

О.Н. Скрыбин<sup>1</sup>, К.Н. Мовчан<sup>1,2</sup>, Д.А. Творогов<sup>1,2</sup>,  
В.В. Татаркин<sup>1,2</sup>, Ю.М. Морозов<sup>1</sup>, П.С. Алексеев<sup>1</sup>,  
К.И. Русакевич<sup>1,2</sup>, Е.В. Железный<sup>1</sup>

## Значение тематической экспертизы качества медицинской помощи у больных острыми желудочно-кишечными кровотечениями

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

<sup>2</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

**Резюме.** Оценено качество медицинской помощи, оказанной в 2015 г. 1158 больным острыми желудочно-кишечными кровотечениями в 11 лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга, лицензированных на право предоставления стационарного обследования и лечения пациентов, страдающих острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Проанализированы данные о коррелятивной связи негативных последствий для осуществления качественного лечебно-диагностического процесса в случаях недостаточной активности в ракурсе проведения клиничко-экспертной работы по профилю «неотложная абдоминальная хирургия». Показано, что оказание медицинской помощи больным острыми желудочно-кишечными кровотечениями почти в каждом втором случае сопровождается дефектами в лечебно-диагностическом процессе. В структуре погрешностей преобладают наблюдения ненадлежащего обследования и лечения пациентов (48 и 36% соответственно). Дефекты постановки диагноза и обеспечения преемственности составляют 13 и 3% соответственно. К значимым недостаткам непосредственного лечения больных острыми желудочно-кишечными кровотечениями относятся осуществление гемостаза устаревшими технологиями внутрисосудистой эндоскопии (16% случаев) и применение схем низкоэффективной противоязвенной медикаментозной терапии (16% наблюдений). Отмечено, что в случаях оказания медицинской помощи больным острыми желудочно-кишечными кровотечениями должен соблюдаться дифференцированный принцип. Обосновано, что надлежащее качество оказания медицинской помощи больным острыми желудочно-кишечными кровотечениями может быть достигнуто путем последовательного, программированного ее предоставления при скоординированной деятельности не только хирургов, непосредственно участвующих в лечебно-диагностическом процессе, но и при их целенаправленном взаимодействии со специалистами других профилей медицинской деятельности.

**Ключевые слова:** абдоминальная хирургия, острый живот, острые хирургические заболевания органов брюшной полости, острые желудочно-кишечные кровотечения, качество медицинской помощи, экспертиза качества лечебно-диагностического процесса.

**Введение.** Среди основных нозологий группы «острый живот» (ОЖ), регистрируемых в Санкт-Петербурге (СПб) в течение последних десятилетий, случаи острых желудочно-кишечных кровотечений (ОЖКК) привлекают особое внимание ввиду сохраняющихся высоких показателей оперативной активности и летальности [1, 2, 3, 10]. В частности, в 2000–2014 гг. выполнение хирургических вмешательств при ОЖКК в стационарах города осуществлялось в 20–60% наблюдений, а случаи смерти после операции констатировались в 8–20% от численности всего контингента пациентов, оперированных по этому поводу [5, 10]. Одной из причин высоких показателей частоты случаев летальных исходов при ОЖКК считается отсутствие единства в подходах к реализации мероприятий, предусмотренных регламентированной тактикой лечения больных ОЖКК в медицинских организациях (МО) с разными возможностями предоставления медицинской помощи – МП [11]. В этой связи целенаправленное изучение данных экспертной оценки качества медицинской помощи (КМП), осуществляе-

мой в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) в случаях ОЖКК жителям такого крупного административного центра России, как Санкт-Петербург, составляет особый научно-практический интерес в плане поиска возможностей достижения должного медицинского обеспечения населения города [5, 7].

**Цель исследования.** Проанализировать индикаторные параметры качества оказания МП больным ОЖКК в стационарах Санкт-Петербурга в ракурсе поиска путей повышения частоты позитивных результатов её предоставления.

**Материалы и методы.** С 01.01.2015 по 31.12.2015 г. во исполнение решения Координационного совета по управлению качеством медицинской помощи при Правительстве СПб от 28.10.2015 г. целенаправленно проанализированы типовые дефекты предоставления в стационарах города МП пациентам, страдающим ОЖКК, с выявлением основных причин погрешностей в лечебно-диагностическом процессе (ЛДП). В ходе

работы по оценке КМП применялась автоматизированная технология экспертизы КМП (АТЭ КМП) по В.Ф. Чавпецову и др. [9]. Оценка КМП осуществлялась в соответствии с Методическими рекомендациями о порядке проведения экспертизы КМП в медицинских учреждениях Санкт-Петербурга, утвержденными Распоряжением Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга (№ 197-р от 03.05.2011 г.) [4]. Исследованы данные об оказании МП в 11 МО СПб, в том числе в городских больницах (ГБ): Покровской – ГБ-1, Елизаветинской – ГБ-3, Святого Георгия – ГБ-4, № 15 – ГБ-15, Мариинской – ГБ-16, Александровской – ГБ-17, № 33 – ГБ-33, № 26 – ГБ-26, № 38 им. Н.А. Семашко – ГБ-38; а также в Госпитале для ветеранов войн – ГВВ и Научно-исследовательском институте скорой помощи им. И.И. Джанелидзе – ИСП. Основным критерий отбора генеральной совокупности (1158 случаев) – экстренность госпитализации пациентов при постановке диагнозов: язва желудка хроническая или неуточненная с кровотечением; язва двенадцатиперстной кишки хроническая или неуточненная с кровотечением; гастродуоденальная язва хроническая или неуточненная с кровотечением (шифры по международной классификации болезней 10-го пересмотра – K25.4, K26.4, K28).

Объемы выборок материалов для оценки КМП количественно определялись на основе биномиального закона при заданной вероятности выявления случаев ненадлежащего КМП  $p=0,95$  с учетом версии, что доля случаев такого уровня предоставления МП в генеральной совокупности составляет не менее 15%. Формирование экспертной выборки (210 наблюдений) осуществлялось методом случайного отбора. Распределение наблюдений исследуемой выборки и генеральной совокупности по МО представлено в таблице 1.

Медицинские карты оказания МП больным изучались хирургами-экспертами под контролем главного внештатного хирурга Комитета по здравоохранению города (СПбКомЗдрав) по критериям оценки результатов медицинской деятельности, сложившимся в клинической практике, и согласно протоколам обследования и лечения больных ОЖКК и острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (ОХЗОБП) в СПб [6], а также на основании Клинических рекомендаций Российского общества хирургов (РОХ) «Язвенные дуоденальные кровотечения», принятых в 2014 г. в Воронеже [12]. Методическое сопровождение работ по экспертизе КМП (ЭКМП) проводилось сотрудниками кафедр организационного профиля Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова по единым подходам к оценке КМП для членов экспертной группы, согласованным до начала исследования [7–9]. Координация работы экспертной группы по оценке ЭКМП, методическому сопровождению комиссионных (в том числе повторных) экспертных разборов по случаям оказания МП, статистическая обработка данных с подготовкой окончательных вердиктов осуществля-

Таблица 1

#### Распределение наблюдений ОЖКК с учетом объемов выборки и генеральной совокупности по МО СПб

| Медицинская организация | Число наблюдений генеральной совокупности | Всего случаев в экспертной выборке от совокупности |
|-------------------------|---|--|
| ГБ №                    |   |  |
| 1                       | 58  | 20   |
| 3                       | 179                                       | 18   |
| 4                       | 114                                       | 20   |
| 15                      | 112                                       | 19   |
| 16                      | 63  | 20   |
| 17                      | 151                                       | 20   |
| 26                      | 174                                       | 18   |
| 33                      | 51  | 18   |
| 38                      | 55  | 20   |
| ИСП                     | 177                                       | 20   |
| ГВВ                     | 24  | 17   |

лись при содействии специалистов Территориального фонда обязательного медицинского страхования СПб (СПбТФОМС). Выполнение работы финансово поддерживалось 7 страховыми МО системы ОМС СПб.

**Результаты и их обсуждение.** При исследовании общих параметров оценки КМП больным ОЖКК в МО СПб выявлено, что почти в 55% наблюдений у больных ОЖКК, госпитализированных в МО СПб, отмечаются погрешности в оказании МП (рис. 1). Констатируемые дефекты МП как по своим характеристикам, так и по частоте встречаемости, оказывались неоднозначными. В 4 стационарах (ГБ-17, ГБ-26, ИСП, ГВВ) удельный вес случаев оказания МП надлежащего качества превышал 50%. Частота встречаемости случаев с негативными последствиями дефектов предоставления МП для состояния пациентов, страдающих ОЖКК, достигала 28%, превысив 50% в ГБ-38. Показатели случаев ненадлежащего КМП с реальным негативным влиянием на состояние больных (IV класс) оказались неустойчивыми, колеблясь от 0% в ГВВ до 25% в ГБ-16. Параметр частоты встречаемости наблюдений ненадлежащего КМП при неоптимальном использовании ресурсов здравоохранения (случаи II класса) составил 20%. В 7% случаев самым значимым следствием дефектов МП оказывались затруднения экспертной оценки процесса ее оказания (случаи I класса ненадлежащего КМП).

При анализе частных параметров оценки КМП больным ОЖКК в МО СПб установлено, что на один случай оказания МП при ОЖКК приходится 1,49 ее дефектов (табл. 2).

Наблюдения погрешностей в предоставлении МП, предопределяющих негативное влияние преимуще-

Таблица 2

## Количественные характеристики отдельных компонентов КМП при ОЖКК

| Медицинская организация | Коэффициент рисков     |                                |   |
|-------------------------|------------------------|--------------------------------|---|
|                         | возникновения дефектов | ухудшения состояния пациентов* | неоптимального использования ресурсов здравоохранения |
| ГБ-17                   | 0,50                   | 0,05                           | 0,35  |
| ГБ-26                   | 0,61                   | 0,17                           | 0,56  |
| ИСП                     | 1,15                   | 0,25                           | 0,50  |
| ГВВ                     | 1,24                   | 0,06                           | 0,82  |
| ГБ-1                    | 1,45                   | 0,30                           | 0,95  |
| ГБ-15                   | 1,42                   | 0,53                           | 0,74  |
| Б-3                     | 1,39                   | 0,44                           | 0,94  |
| ГБ-16                   | 2,10                   | 0,65                           | 1,15  |
| ГБ-4                    | 2,10                   | 0,25                           | 1,65  |
| ГБ-33                   | 2,00                   | 0,94                           | 1,17  |
| ГБ-38                   | 2,35                   | 1,10                           | 1,30  |

Примечание: \* – все случаи без социально значимого.

ственно в неоптимальности использования ресурсов здравоохранения, составили 0,92 негативных следствий на один случай. Показатель риска ухудшения состояния пациентов составил 0,43.

При сравнительном анализе параметров КМП, оказываемой больным ОЖКК с учетом особенности стационаров МО СПб, выявлены существенные различия интегрированных показателей эффективной медицинской деятельности (рис. 1).

По результатам последовательного нормирования показателей КМП, оказываемой больным ОЖКК, МО сгруппированы как стационары предоставления КМП с уровнями: лучше системного (ГБ-17, ГБ-26, ИСП, ГВВ: в этих ЛПУ обследование и лечение больных осуществляется в режиме оказания скорой помощи круглосуточно); системного (ГБ-1, ГБ-15, ГБ-3, ГБ-16, ГБ-4: в данных МО режим оказания скорой помощи регламентирован не круглосуточно); хуже системного (ГБ-33, ГБ-38: это ЛПУ, в которых МП больным ОЖКК оказывается по показаниям).

В структуре дефектов МП, предоставляемой больным ОЖКК, преобладали погрешности в сборе информации о пациентах (в среднем 52% от всех выявленных дефектов). Случаи нерациональности лечения больных ОЖКК отмечены в среднем в 34%, дефекты постановки диагноза – в 11%, отсутствие должной преемственности оказания МП – в 3% наблюдений.

Среди дефектов сбора информации о пациентах наиболее часто отмечались недостатки при проведении фиброгастродуоденоскопии (без контрольного исследования, запоздалое осуществление, неинфор-

мативное описание) – 20% наблюдений; отсутствие или редкое исследование коагуляционных свойств крови – 7% случаев; несвоевременная идентификация крови на групповую и Rh-факторную принадлежность – 6% наблюдений. Данные погрешности в предоставлении МП в отдельных случаях явно не создавали условий для корректной интерпретации характеристик, отражающих состояние пациентов, с запоздалой (неаргументированной) констатацией факта ОЖКК, а также вызывали затруднения при экспертной оценке качества диагностики.

Дефекты постановки диагноза (14% случаев) нельзя было трактовать как системные. Ошибочные формулировки окончательного диагноза (в среднем в 8% случаев) связывались с отсутствием в их содержании сведений о степени тяжести кровопотери (или их неверной интерпретации), что, однако, не влияло на результаты оказания МП.

Дефекты лечения больных ОЖКК по данным ЭКМП отмечены в 33% наблюдений. Чаще всего констатируемые погрешности предоставления лечебных мероприятий касались содержания схем консервативного (23% наблюдений) и хирургического (18% случаев) лечения. Это проявлялось:

- в неприменении (позднем использовании, назначении в недостаточных дозировках) или применении в бессистемном формате с нерациональными путями введения препаратов низкоэффективной противоязвенной терапии (в частности,  $H_2$ -блокаторов гистаминовых рецепторов вместо ингибиторов протонной помпы) в 16% случаев (в 6% наблюдений это не способствовало снижению вероятности рецидива кровотечения);

- в отказе от проведения (запоздалом проведении, использовании в формате неэффективной методики) эндоскопического гемостаза и эндоскопической профилактики рецидива кровотечения, что констатируется в 16% случаев (в 3% наблюдений это не предупредило рецидив кровотечения).

Дефекты преемственности оказания МП больным ОЖКК выявлены в 5% случаев. Они не оказывались системными. В 3 стационарах 5 (2%) пациентам оказание МП осуществлено вне отделения реанимации и интенсивной терапии. В 3 (1%) случаях пациенты 3 стационаров выписаны на амбулаторное лечение явно преждевременно, что, вероятно, и оказалось фактором, способствовавшим рецидиву ОЖКК.

Ряд замечаний в процессе предоставления МП связан с неинформативными записями специалистов в историях болезни, амбулаторных картах, справках и другой медицинской документации.

В течение 2016 г. данные о результатах тематической экспертизы КМП при ОЖКК (с контролем исполнения) доведены до руководителей и специалистов МО СПб, в которых (в плане реагирования) осуществлены мероприятия по рационализации предоставления МП по нозологии ОЖ. В том числе разработаны меры по устранению типичных дефектов с учетом частоты их встречаемости в конкретном стационаре;

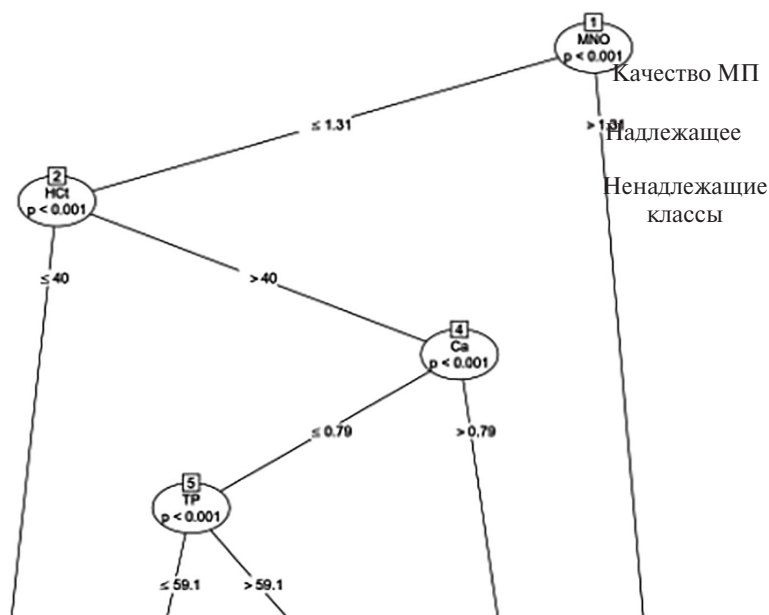


Рис. 1. Структурированные показатели КМП, оказываемой больным, страдающим ОЖКК, с учетом МО СПб

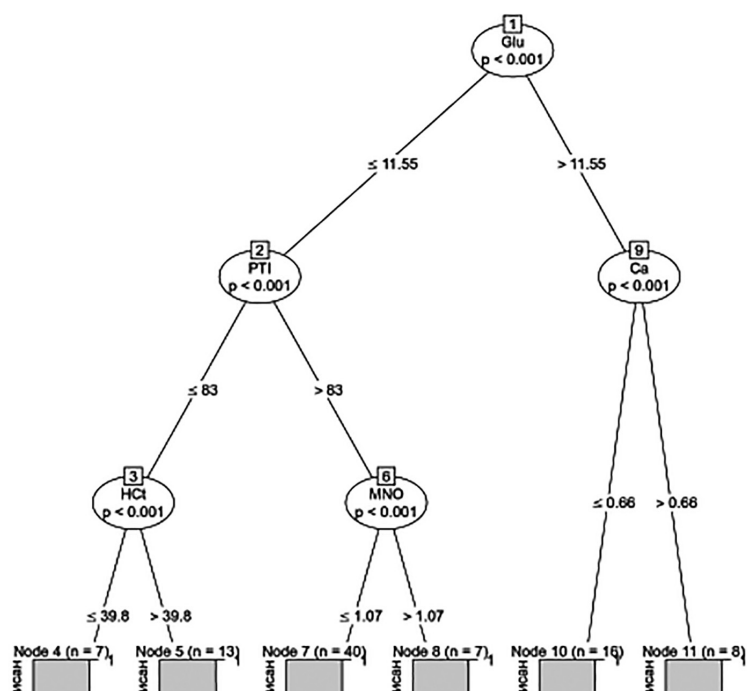


Рис. 2. Нормированные показатели КМП при ее оказании пациентам МО СПб в случаях ОЖКК

созданы и внедрены в практическую деятельность протоколы оказания МП; усовершенствована система контроля эффективности мер, предпринимаемых посредством целенаправленной оценки состояния КМП в режиме непрерывного мониторинга. На основании данных тематической экспертизы КМП, оказываемой в МО СПб, специалистами СПбКомЗдрав, СПбТФОМС, СПбСМО сформулирован пакет согласительных методических документов по оптимизации оказания МП больным ОЖКК. Анализ результатов обследования и лечения жителей Санкт-Петербурга в 2016–2020 гг. в

связи с ОЖКК позволил обосновать востребованность и рациональность предложенных рекомендаций.

**Заключение.** Больные ОЖКК – многочисленная группа пациентов МО с разными возможностями предоставления им МП, прежде всего оказания скорой помощи. Качество обследования и лечения больных ОЖКК, как правило, определяется полнотой реализации порядков лечебно-диагностического процесса в стандартном их исполнении. Нельзя, однако, отрицать и сохраняющиеся затруднения при типовых



подходах к выбору тактики обследования и лечения пациентов, страдающих ОЖКК. Необходимость в эксклюзивных мероприятиях при реализации алгоритмов предоставления МП больным ОЖКК, несомненно, есть. Очевидно, что в случаях оказания МП больным ОЖКК должен соблюдаться дифференцированный принцип. Надлежащее качество оказания МП больным ОЖКК может быть достигнуто путем последовательного, программированного ее предоставления при скоординированной деятельности не только хирургов, непосредственно участвующих в лечебно-диагностическом процессе, но и при их целенаправленном взаимодействии в рамках лечебно-диагностического процесса со специалистами других профилей медицинской деятельности. Последнее важно как при первичном обследовании больных ОЖКК, так и при устранении осложнений в послеоперационном периоде, особенно в случаях рецидивов кровотечения. При мультидисциплинарных подходах к организации медицинской помощи больным ОЖКК вероятность претензий пациентов и их представителей к качеству МП оказывается минимальной.

### 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. Методические рекомендации по порядку проведения экспертизы качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга // Комитет по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга. – СПб., 2011. – 35 с.
5. 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.
6. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости // Комитет по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга, Ассоц. хирургов Санкт-Петербурга, СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе. – СПб., 2007. – 58 с.
7. Тимофеев, И.В. Доступность и качество медицинской помощи: конституционно-правовое измерение. – СПб., 2019. – 360 с.
8. Тайц, Б.М. Управление качеством в здравоохранении: учебное пособие / Б.М. Тайц; – СПб.: Береста, 2018. – 352 с.
9. 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.
10. 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 // Актуальн. вопросы хирургии: малоинвазивные технологии – будущее хирургии. – СПб., 2017. – С. 6.
11. Яблонский, П.К. Возможность использования элементов управленческого учета при оценке эффективности деятельности хирургической службы крупного города (на примере Санкт-Петербурга) / П.К. Яблонский [и др.] // Вестн. СПбГУ. Серия 11: Медицина. – 2016. – Вып. 4. – С. 62–75.
12. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Клинические рекомендации Российского общества хирургов // Общероссийская согласительная конференция по принятию национальных клинических рекомендаций. – Воронеж, 2014. – С. 1–9.

O.N. Skryabin, K.N. Movchan, D.A. Tvorogov, V.V. Tatarkin,  
Yu.M. Morozov, P.S. Alekseev, K.I. Rusakevich, E.V. Zheleznyi

### The significance of theme expertise of the quality of medical care in achieving successful results in treating patients with acute gastrointestinal bleeding

**Abstract.** This piece of work has evaluated the quality of medical care provided in 2015 to 1,158 patients with acute gastrointestinal bleeding in 11 medical institutions of Saint Petersburg that are licensed to provide in-patient examination and treatment for people with acute surgical diseases abdominal organs. The data on the possible correlative relationship of negative consequences for the implementation of the medical treatment and diagnostic process in cases of insufficient activity in terms of conducting clinical expert work on the profile of emergency abdominal surgery have been analysed in particular. It has been shown that providing medical care to patients with gastrointestinal bleeding is associated with defects in the medical diagnostic process in almost every second case. In the structure of inaccuracies, there prevailed cases of improper examination and treatment of patients (48 and 36%, respectively). Defects in making diagnosis and providing continuity comprise 13 and 3% respectively. The most significant drawback in providing medical care to patients with gastrointestinal bleeding was the use of low-effective anti-ulcer drug therapy schemes (16% of observation cases) and attempts to perform hemostasis by using outdated technologies of intraluminal endoscopy (16% of cases). It is noted that in cases of providing medical care to patients with acute gastrointestinal bleeding, a differentiated principle should be observed. It is proved that the proper quality of medical care for patients with acute gastrointestinal bleeding can be achieved by consistent, programmed provision of it with coordinated activities not only of surgeons directly involved in the treatment and diagnostic process, but also with their purposeful interaction with specialists of other medical fields.

**Key words:** abdominal surgery, acute abdomen, acute surgical diseases of the abdominal cavity, acute gastrointestinal bleeding, quality of medical care, expertise of the quality of the medical diagnostic process.

Контактный телефон: 8-911-782-28-94; e-mail: tvorogovd@bk.ru