

© Коллектив авторов, 2015
УДК 616.831-005-036.11:614.2
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2015.10060>
ISSN – 2073-8137

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО СОСУДИСТОГО ОТДЕЛЕНИЯ

А. Н. РЕДЬКО¹, В. В. ЗАВЬЯЛОВА¹, И. В. ХОХЛОВА², Р. К. КАРИПИДИ¹

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия
² Тимашевская центральная районная больница, Краснодарский край, Россия

MODERN PROBLEMS OF ORGANIZATION AND EVALUATION OF THE QUALITY OF CARE OF PATIENTS WITH ACUTE STROKE IN PRIMARY VASCULAR DEPARTMENTS

REDKO A. N.¹, ZAVYALOVA V. V.¹, HOHLOVA I. V.², KARIPIDI R. K.¹

¹ Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia
² Timashevskaya central district hospital, Krasnodar, Russia

Проведен анализ эффективности оказания медицинской помощи больным с ОНМК на базе центральной районной больницы. Качество помощи изучалось по материалам экспертной оценки 426 медицинских карт стационарных больных с впервые в жизни установленным диагнозом.

Выявлен ряд нарушений в организации помощи, в диагностике, лечении и оформлении медицинской документации. На 100 медицинских карт стационарного больного приходилось 423,5 дефекта и 246,5 ошибки. Среди дефектов чаще всего встречались недостатки организации медицинской помощи, выявленные в 151,2 на 100 законченных случаев лечения, ошибки в основном были связаны с проблемами в диагностике (80,4 на 100 законченных случаев лечения).

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, качество медицинской помощи, первичное сосудистое отделение

Objective: to improve the efficiency of medical care for patients with stroke. The study was conducted in 2012–2013 at the Central Regional Hospital of the Timashevsky district of Krasnodar region. Quality of care was studied based on peer review of medical records of 426 hospitalized patients with first-ever stroke diagnosis. The analysis of the quality of medical care for patients with stroke at JI has revealed a number of irregularities in the organization, diagnosis, treatment and medical documentation. 100 medical records of inpatient had 423.5 defects and 246.5 errors. The most frequent defects there were in the organization of medical care – 151.2 cases per 100 completed treatment, including errors – errors in diagnosis (80.4 cases per 100 completed treatment).

Key words: acute ischemic stroke, quality of care, primary vascular department

Рост заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), высокая летальность, значительные экономические потери ставят эту патологию в ряд актуальных медико-социальных проблем. По данным ВОЗ, ежегодно в мире инсульт переносят 16 млн человек, из них 5,7 млн умирают. Отмечается тенденция к увеличению частоты патологии среди трудоспособного населения. В России смертность от инсульта среди лиц трудоспособного воз-

раста с 1999 по 2008 год увеличилась более чем на 30 % [5]. Ежегодно в стране регистрируются более 500000 случаев ОНМК [7]. По экспертным оценкам количество инсультов в период между 2000 и 2025 годом может увеличиться ещё на 40 % [8]. В Краснодарском крае в 2013 году инвалидами вследствие цереброваскулярных болезней (ЦВБ) было признано около 4,5 тысяч человек (104,6 на 100 тыс. взрослого населения), а умерло от ЦВБ свыше 10 тысяч человек (191,4 на 100 тыс.

населения), в том числе от ОНМК около 6 тысяч человек (109,4 на 100 тыс. населения). Особенно интенсивно неблагоприятные процессы развивались в конце прошлого и начале нынешнего столетия [1, 2, 4].

На снижение смертности и инвалидности вследствие ОНМК большое влияние оказывают мероприятия по первичной профилактике и оптимизации системы медицинской помощи больным [5]. В рамках Федеральной программы по совершенствованию помощи больным с сосудистыми заболеваниями проводится активная организационная работа, направленная на создание специализированных сосудистых центров и отделений. Минздравом России последовательно был издан ряд нормативно-правовых актов, регламентирующих алгоритмы взаимодействия между отдельными службами и порядок оказания помощи в условиях стационара. В настоящее время они воплощены в приказе от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».

В условиях развития сети сосудистых центров и отделений особую актуальность приобретает оценка качества оказываемой медицинской помощи больным с ОНМК.

Цель исследования – оценить эффективность оказания медицинской помощи больным с ОНМК на основе ретроспективного анализа её организации и качества в условиях первичного сосудистого отделения (ПСО).

Материал и методы. Исследование проводилось в 2012–2013 годах на базе центральной районной больницы (ЦРБ) Тимашевского района Краснодарского края. Объектом исследования являлись больные с впервые установленным диагнозом ОНМК, прошедшие лечение в первичном сосудистом отделении. Качество помощи изучалось по материалам экспертной оценки 426 карт стационарных больных с впервые в жизни установленным диагнозом ОНМК.

На каждого больного заполнялась «Карта экспертной оценки качества оказания медицинской помощи больным с ОНМК». Разработанная совместно с экспертным отделом территориального фонда ОМС карта включала четыре блока (паспортный, статус пациента на момент госпитализации, качество оказания помощи на этапе скорой медицинской помощи и на госпитальном этапе). Карта объединила 70 вопросов и 286 отдельных градаций вариантов ответов. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета программы STATISTICA 6.

Результаты и обсуждение. В Краснодарском крае в 2011 году начали работу 2 региональных сосудистых центра (РСЦ) и 3 первичных сосудистых отделения, в 2013 году были открыты еще 2 РСЦ и 11 ПСО. Все районы края были закреплены за сосудистыми центрами и отделениями, что повысило доступность специализированной помощи больным с ОНМК. В настоящее время ежегодно в этих центрах и от-

делениях около 19 тысяч больных с ОНМК получают специализированную помощь. За три года уровень госпитализации увеличился в 3,1 раза – с 31,5 до 97,4 на 100 зарегистрированных больных с ОНМК ($p \leq 0,001$).

С целью разграничения допущенных нарушений в оказании помощи было проведено их разделение на дефекты и ошибки. Под дефектом оказания помощи понимают ненадлежащее осуществление диагностики, лечения, организации процесса оказания помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства [6]. Ошибка трактуется как «неумышленная погрешность в действиях».

Нами за основу взята классификация, в которой к дефектам медицинской помощи относятся: 1) дефекты организации; 2) дефекты диагностики и лечения; 3) дефекты, не связанные с нарушениями и ошибками со стороны медицинских работников; 4) прочие дефекты [3].

По частоте встречаемости на первом месте находятся нарушения в организации медицинской помощи (220,4 на 100 законченных случаев лечения), на втором – нарушения в диагностике (200,5), на третьем месте – нарушения в лечении (131,9), на четвертом – нарушения в оформлении медицинской документации (117,1). В среднем на 100 карт приходилось 670,0 нарушений разной степени, из которых 423,5 (63,2 %) дефекта и 246,5 (36,8 %) ошибки.

Большинство нарушений в организации медицинской помощи, диагностике и оформлении медицинской документации составляли дефекты (68,6; 60,0 и 76,4 % соответственно). Ошибки в лечебном процессе были выявлены в 52,5 % случаев.

Чаще всего встречались дефекты в организации медицинской помощи – 151,2 на 100 законченных случаев лечения. Внутри группы лидирующее положение занимали следующие: а) невыполнение мероприятий по ранней реабилитации (27,9 %); б) отсутствие осмотра мультидисциплинарной бригадой (20,9 %); в) увеличение на срок более 1 часа времени от момента поступления больного до перевода в профильное отделение (14,1 %); г) поступление больных не в смотровой кабинет неврологического отделения, а приемное отделение (7,9 %); д) поступление больных с ОНМК минуя этап скорой медицинской помощи (7,4 %); е) отсутствие мониторинга неврологического и соматического статусов (5,0 %); ж) отсутствие консультаций смежных специалистов (5,0 %), ограниченное время (менее суток) нахождения больного в блоке реанимации и интенсивной терапии (3,9 %).

Дефекты разной степени в оказании медицинской помощи были выявлены во всех случаях. Основными их причинами являются субъективные устранимые факторы в виде недостаточного знания порядка оказания медицинской помощи, невнимательного отношения к пациенту. К объективным причинам относится

малая информированность населения о симптомах ОНМК, что является одним из оснований поступления больных в стационар, минуя этап скорой медицинской помощи.

На втором месте находились дефекты диагностических мероприятий (120,2 на 100 законченных случаев лечения). Среди наиболее часто встречающихся – отсутствие информации об индексе мобильности больного после перенесенного инсульта по шкале Ривермид (49,1 %), о степени инвалидизации и функциональной независимости по шкале Рэнкина (48,8 %), расхождение диагнозов направившего учреждения и смотрового кабинета ПСО (2,1 %).

Дефекты оформления медицинской документации (89,4 на 100 законченных случаев лечения) заключались в отсутствии указаний на время выполнения лабораторных (51,9 %) и инструментальных (42,3 %) исследований, на сроки от развития ОНМК до госпитализации (4,1 %), в отсутствии у некоторых больных выписного эпикриза (1,7 %).

Дефекты лечебных мероприятий (62,7 на 100 законченных случаев лечения) включали отсутствие данных о тактике ведения и реабилитации больного (71,4 %), несвоевременное проведение тромболитической терапии (18,7 %) в неадекватные сроки лечения пациентов (8,8 %), невыполнение мероприятий по предотвращению соматических осложнений (1,1 %).

Низкий процент (1,1 %) проведения тромболитической терапии объяснялся в 41,3 % случаев – поздней госпитализацией пациентов (более 3 часов), в 14,1 % – малым неврологическим дефицитом, в 4,9 % – малым неврологическим дефицитом и поздней госпитализацией. У 20,1 % больных имелись противопоказания к проведению тромболизиса, в 10,9 % не удавалось установить точное время возникновения симптомов (неврологический дефицит возникал после сна), в 5,4 % случаев было выявлено клиническое улучшение перед началом терапии.

На 100 медицинских карт стационарного больного приходилось 246,5 ошибки в оказании медицинской помощи. По частоте встречаемости лидировали ошибки в диагностике (80,4 на 100 законченных случаев лечения), ошибки в организации медицинской помощи (69,2) и лечении (69,2), в оформлении медицинской документации (27,7).

К типичным ошибкам диагностических мероприятий относились: несоответствие комплекса диагностических исследований в БРИТ приказу (оценка неврологического статуса с использованием шкал, оценка функции глотания и нутритивного статуса) – 64,8 %, отсутствие данных о наиболее частых и модифицированных факторах риска инсульта (18,8 %), сведений о перенесенных заболеваниях, что могло быть связано как с тяжестью пациента, так и с недостаточным сбором анамнеза. Выявлены: недооценка тяжести неврологической симптоматики при поступлении (отсутствие данных о неврологическом

статусе по оценочным шкалам) – 10,7 %; невыполнение дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий (5,7 %), что ограничивало возможность выполнения хирургических методов профилактики и лечения ОНМК.

Среди наиболее часто встречающихся ошибок в организации медицинской помощи следует назвать неполноценное мониторинговое неврологическое статуса в первые сутки пребывания больных в стационаре (53,3 %), недостаточный осмотр мультидисциплинарной бригадой (31,9 %), не в полном объеме выполнение мероприятий ранней реабилитации (14,8 %), что отчасти было связано с отсутствием врачей-специалистов по восстановительной медицине, логопедии, инструктора по трудовой терапии, по лечебной физкультуре.

В числе ошибок лечебных мероприятий определены следующие: назначение терапии не в полном объеме (41,4 %), неадекватная вторичная профилактика, направленная на предотвращение повторного приступа (30,0 %), полипрагмазия (2,7 %), применение препаратов, не указанных в стандарте оказания медицинской помощи (2,3 %).

Основной ошибкой в ведении медицинской документации являлись неполные рекомендации при выписке больного, которые имели место во всех анализируемых случаях.

С учетом результатов анализа определены основные пути повышения качества помощи больным с ОНМК. Это проведение образовательных программ среди населения; совершенствование механизмов взаимодействия между ПСО и РСЦ с целью оказания высокотехнологичной медицинской помощи; улучшение системы ранней медицинской реабилитации больных, организация работы мультидисциплинарных бригад специалистов; внедрение унифицированной формы ведения медицинской документации; внедрение в деятельность ПСО и РСЦ карты экспертной оценки качества оказания медицинской помощи больным с ОНМК.

Заключение. Создание РСЦ и ПСО позволило повысить доступность специализированной медицинской помощи больным с ОНМК. Вместе с тем выявлен ряд нарушений в организации медицинской помощи, диагностике и лечении, оформлении медицинской документации. На 100 медицинских карт стационарного больного приходилось 423,5 дефекта и 246,5 ошибки. Среди дефектов чаще всего встречались дефекты в организации медицинской помощи – 151,2 на 100 законченных случаев лечения, среди ошибок – ошибки в диагностике (80,4 на 100 законченных случаев лечения). Своевременное выявление нарушений в оказании медицинской помощи, установление причинно-следственных связей являются важнейшими элементами системы управления её качеством, базирующейся, в том числе, и на мониторинговании процессов с помощью контроля ведения медицинской документации.

Литература

1. Войцехович, Б. А. Тенденции показателей смертности населения Краснодарского края / Б. А. Войцехович, А. Н. Редько // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – № 1. – С. 23–25.
2. Войцехович, Б. А. Динамика причин смерти населения Краснодарского края / Б. А. Войцехович, А. Н. Редько // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 25–28.
3. Гуляев, В. А. Методологические основы анализа дефектов в оказании медицинской помощи / В. А. Гуляев, В. В. Филатов, Л. Б. Семкин // Воен.-медич. журнал. – 2001. – № 4. – С. 16–19.
4. Редько, А. Н. Региональные особенности первичной инвалидности взрослого населения Краснодарского края вследствие цереброваскулярных болезней /

- А. Н. Редько, Р. К. Карипиди, В. В. Завьялова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 5. – С. 161–164.
5. Скворцова, В. И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации : сб. метод. рекомендаций, программ, алгоритмов / под ред. В. И. Скворцова. – М. : Литтерра, 2008. – 189 с.
6. Стеценко, С. Г. Медицинское право : учебник / С. Г. Стеценко. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2004. – 572 с.
7. Фадеев, П. А. Инсульт : справочное пособие / П. А. Фадеев. – М., 2008. – 160 с.
8. Частота, исходы и экономические потери от инсульта в мире [Электронный ресурс]. – URL: <http://insult.in.ua/?p=208>

References

1. Wojcechovich B. A., Redko A. N. *Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii*. – *Health of the Russian Federation*. 2003;1:23-25.
2. Wojcechovich B. A., Redko A. N. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohranenija i istorii mediciny*. – *Problems of Social Hygiene, health and medical history*. 2003;1:25-28.
3. Guljaev V. A., Filatov V. V., Semkin L. B. *Voen. – medic. zhurnal*. – *Military Medical Journal*. 2001;4:16-19.
4. Redko A. N., Karipidi R. K., Zavjalova V. V. *Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik*. – *Kuban Research Medical Gazette*. 2013;5:161-164.

5. Skvorcova V. I. *Snizhenie zaboлеваemosti, smertnosti i invalidnosti ot insul'tov v Rossijskoj Federacii: sb. metod. rekomendacij, programm, algoritmov*. M.: «Litterra»; 2008. 189 p.
6. Stecenko S. G. *Medicinskoe pravo: uchebnik*. SPb.: «Juridicheskij centr Press»; 2004. 572 p.
7. Fadeev P. A. *Insul't: spravocnoe posobie*. M.; 2008. 160 p.
8. *Chastota, ishody i jekonomicheskie poteri ot insul'ta v mire*. – URL: <http://insult.in.ua/?p=208>

Сведения об авторах:

Редько Андрей Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины, проректор по научно-исследовательской работе Кубанского государственного медицинского университета, г. Краснодар; тел.: (861)2686229; 89183778136; e-mail: redko2005@mail.ru

Завьялова Виктория Викторовна, ассистент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины Кубанского государственного медицинского университета; тел.: 89180160598; e-mail: vvvzavjalova@yandex.ru

Хохлова Ирина Владимировна, главный врач Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Тимашевская центральная районная больница»; тел.: 89183304449; e-mail: crbtim@miackuban.ru

Карипиди Рудольф Константинович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины Кубанского государственного медицинского университета; тел.: 89184177843; e-mail: dphksmu@mail.ru

© О. С. Саурина, А. А. Васильев, 2015
УДК 616 – 006+616-056.5]:614.2 (470.321)
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2015.10061>
ISSN – 2073-8137

ВЛИЯНИЕ АЛИМЕНТАРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ВОЗРАСТАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

О. С. САУРИНА¹, А. А. ВАСИЛЬЕВ²

¹ Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, Россия

² Орловский государственный университет, Россия

INFLUENCE OF NUTRITIONAL RISK FACTORS TO THE INCREASE IN THE INCIDENCE OF MALIGNANT NEOPLASMS IN THE OREL REGION

SAURINA O. S.¹, VASILYEV A. A.²

¹ Voronezh State Medikal University, Russia

² Orel State University, Russia

Представлен анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями, динамика потребления основных продуктов питания населением Орловской области. Проведен анализ вероятных региональных факторов риска развития онкопатологии органов пищеварения. Полученные данные являются основой для разработки системы профилактических мероприятий с целью снижения заболеваемости злокачественными новообразованиями.

Ключевые слова: онкологическая заболеваемость, новообразования органов пищеварения