

И.А.

На правах рукописи

КОЛШЕНСКАЯ НАТАЛЬЯ АЛЕКСАНДРОВНА

**ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОПЕРАТИВНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ
ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У
ВЗРОСЛЫХ В КРУПНОМ ГОРОДЕ**

14.00.22 - травматология и ортопедия

14.00.33 - общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург - 2007

Работа выполнена в Федеральном Государственном учреждении "Российский
ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский институт трав-
матологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена Федерального агентства по высоко-
технологичной медицинской помощи"

Научные руководители: доктор медицинских наук профессор
Тихилов Рашид Муртузалиевич

доктор медицинских наук профессор
Шапиро Клара Ильинична

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук
Дмитрий Владимирович Ненашев,
ФГУ "РНИИТО им.Р.Р.Вредена Росмедтехнологий"

доктор медицинских наук профессор
Галина Львовна Микиртичан
ГОУ ВПО "СП-6 ГПМА Росздрава"

Ведущая организация: ГОУ ДПО Санкт – Петербургская медицин-
ская академия последипломного образования.

Защита состоится *25 декабря* 2007 г. в *14* часов на заседании
диссертационного совета Д 208.075.01 при ФГУ "РНИИТО им. Р.Р. Вредена
Росмедтехнологий" (195427, г. Санкт-Петербург, ул. академика Байкова, дом 8)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГУ "РНИИТО им.
Р.Р. Вредена Росмедтехнологий"

Автореферат разослан *23 ноября* 2007 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

доктор медицинских наук профессор



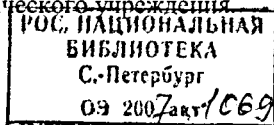
Кузнецов И. А.

Актуальность проблемы

Травмы и заболевания органов опоры и движения относятся к социально значимым болезням ввиду их широкой распространенности и тяжести социальных последствий. Показатели травматизма, временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности от травм не только характеризуют здоровье населения, но и являются критерием оценки деятельности медицинских учреждений по оказанию специализированной помощи пострадавшим. Учитывая, что подавляющее большинство пациентов с травмами опорно-двигательной системы (ОДС) получает первую специализированную помощь и лечится в амбулаторных условиях до полного выздоровления, можно считать эту форму медицинского обслуживания крайне важной в общей структуре оказания экстренной травматологической помощи. Конечно, она нуждается в существенном развитии и модернизации, но никак не в сокращении или, уж тем более – упразднении, т.к. на сегодняшнем этапе развития системы здравоохранения ей не создано достаточно адекватной альтернативы.

По данным конъюнктурных обзоров, в различные лечебные учреждения Санкт-Петербурга по поводу травм ежегодно обращаются около 500000 взрослых. Большинство пострадавших от травм (85 – 90%) нуждаются только в амбулаторном лечении (в т.ч. оперативном), а 96% госпитализированных больных завершают лечение в амбулаторных условиях. Наряду с большим количеством обращений за медицинской помощью, в последние годы заметно усложнился характер травм, резко увеличилось количество ножевых и огнестрельных ранений различной локализации и степени тяжести. При этом хирургическая активность в травматологических пунктах составляет лишь 15% (Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г., 1994; Корнилов Н.В., Шапиро К.И., 2004).

Важнейшим звеном оказания квалифицированной медицинской помощи при травмах опорно-двигательной системы является амбулаторная служба. Опираясь на данные многолетних наблюдений, можно с полной уверенностью заявить, что подавляющее большинство пострадавших от травм начинает и заканчивает лечение в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения.



Структура обращений за амбулаторной травматологической помощью практически однородна во всех лечебно-профилактических учреждениях независимо от формы их организации. Объем и виды оказываемой помощи отличаются в незначительной степени и в целом соответствуют необходимому минимуму, но в ряде случаев не являются достаточными для максимально эффективного лечения. (Воронцова Т.Н., 1998).

До настоящего времени не налажена система взаимоотношений между страховыми компаниями и амбулаторной травматолого-ортопедической службой. Не выполняется комплекс обязательных мероприятий по оказанию первичной хирургической помощи и дальнейшему лечению в амбулаторных условиях, не разработаны системы контроля и контролируемые параметры лечебно-оперативного процесса со стороны экспертов страховых компаний. По-прежнему отсутствует материальный стимул к высококачественному и высокоэффективному труду медицинских работников. Нередко у самих пациентов, обращающихся за амбулаторной помощью, отсутствует материальный стимул к сохранению своего здоровья.

Цель исследования

Разработать научно-обоснованные рекомендации для расширения оперативной активности, повышения качества и эффективности оказания амбулаторно-поликлинической специализированной помощи пострадавшим с травмами ОДС в современных экономических условиях.

Задачи исследования

1. Изучить объем, качество и эффективность хирургической медицинской помощи, оказываемой при травмах амбулаторно в травматологических пунктах (травматологических отделениях поликлиник и приемных отделениях больниц).

2. Выявить недостатки и преимущества, возникающие из-за различия в организации оперативной работы в травматологических отделениях поликлиник и приемных отделениях больниц.

3. Разработать систему контроля объема и качества оказываемой оперативной помощи.

4. Представить программу по оптимизации оказания оперативной амбулаторной помощи при травмах ОДС у взрослых.

Материалы и методы исследования

В работе использовался клинико-статистический метод с проведением экспертной оценки качества и объема оказания оперативной медицинской помощи на амбулаторном этапе.

Основу работы составляют сведения многофакторной экспертной оценки результатов оказания экстренной амбулаторной травматологической помощи в травматологическом пункте и приемном отделении больницы.

В качестве базы исследования были выбраны травматологический пункт Петроградского района и приемное отделение ФГУ РНИИТО им. Р.Р. Вредена.

Научная новизна

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые в Российской Федерации:

- проведена сравнительная оценка объема и качества мероприятий по оказанию первой специализированной помощи пациентам с травмами ОДС, обратившимся в травматологический пункт и приемное отделение ФГУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена Росмедтехнологий»;

- проведена экспертная оценка эффективности оказания оперативной амбулаторной помощи больным при травмах ОДС в условиях медицинского страхования;

- произведен хронометраж законченных случаев по однотипным позологическим группам в травматологическом пункте и приемном отделении института, позволивший определить затраты рабочего времени медицинского персо-

нала в среднем на одного больного и рассчитать среднюю себестоимость случая амбулаторного лечения травмы в травмпункте и приемном отделении стационара;

- разработаны рекомендации по совершенствованию оперативной помощи в новых условиях хозяйствования.

Практическая значимость

В работе обоснована наиболее прогрессивная и стабильная форма организации оперативной амбулаторной помощи населению.

На основе современных методик экономического расчета была определена средняя себестоимость страхового случая по исследуемым пазологическим группам. Выявлены различия между себестоимостью оказанной помощи в травматологическом пункте и приемном отделении института.

Разработанные стандарты оперативной медицинской помощи и стандарты качества могут быть использованы лечебными учреждениями, оказывающими амбулаторную травматологическую помощь, что представляет несомненный интерес в условиях перехода к медицинскому страхованию, заинтересованному в снижении количества госпитализаций и увеличении оказания оперативной помощи на амбулаторном этапе.

Разработка новой методики позволит качественно изменить оперативную амбулаторную травматолого-ортопедическую помощь и максимально адаптировать ее в условиях страховой медицины.

Основные положения, выносимые на защиту

- Контингентны пациентов, получивших специализированную травматологическую помощь в травматологическом пункте и приемном отделении стационара, однотипны по составу и характеру оказываемой помощи.
- В приемном отделении оказывается большее количество услуг, затрачивается больше времени и средств на оказание специализированной помощи, чем в травматологическом пункте.
- Стандарты специализированной помощи при переломах костей кисти и

стопы – это нормативный перечень услуг, квалификационных и временных требований, точного расчёта и учёта расходов на оказание материальных ресурсов, а также возможность унифицированной оценки ее качества.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 160 страницах машинописного текста, иллюстрирована 56 таблицами, 1 рисунком и 3 приложениями. Работа состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список литературы включает 292 источника: 150 – отечественных авторов и 142 – иностранных.

Содержание работы

Введение. Введение включает обоснование и актуальность избранной темы, определены цель и задачи исследования, сформулированы положения о научной новизне и практической значимости работы, представлены выносимые на защиту основные положения.

Глава 1. Обзор литературы.

В первой главе представлен обзор литературных данных основных этапах развития амбулаторной травматологической помощи, ее проблемах и перспективах дальнейшего развития. Предпринята попытка всестороннего анализа места амбулаторной травматологической помощи на современной системе здравоохранения. Выделены и подробно рассмотрены основные направления работы амбулаторной травматологической службы.

Глава 2. Материалы и методы исследования.

Согласно методическим рекомендациям № 98/62 «Совершенствование амбулаторной травматологической помощи в городах», разработанным ФГУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» в 1999 году и утвержденным МЗ РФ за № 98/62 от 12.03.99 г., врачи травматологи независимо от места работы (отделение поли-

клиники или приемное отделение стационара) при наличии необходимых условий должны выполняться регламентированный объем помощи, в том числе оперативной.

Для решения поставленных задач была изучена организация амбулаторной оперативной травматолого-ортопедической помощи взрослым в зависимости от уровня сложности вмешательства, оказываемая в травматологическом отделении поликлиники № 31 и в приемном отделении ФГУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена Росмедтехнологий».

Объект и объем исследования

Специально разработанные карты амбулаторного больного, оперированного в условиях травматологического пункта – 497 (Приложение 1).

Карты больного, получившего амбулаторную помощь в условиях приемного покоя стационара – 517 (Приложение 2).

Хронометражные карты, фиксирующие время от начала до завершения оказания медицинской помощи – 223 (Приложение 3).

Общее число наблюдений – 1237 документов.

Методы и база исследования

В работе использовался клинико-статистический метод с проведением экспертной оценки качества и объема оказания оперативной медицинской помощи на амбулаторном этапе.

В качестве базы исследования были выбраны травматологический пункт Петроградского района и приемное отделение РНИИТО им. Р.Р. Вредена.

В работе были использованы специально разработанные карты трех типов (для амбулаторного больного, оперированного в условиях травмпункта; больного, получившего амбулаторную помощь в приемном покое РНИИТО им. Р.Р. Вредена; хронометражные карты, фиксирующие время от начала до завершения операций). Дальнейшая обработка данных велась с использованием стандартных компьютерных программ.

К больным, получившим специализированную амбулаторную хирургиче-

ская помощь при травмах ОДС, мы отнесли пострадавших, операция которым была проведена в травматологическом пункте поликлиники (ГУЗ поликлиника №31), в приемном отделении больницы (РНИИТО им. Р.Р. Вредена), и которые без госпитализации были отпущены домой для продолжения лечения в травматологическом пункте по месту жительства или в дневном стационаре.

Для решения поставленных задач была произведена выкопировка данных из историй болезни пострадавших на специально разработанные анкеты. Всего проанализированы данные о 1014 пострадавших, из них оперированы в травматологическом пункте – 497, в приемном отделении – 517.

Для записи оптимального комплекта медицинских услуг была использована стандартизированная форма в соответствии с приложением к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11.08.2005 г. № 521.

В ходе работы был проведен хронометраж основных этапов оказания специализированной помощи пациентам, обратившимся в травматологический пункт (107 больных) и в приемное отделение ФГУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» (116 больных), а также расчет стоимости оказанной им помощи.

Общее число наблюдений составило 1237 больных. Произведена калькуляция расходов на оказание амбулаторной травматологической помощи у 116 больных.

Для подтверждения достоверности полученных результатов использовались различные методы и методики научного исследования: контент-анализ информационных потоков, методы экспертных оценок, аналитический, статистический (определение достоверности показателей и средних величин и существенности их различий, критерии связи), экономический.

Глава 3. Организация хирургической помощи в травматологическом пункте (травматолого-ортопедическом отделении поликлинике)

В третьей главе дана медико-социальная характеристика больных, нуждавшихся в оперативном лечении в амбулаторных условиях.

Среди пострадавших преобладали мужчины (56,1%). Лица трудоспособного возраста (19 – 59 лет) составили 71,9%: мужчин – 79,6%, в то время как женщины всего 51,9%.

Пострадали в быту (дома, на лестнице, во дворе, в гараже) 53,3% пациентов, у 21% пострадавших травма произошла на производстве, у 20,1% - на улице, в т.ч. в пути на работу и с работы, у 4,8% – при занятиях организованным спортом, а у 0,8% – при дорожно-транспортных происшествиях.

Более половины (61,9%) изученного контингента травмированных составили работающие люди, в том числе рабочие промышленных предприятий – 27,9%, служащие – 25,3%, работающие пенсионеры – 8,7%. Каждый шестой пострадавший (15,2%) – пенсионер, каждый седьмой (13,9%) – учащийся. Обращает на себя внимание, что довольно много пострадавших (8,2%) позиционировали себя как неработающие, причем в наиболее трудоспособных возрастных группах (21 – 39 лет) их удельный вес достигал 13,5 – 17,5%.

Чаще всего в состоянии алкогольного опьянения получали травмы люди молодого и среднего возраста: 19 – 20 лет – 3,2%; 30 – 39 лет – 3,9%; 40 – 49 лет – 3,4%; 20 – 29 лет – 2,2%. В возрасте 50 – 59 лет этот показатель снижался до 1,4%, а среди лиц пенсионного возраста – до 1,1%. Тяжесть травмы усугублялась при наличии алкогольного опьянения. Доля пострадавших в состоянии алкогольного опьянения составила в среднем 2,2%, то среди пациентов с ранами – 4,4 – 4,5%, с вывихами – 8,7%, с множественными и сочетанными травмами – 8,3%.

Среди оперированных преобладали пострадавшие с неосложненными ранами мягких тканей (32,1%). У каждого пятого оперированного (19,5%) диагностирован перелом дистального метаэпифиза лучевой кости со смещением отломков и/или с отрывом шиловидного отростка лучевой кости. Третье место (15,8%) занимали переломы мелких костей кисти, стопы или запястья. Другие травмы, потребовавшие хирургического лечения, встречались гораздо реже: удельный вес поврежденных связок, гематом, переломов

луча в типичном месте без смещения, вывихов, осложненных ран (с повреждением сухожилий, нервов, крупных сосудов) колебался от 5,1% до 4,5%. На долю остальных повреждений приходилось от 2,4% до 0,4%.

На основе хронометражного исследования были выявлены достоверные временные характеристики обращаемости в травматологические пункты за хирургической помощью.

Проведен анализ сроков обращения за хирургической помощью от момента травмы, который позволил выявить, что более половины пациентов, нуждавшихся в хирургической помощи, обращались в травматологический пункт не позже чем через три часа после травмы. Вместе с тем, почти третья часть пострадавших (28,8%) обратились в травматологический пункт позже чем через 12 часов после травмы, в том числе 16,3% – через сутки и более. Особенно высок удельный вес поздних обращений у пострадавших моложе 15 лет и у лиц в возрасте 40 – 59 лет.

Определяя место оказания первой помощи до обращения в травматологический пункт установлено, что до обращения в травматологический пункт первая помощь была оказана лишь 56 (11,6%) пострадавшим: 26 человек получили ее в стационаре, 4 – в поликлиниках, 10 – в других ЛПУ, 11 – в других травматологических пунктах, 5 больных были обслужены скорой помощью. Ни в одной истории болезни нет упоминания о само- и взаимопомощи.

Обеспеченность пострадавших, нуждавшихся в оперативном лечении в травматологическом пункте, диагностическими исследованиями была достаточной, но при этом мало используемой.

По результатам проведенного исследования дана характеристика хирургической работы травматологического пункта. Чаще всего в амбулаторных условиях производится первичная хирургическая обработка ран. Этот вид вмешательства был выполнен 203 (40,8%) пострадавшим, из них туалет раны – 191 (94,1%), иссечение тканей – 11 (5,4%), удаление костных отломков при открытом переломе – 1 (0,5%). Шов поврежденных тканей произведен 172 больным (34,6% от числа обратившихся, 84,7% от числа больных с ПХО). В большинст-

ве случаев (55,8%) эта операция ограничилась наложением швов на кожу, однако у каждого третьего сшивались и мышцы, у 1,7% – сухожилия, двум больным произведен шов сухожилий, сосудов и нервов. К сожалению, до настоящего времени в травматологическом пункте хирурги края раны сводят лейкопластырем ("лейкопластырные швы"), было выявлено 7,6 % таких случаев. Для остановки кровотечения при ранах было достаточно применение давящей повязки, лишь в двух случаях потребовалось наложить сосудистые швы.

Одним из распространенных вмешательств в условиях травматологического пункта является репозиция отломков. Она проведена 88 (17,7%) пациентам, из них у 83 ось конечности была восстановлена полностью, у 4 – частично, у одного репозиция не удалась, и больной был госпитализирован.

Вправление вывихов произведено 26 (5,2%) больным, в 25 случаях вывих удалось устранить, а в одном вывих остался не устраненным, больной направлен в стационар.

Чрезвычайно редко проводились пункции (4) и блокады (1) – всего 1,0% больных, у 2 больных удалена погтевая пластина. В реанимационных мероприятиях никто из пациентов не нуждался.

Указание об использовании анестезии имеются в историях болезни 56,5% больных, во всех случаях это была местная анестезия новоканном.

Значительное место в работе персонала травматологического пункта занимало наложение гипсовой иммобилизации и мягких повязок, они понадобились 91,1% больных.

Каждому четвертому пострадавшему (26,4%) производились перевязки, а 13,4% больных было назначено медикаментозное лечение (преимущественно обезболивающие препараты). Вызывает удивление низкий охват пострадавших мероприятиями по профилактике столбняка: несмотря на то, что более 200 пациентов имели раны и открытые переломы, противостолбнячная сыворотка была введена всего двум, а противостолбнячная сыворотка и столбнячный анатоксин – четырем пострадавшим.

Медицинская реабилитация больных после хирургического лечения в травматологическом пункте проводилась не во всех случаях, когда была необходима и не в полном объеме. Высокоэффективные методы медицинской реабилитации применены у 63% изученного нами контингента пациентов (27,7% – физиотерапия, 5,7% – массаж, 29,9% – ЛФК). В историях болезни 22,6% больных вид физиолечения не указан. УВЧ-терапия была назначена 6 больным, парафин – одному, электрофорез – 14 и несколько методов – 3 пациентам. Массаж проводился 5,7% больным. Только одному больному с переломом плечевой кости были назначены занятия в лечебном бассейне. Значительно шире использовалась лечебная физкультура, ею занимались 29,9% пациентов.

Анализ сроков лечения больных, оперированных в травматологическом пункте, показал, что более трети пациентов (36,4%) посетила травматологический пункт однократно, 27% пострадавших прервали лечение самостоятельно (не явились на последующие приемы), 17,1% направлены для продолжения лечения в ЛПУ по месту жительства или работы, 5,1% продолжили лечение у врачей других специальностей (невролога, хирурга). Случаев ухудшения состояния и осложнений не отмечено.

Было установлено, что чем старше пострадавшие, тем выше удельный вес длительных сроков лечения. Так, если сроки лечения свыше трех недель у больных моложе 39 лет были лишь в 7,4 % – 15,7 % случаев, то среди пострадавших 40-49 лет каждый третий (37,1 %) лечился более трех недель, в возрасте 60 лет такие больные составили уже 59 %, а среди 70-летних и старше – 67,5%.

В целом материалы 3 главы позволили установить, что в травматологическом пункте проводится значительная работа по оказанию хирургической помощи пострадавшим. Здесь выполняются основные оперативные вмешательства, регламентируемые методическими рекомендациями Минздрава России. Осложнений выявлено не было. Вместе с тем, объем хирургического лечения не вполне соответствует установленным стандартам, часть больных не завершают лечение в этом травматологическом пункте, а направляются для продолжения лечения в ЛПУ по месту жительства. В значительной степени это обусловлено

системой финансирования амбулаторной помощи, развитием дневных стационаров на базе госпитальных учреждений и увеличением потока амбулаторных больных в приемные отделения стационаров.

Глава 4. Анализ хирургической помощи, оказанной в приемном отделении стационара.

Медико-социальная характеристика больных, оперированных в приемном отделении ФГУ РНИИТО им.Р.Р.Вредена имела свои особенности.

Среди пострадавших преобладали мужчины (68,9%). Лица трудоспособного возраста (19 – 59 лет) составили 87,2%, причем среди мужчин их было значительно больше – 90,4%, в то время как среди женщин – 80,1% (табл. 26). По сравнению с пациентами, обслуженными в травматологическом пункте, в приемном отделении был выше удельный вес мужчин и лиц трудоспособного возраста и значительно меньше детей и подростков (4,1%).

Среди пациентов, получивших хирургическую помощь в приемном отделении стационара, 57,2% работали, 10,6% составили учащиеся, каждый третий (32,1%) не работал.

Различия в возрастно-половом социальном составе обслуженных пациентов по коэффициенту соответствия t статистически достоверны, в социальном составе – не существенны.

Более половины пациентов (69,3%) были направлены врачами поликлиники (в т.ч. травматологами), каждый пятый (19,6%) – врачами скорой помощи, каждый десятый (9,5%) – стационаром.

Каждый пятый пациент направлен по поводу ран с повреждением сухожилий, сосудов и нервов (20,8%), а каждый третий (32,5%) – с переломами костей кисти/стопы. Эти два вида травм составляют более половины всех повреждений, повлекших направление больных в стационар. Причина направления - в институте находится городской центр травм кисти, куда традиционно направляют соответствующих больных. Каждый десятый (9,6%) был направлен в институт по поводу травмы коленного сустава. Неясны причины направления в

приемное отделение больных с несложными ранами – 4,3%. На долю остальных пациентов пришлось от 0,2% до 6,7%.

Обеспеченность пострадавших, получивших оперативное лечение в приемном отделении, диагностическими исследованиями была на достаточном уровне и использовалась в достаточной степени. В нем, как и в травматологическом пункте, пострадавшим в основном выполнялась рентгенография поврежденных сегментов (76,4% пациентов против 53,7% в травмпункте), что объясняется поступлением больных с более тяжелыми травмами и более активной диагностической тактикой стационара. При этом каждому третьему пострадавшему (30,9%) сделана рентгенограмма одного пальца (кисти или стопы), каждому четвертому (24,3%) – двух или более пальцев, 11,9% – коленного сустава, 10,6% – голеностопного сустава, 6,1% – лучезапястного сустава, 5,8% – плеча, на исследование других локализаций пришлось от 2,5% до 0,3%.

Удельный вес пациентов с ранами, осложненными повреждением сухожилий, составил в приемном отделении 16,7% против 4,5% в травмпункте; а процент больных с несложными ранами – 6,4% против 32,1%. Помощь при переломах костей кисти/стопы в приемном отделении оказывалась в полтора раза чаще (26,8%), чем в травматологическом пункте (15,8%). Эти повреждения занимают первое место у пострадавших, которым оказана помощь в приемном отделении.

Различия в составе больных, которым помощь оказана амбулаторно в травматологическом пункте и в приемном отделении стационара, статистически достоверны, доверительный коэффициент t во всех случаях больше 3.

Сопоставление первоначального и заключительного диагнозов (диагноза направления и диагноза приемного отделения) проводилось посредством определения коэффициента расхождения диагнозов. Установлено, что гипердиагностика чаще встречается при осложненных ранах (указывалось на повреждение сухожилий там, где их не было), переломах мелких костей конечностей, переломах костей голени (там, где оказались ушибы, гематомы и повреждение связок конечностей). Более «тяжелые» диагнозы ставились больным с неслож-

нешними ранами и особенно ушибами, поэтому для этих больных оказался высокий процент гипердиагностики. При переломах длинных трубчатых костей ошибки чаще всего связаны с гиподиагностикой смещенных отломков.

Хирургическую работу приемного отделения можно охарактеризовать следующим образом. Больным, не нуждающимся в госпитализации, в приемном отделении стационара были оказаны следующие виды хирургической помощи: первичная хирургическая обработка ран проведена 18,8% пострадавших, шов сухожилий – 12,3%, репозиция отломков – 21,3%, вправление вывиха – 3,9%, формирование культи (главным образом пальцев кисти) – 21,0, закрытая репозиция – 21,3%. Гипсовая иммобилизация была наложена 44% пострадавших.

Исходы лечения пострадавших не рассматривались после прекращения лечения. Согласно задачам исследования они могут быть охарактеризованы как ранние после оказания первой специализированной медицинской помощи.

После оказания специализированной помощи в приемном отделении больные для продолжения лечения, как правило, направлялись в травматологический пункт (96,7%) или к хирургу (1,2%) по месту жительства. Несколько пациентов (1,3%) госпитализированы в другие стационары.

В целом материалы 4 главы позволили установить, что в приемном отделении выполняется значительная работа по оказанию амбулаторной хирургической помощи пострадавшим. Здесь проводятся основные оперативные вмешательства, регламентируемые методическими рекомендациями Минздрава России для травматологических пунктов (травматолого-ортопедических отделений поликлиник). На оказание специализированной помощи этому контингенту пациентов стационар использует ресурсы и финансы по не целевому назначению.

Глава 5. Сравнительная оценка объема деятельности, качества и стоимости услуг при оказании хирургической помощи пострадавшим с травмами ОДС при разных формах организации лечения.

Сравнительный анализ контингента больных, обратившихся в амбулаторные учреждения (травмпункты) и пациентов, получивших лечение в поликлини-

ке, дневном стационаре, приёмном покое и травматологических отделениях ФГУ "РНИИТО им. Р.Р. Вредена", позволил выделить ряд однотипных групп пострадавших, получивших практически одинаковые комплексы услуг. Они включали осмотр специалиста, применение дополнительных методов исследования, включая рентгеновское, УЗИ и функциональные методы обследования, оперативное вмешательство или неинвазивное исследование, гипсовые работы и комплекс лечения (перевязки, физиотерапевтические процедуры, манипуляции), а также наблюдение специалистов до момента выписки пациента.

Для изучаемого контингента пострадавших были разработаны стандарты медицинской помощи по каждой нозологической группе.

Для записи оптимального комплекта медицинских услуг была использована стандартизированная форма в соответствии с приложением к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11.08.2005 г. № 521.

В качестве примера представляются пациенты, объединенные в одну группу по типу повреждения, обусловившему объем оказанной помощи. В этой группе стандарт рассчитан на первичное посещение после получения травмы и несколько дальнейших явок для перевязок и контроля состояния поврежденного сегмента. Комплекс включал осмотр, диагностические процедуры, оказание специализированной травматологической помощи и рекомендации по дальнейшему лечению (динамическое наблюдение и перевязки).

Нами проведен хронометраж основных этапов оказания специализированной помощи пациентам, обратившимся в травматологический пункт и в приемное отделение ФГУ "РНИИТО им. Р.Р. Вредена", а также расчет стоимости оказанной им помощи.

Все пациенты были разделены по нозологическим группам, единым для травмпункта и института.

При расчете стоимости оказания медицинской услуги время, затраченное на ее проведение, указывалось в минутах. Стоимость услуги рассчитывалась в рублях. Расчет стоимости трудозатрат и начислений производился без учета

использованных медикаментов, амортизации медицинского и иного оборудования, коммунальных услуг и прибыли. Вышеперечисленные ограничения были установлены для того, чтобы инвентаризовать стоимостную разницу основных фондов.

Для сравнительной оценки деятельности травматологического пункта и стационара по оказанию амбулаторной хирургической помощи нами выделены следующие услуги: оформление медицинской документации, осмотр врача, рентгеновское исследование, наиболее часто встречающиеся оперативные пособия, наложения повязок (гипсовой и мягкой). В соответствии с классификатором №91500.09.0001-2001 медицинской услугой считались "мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющие самостоятельное законченное значение и определенную стоимость".

Сравнительная оценка трудозатрат (участия персонала в оказании хирургической помощи) показала, что они ничем не отличаются в травматологическом пункте и в стационаре, как по участию врачей, так и медицинских сестер.

Сравнительная оценка затрат времени на оказание специализированной помощи в приемном отделении стационара и в травматологическом пункте показала, что в среднем затраты времени на оказание специализированной хирургической помощи в травматологическом пункте значительно меньше, чем в стационаре: в травмпункте на одного больного затраты времени составили 42,8 минут (против 92,2 в стационаре), на одну услугу – 6,6 минут (против 10,7). Различия средних статистически достоверны.

В работе была предпринята попытка выяснить, на каком этапе оказания специализированной хирургической помощи возникают наибольшие потери времени.

Независимо от места обращения можно выделить несколько этапов оказания неотложной специализированной помощи: ожидание приема, заполнение медицинской документации, осмотр врача, рентгеновское исследование, оперативное лечение, наложение гипсовой или мягкой повязки. Все больные прохо-

длились первые три этапа, а в дальнейшем число оказанных услуг зависело от характера и локализации травмы.

Ожидание приема было более длительным в приемном отделении стационара, чем в травмпункте: при несложных ранах – в 5,3 раза, при открытых переломах или вывихах костей кисти / стопы – в 4,3 раза. В 2,7 раза дольше длилось ожидание приема пациентами с *ранами всевозможных локализаций* в приемном отделении стационара по сравнению с травмпунктом, где данная категория пострадавших принимается вне очереди. Ожидание приема пациентом с переломом лучевой кости в типичном месте со смещением отломков в приемном покое стационара занимало в 1,7 раза меньше времени, чем в травмпункте.

Оформление медицинской документации, у персонала приемного покоя занимало в 2,1 раза больше времени по сравнению с травмпунктом.

Осмотр пациента врачом в приемном покое стационара длилось в 2,5 раза дольше, чем в травмпункте.

Рентгеновское исследование, как первичное, так и рентген-контроль выполнялись в обоих лечебных учреждениях примерно одинаковое количество времени. Обращает на себя внимание, что рентгенограммы при наличии инородных тел выполнялись, согласно данным нашего исследования, только пациентам, обратившимся в стационар. Амбулаторно в обязательном порядке пациентам был назначен только рентген-контроль после удаления инородного тела. Для ПХО раны с удалением инородного тела в условиях приемного покоя стационара затрачивалось в 2,6 раза больше времени, что можно отчасти объяснить и более высокой степенью сложности данного вмешательства при обращении или доставке пациента в стационар.

В целом на *оказание медицинской помощи* в полном объеме в травмпункте требовалось на 48,5 минут меньше, чем в приемном покое. Так, открытая репозиция перелома костей кисти или стопы в условиях травмпункта длилась ровно в 2 раза меньше по сравнению со стационаром, ПХО раны – в 1,4 раза меньше, ПХО раны + шов сухожилия – в 2,1 раза, МОС костей кисти или стопы

– в 1,3 раза. Закрытая ручная репозиция при переломе луча в типичном месте со смещением отломков в травмпункте длилась в 1,3 раза дольше по сравнению с приемным покоем, зато закрытое вправление вывиха в суставах кисти или стопы выполняется врачами приемного покоя в 1,5 раза дольше. Приходится признать, что времени на выполнение различных видов помощи в условиях приемного отделения стационара тратилось в 1,3 раза больше, чем в травмпункте, но и степень сложности оперативных вмешательств, осуществляемых в центре хирургии кисти, была на несколько порядков выше.

Наложение мягких и гипсовых повязок выполнялись в обоих лечебных учреждениях также неодинаковое количество времени. В 1,7 раза медленнее накладывалась мягкая повязка пациентам в приемном покое стационара и в 1,4 раза – гипсовая по сравнению с теми же манипуляциями в травмпункте.

В целом при организации специализированной травматологической помощи однотипным контингентам пострадавших в приемном отделении стационара оказывалось большее количество услуг и затрачивалось больше времени, чем в травматологическом пункте.

Сравнительная оценка стоимости оказания специализированной травматологической помощи в приемном отделении стационара и травматологическом пункте рассчитана без учета стоимости медикаментов, амортизации оборудования, коммунальных услуг и прибыли.

Лечение ран с поврежденным сухожилием и нервов оказалось дороже в условиях стационара в 1,5 раза. Средняя стоимость лечения несложных ран оказалась в 1,9 раз дороже в приемном отделении.

При открытых переломах или вывихах костей кисти / стопы затраты на оказание специализированной помощи были выше в стационаре в среднем в 1,5 раза. В значительной мере они зависели от увеличения стоимости за счет длительного ожидания приема (в 4,4 раза), осмотра врача (в 2,3 раза) и проведения операции (в 2,1 раза).

Оказание помощи пациентам с закрытыми переломами или вывихами костей кисти / стопы обошлось в стационаре в 2,5 раза дороже, чем в травмато-

логическом пункте, преимущественно это связано с осмотром (в 2,7 раз) и проведением операций металлоостеосинтеза, которые в травматологическом пункте не проводились. В 1,4 – 1,6 раз дороже оказались ожидание приема, вправление вывиха, наложение гипсовой иммобилизации и рентгеновский контроль.

Оказание специализированной помощи при травме коленного сустава обошлось стационару в 1,7 раз дороже, а при удалении инородных тел – в 2 раза дороже, чем в поликлинике. Основное различие затрат было связано при травме коленного сустава с оформлением документации (в 2 раза) и осмотром врача (в 1,8 раз), а при удалении инородных тел – с проведением рентгеновского исследования (первичного и контроля), которые в амбулаторных условиях при этой патологии не проводились.

Таким образом, по результатам проведенного исследования можно заключить, что стоимость оказания однотипной специализированной медицинской помощи одинаковым контингентам пациентов была выше в приемном отделении стационара, чем в травматологическом пункте, что связано с большим числом оказанных услуг и было прямо пропорционально времени пребывания больного в лечебном учреждении.

Для подтверждения этого вывода был использован усредненный коэффициент соотношения затрат как времени, так и стоимости оказания однотипных услуг в приемном отделении стационара и в травматологическом пункте. Он рассчитывается как частное от деления средних затрат времени на оказание услуги (или стоимости услуги) в стационаре на средние затраты времени на оказание услуги (или стоимости услуги) в травматологическом пункте. Этот коэффициент составил для затрат времени 2,15, для финансовых затрат – 2,1.

Оказание помощи при травмах опорно-двигательной системы предполагает выполнение определенного, необходимого и достаточного комплекса лечебно-диагностических услуг.

Закон о государственных гарантиях регламентирует получение полного объема медицинской лечебно-диагностической помощи при экстренных обращениях пациентов с травмами ОДС в федеральные и муниципальные лечебные

учреждения.

Независимо от вида лечебного учреждения (стационар или поликлиника), объём диагностических мероприятий и характер помощи пациенту, не нуждающемуся в госпитализации, в количественном и качественном выражении должен быть приблизительно одинаковым. Эта задача решается путём стандартизации, предполагающей как нормативы перечня услуг, квалификационных и временных требований, точного расчёта и учёта расходуемых на оказание помощи материальных ресурсов так и возможность унифицированной оценки его качества.

На заключительном этапе исследования, используя в полной мере результаты проделанной работы, был разработан стандарт медицинской помощи пострадавшим с открытыми переломами или вывихами костей кисти / стопы, включающий в себя:

1. Модель пациента

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма и код по МКБ-10: S63.0; S63.1; S93.1; S61.7; S62.01; S62.11; S62.21; S62.31; S62.41; S62.51; S62.61; S62.71; S67.0; S68.0; S68.1; S91.7; S92.31; S92.41; S92.51; S92.71; S97.1; S98.1.

Фаза: острая

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторная помощь

1.1. Диагностику; 1.2. Лечение из расчета 5 посещений; 1.3. Медикаментозную терапию; 1.4. используемые имплантаты; 1.5. необходимые расходные материалы; 1.6. Критерии оценки качества первичной помощи.

Всесторонний анализ полученных данных позволяет с уверенностью утверждать, что современный уровень оснащённости и квалификации врачей поликлинических учреждений позволяет оказывать комплекс услуг не уступающий по объёму стационару. В свою очередь, стационары, используя новые методы лечения, в т.ч. стационарозамещающие технологии, могут шире использо-

вать свои мощности, тем самым снижая издержки на лечение и привлекая дополнительный поток пациентов с соответствующим финансированием.

Тем не менее, следует учитывать, что даже при стандартном решении каждой из задач, суммарные различия в динамике травматической болезни и непредсказуемость осложнений и рецидивов с соответствующими затратами ресурсов на борьбу с ними могут сделать лечебный процесс в данных подгруппах нестандартным. Столь же индивидуализированным и комплексным здесь должен быть подход и к оценке качества.

Выводы:

1. Несмотря на то, что объем оперативной хирургической медицинской помощи, оказываемой при травмах амбулаторно, регламентируется методическими рекомендациями Минздрава России имеются достоверные различия, которые указывают на наличие расширения перечня оперативных вмешательств в приемном отделении стационара по сравнению с травмпунктом.
2. Качество оказываемой оперативной помощи в меньшей степени зависит от места ее оказания, а эффективность имеет различия только в стоимостном эквиваленте, который по общепринятой методике базируется на расчете трудозатрат персонала и амортизации оборудования.
3. Проведенная в ходе исследования сравнительная оценка трудозатрат (участия персонала в оказании хирургической помощи) показала, что они ничем не отличаются в травматологическом пункте и в стационаре, как по участию врачей, так и медицинских сестер. Коэффициент соотношения (присмное отделение и травматологический пункт) составил для затрат времени 2,15, а для финансовых – 2,1.
4. Разработанная в ходе исследования система контроля объема и качества оказываемой оперативной травматологической помощи, и представленная в традиционной форме "Медико-экономического стандарта", является рабочей моделью и позволяет в отсутствие единого государственного отраслевого стандарта иметь нормативы объема и качества оказываемой помощи.

5. Комплексная программа по оптимизации оказания оперативной амбулаторной помощи при травмах ОДС у взрослых включает в себя: перечень значимых статистических данных, методику их аналитической обработки, обеспечивающую непрерывный мониторинг, медико-экономические стандарты по всем позологическим группам, гибкую систему расчета себестоимости оказываемой помощи, а также нормативную базу, позволяющую проводить контроль качества с последующей корректировкой всего процесса.

Предложения для внедрения в практику:

1. Полученные в ходе исследования данные о стоимости услуг при оказании амбулаторной травматологической помощи могут быть использованы городской тарифной комиссией для выработки тарифов оплаты специализированной помощи, оказываемой травматологическими пунктами и приемными отделениями больниц пациентам с амбулаторной травмой.
2. Разработанные стандарты для ведения больных с переломами костей кисти/стопы могут использоваться травматологическими учреждениями города.
3. Разработанные стандарты для ведения больных с переломами костей кисти/стопы могут быть представлены в отдел по стандартизации для рассмотрения в качестве территориальных.
4. Материалы диссертации могут использоваться в процессе обучения клинических ординаторов, врачей и среднего медицинского персонала и быть изданы в качестве пособия для врачей.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Шапиро К.И., Колшенская Н.А., Воронцова Т.Н. Разработка отраслевого стандарта – базовое условие создания системы контроля объема и качества оказываемой хирургической помощи пациентам с травмами опорно-двигательной системы // Амбулаторная хирургия. – 2004. – №4 (16). – С. 226–227.
2. Шапиро К.И., Колшенская Н.А., Воронцова Т.Н. Оценка тактики и объема хирургического лечения амбулаторным пациентам с травмами опорно-двигательной системы // Амбулаторная хирургия. – 2004. – №4 (16). – С. 227.
3. Колшенская Н.А. Амбулаторная травматологическая помощь и пути повышения ее эффективности // Травматология и ортопедия России. – 2006. – №2. – С. 158.
4. Колшенская Н.А., Воронкевич И.А. Отраслевые стандарты травматолого-ортопедической помощи – ключевая позиция в системном подходе к оценке менеджмента качества // Система менеджмента качества на службе здравоохранения : матер. всерос. науч.-практ. конф. – Курган, 2007. – С. 50–52.
5. Тихилов Р.М., Колшенская Н.А., Говорухина Т.Ю. Экономическая составляющая организации лечебной помощи в государственном медицинском учреждении // Проблемы городского здравоохранения : сб. науч.-практ. работ. – 2007. – Вып. 12. – С. 198–204.

Из фондов Российской национальной библиотеки

Лицензия ЛР №020593 от 07.08.97

Подписано в печать 22.11.2007. Формат 60x84/16. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 1,0. Тираж 100. Заказ 2296б.

Отпечатано с готового оригинал-макета, предоставленного автором,
в Цифровом типографском центре Издательства Политехнического университета.
195251, Санкт-Петербург, Политехническая ул., 29.

Тел.: 550-40-14
Тел./факс: 297-57-76

Из фондов Российской национальной библиотеки

2007A

26714

№ 2 6 7 1 4

Из фондов Российской национальной библиотеки