

К.Н. Мовчан<sup>1,3</sup>, О.Н. Скрябин<sup>1,2</sup>,  
В.В. Татаркин<sup>1,3</sup>, Д.А. Чернышев<sup>1,4</sup>

## Результаты оценки качества медицинской помощи, предоставляемой в клиническом лечебно-профилактическом учреждении Санкт-Петербурга по профилю «абдоминальная хирургия»

<sup>1</sup>Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

<sup>3</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

<sup>4</sup>Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург

**Резюме.** Представлены результаты оказания хирургической помощи в 2017 г. больным, страдающим патологией органов брюшной полости, в одном из клинических многопрофильных лечебно-профилактических учреждений Санкт-Петербурга. Анализ данных осуществлен с учетом оценки работы хирургов экспертами качества оказания медицинской помощи. Показано, что, несмотря на увеличение частоты применения эндовидеохирургических вмешательств, их удельный вес в структуре всех операций составляет 50%, что в настоящее время не может считаться приемлемым. В крупных больницах Санкт-Петербурга пока не удается изменить и соотношение режимов (ургентный/плановый) госпитализации больных с патологией профиля «абдоминальная хирургия». На протяжении последних лет оно составляет 3:1, тогда как необходимость приоритета плановой госпитализации очевидна. Безусловно, эффективная работа службы контроля качества медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения способствует гарантированной успешности её деятельности в целом по медицинской организации и хирургического направления в частности. Данные службы контроля качества медицинской помощи в определённой медицинской организации позволяют считать, что при её оказании пациентам, страдающим заболеваниями по профилю «абдоминальная хирургия», системные дефекты сотрудниками учреждения допускаются редко. Выявляемые погрешности в хирургической деятельности в отношении таких пациентов оказываются не столько технического свойства, сколько могут быть формально отнесены к нареканиям в отношении оформления медицинской документации, что не является критичным в плане влияния на течение заболевания и его исход. Однако подобные дефекты могут способствовать искажению статистических данных, вызывать недопонимание пациентов и становиться поводом для претензий как с их стороны, так и со стороны организаторов здравоохранения. На основании в целом положительных параметров работы сотрудников медицинской организации по профилю «абдоминальная хирургия» очевидна целесообразность системного подхода к оценке результатов деятельности специалистов хирургических подразделений с принятием при необходимости своевременных управленческих решений.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи, хирургические заболевания органов брюшной полости, абдоминальная хирургия, острый живот, безопасность медицинской деятельности.

**Введение.** Пациенты, страдающие хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (ХЗОБП), составляют значительный контингент людей, обращающихся за медицинской помощью (МП) как в амбулаторные, так и стационарные подразделения медицинского обеспечения населения [7, 14, 15]. Подозрение на «острый живот» (ОЖ) однозначно оказывается поводом для целенаправленного исключения или подтверждения жизнеугрожающих процессов в органах брюшной полости (ОБП) в условиях стационара [3, 13]. В плановом порядке пациенты, страдающие патологией ОБП, направляются на обследование в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) согласно регламенту маршрутизации больных в системе здравоохранения по месту жительства пациентов [14]. Важное значение при этом должно придаваться преемственности в работе специалистов

амбулаторного и стационарного этапов оказания МП [1]. Эффективность обследования и лечения больных ХЗОБП во многом определяется не только высококвалифицированной деятельностью абдоминальных хирургов, но и принятием руководством медицинской организации (МО) адекватных управленческих решений [10, 11, 14]. Поэтому оценке качества медицинской помощи (КМП) в ЛПУ придается особое значение при поиске путей повышения безопасности медицинской деятельности (МД) и улучшения результатов лечения [9, 11, 14]. В клинических МО мегаполисов, специалисты которых осуществляют обследование и лечение больных в форматах как неотложной, так и плановой абдоминальной хирургии (АХ), необходимость в контроле КМП и управлении очевидна [3, 4, 13].

**Цель исследования.** На основе использования технологий экспертизы качества и безопасности медицинской деятельности оценить эффективность работы специалистов по профилю «абдоминальная хирургия» в крупном клиническом специализированном стационаре мегаполиса.

**Материалы и методы.** В соответствии с регламентом ведомственного контроля КМП организована и проведена работа по экспертизе КМП, оказываемой в 2017 г. больным с патологией по профилю «абдоминальная хирургия», в одном из крупнейших стационаров Санкт-Петербурга – городской больнице Святой преподобномученицы Елизаветы (ГБ). Экспертная оценка КМП осуществлялась согласно унифицированной методике с учетом особенностей, сложившихся в последние годы в системе управления КМП в Санкт-Петербурге [3, 11, 12, 14]. Учитывались опыт, традиция и преемственность исполнения организационно-методического сопровождения клинико-экспертного процесса в конкретном медицинском учреждении [2, 4, 8, 10, 13].

**Результаты и их обсуждение.** МП по профилю АХ в 2017 г. в ГБ осуществлялась кадровым составом трёх хирургических отделений (всего 53 хирурга). Из них 35 (65%) – специалисты высшей и первой квалификационной категории, а 19 (35%) хирургов – кандидаты (17) и доктора (2) медицинских наук.

Прием пациентов (ежедневно, без выходных – 70–90 больных) в ГБ осуществляется 24 ч в сутки. В составе дежурной бригады МП пациентам оказывают 7 специалистов в области АХ.

При оказании МП больным с абдоминальной патологией средний койко-день в ГБ в 2017 г. составил  $6,7 \pm 1,2$  (табл. 1).

Преимущественно экстренная госпитализация больных ХЗОБП негативно сказывается на показателях оказания МП пациентам в плановом порядке, обуславливая дефицит койко-мест и сокращение

Таблица 1  
Использование коечного фонда ГБ в 2017 г. по профилю АХ, абс. число

Показатель	Хирургическое отделение			Стационар в целом
	1-е	2-е	3-е	
Число койко-мест	35	35	65	135
Оборот коек	57,0	60,1	60,7	59,6
Использование в койко/днях	13236	12953	27668	53857
Простой коек	- 0,2	- 0,1	- 1,0	- 0,6
Загрузка коек	378,2	370,1	425,7	398,9

сроков пребывания в стационаре (табл. 2). По поводу заболеваний ОБП выполнены 5050 операций: в плановом порядке – 1123 (22,2%), экстренно – 3927 (77,8%). Оперативная активность в ГБ в 2017 г. составила 62,6% (в случаях планового лечения – 93%, экстренного – 44%).

В неотложном порядке МП по профилю АХ в ГБ в 2017 г. оказана 6954 (86,3%) пациентам. Общая летальность составила 518 (6,4%) человек.

Группа больных с патологическими состояниями, относящимися к семи основным статистическим отчетным формам «острого живота», составила 1779 человек (25,5% от всего контингента пациентов, поступивших в ГБ в экстренном порядке) при 4% летальных исходов в данной группе (табл. 3).

В группе больных ОХЗОБП случаи смерти отмечены у пациентов, поступивших в ГБ в скорпомощном режиме с множественной сопутствующей патологией. В 3 случаях перфоративной гастродуоденальной язвы (абсолютный повод к проведению экстренной операции) риск летального исхода по причине операционной травмы явно превышал таковой при оказании МП только посредством консервативных мероприятий. В отношении этих больных было решено воздержаться от хирургического лечения, так как состояние паци-

Таблица 2  
Показатели деятельности специалистов хирургических отделений ГБ в 2017 г. по профилю АХ, абс. число (%)

Показатель	Хирургическое отделение			Стационар в целом
	1-е	2-е	3-е	
Пациенты, поступившие	2007	2105	3947	8059
экстренно	1804 (89,9)	1947 (92,5)	3203 (81,2)	6954 (86,3)
планово	203 (10,1)	158 (7,5)	744 (18,8)	1105 (13,7)
Койко-дней в целом (в среднем)	13236 (6,6)	12953 (6,2)	27668 (7,0)	53857 (6,7)
Летальность				
общая	228 (11,4)	222 (10,5)	68 (1,7)	518 (6,4)
после операции	143 (7,1)	142 (6,7)	54 (1,4)	339 (4,2)
Больные, прооперированные	1068	981	3001	5050
планово	216 (20)	140 (14)	767 (26)	1123 (22,2)
экстренно	852 (80)	841 (86)	2234 (74)	3927 (77,8)
Оперативная активность при деятельности в целом, %	53	47	76	62,6
планово	33	32	58	93
экстренно	97	84	94	44

Таблица 3

## Случаи госпитализации больных ОХЗОБП в ГБ с учетом нозологических форм, прооперированных/леченых консервативно/умерших, %

Нозологическая форма	Хирургическое отделение			Больница в целом	Поступившие в течение $\geq 24$ ч.
	1-е	2-е	3-е		
Кровотечение из гастродуоденальных язв	112/65/8 (5,5)	104/55/15 (12,5)	85/8/0	276/128/23 (8,2)	18
Перфорация гастродуоденальных язв	25/1/3/ (11,5)	23/0/4 (17,4)	21/2/3 (13,6)	69/3/17 (20,2)	4
Острый холецистит	9/5/0	8/10/1 (5,6)	215/14/10 (4,3)	232/29/11 (3,8)	199
Острый аппендицит	34/0/1 (2,9)	30/0/0	573/0/1 (0,2)	637/0/2 (0,3)	437
Ущемленная грыжа	45/0/0	48/0/5 (10,4)	31/0/ (1/3,2)	124/0/10 (7,8)	82
Острая кишечная непроходимость	41/36/2 (1,8)	30/40/3 (8,3)	11/1/1 (8,3)	86/77/9 (3,8)	115
Острый панкреатит	32/105/8 (5,8)	26/106/6 (4,5)	17/51/4 (5,8)	75/262/20 (4,7)	246
Осложнения онкологических ЗОБП	135/107/71 (29,3)	133/109/74 (30,5)	52/41/29 (24,7)	320/268/174 (29,5)	267
Острые нарушения мезентериального кровообращения	64/1/40 (61,5)	56/1/37 (64,9)	15/0/9 (60)	132/2/86 (64,1)	36
Травмы и ранения ОБП	145/0/5 (3,4)	140/0/4 (2,8)	0/0/0	285/0/9 (3,1)	12
Цирроз печени и его осложнения	17/65/23 (28)	22/73/31 (32)	14/6/8 (40)	53/144/62 (22,5)	45
Механическая желтуха	34/5/5 (12,8)	34/11/2 (4,4)	132/60/6 (3,2)	200/76/16 (5,7)	127
Другие	397/765/86 (7,2)	651/650/79 (5,9)	586/927/12 (0,7)	1409/2043/177(5,5)	1567

ентов при их доставке в ГБ расценивалось как терминальное? и они умерли в ближайшее время после госпитализации.

Высокой представляется частота поступления в ГБ пациентов с осложнённым течением онкологических заболеваний ОБП, цирроза печени и острым мезентериальным тромбозом. Также очевиден и факт доставки этих пациентов в ГБ: почти в каждом четвертом случае (1567 (23%) человек) – позже 24 ч от начала проявлений заболевания.

Хирургические вмешательства по поводу семи основных статистических форм «острого живота» в 1308 (33,3%) наблюдениях в ГБ выполнялись экстренно. С использованием технологий внутриполостной эндоскопии МП оказана 1816 (46,3%) пациентам, госпитализированным срочно. Лапароскопически операции осуществлены 1397 (35,5%) больным, внутрипросветно эндоскопически – 419 (10,6%) пациентам. Лапароскопически прооперированы практически все больные с диагностированным острым аппендицитом

(ОА) – 560 (87,9%) человек и острым холециститом (ОХ) – 216 (93,1%) человек.

У 63 больных, у которых использование эндоскопических методик остановки язвенных кровотечений и ушивания перфоративных язв лапароскопически оказалось неэффективным, верифицировались каллезные пенетрирующие язвы. В подобных случаях выполнение операций осуществлялось лапаротомным способом. 320 (8,1%) больных были прооперированы по поводу осложненных онкологических заболеваний ОБП, 285 (7,2%) – по поводу повреждений и травм ОБП и 154 (3,3%) – по поводу острого нарушения мезентериального кровообращения.

Осложнения после хирургических вмешательств у больных ОБП (без учета условий: планомерно/экстренно) отражены в таблице 4.

Обобщенные данные об интраоперационных осложнениях хирургических вмешательств, выполненных пациентам в ГБ в 2017 г. при ЗОБП, представлены в таблице 5.

Таблица 4

## Осложнения после хирургического лечения пациентов в ГБ при ЗОБП, абс. число (%)

Показатель	Хирургическое отделение			Стационар в целом
	1-е	2-е	3-е	
Объем оперативной деятельности	1068	981	3001	5050
Осложнения	42 (3,9)	41 (4,1)	19 (0,6)	102 (2)
интраоперационные	4	6	3	13
послеоперационные	38	35	16	89

**Интраоперационные осложнения при хирургических вмешательствах,  
выполненных пациентам в ГБ в случаях ЗОБП**

Показатель	Хирургическое отделение			Стационар в целом
	1-е	2-е	3-е	
Всего оперированы (чел.)	1068	981	3001	5050
повреждения органов:				
мочевого пузыря	1	–	1	2
толстой кишки	1	2	2	5
селезенки	3	4	–	7
исходы				
выздоровление	4*	6	3	13

**Примечание:** \* – у одного больного констатированы 2 осложнения.

Во всех случаях интраоперационные осложнения (и их последствия) устранены без негативного влияния на исход заболевания.

В структуре летальных исходов при ЗОБП значительный удельный вес составляют случаи мезентериального тромбоза – 86 (16,6%) человек и осложнений цирроза печени – 62 (11,9%) человека (табл. 6).

В случаях онкозаболеваний основной причиной смерти в 174 (33,5%) случаях оказывались инкурабельные (осложненные) формы злокачественных новообразований с генерализацией опухолевого процесса в IV стадии заболевания. Послеоперационный период у таких пациентов протекал особенно тяжело, в 52 (16,2%) случаях он сопровождался множеством осложнений, в 82 (24,1%) случаях – летальным исходом. Причиной смерти, как правило, оказывалась раковая интоксикация. Осложнениями операций, осуществленных по поводу ОХЗОБП, в 8 (2,5%) случаях была гематома раны, в 31 (9,6%) – нагноение раны, в 12 (3,7%) – эвентрация и по 1 (0,3%) случаю – послеоперационный перитонит и абсцесс брюшной полости соответственно.

Таблица 6

**Случаи летальных исходов у пациентов в ГБ,  
госпитализированных экстренно по поводу ЗОБП,  
абс. число (%)**

Показатель	Летальный исход (% от общего числа умерших)
Гастродуоденальные язвы:	
кровоточащие	23 (4,4)
перфоративные	17 (3,2)
Острый холецистит	11 (2,1)
Острый аппендицит	2 (0,3)
Ущемленная грыжа	10 (1,9)
Острая кишечная непроходимость	9 (1,7)
Острый панкреатит	20 (3,8)
Онкологические заболевания ОБП	174 (33,5)
Острые нарушения мезентериального кровотока	86 (16,6)
Повреждения ОБП	9 (1,7)
Механическая желтуха	16 (3)
Осложнения цирроза печени	62 (11,9)
Прочие	177 (34)

Все больные (588 человек) абдоминальной патологией онкологического профиля поступали в ГБ в экстренном порядке, что связано с лицензионными ограничениями.

Возраст 295 (56,9%) скончавшихся пациентов, подвергшихся экстренным и срочным хирургическим вмешательствам по поводу ОХЗОБП, превышал 70 лет. Смерть этих больных была обусловлена декомпенсацией тяжелой сопутствующей патологии и поздней обращаемостью пациентов за МП. У 78 (15%) человек на фоне заболеваний ОБП в 2017 г. диагностировались терминальные стадии синдрома приобретенного иммунного дефицита, гепатитов В и С, а также наркомания.

В плановом порядке в ГБ в 2017 г. поступили 1105 (13,7%) пациентов. Им также планово выполнено 1123 (22,2%) хирургических вмешательства. Оперативная активность при оказании плановой хирургической помощи больным составила 93%. Объем плановой госпитализации больных ЗОБП с учетом нозологий представлен в таблице 7.

При плановой госпитализации больных ХЗОБП в ГБ операции не выполнялись лишь в случаях непредвиденных причин (утяжеление течения хронической сопутствующей патологии, присоединение острых, чаще респираторных, инфекций и др.). На плановое лечение по профилю «абдоминальная хирургия» в основном направлялись пациенты, страдающие ЖКБ и грыжами живота, – 732 (68,9%) человека. У некоторых больных верифицировалась сочетанная патология, что обуславливало необходимость выполнения нескольких операций.

В 588 (35,7%) случаях вмешательства выполнены лапароскопически: герниопластика – 171 (60%), холецистэктомия – 399 (96%). По методикам внутрисветовой эндоскопии осуществлено 113 (10,6%) операции. При грыжах живота в приоритете оказывалась протезирующая герниопластика. В 102 случаях имели место осложнения абдоминальных операций место (без дифференциации режима проведения хирургических вмешательств – экстренно/планово), что составило 1,8% от всех выполненных операций.

**Объем плановой госпитализации больных ЗОБП в ГБ с учетом нозологических форм, прооперированные / леченые консервативно / умершие (%)**

Показатель	Хирургическое отделение			Больница в целом
	1-е	2-е	3-е	
Осложнения гастродуоденальных язв	6/-/-	4/1/-	85/8/-	10/-/-
Желчнокаменная болезнь	2/1/-	3/1/-	411/5/-	416/7/-
Наружные грыжи живота	42/2/-	58/3/-	184/4/-	284/9/-
Грыжа ПОД	3/-/-	-/-/-	29/2/-	32/2/-
Колостома	11/-/1	2/-/-	2/-/-	15/0/1(0,1)
Стриктуры пищевода	6/-/-	-/-/-	-/-/-	6/-/-
Полипы	желудка	5/-/-	3/-/-	8/-/-
	толстой кишки	12/-/-	9/-/-	43/-/-
Прочие	129/3/-	61/9-	119/50	309/17/-

**Примечание:** ПОД – пищеводное отверстие диафрагмы.

Сведения о послеоперационных осложнениях лечения пациентов в ГБ в 2017 г. в связи с патологией ОБП представлены в таблице 8.

Распространёнными осложнениями хирургического вмешательства, возникающими у больных, прооперированных по поводу ЗОБП, оказывались ранняя спаечная кишечная непроходимость и парез кишечника – 14 (15,7%) больных. Еще чаще отмечались случаи нагноения операционной раны – 25 (28%) пациентов. Во всех случаях послеоперационные осложнения устранены без негативных последствий для здоровья больных.

Высокотехнологичные виды медицинской помощи (ВтВМП) больным по профилю «абдоминальная хирургия» без осложнений оказаны в формате обязательного медицинского страхования в объеме 16 операций. Как правило, ВтВМП осуществлялись в связи с необходимостью восстановления непрерывности толстой кишки после ранее перенесенной обструктивной операции толстой кишки. По одной высокотехнологичной операции выполнено в случаях хронического панкреатита и дивертикулеза толстой кишки.

Проведено 235 целевых экспертиз КМП, что составило 2,9% от всех случаев оказания МП пациентам в ГБ с патологией профиля «абдоминальная хирургия». При этом 98 (41,7%) экспертиз относились к надлежащему КМП. Наблюдений ненадлежащего КМП V и VI класса (т. е. наиболее значимых в плане социальных последствий) не отмечено.

Тематические экспертизы в целом по профилю «неотложная абдоминальная хирургия» всего контингента больных ОХЗОБ в ГБ систематически не проводились. Тем не менее в 2018 г. тематическая экспертиза в городской больнице Святой преподобномученицы Елизаветы осуществлена на модели нозологической формы ОА. Эта работа проведена не случайно, так как по сравнению с 2015 г. в Санкт-Петербурге показатели послеоперационной летальности при ОА в 2016 г. выросли в 3 раза – с 0,02% до 0,06% [16]. При этом особое внимание привлекли параметры оказания МП в ГБ. В частности, показатель общей

летальности при ОА в этом ЛПУ в 2016 г. составил 0,51%, а послеоперационной летальности – 0,18%. В 2017 г. эти показатели были идентичными – 0,31%, что обусловило инициацию проведения тематической экспертизы КМП с проверкой МО в формате ведомственного контроля КМП.

В целом экспертиза КМП при её оказании в 2017 г. пациентам ГБ, госпитализированным по поводу ОА, осуществлена в 20 наблюдениях. Аппендэктомия (АЭ) во всех случаях осуществлялась лапароскопически. При оценке КМП у пациентов ГБ с диагностированным ОА надлежащим оно было лишь в одном случае. В 19 наблюдениях отмечены дефекты лечебно-диагностического процесса. Наиболее значимой погрешностью специалистов в ГБ, осуществляющих лечебный процесс у больных ОА, оказалось безосновательное выполнение санации и дренирования брюшной полости (БрП). В регламентирующих документах [5, 6] отмечено, что при неосложненном течении заболевания и стандартной интраоперационной ситуации такие мероприятия, как санация БрП (в протоколах операций содержание этой манипуляции, как правило, не расшифровывается), так и её дренирование не должны осуществляться автоматически во всех случаях. В вышеупомянутых регламентирующих документах указано, что для санации и дренирования БрП при лапароскопической АЭ должны учитываться два обстоятельства: осложнение ОА перитонитом и формирование периаппендикулярного абсцесса. При этом уточнено, что серозный местный (как отграниченный, так и неотграниченный) перитонит таковым показанием не является, а санация и дренирование БрП целесообразны только при гнойном перитоните. При локальном серозном выпоте в случаях ОА удаление жидкости во время операции из полости брюшины считается достаточной лечебной процедурой. В случаях установки дренажа с «сигнальной» целью при так называемом «сухом животе» на фоне благоприятного течения послеоперационного периода дренажная конструкция должна быть удалена из БрП в течение первых суток после АЭ.

Ещё одним дефектом, выявляемым в ходе тематической экспертизы КМП больным ОА в ГБ, признаны погрешности формулировки диагноза и ведения медицинской документации (19 случаев и 4 случая соответственно). Они обуславливаются небрежностью при работе с медицинскими документами, а не клинической деятельностью.

Представленные результаты оказания хирургической помощи больным, страдающим патологией ОБП, в одном из крупных клинических многопрофильных ЛПУ Санкт-Петербурга с оценкой работы хирургами-экспертами КМП позволяют считать, что, несмотря на увеличение частоты применения эндовидеохирургических и эндоскопических вмешательств, удельный вес их в структуре всех операций составляет в среднем около 50%. В настоящее время последнее не может считаться приемлемым. Очевидно, что даже в крупных клинических больницах Санкт-Петербурга пока не удастся изменить соотношение параметров госпитализации больных, страдающих патологией по профилю «абдоминальная хирургия», в сторону планового формата предоставления МП. Это соотношение на протяжении последних лет составляет 3:1. Необходимость коррекции в этом вопросе очевидна и зависит во многом от деятельности специалистов внегоспитального звена медицинского обеспечения населения. Несомненно, что работа службы контроля КМП МО создает гарантию успешности медицинской деятельности в целом и в хирургическом ее аспекте в частности, в том числе и по профилю «абдоминальная хирургия». Сведения о положительных параметрах работы специалистов МО по данному профилю, основанные на данных комплексной экспертной оценки, ещё раз подтверждают целесообразность системного подхода к градации результатов деятельности конкретных хирургических подразделений и принятия своевременных управленческих решений.

**Заключение.** Удельный вес случаев патологии по профилю «абдоминальная хирургия» среди пациентов, госпитализированных в многопрофильные стационары Санкт-Петербурга как экстренно, так и планово, значителен. Обследование и лечение больных «хирургическими заболеваниями органов брюшной полости», как правило, проводится стереотипно. Специалистам медицинских организаций эпизодически приходится сталкиваться с непредвиденными технологическими и организационными проблемами оказания МП в ракурсе абдоминальной хирургии. Случаи нестандартных подходов к реализации алгоритмов предоставления МП больным ХЗОБП, несомненно, бывают. Сохраняются и затруднения при выборе её тактики в отношении пациентов с данным видом патологии. Успешность лечения больных ХЗОБП (нередко коморбидных по сопутствующей патологии) во многом определяется не только грамотными действиями хирургов, непосредственно участвующих в процессе оказания МП. В лечении пациентов с осложненными формами ХЗОБП должен соблюдаться дифференци-

рованный подход. Преимущество и корректность в оказании МП больным с заболеваниями профиля АХ во многом зависит от квалификации и последовательных действий специалистов первичного звена оказания МП, обеспечивающих своевременную и адресную маршрутизацию пациентов. Важная роль также отводится специалистам скорой (неотложной) медицинской помощи. Несомненно, применение мультидисциплинарного подхода позволяет существенно улучшить качество оказания МП больным как при осложнениях ХЗОБП непосредственно, так и при осложнениях в послеоперационном периоде. Тактика комплексного подхода позволяет свести к минимуму риск обращений пациентов и их представителей с претензиями на предоставление им МП ненадлежащего качества медицинскими работниками в частности и в медицинских организациях в целом.

### Литература

1. Безуглый, А.В. Преимущество в работе амбулаторного и стационарного звена хирургической службы в Санкт-Петербурге / А.В. Безуглый, И.В. Титаренко // Ежегодная конференция хирургов Северо-Запада «Актуальные вопросы хирургии: малоинвазивные технологии – будущее хирургии». – СПб., 2017. – С. 7–9.
2. Козобин, А.А. Опыт применения эндовидеохирургических технологий при лечении пациентов с ущемленными паховыми грыжами в многопрофильном стационаре / А.А. Козобин [и др.] // Мат. мед. форума «II неделя образования в Елизаветинской больнице». – СПб., 2018. – С. 161–163.
3. Кочетков, А.В. Качество оказания хирургической помощи населению Санкт-Петербурга в 2015 году / А.В. Кочетков // Ежегодная конференция хирургов Северо-Запада «Актуальные вопросы хирургии». – СПб., 2015. – С. 13–14.
4. Мовчан, К.Н. Результаты эффективности обследования и лечения пациентов с патологией хирургического профиля по данным экспертизы качества медицинской помощи / К.Н. Мовчан [и др.] // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2016. – № 4 (56). – С. 164–169.
5. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого аппендицита / А.В. Сажин [и др.]. – М.: Б. и., 2016. – 26 с.
6. Острый аппендицит у взрослых: клинические рекомендации / Росс. об-во хирургов. – М.: Б. и., 2015. – 32 с.
7. Парфенов, В.Е. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2017 год / В.Е. Парфенов. – СПб.: Стикс, 2018. – 24 с.
8. Сигуа, Б.В. Тактика хирургического лечения желудочных кровотечений опухолевого генеза / Б.В. Сигуа [и др.] // Мат. мед. форума «II неделя образования в Елизаветинской больнице». – СПб., 2018. – С. 165–169.
9. Тайц, Б.М. Настольная книга врача Елизаветинской больницы: сб. науч.-практ. работ и организационно-методических документов / Б.М. Тайц [и др.] – СПб.: КОСТА, 2007. – Вып. 1. – 584 с.
10. Тайц, Б.М. Организация системы управления качеством в СПб ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы (Елизаветинская больница)» / Б.М. Тайц [и др.] // Управление качеством в здравоохранении: учеб. пособие. – СПб.: Береста, 2018. – С. 290–300.
11. Тимофеев, И.В. Доступность и качество медицинской помощи: конституционно-правовое измерение / И.В. Тимофеев. – СПб.: ДНК, 2019. – 360 с.
12. Чавпецов, В.Ф. Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи: структура, результаты и перспективы применения: информационные материалы /

- В.Ф. Чавпецов, С.М. Михайлов, М.А. Карачевцева. – СПб., 2007. – 65 с.
13. Яблонский, П.К. Анализ оказания экстренной хирургической помощи пациентам с «острым животом» в Санкт-Петербурге за 2016 г. с учетом итогов работы Городской клинико-экспертной комиссии / П.К. Яблонский, О.Н. Скрыбин // Ежегодная конф. хирургов Северо-Запада «Актуальные вопросы хирургии: малоинвазивные технологии – будущее хирургии». – СПб., 2017. – С. 6.
14. Яблонский, П.К. Возможности использования элементов управленческого учета при оценке эффективности деятельности хирургической службы крупного города (на примере Санкт-Петербурга) / П.К. Яблонский [и др.] // Вестн. СПбГУ. Сер. 11. – 2016. – Вып. 4. – С. 62–75.
15. Beaupert, F. Regulating healthcare complaints: a literature review / F. Beaupert [et. al.] // International Journal of Health Care Quality Assurance. – 2014. – Vol. 27, № 6. – P. 505–518.

K.N. Movchan, O.N. Scryabin, V.V. Tatarkin, D.A. Chernyshev

### The results of estimating the quality of medical care which is presented by clinical statement of Saint-Petersburg of the «abdominal surgery» profile

**Abstract.** *The results of surgery care of patients who have pathology of abdominal cavity in a multifunctional medical statement of Saint-Petersburg in 2017 are presented. The analysis was created via estimating the work of surgeons by quality of medical care experts. Beside of growing of operations performed by endoscopic technique, the percent of them in all operational structure is only 50% that nowadays could not be accepted. In some big hospitals of Saint-Petersburg there is no opportunity to change the balance of modes (acute/planning) of hospitalization of patients who have abdominal diseases. During some last years the balance is about 3 to 1, otherwise, the necessity of planning hospitalization cannot be ignored. Also, the effective work of medical care control staff can help guarantee the success of its activity in a whole speaking about medical care, and the organization and surgery- in particular. These services of medical care control in a medical statement allow us to considering that during the medical care of patients who have the diseases in «abdominal surgery» profile some mistakes can be occurred rarely. Some errors in surgical activity in case of these patients, are not technical, they just can be placed in errors of medical documentation that has no influence on medical care and on the exodus of a disease. By the way, these errors can cause a distortion the statistical data, misunderstanding between patients and could become a reason of quarrels of both sides. According to positive data of medical statement staff working organization of «abdominal surgery» profile, the expediency of systematical hike to estimating the results of activity of surgeons with making a decision timely is necessary.*

**Key words:** *quality of medical care, diseases of abdominal cavity, abdominal surgery, acute statement of abdomen, the safety of medical activity.*

Контактный телефон: +7-911-980-87-16; e-mail: vlad1k2@yandex.ru