

© Коллектив авторов, 2014
УДК [616.714.1+616.831]-001:614.812

О. В. Могучая¹, Е. К. Гуманенко², И. А. Симонова¹, В. В. Щедренок¹, О. В. Ромашова¹,
Т. А. Каурова¹

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

¹ Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А. Л. Поленова Министерства здравоохранения Российской Федерации (дир. — академик РАЕН И. В. Яковенко), Санкт-Петербург; ² кафедра общей хирургии (зав. — проф. Е. К. Гуманенко), Санкт-Петербургский государственный университет

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, качество медицинской помощи, дефекты медицинской помощи, медицинская карта стационарного больного, история болезни

Введение. Проблема черепно-мозговой травмы (ЧМТ) является актуальной в связи с её высокой распространённостью, особенно среди лиц молодого возраста, тенденцией к увеличению год от года числа пострадавших, значительной долей стойкой утраты трудоспособности. В связи с этим немаловажное значение имеет качество медицинской помощи (КМП), оказанной пациентам [1–4, 6, 7].

Материал и методы. Изучено 658 медицинских карт стационарных больных (историй болезни) из 15 стационаров Санкт-Петербурга, среди которых 6 травмоцентров I уровня и 4 — II уровня для взрослых (457 наблюдений), 3 травмоцентра I уровня и 2 — II уровня для детей (201 наблюдение). Изолированная ЧМТ имела в 547 наблюдениях, сочетанная — в 111.

Работа выполнена с использованием Автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи (АТЭ КМП), зарегистрированной в Российском агентстве по

правовой охране программ для ЭВМ, баз данных и топологии интегральных микросхем [5].

АТЭ КМП представляет собой комплекс, включающий понятийный и критериальный аппараты, формализованный язык описания дефектов медицинской помощи и их негативных следствий, логический метод экспертного анализа, модифицированные методы статистического контроля качества процессов, программные средства, которые позволяют сохранять в электронном виде, архивировать, подвергать статистической обработке формализованные экспертные суждения и получать комплекс количественных показателей.

Результаты и обсуждение. Изучение показателей структуры КМП показало, что в целом при изолированной и сочетанной ЧМТ надлежащее качество отмечено лишь в 52,9% случаев оказания медицинской помощи.

Показатели структуры КМП отражают соотношение случаев надлежащего и разных классов ненадлежащего качества, выраженное в процентах. Разделение на классы осуществляли по характеру наиболее значимых негативных следствий дефектов медицинской помощи.

Дефекты I класса имели негативное влияние на процесс оказания медицинской помощи и его оценку, а также оценку потребности в ресурсах

Сведения об авторах:

Могучая Ольга Владимировна (e-mail: ovm55@yandex.ru), Симонова Ирина Анатольевна (e-mail: irina-simonova@yandex.ru), Щедренок Владимир Владимирович (e-mail: ovm55@yandex.ru), Ромашова Ольга Владимировна (e-mail: ol_2202@mail.ru), Каурова Татьяна Анатольевна (e-mail: kaurova.tanya@mail.ru). Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А. Л. Поленова Министерства здравоохранения Российской Федерации, 191014, Санкт-Петербург, ул. Маяковского, 12;

Гуманенко Евгений Константинович (e-mail: gumanenko@inbox.ru), кафедра общей хирургии, Санкт-Петербургский государственный университет, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

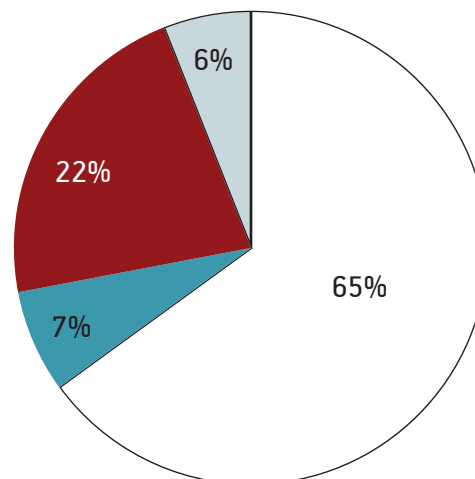
здравоохранения; II класса — на оптимальность использования ресурсов здравоохранения; III и IV класса — на состояние пациентов (с отсутствием или наличием следствий для ресурсов здравоохранения соответственно); V и VI класса — на социальные ресурсы (с отсутствием или наличием следствий для ресурсов здравоохранения соответственно).

Дефекты I и II класса возникают из-за нарушений ведения истории болезни. В настоящее время относительно ведения истории болезни (медицинской карты стационарного больного) действует приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 (последние изменения и дополнения в него внесены в 2002 г.), а в самом министерстве и в обществе широко дискутируется вопрос о повсеместном внедрении электронной медицинской карты пациента, которая позволит, в том числе, избежать ряда дефектов, возникающих при ведении врачами медицинской документации. Современная история болезни имеет ряд функций, среди которых методологическая, научная, статистическая, финансовая, контролирующая и юридическая. Небрежное ведение истории болезни затрудняет оценку КМП, что ведёт к финансовым санкциям со стороны страховых медицинских организаций.

В табл. 1 представлены показатели структуры КМП в целом, а также при изолированной и сочетанной ЧМТ. Доля случаев надлежащего качества несколько выше при сочетанной ЧМТ. Дефекты ведения истории болезни, приведшие к снижению качества, отмечены в 38% случаев.

В лечебно-профилактических учреждениях для детей доля случаев медицинской помощи надлежащего качества была выше, чем в стационарах для взрослых, а ненадлежащее качество IV, V и VI классов не отмечено (рисунки).

При ЧМТ имели место следующие дефекты сбора информации о пациенте: при приёме недостаточно полно описан анамнез и неврологический статус, отсутствуют записи о динамическом наблюдении нейрохирурга, нет подписей врача в дневниках наблюдений и эпикризах. Достаточно частым дефектом диагноза являлась



- Надлежащее КМП
- Ненадлежащее КМП, I класс
- Ненадлежащее КМП, II класс
- Ненадлежащее КМП, III класс

Распределение случаев медицинской помощи детям при ЧМТ по качеству её оказания (%)

гиподиагностика ЧМТ, поздняя диагностика сдавления головного мозга, а при сочетанных травмах своевременно не диагностировали все имеющиеся повреждения, иногда диагноз был оформлен небрежно и не совпадал на титульном листе истории болезни и в выписном эпикризе.

В процессе лечения отмечено позднее удаление субдуральных гематом, неоправданное расширение двигательного режима в остром периоде ЧМТ, отсутствие информированного согласия на лечение, а также предоперационного эпикриза. Нарушение преемственности заключалось в позднем переводе в отделение реанимации и интенсивной терапии, недостаточно полных рекомендациях при выписке (не рекомендовано наблюдение невролога, терапевта и других специалистов).

Негативное влияние дефектов медицинской помощи на состояние пациента зафиксировано лишь в 3% случаев, на социальные ресурсы — в 1%. Выявленные дефекты в основном ухудшали процесс оказания медицинской помощи и затруд-

Таблица 1

Показатели структуры КМП (%)

ЧМТ	Надлежащее КМП	Ненадлежащее КМП					
		Класс					
		I	II	III	IV	V	VI
Изолированная	51,8	9,5	29,4	7,1	0,9	0,6	0,7
Сочетанная	58,6	9,0	24,3	3,6	2,7	0,9	0,9
В целом	52,9	9,4	28,6	6,5	1,2	0,6	0,8

Таблица 2

**Риски возникновения дефектов
медицинской помощи (на 1 случай)**

Травмо-центр	Риски			
	возникновения дефектов	ухудшения состояния пациента	социально-значимого ухудшения состояния пациента	неоптимального использования ресурсов здравоохранения
Изолированная ЧМТ				
I уровня, взрослые	0,93–2,18	0,07–0,21	0,01–0,05	0,43–1,33
II уровня, взрослые	1,43–3,00	0,05–0,29	0	1,00–1,73
I уровня, дети	0,29–0,87	0,00–0,19	0	0,19–1,00
II уровня, дети	0	0	0	0
Сочетанная ЧМТ				
I уровня, взрослые	0,62–1,41	0,00–0,22	0,00–0,08	0,00–0,96
II уровня, взрослые	2,50–3,00	0	0	0,00–2,00
I уровня, дети	0,00–1,20	0,00–0,20	0	0,00–0,80

няли его оценку (40 и 38% соответственно), а также приводили к неоптимальному использованию ресурсов здравоохранения (18%).

В ходе работы были рассчитаны риски возникновения дефектов медицинской помощи при изолированной и сочетанной ЧМТ (табл. 2).

Такие риски ниже в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих помощь детскому населению, и у пострадавших с сочетанной ЧМТ.

При нормировании системных показателей рисков возникновения дефектов медицинской помощи выявлено, что результаты лучше системных отмечены в травмоцентрах I и II уровней для детей, I уровня для взрослых. Результаты хуже системных имеют место в травмоцентрах II уровня для взрослых.

Выводы. 1. Качество медицинской помощи при изолированной и сочетанной ЧМТ в стационарах Санкт-Петербурга было надлежащим лишь в половине случаев (52,9%).

2. Различные дефекты ведения истории болезни, приведшие к снижению качества медицинской помощи, отмечены в 38% случаев.

3. Риски возникновения дефектов медицинской помощи ниже в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих помощь детскому населению, и у пострадавших с сочетанной ЧМТ.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Мирошниченко А.Г. Организация и оказание скорой медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях. СПб.: СПбНИИСП им. И.И. Джанелидзе, 2011. 400 с.
- Боровков В.Н., Сорокин Г.В., Боровков Н.В. Медико-социальные проблемы предотвратимости потерь здоровья вследствие транспортного травматизма // Материалы II Московск. междунар. конгресса травматологов и ортопедов «Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешённые вопросы, ошибки и осложнения». М., 2011. С. 16–17.
- Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 672 с.
- Копецкий И.С., Гончарова А.В., Насибуллин А.М. Качество оказания медицинской помощи больным с повреждениями средней зоны лица в Москве // Материалы II Московск. междунар. конгресса травматологов и ортопедов «Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешённые вопросы, ошибки и осложнения». М., 2011. С. 218–219.
- Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М., Карачевцева М.А., Гуринов П.В. Основы экспертизы качества медицинской помощи и автоматизированная технология его оценки. СПб.: Изд-во ГМА им. И.И. Мечникова, 2008. 47 с.
- Щедренко В.В., Доровских Г.Н., Могучая О.В. и др. Клинико-лучевая диагностика изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмы / Под ред. В.В.Щедренка. СПб.: Изд-во ФГБУ «РНХИ им. проф. А.Л.Поленова» Минздравсоцразвития России, 2012. 449 с.

7. Щедренко В.В., Яковенко И.В., Могучая О.В. Клинико-организационные аспекты сочетанной черепно-мозговой травмы / Под ред. В.В.Щедренка. СПб.: РНХИ им. проф. А.Л.Поленова, 2010. 435 с.

Поступила в редакцию 26.03.2014 г.

O. V. Moguchaya¹, E. K. Gumanenko², I. A. Simonova¹, V. V. Shchedrenok¹, O. V. Romashova¹, T. A. Kaurova¹

ASSESSMENT OF MEDICAL CARE QUALITY IN CRANIOCEREBRAL TRAUMA ON THE BASE OF DATA ANALYSIS

¹ A. L. Polenov Russian Research Neurosurgical Institute, Saint-Petersburg; ² Saint-Petersburg State University

An analysis of 658 medical records of inpatient treatment from 15 hospitals of St. Petersburg was made using a computer-aided technology of the assessment of medical care quality. It was revealed that a proper quality of medical care in craniocerebral trauma was only in 52,9% cases. Different defects of medical care were noted in the rest of observations. It influenced on the condition of the patients (1,0%), the delivery and assessment of health care (40% and 38%, respectively), health resources (18%), social resources (1,0%). Defects of medical records were indicated in 38% patients. It caused a reduction of medical care. Risks of occurrence of medical care defects are low in children hospitals in the case of combined craniocerebral trauma.

Key words: craniocerebral trauma, medical care quality, defects of medical care, medical records of inpatient treatment, medical history