – 2006. – № 8. – С. 113–123.

15. Александрова, О.Ю. Стандарты медицинской помощи – старое значение в новых условиях [Текст] / О.Ю. Александрова, А.В. Иванов, О.А. Нагибин // Здоровоохранение. – 2014. – № 9. – С. 72–80.
16. Багненко, С.Ф. Обязательно ли исполнение требования медицинских стандартов и протоколов? [Текст] / С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров // Скорая медицинская помощь. – 2004. – № 2. – С. 9–14.

Спасенников Б.А.¹, Черкасов С.Н.¹, Мешков Д.О.¹

О ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ ГИГИЕНЕ И САНИТАРИИ

¹ ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А.Семашко», Москва, Россия

Spasennikov B.A.¹, Cherkasov S.N.¹, Meshkov D.O.¹

ABOUT PENITENTIARY HYGIENE AND SANITATION

¹ National Research Institute for Public Health, Moscow, Russia

Спасенников Борис Аристархович – д.м.н., д.ю.н., ведущий научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru

Черкасов Сергей Николаевич – д.м.н., заведующий отделом изучения общественного здоровья; e-mail: cherkasovsn@mail.ru

Мешков Дмитрий Олегович – д.м.н., заведующий сектором координации научных исследований и информации; e-mail: meshkovdo@nrph.ru

Резюме. Статья посвящена авторской формулировке понятия «пенитенциарная гигиена» и ее отраслей. Пенитенциарная гигиена и санитария – научно обоснованный комплекс мероприятий медицинского и немедицинского характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья лиц, исполняющих и отбывающих наказания. Достижения пенитенциарной гигиены не достигнут своей цели, не смогут сохранить здоровье осужденного, который будет пренебрегать основами личной пенитенциарной гигиены. Ненадлежащее отношение осужденного к личной пенитенциарной гигиене ухудшает его здоровье. Специальная пенитенциарная гигиена