

О.Н. Скрябин^{1,2}, К.Н. Мовчан^{1,3}, В.В. Татаркин^{1,3},
О.А. Клиценко³, Ю.М. Морозов¹,
Т.В. Яковенко^{1,3}, Б.С. Артюшин¹

Роль тематической экспертизы качества медицинской помощи в улучшении результатов её оказания при остром панкреатите

¹Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург

²Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

³Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме. Экспертно изучены параметры оценки качества медицинской помощи, оказанной в 2014 г. 416 больным острым панкреатитом в 9 стационарах Санкт-Петербурга. Все лечебно-профилактические учреждения были лицензированы в формате предоставления услуг по обследованию и лечению пациентов, страдающих острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. По итогам анализа данных прослежена корреляционная связь последствий дефектов лечебно-диагностического процесса в медицинских организациях при недостаточности регламентации и активности в клиничко-экспертной работе по профилю «абдоминальная хирургия». Установлены факты гипердиагностики случаев острого панкреатита в вариантах легкой степени тяжести течения заболевания. Констатируется сохранение низких показателей оперативной активности при лечении больных острым панкреатитом без тенденции к использованию (при показанности) современных (прежде всего – эндовидеохирургических) технологий. Отмечено, что при положительном (в общем) тренде развития неотложной панкреатологии, в случаях оценки частных результатов деятельности специалистов конкретных хирургических коллективов, участвующих в оказании медицинской помощи больным острым панкреатитом, соблюдение системных клиничко-экспертных подходов с своевременным принятием управленческих решений, должно быть приоритетным в управлении качеством лечебно-диагностических мероприятий. Обосновано, что расчет объемов оказания медицинской помощи жителям мегаполиса при остром панкреатите должен осуществляться с учетом данных о качестве обследования и лечения больных этим заболеванием на основании тематической экспертизы оценки соответствия лечебно-диагностического процесса уровню современных представлений о теории развития и течения данного заболевания.

Ключевые слова: абдоминальная хирургия, острый живот, неотложная панкреатология, острый панкреатит, качество медицинской помощи, безопасность медицинской деятельности, управление качеством лечебно-диагностического процесса.

Введение. Среди основных медико-статистических форм «острого живота» (ОЖ), регистрируемых в Санкт-Петербурге (СПб) в течение последних десятилетий, случаи острого панкреатита (ОП) привлекают особое внимание прежде всего в плане частоты выявления данного заболевания [1–3]. В разные годы показатели констатации наблюдений развития этой нозологической формы у жителей города среди случаев острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (ОХЗБОП) занимают нестабильные позиции – от пребывания на лидирующих позициях до аутсайдерских уровней [12]. В 2000–2010 гг. показатели заболеваемости населения СПб ОП и летальности при данной патологии соответствовал максимальным значениям [4, 8, 9]. Поэтому целенаправленное осуществление работы по экспертизе качества медицинской помощи (ЭКМП) в специализированных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) СПб, оказываемой его жителям в случаях ОП, представляет особый интерес [5, 7, 11, 12].

Цель исследования. Оценить основные характеристики качества медицинской помощи (КМП), оказываемой больным ОП в стационарах СПб в ракурсе поиска мер улучшения её результатов.

Материалы и методы. В 2014 г. (с 01.01.2014 по 30.09.2014 г.) было организовано изучение КМП больным ОП в стационарах СПб. Основная задача исследования заключалась в анализе типовых дефектов оказания медицинской помощи (МП) больным, страдающим ОП, и их негативных последствий. Оценочная работа проводилась с использованием автоматизированной технологии экспертизы (АТЭ) КМП по В.Ф. Чавпецову и др. [10]. Рассмотрены данные об оказании МП в 9 медицинских организациях (МО) СПб: Елизаветинская больница (ГБ 3); Больница Св. Георгия (ГБ 4); Городская больница № 15 (ГБ 15); Мариинская больница (ГБ 16); Александровская больница (ГБ 17); Городская больница № 20 (ГБ 20); Городская больница № 26 (ГБ 26); Городская больница № 38 им. Семашко (ГБ 38) и научно-исследовательский институт им. Джанелидзе

(ИСП). Основным критерий отбора генеральной совокупности (2766 случаев) – экстренность госпитализации пациентов при диагнозе «Острый панкреатит» (шифр по Международной классификации болезней 10-го пересмотра – K85).

Количественный состав выборок для исследования КМП определялся на основе биномиального закона при заданной вероятности выявления случаев ненадлежащего КМП $p=0,95$, исходя из предположения, что доля таких случаев в генеральной совокупности составляет не менее 15%. Формирование экспертной выборки (416 случаев) осуществлялось методом случайного отбора. Распределение случаев исследуемой выборки и генеральной совокупности представлено в таблице 1.

Таблица 1

Структура выборок и генеральной совокупности

Медицинская организация	Число наблюдений (генеральная совокупность/экспертная выборка) ОП по степени тяжести		
	легкая	средняя	тяжелая
ГБ 3	81/18	61/18	36/15
ГБ 4	199/18	30/18	9/10
ГБ 15	171/18	81/17	30/10
ГБ 16	153/18	52/18	33/14
ГБ 17	440/22	182/22	115/14
ГБ 20	248/23	4/0	4/2
ГБ 26	202/18	60/18	37/12
ГБ 38	152/18	47/14	15/7
ИСП	182/18	92/18	50/18

Непосредственный анализ медицинских карт больных осуществляли эксперты-хирурги под руководством главного хирурга Комитета по здравоохранению города. Приняв за критерии основу положения сложившейся клинической практики при ОП [4, 8, 9, 12], а также протоколы диагностики и лечения ОХЗОБП в СПб (2007) [6], члены экспертной группы согласовали единые подходы к оценке КМП. Методическое обеспечение работ по ЭКМП контролировалось сотрудниками Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова [11]. Координацию работы

экспертной группы по ЭКМП, методическое сопровождение комиссионных (в том числе повторных) экспертных разборов случаев МП, статистическую обработку данных с окончательной подготовкой отчетов выполняли специалисты Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) СПб. Финансовая поддержка работы осуществлялись при участии 9 страховых СМО системы СПбОМС в соответствии со страховой принадлежностью пациентов.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в 73% случаев у больных ОП, госпитализированных в СПб МО, отмечаются погрешности в оказании МП (рис. 1).

Наблюдения с негативными последствиями дефектов обследования и лечения пациентов, страдающих ОП, (случаи III–VI классов ненадлежащего (Н/Н) КМП) составили 11%, среди них в 1% отмечены социально-значимые (V и VI классов Н/Н КМП) погрешности в лечебно-диагностическом процессе (ЛДП). Неоптимальное использование ресурсов МО констатировано в 53% наблюдениях (II–VI классы Н/Н). В каждом 5-м наблюдении Н/Н КМП (20%) отмечались затруднения в экспертной оценке процесса её представления (случаи I класса). На один случай оказания МП, в среднем, регистрировались 2,06 дефекта, что обуславливало негативное влияние преимущественно на оптимальность использования ресурсов здравоохранения (1,01 негативных следствий на 1 случай). Параметр риска для состояния больных составил 0,15, а совокупно его значение в плане социально-значимого ухудшения состояния больных ОП при обследовании и лечении – 0,01 последствий дефектов на 1 случай.

Выявлено, что КМП определяется рядом частностей: а) уровнем специализации МО; б) степенью тяжести патологического процесса; в) соответствием уровня организации панкреатологической помощи в ЛПУ и возможностям её проведения с учетом выраженности заболевания. Установлено, что надлежащий уровень КМП чаще достигался в МО работающих преимущественно в режиме оказания скорой помощи (рис. 2, табл. 2).

У больных ОП легкой степени тяжести (ОПлст), в сравнении с больными ОП средней (ОПсст) и тяжелой степеней тяжести (ОПтст), удельный вес случаев надлежащего КМП (НКМП) в 1,6 и 0,9 раза выше (32% против 19 и 29% соответственно), удельный вес случаев с негативным влиянием дефектов на состояние

Таблица 2

Распределение компонентов ненадлежащего КМП при ОП с учетом рисков их встречаемости в СПб МО в 2014 г., коэффициент расчета

Компоненты КМП при рисках	ГБ26	ИСП	ГБ38	ГБ15	ГБ17	ГБ4	ГБ16	ГБ3	ГБ20
Возникновение дефектов	1,54	1,50	1,38	2,13	2,74	2,13	2,18	1,55	4,36
Ухудшение состояния пациентов	0,02	0,09	0,26	0,20	0,17	0,17	0,20	0,20	0,04
Социальнозначимое ухудшение состояния пациентов	0	0	0	0	0	0,02	0,02	0,04	0
Неоптимальное использование ресурсов	0,58	0,59	0,69	1,02	1,14	1,30	1,16	0,96	2,16

пациентов в 3,7 и 8,7 раз ниже (3% против 11 и 26% соответственно) и удельный вес случаев с социально-значимыми последствиями дефекты оказания МП зарегистрирован только у больных ОПтст (3%), таблица 3, рисунок 3.

Среди больных ОПлст риски дефектов МП констатированы в 1,35 и 1,25 раз ниже параметров, отмеченных у больных ОПсст и ОПтст (1,75 против 2,36 и 2,19 соответственно). При этом ухудшение состояния пациентов происходило в 3,75 и 8,75 раз реже, чем в случаях ОПсст и ОПтст (0,04 против 0,15 и 0,35 соответственно). Социальнозначимые последствия отмечены только у больных ОПтст при показателях 0,04, а неоптимальное использование ресурсов здравоохранения у больных ОПлст более чем в 1,23 и 1,09 раз ниже, чем у больных ОПсст и ОПтст (0,92 против 1,13 и 1,0 соответственно). Недочеты МП больным ОП при проведении экспертизы её качества отмечались – 73% случаев.

Среди выявленных погрешностей оказания МП преобладали дефекты сбора информации о пациенте (38–50%) и ошибочные формулировки диагноза (29–37%). Недочеты, допускаемые в ходе лечения пациентов, составляли 10–20%, а недостатки преемственности оказания МП составляли около 5% (рис. 4).

Основные дефекты оказания МП больным ОПлст в 21–62% случаев заключались в погрешности сбора информации. Чаще всего встречались дефекты осуществления стандартных скрининговых методов обследования (игнорировалась необходимость исследования крови посредством RW – 15%; отказ от выполнения рентгенографии (Rg) груди – 12%), что, обуславливая неоптимальное использование ресурсов МО, затруднило оценку сведений о сопутствующей патологии. В 6% случаев констатировано неполноценное и/или несвоевременное осуществление технологий лучевой диагностики патологии ОБП контрольная Rg, компьютерная (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ), ультразвуковое исследование (УЗИ), а в 4% случаях – отказ от (или несвоевременное проведение) фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), выполнение которой обуславливалась необходимостью своевременной диагностики осложнений патологии (эрозии/острые язвы верхних отделов пищеварительного тракта (ПТ) и др.), рисунок 5, таблица 4.

Дефекты диагностического процесса, обусловившие неоптимальное использование ресурсов МО, затрудняли формулирование диагноза основной и сопутствующей патологии, а в отдельных наблюде-

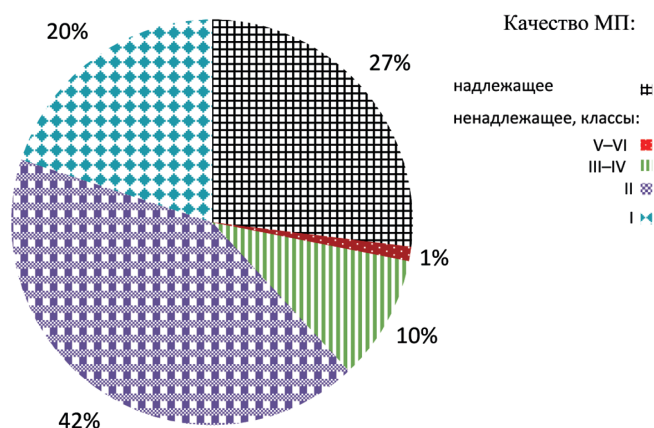


Рис. 1. Результаты оценки КМП при её оказании больным ОП в СПб МО

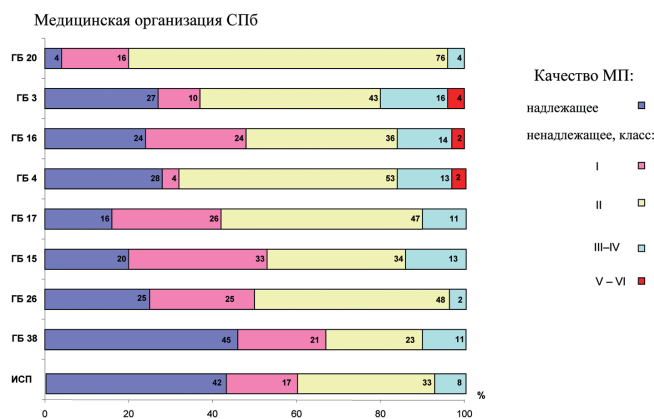


Рис. 2. Соотношение градаций КМП больным ОП в СПб МО в 2014 г.

ниях – обусловили ошибки в диагностике. Неточности в формулировке диагноза ОПлст выявлены в 38% случаев, из них в 22% несоответствие выставленной степени тяжести диагноза основного заболевания градациям легитимной классификации ОП, а в 16% случаев – явная гипердиагностика заболевания.

Погрешности лечения больных ОПлст отмечены в 28% наблюдений, из них в 23% случаев выявлялась избыточность фармакотерапии при непоказанности назначения антибактериальных препаратов, в 5% случаев – необоснованное назначение (или поздняя отмена) октреотида. Подобные дефекты предоставления МП, несомненно, приводили к перерасходу ресурсов МО.

Таблица 3

Распределение весовых коэффициентов компонентов Н/Н КМП при разном течении ОП

Компоненты Н/Н КМП с учетом рисков	Степень тяжести течения ОП		
	легкая	средняя	тяжелая
Возникновения дефектов	1,75	2,36	2,19
Ухудшения состояния пациентов	0,04	0,15	0,35
Социально-значимое ухудшения состояния	0,00	0,00	0,04
Неоптимальное использование ресурсов	0,92	1,13	1,00

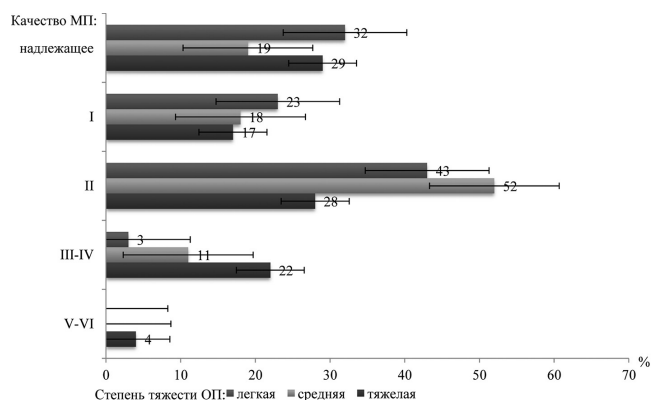


Рис. 3. Распределение наблюдений ЭКМП при ОП с учетом его тяжести

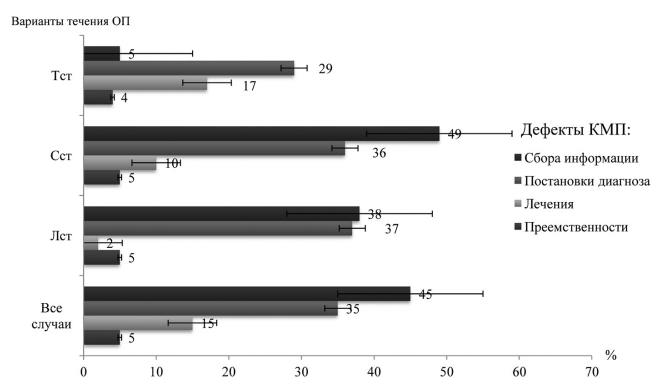


Рис. 4. Распределение дефектов предоставления МП больным ОП в СПб МО с учетом тяжести течения заболевания

Несоблюдение преемственности ЛДП в оказании МП пациентам ОПлст отмечено в 8% случаев. В 6% случаев это выражалось неконкретным отражением в документах пациентов результатов исследований, проведенных в МО. Дефектов МП с социально значимыми последствиями (смерть/инвалидизация) среди больных ОПлст не отмечено. Гипердиагностика заболевания констатируется в 16% случаев, что об-

условливало неоптимальное использование средств ОМС за счет явно некорректного расчета тарифа на оплату случая.

Основные дефекты оказания МП при ОПсст в 57% случаев были неточности сбора информации. Так, в 26% случаев наблюдался отказ от осуществления общескрининговых лабораторных тестов (исследование крови посредством RW и/или на маркеры гепатитов В и С); в 19% наблюдений – отказ от проведения (нарушение порядка выполнения) КТ ОБП, показанной для оценки характера, изменения структуры поджелудочной железы; в 7% случаев – отказ от проведения (несвоевременное выполнение) ФГДС для своевременной диагностики (исключения) осложнений при патологии верхних отделов ПТ (эрозии, язвы пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки); в 7% наблюдений – неверная интерпретация данных инструментальных методов обследования, чаще всего – ФГДС и УЗИ ОБП; в 6% случаев – игнорирование возможностей интегративной оценки тяжести состояния пациентов по мультифакторным шкалам.

Ошибки диагностики и тарификации при ОПсст констатированы в 51% случаев. Чаще всего отмечено несоответствие выставляемого диагноза ОПсст тарифу – 32% наблюдений. В частности, в 22% случаев вместо диагноза ОПсст болезненное состояние расценено как ОПлст; в 6% наблюдений вместо диагноза ОП счета выставлялись по поводу других заболеваний; в 3% при диагнозе ОПтст наблюдения тарифицированы как ОПсст; в 1% при градации факта заболевания как ОПсст, оно явно протекало в варианте ОПтст.

Данные дефекты диагностики обуславливали неоптимальное использование средств ОМС с избыточным их назначением. В 15% формулировки установленного диагноза ОП по тяжести явно не соответствовали номенклатуре современной классификации.

Погрешности в лечении больных ОПсст отмечены в 21% случаев, что наиболее часто заключалось в проведении операции (лапароскопии/лапаротомии с дренированием брюшной полости) без достаточных оснований или без должного динамического наблюдения в период предоперационной подготовки, что

Таблица 4

Частота встречаемости дефектов МП при ОП лст, %

Дефект	ГБ 3	ГБ 4	ГБ 15	ГБ 16	ГБ 17	ГБ 20	ГБ 26	ГБ 38	ИСП
Отказ от RW-тестирования	22	28	6	0	27	35	0	11	0
Неисполнение Rg легких	11	0	11	11	0	57	0	0	11
Игнорирование методов лучевой диагностики ОБП	11	0	0	22	0	39	0	0	0
Не проведение ФГДС	2	0	0	11	0	4	0	0	11
Ошибочная формулировка диагноза	0	28	6	33	23	65	33	0	0
Гипердиагностика ОП	22	6	33	6	14	17	0	39	17
избыточность лекарственного сопровождения:*	33	39	28	11	45	30	28	6	0
– антибактериал. препаратов	33	33	23	5	45	17	22	0	0
– октреотидом	0	6	6	6	0	15	6	6	0
Интерпретации исследований	11	0	6	6	5	0	28	6	0

Примечание: * – сочетанное в нескольких наблюдениях.

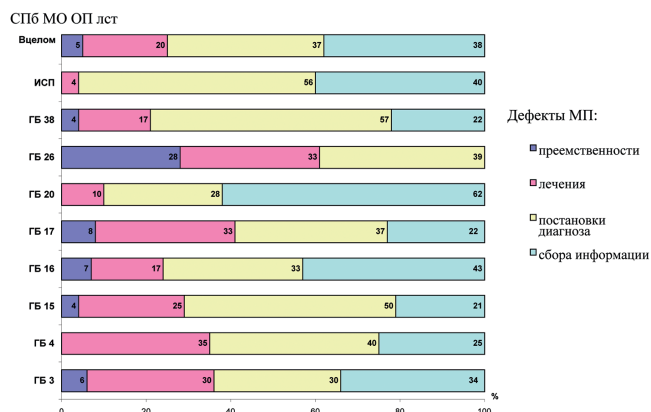


Рис. 5. Соотношение дефектов оказания МП при ОПЛст СПб МО

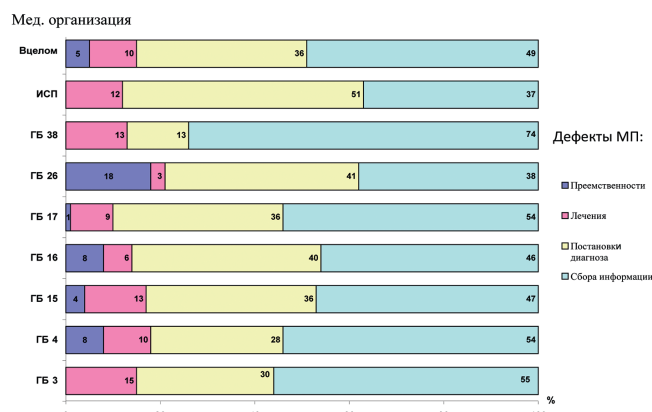


Рис. 6. Соотношение дефектов оказания МП при ОПст в СПб

увеличивало степень риска формирования послеоперационных осложнений, в том числе инфицированного панкреонекроза, и в 6% случаев способствовало сохранению явлений полиорганной недостаточности; в 10% случаев – избыточности фармакотерапии, в том числе в 6 % случаев – необоснованном назначении (или поздней отмене) антибиотиков и/или в 5% случаев октреотида. Это происходило в случаях необоснованно завышенной степени тяжести ОП.

В 11% случаев при ОПст выявлялись дефекты премисственности. Дефектов оказания МП с социально-значимыми последствиями (смерть/инвалидизация) в группе больных ОПст не было.

Выявленные погрешности в КМП с влиянием на состояние пациентов при ОПст отмечены в 11% случаев. В 6% случаев они связывались с выполнением хирургических вмешательств на органах брюшной полости (ОБП) по относительным показаниям или с их преждевременным осуществлением. Необоснованно раннее выполнение операций по поводу ОП только повышало риск послеоперационных (в том

числе инфекционно-гнойных) осложнений, а в ряде случаев не способствовало снижению явлений полиорганной недостаточности. Другие погрешности ЛДП с негативным влиянием на состояние пациентов нельзя трактовать как системные. Их можно связать с паллиативным характером хирургического лечения (1%), или воздержанием от использования технологии анестезиологического реанимационного сопровождения (1%) при неадекватности фармакотерапии (2%). Перерасход средств ОМС из-за завышения установленного тарифа на оплату случая ОПст констатирован в 28% наблюдений, при этом в 6% случаев только за счет гипердиагностики и в 22% случаев – при завышении степени его тяжести.

В СПб МО дефекты оказания МП при ОПст констатировались в неоднозначном качестве и количестве. Структура дефектов предоставления МП больным ОПст в различных МО СПб сходна и достоверно не различается (рис. 6, табл. 5).

Основные дефекты оказания МП больным ОПст выявлены в 44% случаев (рис.7 и табл.6). Среди них:

Таблица 5

Частота встречаемости дефектов оказания МП при ОПст., %

Дефект оказания МП	ГБ3	ГБ4	ГБ15	ГБ16	ГБ17	ГБ26	ГБ38	ИСП
Без RW- и гепатит-тестирования	22	56	6	17	27	44	36	0
Без КТ обследования ОБП	22	11	35	22	9	22	14	17
Невыполнение ФГДС	6	0	6	22	9	0	0	11
Неполная интерпретация данных инструментальных исследований	0	0	6	0	41	0	0	0
Без оценки состояния по шкалам	11	17	12	6	0	0	0	0
Завышение степени тяжести ОП	11	6	24	17	36	28	7	44
Гипердиагностика ОП	0	0	12	11	9	0	0	11
Неверная формулировка диагноза	6	28	0	44	18	22	0	0
Необоснованное хир. лечение	17	17	12	6	0	0	0	0
Избыточность лекарственного сопровождения*:	6	11	6	12	14	6	14	17
– антибактериальным препаратом	6	0	6	6	9	6	0	17
– октреотидом	0	11	0	6	5	0	14	0
Недостаточное использование средств интенсивной терапии	0	0	0	11	0	0	0	0
Медицинских документов	0	6	0	6	0	28	0	0

Таблица 6

Частота встречаемости дефектов МП при ОПтст, %

Дефект	ГБ 3	ГБ 4	ГБ 15	ГБ 16	ГБ 17	ГБ 20	ГБ 26	ГБ 38	ИСП
Без RW- и гепатит- тестирования	13	20	0	7	21	–	0	0	0
Недостатки КТ ОБП	7	40	20	29	21	–	8	29	11
Не выполнение ФГДС	7	10	10	0	14	–	0	0	11
Недостаточное интерпретация данных инструментальных исследований	0	0	0	0	36	–	0	0	0
Без оценки по шкалам	13	20	10	14	21	–	8	14	6
Без оценки уровня КЩС и газов крови	7	20	10	14	0	–	8	0	0
Недост. оценка маркеров воспаления	0	0	10	1	7	–	8	14	0
Завышение степени тяжести ОП	7	20	10	7	29	–	33	0	6
Гипердиагностика ОП	0	0	30	0	14	–	0	0	11
Неверная формулировка диагноза	0	30	0	36	21	–	25	0	0
Необоснованное хирург. лечение	20	30	10	7	14	–	0	29	0
Недостат. хирург. лечение	7	30	10	7	0	–	0	14	6
Избыточность фарм. сопровождения*:	0	0	0	0	7	–	17	0	0
– антибактериальных препаратов	0	0	0	0	0	–	17	0	0
– октреотида	0	0	0	0	7	–	0	0	0
Недостаточное использование средств интенсивной терапии	7	0	0	14	7	–	8	0	0

в 25% случаев – отказ от проведения (позднее/недостаточно частое исполнение, либо проведение с нарушением методики) КТ ОБП с целью компетентной оценки степени поражения поджелудочной железы; в 14% случаев – лечение больных без оценки тяжести их состояния по многопараметрическим шкалам; в 9% случаев – отказ от выполнения стандартных скрининговых методов лабораторной диагностики (исследование крови без RW и/или маркеров гепатитов В и С); в 8% случаев – непроведение (позднее исполнение) ФГДС с целью своевременной диагностики патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ); в 7% случаев – недостаточный контроль за содержанием газов в крови и её кислотно-щелочного состояния (КЩС); в 6% случаев – отказ от определения маркеров системной воспалительной реакции, в частности СРБ

(5%) и прокальцитонина (1%); в 6% случаев – неинформативная интерпретация в медицинских документах данных инструментальных методов обследования.

При формулировке и постановке диагноза ОПтст дефекты МП отмечены в 39% случаев. Чаще всего (в 22% случаев) выявлялось несоответствие сформулированного диагноза вердикту, выставленному по тарифу ОПтст: в 10% случаев вместо ОПтст формулировался диагноз ОПсст, в 3% случаев – ОПлст. В 8% случаев вместо диагноза ОП выставлены диагнозы других заболеваний. В 15% случаев выявлено несоответствие формулировки установленного диагноза ОПтст современной классификации ОП с учетом тяжести процесса. Ошибки постановки диагноза обуславливали неоптимальное использование средств ОМС, а в отдельных случаях, – необоснованные назначения.

Дефекты лечения больных ОПтст отмечены в 24% наблюдений. Наиболее часто (в 18% случаев) ошибочным оказывалось применение хирургических технологий лечения пациентов: в 13% случаев лапароскопия/лапаротомия с дренированием БП выполнялись без должной обоснованности или преждевременно (в 9% способствовало возникновению инфекционных осложнений хирургического вмешательства в том числе в 3% случаев – сепсиса, в 4% случаев – создавало риск таких осложнений); в 9% наблюдений не выполнялись (или проводились недостаточные по объему) хирургические вмешательства по санации выявляемых инфекционно-гнойных процессов (7%) или лечению больных желчнокаменной болезнью (2%).

Претензии к содержанию лекарственной терапии ОПтст отмечены в 5% случаев. Они обуславливались необоснованным назначением антибиотиков (2%) и поздней отменой октреотида (3%). Как правило, это происходило при завышении степени тяжести ОП.

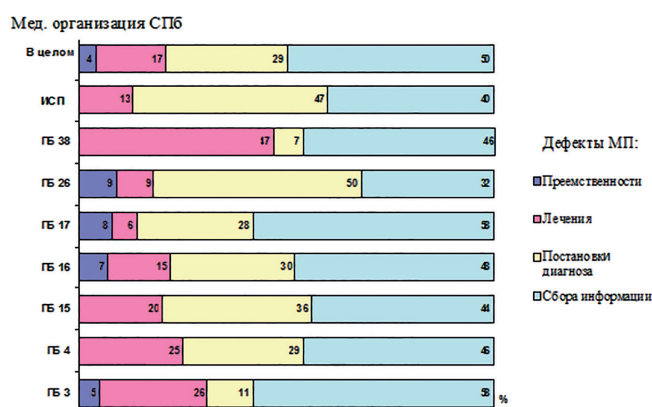


Рис. 7. Соотношение дефектов МП при ОПтст с учетом МО

При оказании МП больным ОПтст в 10% наблюдений отмечены дефекты преемственности. В 6% случаев они были связаны с недостаточным (поздним) привлечением службы анестезиологов–реаниматологов или необоснованно ранним переводом пациентов из отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в общехирургические подразделения.

Дефекты с социальнозначимыми последствиями (инвалидизация/летальный исход) среди больных ОПтст выявлены в 4% случаев. В 2 наблюдениях это было связано с необоснованным проведением лапаротомии с дренированием сальниковой сумки, что способствовало инфицированию процесса с дальнейшей индукцией сепсиса. В 1 случае не выполнена в достаточном объеме некрсеквестрэктомия у пациента, страдающего гнойно-некротическим панкреатитом. Еще в 1 наблюдении больному ОПтст (при выраженной интоксикации) оказание МП вне оперативного ракурса осуществлялось специалистами не ОРИТ с минимальными возможностями реализации программы интенсивной терапии.

Дефекты оказания МП больным ОПтст с негативным влиянием на состояние пациентов без социальнозначимых последствий отмечены в 22% случаев. К таким погрешностям ЛДП отнесены: в 8% случаев – выполнение хирургических вмешательств на ОБП без должных оснований, с повышением риска развития послеоперационных (в том числе инфекционно-гнойных) осложнений; в 6% случаев – минимальное по объему хирургическое лечение имевшейся патологии; в 5% случаев – отказ от должного анестезиолого–реанимационного сопровождения; в 2% случаев – недостаточность содержания консервативного лечения (малый объем инфузионной терапии, позднее назначение антибактериальной терапии); в 2% случаев – преждевременное завершение госпитализации.

Перерасход средств ОМС из-за безосновательно завышенного тарифа на оплату случая отмечен в 21% случаев (гипердиагностика ОП в 8% случаев, завышение его степени тяжести в 13% случаев).

Результаты тематической экспертизы КМП при ОП в течение 2015 г. доведены до сведения руководителей и специалистов СПб МО. В ЛПУ проведены мероприятия по рационализации предоставления МП при ОП, а именно: разработаны меры по устранению типичных дефектов с учетом частоты их встречаемости в конкретном стационаре; созданы и внедрены протоколы оказания МП при ОП; усовершенствована система контроля эффективности принимаемых мер путем целенаправленной непрерывной оценки состояния КМП при ОП в динамике. На основании тематической экспертизы КМП при ОП специалистами Комитета по здравоохранению СПб, СПбФОМС, СМО подготовлены согласительные методические документы по оптимизации оказания МП больным ОП. Время (2016–2019 гг.) показало их уместность и востребованность.

Заключение. Пациенты, страдающие ОП, – немалочисленная группа. Обследование и лечение больных ОП, как правило, проводится по стандартному порядку реализации лечебно-диагностических мероприятий. Необходимость в эксклюзивных подходах к реализации алгоритмов предоставления МП больным ОП, несомненно, есть. Также сохраняются и затруднения при выборе её тактики. В лечении пациентов, страдающих ОП, должен соблюдаться дифференцированный подход. Успешность в оказании МП больным ОП во многом определяется грамотными действиями хирургов, непосредственно участвующих в процессе её предоставления. Несомненно, применение мультидисциплинарного подхода позволяет существенно улучшить качество оказания МП больным как при осложнениях ОП при непосредственно первичной диагностике, так и при осложнениях в послеоперационном периоде. В этих случаях вероятность оказания ненадлежащей МП с нареканиями пациентов и их представителей к медицинским работникам (в частности) и медицинским организациям (в целом) сводится к минимуму.

Литература

1. Борисов, А.Е. Проблемы острого живота (ошибки, осложнения, летальность) / А.Е. Борисов [и др.] – СПб.: Полиграфическое искусство, 2003. – 174 с.
2. Борисов, А.Е. Проблемы острого живота: (ошибки, осложнения, летальность) / А.Е. Борисов [и др.]. – Изд. 2-е, доп. – СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2004. – 174 с.
3. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2017 год / под ред. В.Е. Парфенова. – СПб.: Стикс, 2018. – 24 с.
4. Костюченко, А.Л. Неотложная панкреатология: справочник для врачей / А.Л. Костюченко, В.И. Филин. – Изд. 2-е, доп. – СПб.: Деан, 2000. – 480 с.
5. Мовчан, К.Н. Результаты эффективности обследования и лечения пациентов с патологией хирургического профиля по данным экспертизы качества медицинской помощи / К.Н. Мовчан, В.В. Ерошкин, А.Д. Тарасов // Вестн. Росс. Воен.-мед. акад. – 2016. – № 4 (56). – С. 164 – 169.
6. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости // Ассоц. хирургов Санкт-Петербурга, СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. – СПб., 2007. – 58 с.
7. Тимофеев, И.В. Доступность и качество медицинской помощи: конституционно-правовое измерение / И.В. Тимофеев. – СПб., 2019. – 360 с.
8. Толстой, А.Д. Парапанкреатит. Этиология, патология, диагностика, лечения / А.Д. Толстой, В.П. Панов, В.Б. Красногоров. – СПб., 2003. – 256 с.
9. Филимонов, М.И. Острый панкреатит: пособие для врачей / М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд, С.З. Бурневич; под ред. В.С. Савельева. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2000. – 60 с.
10. Чавпецов, В.Ф. Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи: структура, результаты и перспективы применения: информ. материалы / В.Ф. Чавпецов, С.М. Михайлов, М.А. Карачевцева. – СПб., 2007. – 65 с.
11. Яблонский, П. К. Возможности использования элементов управленческого учета при оценке эффективности деятельности хирургической службы крупного города (на

примере СПб) / П.К. Яблонский, Я.С. Кабушка, Г.М. Орлов // Вестн. СПбГУ. Серия 11. Медицина. – 2016. – Вып. 4. – С. 62 – 75.
12. Яблонский, П.К. Анализ оказания экстренной хирургической помощи пациентам с «острым животом» в СПб за 2016 г.

с учетом итогов работы Городской клинико-экспертной комиссии / П.К. Яблонский, О.Н. Скрябин // Ежегодн. конф. хирургов Северо-Запада «Актуальн. Вopr. хирургии: малоинвазивные технологии – будущее хирургии». – СПб., 2017. – С. 6.

O.N. Scryabin, K.N. Movchan, V.V. Tatarkin, O.A. Klitsenko, Yu.M. Morozov, T.V. Yakovenko, B.S. Artushin

The role of thematic expertise of medical care quality in improvement of results of its performance in cases of acute pancreatitis

Abstract. *The parameters of assessing the quality of medical care provided in 2014 to 416 patients with acute pancreatitis in 9 hospitals in St. Petersburg were expertly studied. All medical institutions were licensed in the format of providing services for the examination and treatment of patients suffering from acute surgical diseases of the abdominal organs. According to the results of the data analysis, a correlation was observed between the consequences of defects in the medical diagnostic process in medical organizations with insufficient regulation and activity in clinical expert work on the profile of “abdominal surgery”. The facts of overdiagnosis of cases of acute pancreatitis in mild variants of the severity of the disease have been established. Preservation of low operational activity indicators in the treatment of patients with acute pancreatitis without a tendency to use (when indicated) modern (primarily, endovideo surgical) technologies has been observed. It was noted that with a positive (in general) trend in the development of emergency pancreatology, in cases of assessing the particular results of the activities of specialists of specific surgical teams involved in providing medical care to patients with acute pancreatitis, compliance with systemic clinical and expert approaches with timely management decisions should be a priority in quality management of diagnostic and treatment measures. It is substantiated that the calculation of the volume of medical care for residents of a metropolis with acute pancreatitis should be based on the quality of the examination and treatment of patients with this disease on the basis of a thematic examination of assessing the conformity of the diagnostic process to the level of modern ideas about the theory of development and course of this disease.*

Key words: *abdominal surgery, acute pathological process of abdomen, emergency pancreatology, acute pancreatitis, quality of medical care, safety of medical activity, management of medical care quality.*

Контактный телефон: 8-911-980-87-16; e-mail: vlad1k2@yandex.ru