

<https://doi.org/10.17816/mechnikov201911213-26>

РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ КРУПНОГО КЛИНИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ПО ПРОФИЛЮ «ЭКСТРЕННАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ» С ПОЗИЦИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ВЕДОМСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ

О.Н. Скрябин^{1,2}, К.Н. Мовчан^{1,3}, А.В. Вовк^{1,4}, В.В. Татаркин^{1,3}, Д.А. Чернышев^{1,4}

¹ СПбГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Санкт-Петербург;

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург;

³ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург;

⁴ СПбГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы», Санкт-Петербург

Для цитирования: Скрябин О.Н., Мовчан К.Н., Вовк А.В., и др. Результаты деятельности специалистов крупного клинического медицинского учреждения Санкт-Петербурга по профилю «Экстренная абдоминальная хирургия» с позиций оценки качества медицинской помощи в рамках ведомственного контроля // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2019. – Т. 11. – № 2. – С. 13–26. <https://doi.org/10.17816/mechnikov201911213-26>

Поступила: 19.04.2019

Одобрена: 21.05.2019

Принята: 10.06.2019

♦ В статье рассмотрены роль и место экспертной деятельности специалистов системы управления качеством медицинской помощи при обследовании и лечении больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в крупном клиническом многопрофильном стационаре Санкт-Петербурга. Проанализированы данные о 2155 пациентах, экстренно госпитализированных в больницу в 2017 г. По итогам анализа качества хирургической помощи при нозологических формах так называемого «острого живота» прослежена связь негативных последствий с дефектами лечебно-диагностического процесса в случаях отсутствия целенаправленной активности в клиничко-экспертной работе по профилю «хирургия». В этих группах констатировано увеличение показателей послеоперационной летальности при всех нозологических формах «острого живота» и увеличение числа случаев отказа от оперативной активности без обоснованных причин. В настоящее время не удастся изменить в лучшую сторону соотношение срочной и плановой госпитализации больных патологией органов брюшной полости. Обсуждены пути повышения качества оказания медицинской помощи больным острыми хирургическими заболеваниями органов живота. На фоне положительной в целом динамики развития абдоминальной хирургии очевидна важность системного подхода к оценке результатов деятельности конкретных хирургических коллективов и принятия своевременных управленческих решений.

♦ **Ключевые слова:** качество медицинской помощи; острые хирургические заболевания органов брюшной полости; неотложная абдоминальная хирургия.

THE PERFORMANCE OF THE SPECIALISTS WORKING IN A BIG CLINICAL FACILITY OF SAINT PETERSBURG IN THE FIELD OF «URGENT ABDOMINAL SURGERY» FROM THE STANDPOINTS OF MEDICAL QUALITY ASSESSMENT AND ITS ADMINISTRATIVE MONITORING

O.N. Scryabin^{1,2}, K.N. Movchan^{1,3}, A.V. Vovk^{1,4}, V.V. Tatarkin^{1,3}, D.A. Chernyshev^{1,4}

¹ Medical Information-Analytical Center, Saint Petersburg, Russia;

² Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia;

³ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia;

⁴ Saint Elizabeth City Hospital, Saint Petersburg, Russia

For citation: Scryabin ON, Movchan KN, Vovk AV, et al. The performance of the specialists working in a big clinical facility of Saint Petersburg in the field of "Urgent abdominal surgery" from the standpoints of medical quality assessment and its administrative monitoring. *Herald of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov*. 2019;11(2):13-26. <https://doi.org/10.17816/mechnikov201911213-26>

Received: April 19, 2019

Revised: May 21, 2019

Accepted: June 10, 2019

13

♦ The article considers the role of expert work in the area of medical care quality control in case of patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity in the big multi-specialty hospital in Saint Petersburg. The article presents the data of 2155 patients urgently admitted to the hospital in 2017. As a result surgical care analysis of acute abdomen diseases we found the correlation between negative outcomes caused by defects in diagnostics and treatment and insufficiency of activity in expert work in surgery. In these groups of patients the study revealed high post-operative mortality rates, increased number of delays in performing surgical interventions with no strong reason in case of the acute abdominal diseases. Nowadays there is no opportunity to improve the balance between urgent and planned hospitalization of patients with abdominal cavity diseases. The article discusses some ways of improving the quality of medical care in case of patients with acute abdominal diseases. On average, against the background of positive dynamics in improving the development of abdominal surgery, there is an obvious need for comprehensive approach in assessing the performance of specific surgical teams as well as timely management decisions.

♦ **Keywords:** quality of medical care; acute diseases of the abdominal cavity; urgent abdominal surgery.

Введение

Численность больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (ОХЗОБП) в Санкт-Петербурге существенно не снижается [1, 2]. Не диагноз нозологических форм «острого живота», а только подозрение на это заболевание должно быть поводом для целенаправленного подтверждения/исключения острого процесса органов брюшной полости (ОБП) в стационаре [3]. При этом немаловажную роль отводят преемственности в работе амбулаторного и стационарного звеньев медицинского обеспечения населения [4]. Гарантия успешности обследования и лечения больных ОХЗОБП определяется не только мастерством специалистов в области абдоминальной хирургии, но и аргументацией принятия эффективных управленческих решений и оперативностью их исполнения [5–7]. Именно поэтому организационно-методическому сопровождению клинических мероприятий методисты служб контроля качества медицинской помощи (КМП) лечебно-профилактических учреждений уделяют особое внимание: их деятельность нацелена на выявление способов улучшения результатов лечения при соблюдении принципов безопасности медицинской деятельности [8–10].

Цель исследования — изучить параметры работы специалистов крупного клинического стационара по профилю «неотложная абдоминальная хирургия» с позиций ведомственного контроля КМП.

Материалы и методы

Согласно регламенту ведомственного контроля КМП [8, 11] проведена работа по организации тематической экспертизы КМП, оказываемой больным в одном из ведущих (так называемых скорпомощных) стационаров

Санкт-Петербурга (СПбГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы»; СПбГБ № 3) в 2017 г. Экспертизу осуществляли в соответствии с унифицированной методикой с учетом особенностей, сложившихся в последние годы в системе управления КМП в Санкт-Петербурге [12–14]. Принимали во внимание опыт клиничко-экспертной деятельности по профилю заболеваний (в частности, данные об ОХЗОБП) и организационно-методического сопровождения клиничко-экспертного процесса в конкретном медицинском учреждении [6, 13, 14].

Результаты исследования

Деятельность по профилю «абдоминальная хирургия» в целом

Медицинскую помощь (МП) по профилю «абдоминальная хирургия» в СПбГБ № 3 оказывают 53 хирурга трех хирургических отделений. Как специалисты высшей и первой квалификационной категории аттестованы 29 (54 %) и 6 хирургов (11 %) соответственно. Все врачи — обладатели сертификатов по специальности «хирургия», 17 (32 %) являются кандидатами и двое (3 %) докторами медицинских наук.

Скорпомощная деятельность в больнице осуществляется круглосуточно 7 дней в неделю. Ежедневно стационар принимает 70–90 больных. Семь специалистов (в том числе один ответственный), входящие в состав дежурной бригады МП, оказывают помощь поступающим в стационар пациентам в области абдоминальной хирургии. Сестринским персоналом хирургические отделения укомплектованы полностью. Данные об эффективности использования коечного фонда СПбГБ № 3 представлены в табл. 1.

Таблица 1 / Table 1

Парамедицинские показатели использования коечного фонда СПбГБ № 3 в 2017 г.

Paramedical indicators of using the bedspace in Saint Petersburg City Hospital No. 3 in 2017

Характеристики коечного фонда	Количественные показатели			
	хирургические отделения			стационар в целом
	I	II	III	
Число койко-мест	35	35	65	135
Оборот	57,0	60,1	60,7	59,6
Использование, койко-день	13 236,0	12 953,0	27 668,0	53 857,0
Простой	–0,2	–0,1	–1,0	–0,6
Загрузка (работа)	378,2	370,1	425,7	398,9

Таблица 2 / Table 2

Общие параметры клинической деятельности специалистов хирургических отделений СПбГБ № 3 в 2017 г.

General parameters of the clinical activity of specialists in surgical departments of Saint Petersburg City Hospital No. 3 in 2017

Параметры	Количественные показатели параметров			
	хирургические отделения			стационар в целом
	I	II	III	
Больные, поступившие экстренно, абс. число (%) планово, абс. число (%)	2007 1804 (89,9) 203 (10,1)	2105 1947 (92,5) 158 (7,5)	3947 3203 (81,2) 744 (18,8)	8059 6954 (86,3) 1105 (13,7)
Койко-день в целом (в среднем)	13 236 (6,6)	12 953 (6,2)	27 668 (7,0)	53 857 (6,7)
Летальность: общая, абс. число (%) после операции, абс. число (%)	228 (11,4) 143 (7,1)	222 (10,5) 142 (6,7)	68 (1,7) 54 (1,4)	518 (6,4) 339 (4,2)
Объем оперативной деятельности (%): плановая экстренная	1068 216 (20) 852 (80)	981 140 (14) 841 (86)	3001 767 (26) 2234 (74)	5050 1123 (22,2) 3927 (77,8)
Оперативная активность (%) в целом: плановая экстренная	53 33 97	47 32 84	76 58 94	62,6 93 44

Сверхнормативные показатели оборота, загрузки и использования коек без их простоя при относительно небольшом (5–7 суток) среднем параметре койко-дня объясняются хорошей организационной работой, цель которой заключается в оптимизации приема больных в стационар в круглосуточном режиме и интенсификации лечебно-диагностического процесса. Как следует из данных табл. 2, в основном больные хирургическими заболеваниями ОБП поступают в СПбГБ № 3 в экстренном порядке.

Деятельность по профилю

«неотложная абдоминальная хирургия»

Планово в 2017 г. в больницу поступили только 1105 (13,7 %) пациентов. В порядке оказания МП по «скорой помощи» в СПбГБ № 3 достав-

лены 6954 (86,3 %) пациента. Показатель общей летальности составил 6,4 % (518 чел.). Все случаи летальных исходов констатированы среди больных, госпитализированных в экстренном порядке, при проявлениях, кроме ОХЗОБП, выраженной декомпенсации со стороны полиморбидной сопутствующей патологии. Не менее 56,9 % (295 человек) в группе умерших пациентов составляют пациенты пожилого и старческого возраста. Показатель среднего койко-дня при оказании МП больным абдоминальной патологией в 2017 г. составил $6,7 \pm 1,2$. По поводу заболеваний ОБП выполнено 5050 операций (в плановом порядке — 1123 (22,2 %) и экстренно — 3927 (77,8 %)). Показатель оперативной активности составил 62,6 % (в случаях планового лечения — 93 %, экстренного — 44 %).

Таблица 3 / Table 3

Распределение случаев госпитализации больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в СПбГБ № 3 с учетом нозологических форм

Distribution of cases of hospitalization of the patients with acute surgical abdominal pathology in Saint Petersburg City Hospital No. 3, taking into account nosological forms

Нозологические формы	Число больных, оперированных/леченных консервативно/умерших (%)				
	хирургические отделения			стационар в целом	поступив- шие ≥24 ч
	I	II	III		
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
Всего	852/952/227 (12,3)	841/1106/222 (11,4)	2234/969/68 (2,1)	3927/3027/517 (7,4)	2155

Примечание. ЗОБП — заболевания органов брюшной полости; ОБП — органы брюшной полости.

Высокая частота случаев поступления пациентов в больницу в скоромощном режиме определяет и особую интенсивность деятельности сотрудников хирургических отделений. Кроме этого, преобладание экстренного режима оказания МП пациентам негативно сказывается на показателях госпитализации в плановом порядке. В СПбГБ № 3 постоянно отмечается дефицит койко-мест, что побуждает сокращать длительность пребывания больных в стационаре, а это, ввиду высвобождения мест, позволяет оказывать МП пациентам, поступающим в том числе для планового хирургического лечения (табл. 3).

Численность группы больных патологией, относящейся к семи основным статистическим отчетным формам «острого живота», в 2017 г. в СПбГБ № 3 составила 1779 человек (25,5 % все-

го контингента пациентов, поступивших в больницу в экстренном порядке), а показатель частоты случаев летальных исходов на фоне оказания МП в данной группе больных — 4 %.

В трех случаях при перфоративной гастродуоденальной язве, что явно требовало выполнения экстренной операции, хирургическое вмешательство не было осуществлено, так как состояние пациентов при их поступлении в стационар расценивалось крайне тяжелым (терминальным). В этих наблюдениях риск летального исхода по причине дополнительной (операционной) травмы превышал таковой при оказании МП посредством сугубо консервативных мероприятий. Несмотря на меры по поддержанию витальных функций, эти пациенты умерли в ближайшее время после поступления в стационар.

При анализе результатов оказания неотложной МП в ракурсе абдоминальной хирургии обращает на себя внимание высокая частота случаев осложненного течения онкологических заболеваний ОБП, цирроза печени и острого нарушения мезентериального кровообращения. При этих патологических состояниях

пациенты почти в каждом четвертом случае (1567 чел. — 23 %) были доставлены в СПбГБ № 3 позже 24 ч от начала проявления заболевания. Основные показатели деятельности специалистов в СПбГБ № 3 по выполнению хирургических вмешательств по поводу ОХЗОБП с учетом их видов и показаний представлены в табл. 4.

Таблица 4 / Table 4

Распределение случаев хирургических вмешательств в СПбГБ № 3 в 2017 г. при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости с учетом их вида

Distribution of cases with surgical intervention in Saint Petersburg City Hospital No. 3 in 2017 with acute surgical pathology of abdominal cavity organs taking into account their type

Виды хирургических вмешательств и причины их проведения	Число наблюдений			
	хирургические отделения			стационар в целом (случаи смерти)
	I	II	III	
Кровотоочащая гастродуоденальная язва				
Эндоскопический гемостаз	100	96	80	251 (16)
Резекция желудка по: 2-му способу Бильрота Ру	2	1	–	3 (1)
	4	2	1	7 (2)
Прошивание язвы	6	5	4	15 (4)
Перфоративная гастродуоденальная язва				
Резекция желудка по: 2-му способу Бильрота Ру	2	1	–	3 (1)
	1	0	–	1 (0)
Ушивание язвы лапаротомическое лапароскопическое	12	11	11	34 (12)
	–	–	31	31 (4)
Острый холецистит				
Холецистэктомия: лапаротомическая, в том числе с дренированием желчных путей лапароскопическая	5	5	9	19 (7)
	4	3	206	213 (4)
Острый аппендицит				
Аппендэктомия: лапаротомическая лапароскопическая	30	25	13	68 (2)
	4	5	560	569 (0)
Ущемленная грыжа				
Устранение: без резекции кишки с резекцией кишки	33	33	16	82 (2)
	12	15	15	42 (8)
Острая неопухолевая кишечная непроходимость				
Рассечение спаек, в том числе в грыжевом мешке	25	21	8	54 (5)
Устранение заворота, инвагинации	12	9	2	21 (2)
Удаление безоаров	4	0	1	5 (1)
Острый панкреатит				
Лапароскопическое дренирование брюшной полости, в том числе жидкостных образований под УЗИ-контролем	30	23	20	70 (18)
Лапаротомическое вскрытие и дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства	2	3	0	5 (2)

Виды хирургических вмешательств и причины их проведения	Число наблюдений			
	хирургические отделения			стационар в целом (случаи смерти)
	I	II	III	
Осложненный рак желудка				
Гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода	2	–	–	2 (0)
Резекция пищевода	2	–	–	2 (0)
Острая кишечная опухолевая непроходимость				
Резекция тонкой кишки	4	3	2	9 (3)
Операция по типу Гартмана	26	23	7	51 (9)
Гемиколэктомия лапаротомическая	15	17	8	40 (8)
левосторонняя	12	16	6	34 (6)
правосторонняя				
Гемиколэктомия лапароскопическая	0	0	8	8 (0)
Резекция поперечной части толстой кишки	2	4	–	7 (2)
Гастростомия				
обычная	11	9	3	23 (10)
эндоскопическая	12	8	10	30 (3)
Энтеростомия	2	1	4	7 (3)
Формирование обходных кишечных анастомозов	14	16	8	38 (10)
колостомы	5	7	6	18 (8)
Механическая желтуха опухолевой природы				
Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей	22	18	16	46 (8)
Осложнения дивертикулов толстой кишки				
Обструктивная резекция толстой кишки	21	26	14	61 (2)
Сигмостомия	7	5	6	18 (1)
Левосторонняя гемиколэктомия	8	12	8	28 (2)
Нарушения мезентериального кровообращения				
Резекция тонкой кишки	17	16	2	35 (1)
Правосторонняя гемиколэктомия с резекцией тонкой кишки	5	7	2	14 (2)
Диагностические лапаротомия	10	18	5	33 (33)
лапароскопия	17	20	13	50 (33)
Повреждения органов брюшной полости				
Спленэктомия	34	33	–	57
Ушивание ран печени	39	31	–	65 (6)
желудка и кишок	25	23	–	49 (3)
Лапароцентез, первичная хирургическая обработка	50	45	19	114
Диагностическая лапароскопия	–	–	436	436
Патология желчных протоков неопухолевого генеза				
ЭРХПГ, в том числе				
с ЭПСТ	13	12	87	112 (4)
с литоэкстракцией из желчных протоков	20	20	32	72
со стентированием желчных и панкреатических протоков	2	3	16	21
с внутрипротоковой механической литотрипсией	0	0	3	3

Окончание табл. 4

Виды хирургических вмешательств и причины их проведения	Число наблюдений			
	хирургические отделения			стационар в целом (случаи смерти)
	I	II	III	
Осложненный цирроз печени				
Лигирование варикозно расширенных вен пищевода	12	10	7	29 (7)
Инородные тела из верхних отделов желудочно-кишечного тракта				
Удаление	29	25	12	66
Инородные тела трахеи и бронхов				
Удаление	2	4	0	6
Сужение пищевода				
Стентирование пищевода металлическими конструкциями	–	–	–	–
Стентирование пищевода саморасширяющимися конструкциями	1	1	2	4
Другие патологические состояния	79	121	515	715 (19)
Всего	852	841	2234	3927 (339 — 4,2 %)

Примечание. ЭРХПГ — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография; ЭСПТ — эндоскопическая папилосфинктеротомия.

Экстренно абдоминальные хирургические вмешательства в СПбГБ № 3 чаще всего выполняли по поводу семи основных статистических форм «острого живота» — 1308 наблюдений (33,3 %). С применением малоинвазивных технологий хирургическая помощь оказана 1816 (46,3 %) срочно госпитализированным пациентам. Внутриполостные (лапароскопические) операции осуществлены 1397 (35,5 %) больным, внутрипросветные (эндоскопические) — 419 (10,6 %). Мини-инвазивно (лапароскопически) в экстренном порядке оперированы практически все больные острым аппендицитом (ОА) — 560 чел. (87,9 %) и острым холециститом — 216 человек (93,1 %).

Особое внимание было уделено пациентам, у которых эндоскопические методики остановки язвенных кровотечений и ушивания перфоративных язв оказались неэффективными. Так происходило в случаях верификации у па-

циентов каллезных пенетрирующих язв (63 наблюдения), что заставляло выполнять операции открытым (лапаротомным) способом.

В 2017 г. существенную по численности группу пациентов в СПбГБ № 3 составили пациенты, оперированные по поводу осложненных онкологических заболеваний ОБП (320 чел. — 8,1 %), повреждений и травм (285 чел. — 7,2 %) ОБП, острого нарушения мезентериального кровообращения (154 чел. — 3,3 %). В табл. 5 представлены наблюдения осложнений хирургических вмешательств, выполненных пациентам СПбГБ № 3 без учета условий (планово/экстренно) проведения операций.

При операциях, выполненных экстренно, осложнения произошли в 5 случаях.

В целом при операциях у больных по профилю «абдоминальная хирургия» послеоперационные осложнения наблюдались в 89 случаях, что составило 1,8 % всех случаев хирургиче-

Таблица 5 / Table 5

Распределение осложнений хирургического лечения пациентов СПбГБ № 3 при заболеваниях органов брюшной полости

The distribution of complications after surgical treatment of abdominal diseases in Saint Petersburg City Hospital No. 3

Параметры оценки	Количественные показатели оценочных параметров			
	хирургические отделения			стационар в целом
	I	II	III	
Объем оперативной деятельности, чел.	1068	981	3001	5050
Случаи осложнений, абс. число (%)	42 (3,9 %)	41 (4,1 %)	19 (0,6 %)	102 (2 %)
интраоперационные	4	6	3	13
послеоперационные	38	35	16	89

Таблица 6 / Table 6

Интраоперационные осложнения по поводу хирургических вмешательств, выполненных пациентам СПбГБ № 3 в 2017 г. при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости

Intraoperative complications after surgical operations in the patients with acute abdominal diseases which have been performed in Saint Petersburg City Hospital No. 3 in 2017

Параметры изучения	Количество операций			
	хирургические отделения			стационар в целом
	I	II	III	
Всего оперировано, чел.	1068	981	3001	5050
Повреждения органов:				
мочевой пузырь	1	0	1	2
толстая кишка	1	2	2	5
селезенка	3	4	0	7
Исходы:				
выздоровление	4	6	3	13
инвалидизация	0	0	0	0
летальный	0	0	0	0

Таблица 7 / Table 7

Распределение* случаев осложнений в послеоперационном периоде у пациентов СПбГБ № 3, госпитализированных по поводу хирургических заболеваний органов брюшной полости в 2017 г.

Distribution* of cases with complications in the patients with acute abdominal diseases in postoperative period of Saint Petersburg City Hospital No. 3 in 2017

Параметры изучения	Число наблюдений			
	хирургические отделения			стационар в целом
	I	II	III	
Всего оперировано, чел.	1068	981	3001	5050
Осложнения в послеоперационном периоде:				
зона операционной раны:				
гематома	6	9	3	18
нагноение	14	9	2	25
абсцесс брюшной полости	3	4	5	12
послеоперационные:				
перитонит	3	2	3	8
кишечная непроходимость	7	5	2	14
панкреатит	3	2	1	6
эвентрация	2	4	1	7
всего (%)	38 (3,5)	35 (3,6)	16 (0,5)	89 (1,7)
Технологии устранения осложнений:				
мероприятия консервативного плана	3	2	1	6
повторные операции	35	33	15	83
Исходы:				
выздоровление	38	41	16	89
инвалидизация	—	—	—	—
летальный	—	—	—	—

Примечание. *Без учета условий (планово/экстренно) проведения операций.

ских вмешательств, выполненных в стационаре. Обобщенные данные об интраоперационных осложнениях хирургических вмешательств, выполненных пациентам СПбГБ № 3 в 2017 г. при ЗОБП, представлены в табл. 6.

Во всех случаях интраоперационные осложнения (и их последствия) устранены без негативного влияния на исход заболевания — все пациенты выздоровели. Сведения о послеоперационных осложнениях при хирургическом

Таблица 8 / Table 8

Распределение случаев летальных исходов у пациентов СПбГБ № 3, госпитализированных в экстренном порядке в 2017 г. по поводу абдоминальной патологии

The distribution of fatal cases due to abdominal pathology in the urgently hospitalized patients of Saint Petersburg City Hospital No. 3 in 2017

Нозология	Число случаев летальных исходов (% общего числа умерших)
Гастродуоденальная язва: кровоточащая перфоративная	23 (4,4) 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 органов брюшной полости	174 (33,5)
Острые нарушения мезентериального кровотока	86 (16,6)
Повреждения органов брюшной полости	9 (1,7)
Механическая желтуха	16 (3)
Осложнения цирроза печени	62 (11,9)
Прочие	177 (34)
<i>Всего умерли</i>	518 (100)

лечении пациентов в СПбГБ № 3 в 2017 г. в связи с патологией ОБП представлены в табл. 7.

Одним из основных осложнений хирургического вмешательства у больных, оперированных по поводу ЗОБП, оказались ранняя спаечная кишечная непроходимость и парез кишечника — 14 (15,7 %) больных. Еще чаще отмечались случаи нагноения операционной раны — 25 (28 %) пациентов. Все послеоперационные осложнения устранены без последствий.

Из данных табл. 8 следует, что особую группу больных в плане организации и непосредственного осуществления неотложной абдоминальной хирургической помощи составляют пациенты с заболеваниями онкологического профиля.

Основные причины смерти онкобольных — запущенные (осложненные) формы злокачественных новообразований (174 чел. — 33,5 %) с генерализацией опухолевого процесса, сопровождающегося выраженной эндогенной интоксикацией. Значительный удельный вес в структуре летальных исходов при ЗОБП составляют случаи с расстройством кровообращения кишечника (мезентериальный тромбоз) — 86 (16,6 %) человек и осложнений цирроза печени — 62 (11,9 %) человека.

Среди пациентов, скончавшихся в СПбГБ № 3 в 2017 г. в связи с абдоминальной патологией,

потребовавшей осуществления активных (экстренных и срочных) хирургических действий у 295 (56,9 %) человек, возраст превышал 70 лет. Смертельный исход у этих больных, как правило, был сопряжен с декомпенсацией тяжелой сопутствующей патологии и поздней обращаемостью пациентов за МП. Больные старшей возрастной группы поступали в СПбГБ № 3, как правило, в тяжелом и крайне тяжелом состоянии.

Нельзя не отметить увеличение численности пациентов, у которых на фоне заболеваний ОБП при поступлении в СПбГБ № 3 были выявлены терминальные стадии СПИДа, гепатитов В и С, наркомания. В 2017 г. в СПбГБ № 3 таких пациентов оказалось 78 (15 %).

Все больные абдоминальной патологией онкологического профиля поступали в стационар в экстренном порядке (в плановом режиме онкологическая помощь в СПбГБ № 3 не оказывается по причине лицензионных ограничений). В большинстве случаев у таких пациентов констатированы разные осложнения онкологических заболеваний IV стадии, а послеоперационный период, как правило, протекал особенно тяжело и сопровождался множеством осложнений (52 чел. — 16,2 %) и высоким уровнем летальности (82 случая — 24,1 %). Причиной

Таблица 9 / Table 9

Основные параметры деятельности специалистов СПбГБ № 3 в 2017 г. при оказании медицинской помощи больным онкозаболеваниями органов брюшной полости

The main parameters of the specialists' performance of Saint Petersburg City Hospital No. 3 in 2017 in providing medical care for the patients with cancer of abdominal cavity organs

Параметры исследования	Число случаев (%) при госпитализации	
	плановая	экстренная
Всего наблюдений	0	588
Оперированы	0	320 (8,1)
Случаи летальных исходов после операции	0	82 (24,1)
TNM — градация опухолевого процесса:		
T3	0	66
T4	0	254

Таблица 10 / Table 10

Осложнения в послеоперационном периоде у пациентов СПбГБ № 3 в 2017 г., перенесших экстренные хирургические вмешательства по поводу онкологических заболеваний органов брюшной полости

Complications in the postoperative period in the patients urgently hospitalized with cancer of the abdominal cavity organs in Saint Petersburg City Hospital No. 3 in 2017

Осложнения	Число наблюдений (%)
Гематома раны	8 (2,5)
Нагноение раны	31 (9,6)
Эвентрация	12 (3,7)
Послеоперационный перитонит	1 (0,3)
Абсцесс брюшной полости	1 (0,3)
Всего	52 (16,2)

смерти, как правило, становилась интоксикация на фоне генерализации онкологического процесса и гнойно-септических осложнений. В табл. 9 отражены общие сведения о параметрах оказания МП пациентам с заболеваниями ОБП онкологической природы.

В табл. 10 представлены осложнения после операций, осуществленных по поводу ОХЗОБП.

Общие результаты целевой экспертизы КМП при заболеваниях по профилю «абдоминальная хирургия» в СПбГБ № 3 в 2017 г. отражены в табл. 11.

Проведено 235 целевых экспертиз КМП, что составило 2,9 % всех случаев оказания МП больным патологией по профилю «абдоминальная хирургия», госпитализированным

в СПбГБ № 3. Надлежащее КМП констатировано в 98 (41,7 %) случаях экспертных оценок. Случаи ненадлежащего КМП V и VI классов (наиболее значимых в плане социальных последствий) отсутствовали.

Тематическая экспертиза в целом по профилю «неотложная абдоминальная хирургия» всех пациентов с ОХЗОБ систематически не проводилась. Тем не менее в 2018 г. тематическая экспертиза в СПбГБ № 3 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 % [1, 15]. При этом особое внимание привлекли параметры оказания МП в СПбГБ № 3. В частности, показатель общей летальности при ОА в этом стационаре в 2016 г. составил 0,51 %, а послеоперационной летальности — 0,18 %, в 2017 г. эти параметры были равны 0,31 %, что стало побудительным мотивом для проведения тематической экспертизы КМП (табл. 12).

Всего экспертная оценка оказания МП пациентам СПбГБ № 3 в 2017 г. по поводу ОА осуществлена в 20 случаях. Всем пациентам была выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Как следует из данных табл. 12, КМП, оказанной пациентам СПбГБ № 3 при ОА, можно считать надлежащим лишь в одном случае. В 19 наблюдениях отмечены дефекты разной степени значимости. Установлено, что наиболее серьезной претензией, которую можно было бы предъявить специалистам — участникам лечебного процесса больных ОА в СПбГБ № 3, оказалось выполнение санации и дренирования БП без должных оснований. Согласно требованиям клинических рекомендаций РФ «Острый аппендицит у взрослых» и Национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению острого аппендицита при неосложненном течении и при стандартной интраоперационной ситуации такие мероприятия, как санация брюшной полости (в протоколах операций содержание этой манипуляции, как правило, не расшифровывается) и ее дренирование, не должны осуществляться трафаретно. Большинство специалистов в области абдоминальной хирургии считает, что для решения вопроса о проведении санации и дренирования брюшной полости при лапароскопической аппендэктомии необходимо учитывать два обстоятельства: осложнение ОА перитонитом и формирование периаппендикулярного абсцесса. При этом уточнено, что серьезный

Таблица 11 / Table 11

Результаты целевой экспертизы качества медицинской помощи, предоставленной пациентам СПбГБ № 3 в 2017 г. по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости

Estimated distribution of cases according to the results of the special examinations of the medical care quality presented for the patients of Saint Petersburg City Hospital No. 3 in 2017 due to surgical pathology of organs of the abdominal cavity organs

Всего случаев оценки качества медицинской помощи	Число наблюдений с оценкой качества медицинской помощи по В.Ф. Чавпечову (2007)						
	надлежащее	ненадлежащее, класс					
		I	II	III	IV	V	VI
235	98	4	96	32	5	–	–

Таблица 12 / Table 12

Распределение наблюдений острого аппендицита в СПбГБ № 3 в 2017 г. с учетом результатов оценки качества медицинской помощи

Distribution of cases of acute appendicitis in Saint Petersburg City Hospital No. 3 in 2017 based on the results of the medical care quality assessment

Число случаев оказания медицинской помощи				
без дефектов	с дефектами			
	хирургическое лечение	формулировка диагноза	ведение медицинской документации	всего
1	15	19	4	20*

Примечание. * В ряде случаев отмечено более одного дефекта оказания медицинской помощи.

местный (как отграниченный, так и неотграниченный) перитонит показанием к этим манипуляциям не является, а санация и дренирование брюшной полости целесообразны только при гнойном перитоните аппендикулярного происхождения. При локальном серозном выпоте считается достаточным удаление жидкости во время операции из полости брюшины. В случае установки дренажа при так называемом «сухом животе» с сигнальной целью при благоприятном течении послеоперационного периода дренажную конструкцию следует удалять из брюшной полости в течение первых суток после аппендэктомии.

Еще одним дефектом, выявляемым в ходе тематической экспертизы КМП, оказанной больным ОА в СПбГБ № 3, оказались погрешности формулировки диагноза и ведения медицинской документации (19 и 4 случая соответственно). Они объясняются исключительно небрежностью при работе с медицинскими документами, а не клинической деятельностью.

Анализ данных о деятельности службы качества в СПбГБ № 3 позволяет считать, что при оказании МП пациентам по профилю «неотложная абдоминальная хирургия» сотрудники учреждения системных дефектов не допускают. Погрешности, выявляемые при оказании хирургической помощи таким пациентам, в основном могут быть отнесены к формальному оформлению медицинской документа-

ции, что не критично в плане влияния на течение заболевания и его исход. Однако эти нарекания могут способствовать искажению статистических данных и становится поводом для претензий со стороны как пациентов, так и организаторов здравоохранения. Кроме того, в процессе медицинской деятельности из-за небрежного заполнения медицинских документов и несоблюдения принципов деонтологии может оказаться так, что стандартная хирургическая ситуация в условиях специализированного стационара «внезапно» начинает интерпретироваться как осложнение новым жизнеопасным патологическим процессом. Об этом специалисты должны постоянно помнить. Информация, получаемая экспертами при изучении медицинских документов, порой позволяет считать, что во время повторных операций нередко обнаруживаются явления реально развивающихся новых патологических состояний. В таких случаях качество оказания МП формально признается ненадлежащим с обозначением уровня классности. Однако однозначно на данной экспертной оценке КМП настаивать невозможно, потому что по таким косвенным признакам, как время развития и характер выявленного неблагополучия в брюшной полости, установить абсолютные причины появления новых патологических состояний бывает затруднительно. Эксперт может лишь предполагать, что те или иные обстоятельства не позволили достичь клинической

ремиссии. Очевидно, что состояние пациентов также необходимо оценивать с учетом индивидуальных особенностей течения ОХЗОБП. В частности, специалисты стационаров при обследовании пациентов с «острым животом» зачастую не обнаруживают особенностей течения заболевания, на которые обращают внимание медицинские работники догоспитального этапа.

Анализ ситуации о причинах осложнений патологического процесса не должен осуществляться без должной обеспокоенности. Однако в любом случае качество оказания МП порой невозможно безоговорочно признать надлежащим хотя бы по формальным причинам, так как очевидно, что дефекты в формулировках диагноза отмечаются, несмотря на формальное соблюдение сроков наблюдения за пациентами. Погрешности в диагностике, допускаемые от момента поступления больных в стационар до начала операции, при формулировке показаний к диагностическому инструментальному исследованию (в частности, лапароскопии) могут быть обусловлены вынужденной запоздалостью. Современные организационные технологии оказания МП, широко применяемые в настоящее время, не могут полностью заменить лечащего врача, способного оценивать ситуацию не только с формальных позиций, но и по многогранным клиническим критериям. Это относится и к интеграции данных оценочных градаций. Технократизм хорош, но лечебный процесс не должен и не может подменяться канцеляризмом. В связи с этим вердикт по диагнозу пациентов не всегда может соответствовать «заключениям», сделанным в соответствии с «модными» шкалами оценки состояния больных, так как это нередко не позволяет в ранние сроки после госпитализации гарантированно установить диагноз и целенаправленно приступить к лечению. При помощи параметров оценочных шкал невозможно учесть все события, которые оказывают влияние на течение патологических процессов.

Тактические принципы наблюдения за пациентами в разбираемых (в рамках ведомственного контроля КМП) случаях подозрений на ОХЗОБП обычно формально соблюдаются. Однако экспертам следует больше внимания уделять анализу сведений об истории развития заболевания и его индивидуальных проявлениях, а также особенностям конкретной клинической картины с учетом использования обезболивающих препаратов. Формально порой можно считать, что лапароскопическое исследование выполнено с опозданием. Однако

пациенты нередко поступают в стационар несвоевременно по причинам безответственного отношения к собственному здоровью, что затрудняет оказание МП. Тем не менее однозначно связывать развитие негативных последствий только с запоздалой госпитализацией нельзя.

Очевидно, что без выявления причинно-следственных связей при анализе данных о случае, разбираемом в ходе экспертизы, непозволительно давать оценку погрешностям обследования и лечения пациентов и предпринимать меры по профилактике их повторения. В ходе клинико-экспертного разбора случаев с оценкой качества оказания МП неоднократно приходится убеждаться, что заключительное решение по данным медицинских документов лучше выносить после предварительной их проработки экспертами — специалистами, осуществляющими научно-образовательную деятельность по профессиональным программам медицинских научно-исследовательских институтов и лечебно-профилактических учреждений. Шаблонно и формально представлять данные для коллегиального обсуждения в среде специалистов без объяснения причин развития осложнений, как уже отмечалось, некорректно, так как без скрупулезной непредвзятой работы экспертов затрудняется (а зачастую становится невозможной) объективная оценка КМП. Понимая формальную допустимость способа хирургического вмешательства, выбранного участниками лечебно-диагностического процесса, эксперты порой могут не утруждать их вопросами об аргументах выбора ими того или иного варианта операции. Кроме того, оценщикам КМП давать заключение при отсутствии полноценной информации (по документам) с анализом данных при обсуждении на заседании врачебной комиссии в медицинской организации затруднительно. Тем не менее экспертам и рецензентам такую работу совершать приходится.

Нельзя не учитывать, что пациенты часто находятся под наблюдением врачей нескольких этапов медицинского обеспечения населения (амбулаторно-поликлинического, стационарного). В целом претензии пациентов и их представителей в разные инстанции на ненадлежащее качество оказания МП могут быть признаны обоснованными лишь отчасти, при этом нельзя не учитывать и несколько завышенные требования самих больных к оказанной им МП и не менее завышенные их ожидания о сроках лечения заболевания. Анализ ситуаций оказания МП позволяет заключить, что зачастую послед-

ствия погрешности обследования и лечения для состояния здоровья отсутствуют, с чем пациенты порой бывают несогласны.

Заключение

Пациенты с ОХЗОБП составляют многочисленную группу. Программа обследования и лечения больных «острым животом», как правило, предусматривает стандартный порядок лечебно-диагностических мероприятий. Специалистам медицинских организаций эпизодически приходится устранять непредвиденные как технологические, так и организационные проблемы, возникающие в ходе оказания МП, по профилю неотложной абдоминальной хирургии. Случаи нестандартных подходов к реализации алгоритмов предоставления МП больным ОХЗОБП, несомненно, бывают. Возникают и затруднения при выборе ее тактики в отношении таких пациентов. Успешность лечения больных ОХЗОБП (нередко коморбидных по сопутствующей патологии) определяется не только грамотными действиями хирургов, непосредственно участвующих в процессе оказания МП. В лечении пациентов с осложненными формами ОХЗОБП должен использоваться дифференцированный подход. Преемственность и корректность лечения данной категории больных во многом зависит от квалификации и последовательных действий специалистов первичного звена оказания МП. Несомненно, применение мультидисциплинарного подхода позволяет существенно улучшить качество оказания МП как при непосредственных осложнениях ОХЗОБП, так и при осложнениях, возникших в послеоперационном периоде. Такая тактика дает возможность свести к минимуму риск обращений пациентов и их представителей с претензиями к медицинским работникам в частности и к медицинским организациям в целом.

Литература

1. Яблонский П.К., Скрыбин О.Н. Анализ оказания экстренной хирургической помощи пациентам с «острым животом» в Санкт-Петербурге за 2016 г. с учетом итогов работы Городской клинико-экспертной комиссии // Ежегодная конференция хирургов Северо-Запада «Актуальные вопросы хирургии: малоинвазивные технологии — будущее хирургии». Санкт-Петербург, 22 ноября 2017 г. — СПб., 2017. — С. 6. [Yablonskiy PK, Skryabin ON. Analiz okazaniya ekstremnoy khirurgicheskoy pomoshchi patsientam s "ostрым zhivotom" v Sankt-Peterburge za 2016 g. s uchetoм itogov raboty Gorodskoy kliniko-ekspertnoy komissii // Ezhegodnaya konferentsiya khirurgov Severo-Zapada "Aktual'nye voprosy khirurgii: maloinvazivnye tekhnologii-budushchee khirurgii". Saint Petersburg; 2017. P. 6. (In Russ.)]
2. Парфенов В.Е., Барсукова И.М., Демко А.Е. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2017 год. — СПб.: Стикс, 2018. — 24 с. [Parfenov VE, Barsukova IM, Demko AE. Information materials on emergency and urgent surgical help at sharp surgical diseases abdominal organs in Saint Petersburg for 2018. Ed. by V.E. Parfenova. Saint Petersburg: Stiks; 2018. 24 p. (In Russ.)]
3. Курыгин А.А., Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Синенченко Г.И. Заболевания червеобразного отростка и слепой кишки. — СПб.: А.Н. Индиенко, 2005. — 259 с. [Kurygin AA, Bagnenko SF, Kurygin AA, Sinenchenko GI. Zabolevaniya cherveobraznogo otrostka i slepoj kishki. Saint Petersburg: A.N. Indienko; 2005. 259 p. (In Russ.)]
4. Безуглый А.В., Титаренко И.В. Преемственность в работе амбулаторного и стационарного звена хирургической службы в Санкт-Петербурге // Ежегодная конференция хирургов Северо-Запада «Актуальные вопросы хирургии: малоинвазивные технологии — будущее хирургии». Санкт-Петербург, 22 ноября 2017 г. — СПб., 2017. — С. 7–9. [Bezugly AV, Titarenko IV. The annual conference of the northwest surgeons "Actual questions of the surgery: miniinvasive technology is the future of surgery" (Conference proceedings) Saint Petersburg; 2017. P. 7-9. (In Russ.)]
5. Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М., Карачевцева М.А. Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи: структура, результаты и перспективы применения: информационные материалы. — СПб., 2007. — 65 с. [Chavpetsov VF, Mikhajlov SM, Karachevtseva MA. Avtomatizirovannaya tekhnologiya ehkspertizy kachestva meditsinskoj pomoshhi: struktura, rezul'taty i perspektivy primeneniya: informatsionnye materialy. Saint Petersburg; 2007. 65 p. (In Russ.)]
6. Тайц Б.М. Организация системы управления качеством в СПбГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы (Елизаветинская больница)» // Управление качеством в здравоохранении: учебное пособие. — СПб.: Береста, 2018. — С. 290–300. [Tayts BM. Organizatsiya sistemy upravleniya kachestvom v SPBGBUZ "Gorodskaya bol'nitsa Svyatoy prepodobnomuchenitsy Elizavety (Elizavetinskaya bol'nitsa)". In: Upravlenie kachestvom v zdравookhranении: uchebnoe posobie. Saint Petersburg: Beresta; 2018. P. 290-300. (In Russ.)]
7. Тимофеев И.В. Доступность и качество медицинской помощи: конституционно-правовое измерение. — СПб.: ДНК, 2019. — 360 с. [Timofeev IV. Dostupnost' i kachestvo meditsinskoj pomoshchi: konstitutsionno-pravovoe izmerenie. Saint Petersburg: DNK; 2019. 360 p. (In Russ.)]

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (зарегистрирован в Минюсте РФ 3 июня 2013 г., регистрационный № 2863) [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/70394538> (дата обращения 27.03.2019). [Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 21 dekabrya 2012 g. No. 1340n "Ob utverzhdenii poryadka organizatsii i provedeniya vedomstvennogo kontrolya kachestva i bezopasnosti meditsinskoy deyatel'nosti" (zaregistririvan v Minyuste RF 3 iyunya 2013, registratsionnyy No. 2863) [Elektronnyy resurs]. URL: <http://base.garant.ru/70394538> (data obrashcheniya 27.03.2019). (In Russ.)]
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 мая 2017 г. № 226н «Об утверждении порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании» (зарегистрирован в Минюсте России 31 мая 2017 г., регистрационный № 46910) [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/products/doc/71589358> (дата обращения 27.03.2019). [Prikaz Ministerstva Zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 16 maya 2017. No. 226n "Ob utverzhdenii poryadka osushchestvleniya ekspertizy kachestva meditsinskoy pomoshchi, za isklyucheniem meditsinskoy pomoshchi okazyvaemoy v sootvetstvii s zakonodatel'stvom Rossiyskoy Federatsii ob obyazatel'nom meditsinskom strakhovanii" (zaregistririvan v Minyuste Rossii 31 maya 2017g., registratsionnyy No. 46910) [Elektronnyy resurs]. URL: <http://base.garant.ru/products/doc/71589358> (data obrashcheniya 27.03.2019). (In Russ.)]
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев качества медицинской помощи» (зарегистрирован Минюстом России 17 мая 2017 г., регистрационный № 46740) [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/products/doc/71575880> (дата обращения 27.03.2019). [Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 10 maya 2017g. No. 203n "Ob utverzhdenii kriteriev kachestva meditsinskoy pomoshchi" (zaregistririvan Minyust Rossii 17 maya 2017, registratsionnyy No. 46740) [Elektronnyy resurs]. URL: <http://base.garant.ru/products/doc/71575880> (data obrashcheniya 27.03.2019). (In Russ.)]
11. Тайц Б.М. Настольная книга врача. Елизаветинская больница: Сборник научно-практических работ и организационно-методических документов. – Вып. 1. – СПб.: КОСТА, 2007. 584 с. [Tayts BM. Nastol'naya kniga vracha Elizavetinskaya bol'nitsa: Sbornik nauchno-prakticheskikh rabot i organizatsionno-metodicheskikh dokumentov. Saint Petersburg: KOSTA; 2007. 584 p. (In Russ.)]
12. Мовчан К.Н., Ерошкин В.В., Тарасов А.Д., и др. Результаты эффективности обследования и лечения пациентов с патологией хирургического профиля по данным экспертизы качества медицинской помощи // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2016. – Т. 56. – № 4. – С. 164–169. [Movchan KN, Eroshkin VV, Tarasov AD, et al. Evaluating the effectiveness of screening and treatment of patients with surgical pathology according to expert examination the data quality of medical care. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2016;56(4):164-169. (In Russ.)]
13. Козобин А.А., Сигуа Б.В., Петров С.В., и др. Опыт применения эндовидеохирургических технологий при лечении пациентов с ущемленными паховыми грыжами в многопрофильном стационаре // Материалы медицинского форума «II неделя образования в Елизаветинской больнице» СПбГБУЗ «Елизаветинская больница». – СПб., 2018. – С. 161–163. [Kozobin AA, Sigua BV, Petrov SV, Rutenberg GM. Opyt primeneniya endovideokhirurgicheskikh tekhnologiy pri lechenii patsientov s ushchemlennymi pakhovymi gryzhami v mnogoprofil'nom statsionare. (Conference proceedings). Saint Petersburg; 2018. P. 161-163. (In Russ.)]
14. Сигуа Б.В., Петров С.В., Губков И.В., Вовк А.В. Тактика хирургического лечения желудочных кровотечений опухолевого генеза // Материалы медицинского форума «II неделя образования в Елизаветинской больнице» СПбГБУЗ «Елизаветинская больница». – СПб., 2018. – С. 165–169. [Sigua BV, Petrov SV, Gubkov IV, Vovk AV. Taktika khirurgicheskogo lecheniya zheludochnykh krvotecheniy opukholevogo geneza (Conference proceedings). Saint Petersburg; 2018. P. 165-169. (In Russ.)]
15. Яблонский П.К., Кабушка Я.С., Орлов Г.М., и др. Возможности использования элементов управленческого учета при оценке эффективности деятельности хирургической службы крупного города (на примере Санкт-Петербурга) // Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина. – 2016. – № 4. – С. 62–75. [Yablonskii PK, Kabushka YaS, Orlov GM, et al. The possibility of using elements of management records in evaluating of effectiveness of a large city surgical department (on example of St. Petersburg). *Vestnik SPbGU. Series 11. Medicine*. 2016;4:62-75. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu11.2016.406>.

♦ Адрес автора для переписки (Information about the author)

Владислав Владимирович Татаркин / Vladislav Tatarkin

Тел. / Tel.: +7(911)9808716

E-mail: vlad1k2@ya.ru

<https://orcid.org/0000-0002-9599-3935>